



Dambe Funds

L'analyse de l'économie politique du secteur DSSR au Niger

Subvention Partenariat REQG-8JEY-HF



AMPLIFYCHANGE

2^{ème} Edition - Décembre 2022

L'analyse de l'économie politique du secteur DSSR au Niger

Date du rapport final : Décembre 2022

Date de Validation par les Task-forces du Mali, de la Guinée du Niger et du Sénégal :
Décembre 2022

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.....	2
Sigles & acronymes.....	4
Résumé exécutif.....	6
1. Introduction.....	9
2. Méthodologie.....	10
2.1. Définition des concepts.....	10
2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude.....	11
3. Résultats du diagnostic sur le terrain.....	13
3.1. Contexte du pays.....	13
3.2. Développement du secteur DSSR.....	14
3.2.1. Historique.....	14
3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision).....	20
3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR.....	21
3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé.....	24
3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public-privé).....	24
3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne.....	25
3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR.....	25
3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives).....	26
3.2.9. Défis et opportunités.....	26
3.3. Facteurs de changement dans le secteur.....	27
3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement.....	27
3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement.....	27
3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias.....	27
3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur.....	28
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés ?).....	28
3.4.2. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?).....	29
3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois).....	30
3.4.4. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques ?).....	30
3.4.5. Violence basée sur le genre.....	30
4. Conclusion.....	32

4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur ?.....	32
4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système : les lacunes, les principaux goulets d'étranglement	32
4.3. Recommandations	32
Annexe 1 : Structures consultées	35
Annexe 2 : Structures de la Task force	38
Annexe 3 : Questionnaire	40
Annexe 4 : Termes de référence	44
Annexe 5 : Bibliographie.....	50

Remerciements

Ebenezer International souhaite exprimer sa gratitude aux personnes et organisations qui ont rendu cette publication possible. Remerciements à Monsieur Sidiki Koné et Dr. Fad Seydou d'avoir coordonné cette étude ; à Monsieur Hama Diallo pour avoir été le point focal au Niger.

Nous souhaitons remercier également les représentants ci-dessous des structures consultées au Niger dans le cadre de l'étude, notamment celles qui ont bien voulu répondre au questionnaire :

▪ REPRESENTANTS DES STRUCTURES CONSULTEES AU NIGER

- Dr Kassoum Ibrahima, Chef division Santé Maternelle, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;
- Dr ALI Halima, Cheffe de division, Division Planification, Suivi-Évaluation/DPF/MSP/P/AS ;
- Madame ATTIKOU Mariama, Staff, Direction de la Santé des Adolescents et des Jeunes ;
- Madame LANKOANDE Haoua, Staff, Unité de Gestion du Projet -SWEDD;
- Madame SEKOU Dijé, Secrétaire générale adjointe, Ministère de la Jeunesse et du Sport ;
- Dr Adamou MANZO, MD.MPH/GSR RSS, NPO Chargé de Programme, UNFPA Niamey ;
- Madame BEBERT, Child Protection Specialist and Gender Focal Point, UNICEF;
- Dr YARO Asma Gali, MD,Ped., Program Manager AMPLIFY PF, Niamey, Niger ;
- Monsieur IBRAHIM innocent, Point focal, USAID: AmplifyPF, Jhpiego et ONG CODD;
- Monsieur Abdourahamane BAZA, Président du Réseau des Jeunes Ambassadeurs pour la Santé Reproductive et la Planification Familiale au Niger (RJA/SR/PF Niger) ;
- Dr AWAL Issa, Président du Réseau AfriYAN, Niamey, Niger ;
- Monsieur Yaou MOUSSA, Président, Coalition des Acteurs pour le Repositionnement de la Planification Familiale au Niger (CAR/PF), Représentant ONG LAFIA MATASSA ;
- Madame BANOBA Ramatou, Présidente de l'Association Nigérienne de Santé Publique (ANSP), Niamey, Niger ;
- Dr Hassane Sanda Maiga, Président du RCPFAS-NIGER ;
- Monsieur Lamoudi Youmandi, Directeur de programme, Association Nigérienne pour le Bien Être Familial (ANBEF) ;
- Monsieur MAIGA ALOU Hama, Point focal du GAIPDS/ Groupement des Associations Islamiques pour les Questions de Population et Développement Social, NESS «Niger Education Santé et Sport » ;
- Monsieur Amadou Moumouni Soumaila, Chargé de programme, Comité Nigérien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants (CONIPRAT) ;
- Monsieur Cheikh Bachir, Président, Alliance des Religieux pour le Développement Socio-éducatif, Economique et Sanitaire (ARDESES) ;
- Monsieur Omar SIDDO, Secrétaire Général de la Fédération Nigérienne des Personnes Handicapées (FNPH) ;
- Madame TRAORE Samatou, Présidente nationale, ONG DIMOL ;
- Madame Hamidou Nafissatou Mahamadou Idi, Point focal, ONG Jeunesse Action Leadership/JAL ;
- Monsieur ALLAGOUMA MAIGA Noufou, Secrétaire Général, Coordonnateur Terrain de, ONG LEGNOL.

Enfin, nous remercions les membres ci-dessous de la Task-force du Niger pour leur coopération et leur soutien tout au long du processus d'examen et d'amélioration du contenu de la présente étude :

▪ MEMBRES DE LA TASK-FORCE DU NIGER

- Madame ATTIKOU Mariama, Directrice, Direction Santé Jeunes et Adolescents/MSP/P/AS ;
- Madame HABOUBACAR Aminata, Directrice Système d'Information Sanitaire, MSP/P/AS ;
- Madame Sékou Dijé OUAGANI, Secrétaire générale adjointe, Ministère de la Jeunesse et des Sport ;
- Mr. Moussa Yaou, Président, Coalition des Acteurs pour le Repositionnement de la Planification Familiale au Niger ;
- Dr Karim MAIGA ABDOULAYE, Expert Associé, Association Nigérienne de Santé Publique (ANSP) ;
- ALOU MAIGA Hama, Membre, Groupement des Associations Islamiques pour les Questions de Population et Développement Social (GAIPDS);
- Dr AWAL ISSA Rachid, Président régional Afrique de l'Ouest et du Centre & Président bureau Niger, Réseau des adolescents et jeunes en Population et Développement (AfriYAN) ;
- Dr Adamou MANZO, Médecin spécialiste en Gestion de la Santé de la Reproduction, Chargée de Programme Planification Familiale, UNFPA Niger ;
- Dr GOUROUZA Bintou, Médecin généraliste, Représentante, ONG Jeunesse Action Leadership ;
- Monsieur Nouhou ALLAGOUMA MAIGA, Président, ONG LEYGNOL ;
- Monsieur Amadou Moumouni Soumaila, Chargé de programme, CONIPRAT ;
- Madame Traoré Salamatou, Présidente nationale, ONG DIMOL ;
- Monsieur Ibrahim Innocent, Point focal, Jhpiego et ONG CODD ;
- Madame LANKOANDE Haoua, Membre de l'équipe du projet, Projet SWEDD.

Sigles & acronymes

ANBEF	Association Nigérienne pour le Bien Être 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	Department for International Development
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSSR	Droits et santé sexuelle et de la reproduction
EDS	Etude démographique et de santé
ENAFEME	Enquête nationale sur la fécondité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans
EVF	Education à la Vie Familiale
GBVIMS	Genderbased violence information management system (Système de gestion de l'information sur les VBG)
IRC	International Rescue Committee
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
PDSS	Plan de Développement Sanitaire et Social
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

Le Consortium, constitué de Conseils et Appui pour l'Education à la Base (CAEB) et d'Ebenzer International (EI), a reçu un financement qui donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium de renforcer leur appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Guinée, Mali, Niger, Sénégal).

Ses objectifs sont les suivants :

- Assurer l'octroi de subventions à de petites OSC soutenant des initiatives locales de plaidoyer en faveur des DSSR ;
- Fournir des connaissances et faciliter les initiatives de plaidoyer conjointes des petites OSC ;
- Faciliter le soutien au renforcement organisationnel des petites OSC en termes de renforcement des capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation des ressources et de mise en réseau.

Les objectifs de l'étude sont :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger ;
- 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'Ebenzer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

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.

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 :

- Pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR :
 - ✓ Mettre en place une stratégie de continuité des services en contexte d'insécurité au Niger ;

- ✓ Dupliquer les meilleures pratiques en matière de DSSR et les porter à l'échelle ;
 - ✓ Multiplier les centres amis des jeunes et les espaces de dialogues des jeunes avec des équipements modernes ainsi que les lignes vertes ;
 - ✓ Institutionnaliser la stratégie clubs de santé scolaire ;
 - ✓ Intégrer les besoins spécifiques des groupes vulnérables dont les personnes handicapées dans les actions se rapportant aux DSSR ;
 - ✓ Encourager le maintien des jeunes filles à l'école en adoptant une loi spécifique en lieu et place de textes réglementaires juridiquement peu contraignantes.
 - ✓ Accroître le budget de la santé et de créer une ligne destinée spécifiquement à la DSSR;
 - ✓ Prendre les mesures adéquates pour les besoins en santé non satisfaits et l'utilisation des services pour rehausser les indicateurs en SSR ;
 - ✓ Prendre les mesures adéquates pour l'application effective de la loi SR ;
 - ✓ Prendre les mesures adéquates pour le financement des contraceptifs et leur distribution ;
 - ✓ Faire du financement de la Planification Familiale une souveraineté de l'état sur toute la chaîne. ;
 - ✓ Rendre les contraceptifs disponibles jusqu'au dernier kilomètre ;
 - ✓ Mobiliser les ressources domestiques pour la promotion des DSSR ;
 - ✓ Promouvoir la recherche sur les DSSR ;
 - ✓ 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,
 - ✓ Faire un plaidoyer auprès des PTF en faveur de la mobilisation des fonds pour la promotion des DSSR ;
 - ✓ Créer une synergie d'action dans les interventions des ONG en matière de DSSR ;
 - ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;
 - ✓ Faire une analyse des acteurs ;
 - ✓ Octroyer un financement adéquat aux services de DSSR ;
 - ✓ Continuer et améliorer le suivi et évaluation des projets et programmes.
 - Pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR :
 - ✓ Impliquer les femmes et les hommes comme acteurs de leur propre changement,
 - ✓ Renforcer de mobilisation sociale en faveur des changements des comportements pour l'utilisation des services SSR ;
 - ✓ Former tous les acteurs (OSC, média, prestataires, etc.) sur les questions des DSSR et inclure les DSSR dans le circula de formations des élèves ;
 - ✓ Impliquer et responsabiliser les jeunes ;
 - ✓ Organiser des caravanes de sensibilisation au niveau communautaire afin de renforcer la vigilance ;
 - ✓ Identifier les principaux risques et élaborer un plan de mitigation ;
 - ✓ Mener des actions de communication ;
 - ✓ Accorder une place de choix à la mobilisation sociale ;
 - ✓ Impliquer toutes les parties prenantes dans les décisions relatives à la DSSR ;
 - ✓ 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.

- Pour la prestation des services DSSR :
 - ✓ Renforcer les capacités techniques des services et ONG impliquées ;
 - ✓ Créer des 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 et d'Afrique australe font face à des nombreux défis : difficultés d'application des textes, difficultés d'interprétation, persistance des violations des droits, persistance et de violences basées sur le genre, obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière de droits et santé sexuelle et de la reproduction (DSSR) conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

Le Consortium, constitué de Conseils et Appui pour l'Education à la Base (CAEB) et d'Ebenezer International (EI), a reçu un financement qui donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium de renforcer leur appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Guinée, Mali, Niger, Sénégal).

Ses objectifs sont les suivants :

- Assurer l'octroi de subventions à de petites OSC soutenant des initiatives locales de plaidoyer en faveur des DSSR ;
- Fournir des connaissances et faciliter les initiatives de plaidoyer conjointes des petites OSC ;
- Faciliter le soutien au renforcement organisationnel des petites OSC en termes de renforcement des capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation des ressources et de mise en réseau.

Le but de cette étude est la mise à jour d'une première édition réalisée grâce à une subvention stratégique d'AmplifyChange qui a permis de réaliser différentes études en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe, dans le cadre d'un Consortium constitué de CAEB, de la Coalition Régionale des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale (COSC/PF) pour l'Afrique de l'Ouest Francophone et d'Ebenezer International. Elle porte sur la mise à jour des études précédentes et l'inclusion du Sénégal dans ces études. En particulier, il s'agit de réaliser la mise à jour de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger.

Les objectifs de l'étude sont :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger ;
- 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 clefs du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

Cette étude a été commanditée par Ebenezer International dans le cadre de la mise en œuvre de son paquet d'activités dans le cadre de ladite subvention.

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 64^{ème} 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 3^{ème} 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. 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.

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

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 pas 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 (CCT) ;
- 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 (CEFD) ;
- 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

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.

³ 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

Une réunion sur la plateforme WhatsApp, comprenant le coordinateur de la mission et les consultants nationaux des quatre pays (Guinée, Mali, Niger et Sénégal), 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 Tak Force et un groupe de structures à contacter furent constitués. La liste des membres de la Tak 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 validée 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.

Le consultant a présenté le questionnaire, expliqué le but de l'étude ainsi que le rôle et la mission de la Task-Force mise 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.

Les participants ont évoqué leurs préoccupations actuelles sur la question 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 clefs 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 pays⁴

3.1.1 Contexte géographique

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il est situé entre 11° 37' et 23° de latitude Nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude Est, à 700 km au Nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'Est de la côte Atlantique et à 1 200 km au Sud de la Méditerranée avec une superficie de 1 266 491 km². Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Lybie et au Sud par le Nigéria et le Bénin.

3.1.2. Contexte démographique et administratif

Le Niger est caractérisé par une croissance démographique élevée. En effet, le taux d'accroissement annuel intercensitaire de 3,9% (RGP/H 2012) est l'un des plus élevés au monde. Cette forte croissance démographique est notamment expliquée par une forte fécondité. Malgré, une baisse observée de 18% entre 2012 et 2021, l'Indice Synthétique de Fécondité qui est passé pour l'ensemble du pays de 7,6 enfants par femme en 2012 à 6,2 enfants par femme en 2021, reste l'un des plus élevés au monde. Les adolescents de 15 à 19 ans contribuent à hauteur de 10,6% à la fécondité. La population du Niger est estimée à 23 591 983 habitants en 2021 avec une proportion femme/homme respectivement de 50,7% et 49,3%.

La population est très jeune (49,6% ont moins de 15ans) et à forte prédominance rurale (84%). L'âge médian est estimé à 15,2 ans en 2020.

La tranche d'âge 0 à 4 ans représente près d'un habitant sur cinq (19,66%), 4,2% pour les 0-11 mois, 41,2% pour les 2-14 ans, 24% pour les 10-19 ans, 71,7% pour les 1-29 ans et 21,4% pour les femmes en âge de procréer. La population active âgée de 15 à 64 ans représente 47,99% de la population. La proportion de 65 ans et plus, est de 2,44%. Ces personnes âgées souffrent surtout de problèmes de santé et d'handicap physique ainsi que de l'absence d'une couverture adéquate de sécurité sociale, de manques de moyens économiques leur permettant de subvenir à leurs propres besoins.

La population du Niger est composée de dix (10) groupes ethnolinguistiques qui sont : Arabe, Boudouma, Djerma-Songhaï, Gourmantché, Haoussa, Kanouri, Peul, Tassawaq, Touareg et Toubou. Les langues majoritairement parlées sont le Haoussa et le Djerma. Au plan administratif le français est la langue officielle du pays.

Sur le plan religieux, l'islam est la religion dominante, pratiquée par 99,3 % de la population. Les chrétiens 0,3%, les animistes 0,2% et les autres religions représentent 0,2%.

Au niveau administratif, le Niger a mis en place un processus de décentralisation pour créer les conditions d'un meilleur partage et d'une mise en œuvre plus organisée de la réforme administrative, contribuer à l'enracinement de la démocratie et responsabiliser les communautés de base dans la gestion de leur développement. Ainsi, le pays est subdivisé en 8 régions administratives. Les régions

⁴ Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026. Direction des études et de la programmation du ministère de la sante publique, de la population et des affaires sociales 2022.

sont subdivisées en départements (au nombre de 63). On dénombre 266 communes dont 52 urbaines et 214 rurales.

3.1.3. Politique en matière de santé

Afin d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires et l'objectif universel de la santé pour tous au XXI^e siècle, le gouvernement a adopté la Déclaration de Politique Sanitaire en mai 2002.

Le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026 qui va démarrer, le quatrième après ceux de 2011-2015, 2015-2017 et 2017-2021, constitue l'outil principal de mise en œuvre de la politique nationale de santé pour les cinq années à venir. Il est en cohérence avec les Objectifs du Développement Durable (ODD) et les orientations stratégiques définies par le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales du Niger.

L'objectif global du plan est de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des populations et de la transition démographique d'ici fin 2026. La stratégie s'opérera à travers quatre (4) axes qui sont :

- L'amélioration de la gouvernance en santé ;
- L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales ;
- Le renforcement de la protection sociale en santé des groupes vulnérables ;
- La maîtrise de la fécondité

3.2. Développement du secteur DSSR

3.2.1. Historique

3.2.1.1. Contexte international

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 Nations⁵.

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.

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

⁵Sarah 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

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 thématiques⁶ :

- 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.

3.2.1.2. Contexte national

(a) 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 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.

⁶ Ibidem

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 ménopause 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	Un second décret a été adopté en pour corriger les difficultés constatées dans l'application du premier. est venu modifier le

Textes	Année d'adoption	Observations
		<p>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 ⁷ . 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.
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 droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction ainsi que des violations des dispositions pertinentes de la présente loi.
Décret N° 2019-408/PRN/MSP du 26 juillet 2019	2019	Il porte sur l'application de la loi de la SR

⁷JORN du 15 août 1995 p. 660

Textes	Année d'adoption	Observations
Politique nationale de population 2019-2035	2019	La vision est de « bâtir une nation où les citoyens ont des comportements responsables vis-à-vis de leur reproduction, de leurs enfants et de tous les aspects de leur vie quotidienne ». L'objectif général est de contribuer à la maîtrise des leviers de la croissance démographique au Niger. De manière spécifique, cette politique vise à promouvoir la parenté responsable au sein de la population. On entend par parenté responsable la capacité des familles à constituer leur descendance selon leurs moyens et dans l'intérêt exclusif de leurs enfants.
Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026	2022	Il constitue l'outil principal de mise en œuvre de la politique nationale de santé pour les cinq années à venir.
Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Niger 2021-2025	2021	Le plan est stratégique et opérationnel. Il se présente également comme un outil pour la mobilisation des ressources et de suivi-évaluation des activités proposées dans ce plan. L'objectif est d'accélérer les efforts entrepris en faveur de la PF et d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) à 29,3 % en 2025 dans le but de contribuer à la maîtrise de la croissance démographique et à l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

(b) 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 ». Pour l'ODD 3, il s'agit de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».
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 des femmes (ONU-SWAP)	2014	Il vise à promouvoir la responsabilisation des Nations Unies en direction de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)	1989	« 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	1981	« 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.	1986	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	Élaboration, 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 et de produits	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

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 – natus ;
- 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 natus ;
- 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.

Selon le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2021-2025 du Niger, l'enquête réalisée par le ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales en 2019 sur l'ensemble du territoire auprès de 425 formations sanitaires indique que 97% des structures publiques offrent les services de PF alors que seulement 25% des structures privées fournissent des services de PF. Si l'on s'en tient à l'apport du secteur privé lucratif en termes de couverture géographique au Niger, on peut conclure qu'une grande opportunité d'offrir l'accès aux services de PF aux femmes n'est pas encore optimisée.

Le secteur privé n'est pas encore suffisamment impliqué dans les prestations d'offre de service de PF. Cependant, les échanges avec les acteurs du secteur privé lors de la phase de diagnostic du 29 mai 2021 ont permis de noter un engagement et une disponibilité du secteur privé pour accompagner le ministère de la Santé à travers leur représentation. En effet l'APCPPN12 (Association des Promoteurs de Clinique et Polycliniques Privées du Niger) s'est montrée prête à accompagner le processus.

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.

Selon, le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2021-2025 du Niger, le coût total de mise en œuvre dudit plan s'élève à 25 079 417 769 de francs CFA (48 169 319 \$ US) dont 20,11% sont consacrés à l'offre de services, 16,87 % pour la création de la demande, 53,29 % pour la sécurisation des produits y compris les consommables.

Les sources de financement du secteur DSSR sont :

- Gouvernement à travers le ministère de la santé, des affaires sociales et de la population ;
- Agence du système des nations Unies :
 - ✓ UNFPA ;
 - ✓ UNICEF ;
 - ✓ OMS ;
- USAID ;
- Banque Mondial ;
- BMGF ;
- KFW ;
- ENABEL ;
- Fonds mondial
- AFD ;
- Ambassades :
 - ✓ USA ;
 - ✓ France ;
 - ✓ Allemagne ;
- ONG :
- Fondations ;
- Secteur privé ;
- Fédération Internationale pour la Planification Familiale ;
- Organisation Ouest Africain de la Santé.

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 ;
- Décret d'application de la loi SR.

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 des textes,
- Mobilisation du secteur privé,
- Implication effective des jeunes et adolescents (es) dans la promotion de DSSR,
- Synergie d'actions des acteurs pour l'objectif commun,
- Encadrement insuffisant,
- Sensibilisation pour changement de comportement insuffisant,
- Ressources humaines, matérielles, logistiques et financières ;
- Insécurité dans certaines régions du pays,
- Instabilité sociopolitique.
- La pandémie COVID.

Les principales opportunités en matière de DSSR :

- Opportunité politique,
- Environnement international,
- Disponibilité des PTF,
- Population jeune ;
- Existence d'associations, des chefs traditionnels et des religieux qui font le plaidoyer et la sensibilisation en faveur des activités DSSR et la scolarisation de la jeune fille ;
- 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

- Honneur basé sur la virginité de la jeune fille,
- Mauvaise interprétation des préceptes de l'islam,
- Réticence des leaders religieux, leur engagement,
- 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,
- Le regroupement des ONG et Association en coalition,
- Le financement domestique,
- Les nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication,
- L'avènement des réseaux sociaux,
- 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,
Agents de santés : très influents ;
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 quelques 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 Polygamie

Selon l'ENAFEME 2021⁸, au Niger, en dépit de la prédominance des unions monogames (66%), les unions polygames sont courantes. En effet, parmi les femmes en union, 34% ont déclaré avoir au moins une coépouse. Dans la majorité des cas, les femmes polygames n'ont qu'une seule coépouse (85%), aussi bien en 2012 qu'en 2021. La proportion de femme en union polygame a légèrement diminué entre 2012 (36%) et 2021 (35%).

La pratique de la polygamie est légèrement moins fréquente en milieu urbain (28%) qu'en milieu rural (36%). Les résultats selon les régions montrent que c'est à Maradi (50%) que la proportion de femmes en union polygame est la plus élevée. À l'opposé, à Agadez la proportion de femmes en union polygame est la plus faible (20%). Dans les autres régions, la proportion de femme vivant en union polygame varie entre 25% et 37%.

La pratique de la polygamie varie en fonction du niveau d'instruction. La proportion de femmes en union polygame diminue quand le niveau d'instruction augmente, passant de 37% parmi les femmes sans instruction à 22% pour celles ayant un niveau moyen ou supérieur et plus.

Au niveau national, la proportion d'hommes en union polygame est de 18% en 2021 contre 21% en 2012 parmi les hommes de 15-49 ans ; parmi ceux de 15-59 ans, la proportion est de 20%. En outre, entre 2012 et 2021, la proportion d'hommes polygames de 15-49 ans a baissé (21% contre 18%).

Les écarts entre milieux de résidence ne sont pas très significatifs. En milieu rural, le taux de polygamie est un peu plus élevé qu'en milieu urbain (19% contre 14%). C'est dans les régions de Maradi (22%) et Tahoua (22%) que la pratique de la polygamie est la plus fréquente. En revanche, c'est à Agadez (10%) et à Niamey (11%) cette pratique est la moins fréquente.

⁸ Enquête nationale sur la fécondité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans (ENAFEME) 2021. Institut National de la Statistique (INS) Niamey, Niger. Utica International Columbia, Maryland, USA 2022

Comme chez les femmes, la proportion d'hommes en union polygame diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 19% parmi les hommes qui n'ont aucune instruction à 18% parmi ceux qui ont le niveau primaire et à 14% chez ceux qui ont le niveau secondaire ou plus.

3.4.1.2 Age de la première union

Les femmes nigériennes entrent en union à un âge très précoce : parmi les femmes âgées de 25-49 ans, un peu moins d'une personne sur trois (29%) était déjà en union à l'âge de 15 ans exacts. Près de deux sur trois (65%) étaient déjà en union en atteignant 18 ans exacts et la quasi-totalité (94%) l'étaient à 25 ans. L'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 16,6 ans. Cet âge médian n'a pratiquement pas changé d'une génération à une autre, oscillant entre 16,3 ans et 17,5 ans. En 2012, l'âge médian à la première union était de 15,7 ans.

Les hommes entrent en union à un âge plus tardif que les femmes. Alors que la quasi-totalité des femmes de 25-49 ans sont déjà entrées en union à 25 ans, à cet âge, ce sont moins de six hommes de 25-59 ans sur dix (56%) qui ont déjà contracté une première union. L'âge médian à la première union des hommes de 25-49 ans est estimé à 24,5 ans. Il n'existe pas non plus de grande modification importante de cet âge dans les générations.

L'âge à la première union diffère d'un milieu de résidence à l'autre. Les femmes du milieu rural se marient plus tôt que celles du milieu urbain : 16,2 ans contre 18,8 ans dans les groupes d'âges de 25-49 ans. Les femmes de Niamey se marient plus tard que celles des autres villes (19,9 ans contre 18,3 ans). Les résultats selon les régions font apparaître des écarts dans les groupes d'âges de 25-49 ans, l'âge médian variant d'un minimum de 15,5 ans à Zinder à un maximum de 19,9 ans dans la région de Niamey.

En fonction du niveau d'instruction, des écarts plus importants sont observés. En effet, l'augmentation du niveau d'instruction contribue à retarder l'âge des femmes à la première union : de 16,3 ans quand elles n'ont pas d'instruction, il passe à 20 ans quand elles ont un niveau moyen ou secondaire et plus.

3.4.1.3 Fécondité

Ay Niger, il y a une baisse importante du niveau de la fécondité qui est passée de 7,6 en 2012 à 6,2 en 2021. Les femmes du milieu urbain ont un niveau de fécondité plus faible que celles du milieu rural (5 enfants par femme contre 6,5). Les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont plus d'enfants que celles qui ont un niveau secondaire ou plus (respectivement 6,6 et 5,1).

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

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
- 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. 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 :

- La mauvaise information sur la religion en matière de la reproduction,
- L'extrémisme religieux,
- Les barrières socioculturelles,
- L'insuffisance de la vulgarisation,
- Absence de loi pénale,
- Insuffisance de courage politique,
- Insuffisance dans la coordination,
- Insuffisance dans l'appropriation des textes,
- Insuffisance dans la connaissance des DSSR par les bénéficiaires,
- Insuffisance des moyens financiers,
- Insécurité grandissante dans certaines régions du Niger,
- Opposition de certains religieux,
- Non implication de tous les acteurs.

3.4.5. Violence basée sur le genre

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'État 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'étude⁹ 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.

Les VBG se sont aggravées lors de la pandémie COVID19 parce que ça a mis en mal l'économie du pays. Et l'un des facteurs favorisant la VBG c'est la pauvreté

⁹Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger. UNFPA. RAPPORT FINAL Fatou Diop Sall, Djibo SALEY, MODIELI Amadou Djibrilla.

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. L'indice de fécondité est l'un des plus élevés du monde. Cette forte natalité est le résultat de comportements pronatalistes, de la religion (islam), 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) est limité par l'inadéquation des formations sanitaires à répondre aux besoins des jeunes mais surtout du fait de pesanteurs socioculturelles et de la religion (Islam) et les obstacles juridiques.

Parmi les autres goulets d'étranglement, il y a :

- Les barrières socio-culturelles,
- Les difficultés d'accès à certaines zones à cause de l'insécurité,
- La limitation des ressources financières et matérielles,
- Les barrières religieuses,
- Le manque de synergie d'actions des acteurs.

4.3. Recommandations

Nous formulons les recommandations suivantes :

- Pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR :
 - ✓ Mettre en place une stratégie de continuité des services en contexte d'insécurité au Niger ;
 - ✓ Dupliquer les meilleures pratiques en matière de DSSR et les porter à l'échelle ;
 - ✓ Multiplier les centres amis des jeunes et les espaces de dialogues des jeunes avec des équipements modernes ainsi que les lignes vertes ;
 - ✓ Institutionnaliser la stratégie clubs de santé scolaire ;
 - ✓ Intégrer les besoins spécifiques des groupes vulnérables dont les personnes handicapées dans les actions se rapportant aux DSSR ;
 - ✓ Encourager le maintien des jeunes filles à l'école en adoptant une loi spécifique en lieu et place de textes réglementaires juridiquement peu contraignants.
 - ✓ Accroître le budget de la santé et de créer une ligne destinée spécifiquement à la DSSR;

- ✓ Prendre les mesures adéquates pour les besoins en santé non satisfaits et l'utilisation des services pour rehausser les indicateurs en SSR ;
 - ✓ Prendre les mesures adéquates pour l'application effective de la loi SR ;
 - ✓ Prendre les mesures adéquates pour le financement des contraceptifs et leur distribution ;
 - ✓ Faire du financement de la Planification Familiale une souveraineté de l'état sur toute la chaîne. ;
 - ✓ Rendre les contraceptifs disponibles jusqu'au dernier kilomètre ;
 - ✓ Mobiliser les ressources domestiques pour la promotion des DSSR ;
 - ✓ Promouvoir la recherche sur les DSSR ;
 - ✓ 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,
 - ✓ Faire un plaidoyer auprès des PTF en faveur de la mobilisation des fonds pour la promotion des DSSR ;
 - ✓ Créer une synergie d'action dans les interventions des ONG en matière de DSSR ;
 - ✓ Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;
 - ✓ Faire une analyse des acteurs ;
 - ✓ Octroyer un financement adéquat aux services de DSSR ;
 - ✓ Continuer et améliorer le suivi et évaluation des projets et programmes.
- Pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR :
 - ✓ Impliquer les femmes et les hommes comme acteurs de leur propre changement,
 - ✓ Renforcer de mobilisation sociale en faveur des changements des comportements pour l'utilisation des services SSR ;
 - ✓ Former tous les acteurs (OSC, média, prestataires, etc.) sur les questions des DSSR et inclure les DSSR dans le circula de formations des élèves ;
 - ✓ Impliquer et responsabiliser les jeunes ;
 - ✓ Organiser des caravanes de sensibilisation au niveau communautaire afin de renforcer la vigilance ;
 - ✓ Identifier les principaux risques et élaborer un plan de mitigation ;
 - ✓ Mener des actions de communication ;
 - ✓ Accorder une place de choix à la mobilisation sociale ;
 - ✓ Impliquer toutes les parties prenantes dans les décisions relatives à la DSSR ;
 - ✓ 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.
- Pour la prestation des services DSSR :
 - ✓ Renforcer les capacités techniques des services et ONG impliquées ;
 - ✓ Créer des 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.

Annexe 1 : Structures consultées

N°	Prénoms et Nom	Structure	Fonction	Adresses de contact (Téléphones et emails)
1	Dr Kassoum Ibrahima	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant	Chef division SM,	00227 88 44 81 42, kassouhima@yahoo.fr
2	Dr ALI Halima	Direction de la Planification Familiale	Staff	halisfm@yahoo.fr
3	Mme ATTIKOU Mariama	Direction de la Santé des Adolescents et des Jeunes	Staff	mamanekadelahmariama@gmail.com
4	Mme LANKOANDE Haoua	UGP-SWEDD	Staff	lankoande_haoua@yahoo.fr
5	Mme SEKOU Djé	Ministère de la jeunesse et du sport /		dijskou@yahoo.fr
6	Dr Adamou MANZO	UNFPA		Manzo@unfpa.org
7	Mme BEBERT	UNICEF		/WhatsApp : 96961119
8	YARO Asma Gali IBRAHIM innocent	USAID : <ul style="list-style-type: none"> • AmplifyPF • Jhpiego 		96982591/90515190 ayarohgali@pathfinder.org innocent.ibrahim@jhpiego.org
9	Abdourahamane BAZA	Réseau des Jeunes Ambassadeurs pour la Santé Reproductive et la Planification Familiale au Niger (RJA/SR/PF Niger)		bazagneize@gmail.com

N°	Prénoms et Nom	Structure	Fonction	Adresses de contact (Téléphones et emails)
10	Dr AWAL Issa	Réseau AfriYAN	Président régional et Pays	awid1er@yahoo.fr
11	Yaou MOUSSA	Coalition des Acteurs pour le Repositionnement de la Planification Familiale au Niger (CAR/PF)		yaouomoussa@gmail.com
12	Mme BANOBA Ramatou	Association Nigérienne de Santé Publique (ANSP)	Staff	banobarams@gmail.com
13	Dr Hassane Sanda Maiga	RCPFAS-NIGER		hsmaiga@yahoo.com
14	Lamoudi Youmandi	Association Nigérienne pour le Bien Être Familial (ANBEF)	Satff	lamoudi@anbef-niger.org
15	Yaou MOUSSA	ONG LAFIA MATASSA		yaouomoussa@gmail.com
16	MAIGA ALOU Hama	GAIPDS/ Groupement des Associations Islamiques pour les Questions de Population et Développement Social	NESS « Niger Éducation Santé et Sport »	gaipds@gmail.com GARBA: +227.90 48 93 08 Ongnessniger@gmail.com
17	Amadou Moumouni Soumaila	Comité Nigérien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et	Chargé de programme/ CONIPRAT	Soumaila348@gmail.com

N°	Prénoms et Nom	Structure	Fonction	Adresses de contact (Téléphones et emails)
		des enfants (CONIPRAT)		
18	Cheikh Bachir	Alliance des Religieux pour le Développement Socio-éducatif, Economique et Sanitaire (ARDSSES)		bachirumaru@yahoo.fr
19	Omar SIDDO	Fédération Nigérienne de 20 Personnes Handicapées (FNPH)		omar.siddo@gmail.com
20	Mme TRAORE Samatou	ONG DIMOL	Pdte	salamatoutraore606@gmail.com
21	Dr Bintou GOUROUZA	ONG Jeunesse Action Leadership/JAL		Gbintou249@gmail.com
22	ALLAGOUMA MAIGA Noufou	ONG LEGNOL		noufouallagouma@yahoo.fr
23	Issoufou Boubacar	ONG CODD		lcoddniger@gmail.com

Annexe 2 : Structures de la Task force

Noms et Prénoms	Qualités/Structures	Contacts
1. Mme ATTIKOU Mariama	Direction Santé Jeunes et Adolescents/MSP/P/AS	Tél/WhatsApp : +227 80900012 Email: mamanekadelahmariama@gmail.com
2. Mme BANOBA Rahanatou	Association Nigérienne de Santé Publique (ANSP)	Tél : 99759140 Email : banobarams@gmail.com
3. Mme Sékou Dijé OUAGANI	SGA/MJS	Tél/WhatsApp : +227 96983130 Email : dijskou@yahoo.fr ; sek_dije@yahoo.fr
4. Dr Karim MAIGA ABDOULAYE	Association Nigérienne de Santé Publique (ANSP)	Tél : 98561879 WhatsApp : 92284664 Email : drkarimabdoulaye@gmail.com
5. CHEFFOU LIMAN Manirou	CAR/PF	Tél/WhatsApp : +227 96097576 Email :
6. ALOU MAIGA Hama	GAIPDS/Groupement des Associations Islamiques pour les Questions de Population et Développement Social	Tél / WhatsApp : 96749291 Email : gaipds@gmail.com
7. Dr AWAL ISSA Rachid	Président du Conseil d'Administration du Réseau AfriYAN	Tél / WhatsApp : 92555525 Email : awid1er@yahoo.fr
8. Nafissatou Mahamadou Iddi	ONG Jeunesse Action Leadership	Tél / WhatsApp : 90097221 Email : nafissatouiddi@gmail.com
9. Nouhou ALLAGOUMA MAIGA	ONG LEYGNOL	Tél / WhatsApp : 97586365 Email : noufouallagouma@yahoo.fr
10. Amadou Moumouni Soumaila	Chargé de programme/CONIPRAT	Tél : 96073348 WhatsApp : 94000480 Email : Soumaila348@gmail.com

11. Dr Adamou MANZO	Médecin spécialiste en Gestion de la SR, NPO PF/ UNFPA	Tél / WhatsApp : 90278037 Email : Manzo@unfpa.org
------------------------	--	---

Annexe 3 : Questionnaire

Date _____/

Pays _____/

Structure _____/

Responsable _____/

Adresse et contacts _____/

Questions	Réponses
1. Développement du secteur DSSR	
Quels sont les récents (depuis 2018) développements du secteur DSSR (veuillez indiquer les dates et les textes) dans votre pays ?	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	
Peut-on dire que, lors de ces dernières années (depuis 2018), les populations se sont mieux appropriées des services DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
4. Violence basée sur le genre	
Depuis 2018, les VBG se sont-elles aggravées dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
Y a-t-elles des nouvelles actions de lutte contre les VBG dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :

5. Décisions et leur mise en œuvre dans le secteur DSSR	
Quels sont les nouveaux acteurs impliqués dans la prise des décisions du secteur DSSR dans votre pays ?	Acteur 1 : Acteur 2 : Acteur 3 : Acteur 4 : Acteur 5 :
Les décisions sont-elles effectivement mises en œuvre ?	Oui __/ Non __/ Veuillez justifier votre réponse :
Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR dans votre pays ?	Difficulté 1 : Difficulté 2 : Difficulté 3 : Difficulté 4 : Difficulté 5 :
6. Perceptions générales sur le secteur	
Quels sont les améliorations constatées, depuis 2018, en matière de DSSR dans votre pays ?	Amélioration 1 : Amélioration 2 : Amélioration 3 : Amélioration 4 : Amélioration 5 :
Les résistances ont-elles diminué depuis 2018 en matière de DSSR dans votre pays ?	Oui __/ Non __/ Veuillez justifier votre réponse :
Quels sont les plus grands défis du secteur DSSR dans votre pays ?	Défi 1 : Défi 2 : Défi 3 : Défi 4 :

	Défi 5 :
Quelles sont les nouvelles 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 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 : Médias : Leaders communautaires/religieux : Organisations de jeunes : Organisations de femmes :
De 2018 à nos jours, existe-t-il des nouveaux 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?	Goulet d'étranglement 1 : Goulet d'étranglement 2 : Goulet d'étranglement 3 : Goulet d'étranglement 4 :

	Goulet d'étranglement 5 :
De 2018 à nos jours, la corruption s'est-elle aggravée en matière de DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
7. Recommandations	
<p>Veuillez formuler cinq recommandations pour améliorer le secteur DSSR dans votre pays, en tenant compte des changements lors des quatre dernières années.</p>	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Recommandation 5 :</p>

1- NOTE TECHNIQUE DE LA SUBVENTION PARTENARIAT AMPLIFYCHANGE

1.1 CONTEXTE

Fort de la réussite de la mise en œuvre de la Subvention Stratégique BR5S-UVKV-T8, le Consortium constitué de Conseils et Appui pour l'Éducation à la Base (**CAEB**), de la Coalition Régionale des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale (**COSC/PF**) pour l'Afrique de l'Ouest Francophone et d'Ebenzer International (**EI**) a postulé avec succès le 20 juillet 2020 pour la deuxième phase de ladite subvention, sous le numéro E4HQ-2W3R-TV. Les expériences réussies avec AmplifyChange ont encouragé CAEB et Ebenzer International à postuler en Consortium au premier appel d'AmplifyChange pour la Subvention Partenariat, sous le numéro REQG-8JEY-HF. Le Consortium a reçu une notification d'attribution de ce financement à la date du 13 décembre 2021. Le montant total du budget est de 1 500 000 GBP, soit 1 155 375 000 F CFA et pour une durée de 3 ans, allant du 1^{er} juin 2022 au 31 Mai 2025, avec **CAEB** comme lead.

Cette subvention donne l'opportunité aux organisations membres dudit consortium d'assurer l'octroi de subventions à de plus petites OSC pour promouvoir des initiatives de DSSR menées localement et faciliter le renforcement de leurs capacités institutionnelles et managériales. En outre, elle permettra d'assurer le renforcement des capacités des petites OSC en matière de mobilisation des ressources et de mise en réseau des OSC, de communication sur les résultats programmatiques et leurs impacts, la promotion des connaissances pour l'appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal).

Le consortium collaborera avec les coalitions de la société civile, les partenaires techniques et financiers pertinents et les autorités gouvernementales dans les pays d'intervention de la subvention pour créer une synergie des efforts nationaux et régionaux de plaidoyer et de lobbying des petites OSC en faveur des DSSR.

1.2 DEFIS LIÉS A LA PARTICIPATION EFFECTIVE DES PETITES OSC A LA CONCEPTION ET AU PILOTAGE DES PROJETS DSSR

CAEB et Ebenzer International ont travaillé en consortium avec les 9 pays du Partenariat de Ouagadougou dans le cadre de précédentes subventions Stratégiques d'AmplifyChange (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Togo, Benin, Mauritanie, Sénégal). Ces pays ont réalisé beaucoup de progrès pour améliorer les prestations de services et la fourniture de produits DSSR aux couches vulnérables. Ils ont aussi produit les « Plans d'action nationaux budgétisés pour la planification familiale » (PANB/PF) avec des composantes de plaidoyer importantes pour les OSC à tous les niveaux.

Ce projet fournira aux petites OSC des ressources pour mettre en œuvre des priorités nationales de plaidoyer alignées sur le PANB/PF au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal. Il contribuera à lever les défis spécifiques auxquels les petites OSC sont confrontées dans la poursuite de leurs efforts de promotion et de plaidoyer en faveur des DSSR, à savoir :

1. La difficulté d'accès aux financements à court et à moyen termes pour les petites OSC ;
2. Les défis liés à la constitution des consortiums incluant de petites OPH et OSC pour réaliser des projets DSSR ;
3. La portée des projets DSSR essentiellement limitée aux zones urbaines, les zones rurales bénéficiant de peu d'attention et de moyens limités ;
4. L'insuffisance ou le manque de données sur les DSSR dans les communautés ;

5. L'accès très limité aux ressources par les petites OPH pour le plaidoyer en faveur des DSSR et la mobilisation communautaire ;
6. La faible capacité institutionnelle et organisationnelle des petites OSC ;
7. L'impact négatif du COVID 19 sur les ressources et les activités des OSC travaillant sur les DSSR ;
8. Le besoin crucial de l'assistance technique pour renforcer les capacités des agents étatiques et des communautés à promouvoir les DSSR au niveau infranational (préfectoral et communal).

1.3 Objectif de la Subvention Partenariat

L'objectif de cette subvention est triple :

- 1) assurer l'octroi de subventions aux petites OSC soutenant des initiatives pour le plaidoyer local en matière de DSSR ;
- 2) fournir des connaissances et faciliter les initiatives conjointes de plaidoyer des petites OSC ;
- 3) faciliter le renforcement des capacités organisationnelles et le soutien aux petites OSC en termes de capacités institutionnelles, de gestion, de mobilisation de ressources et de mise en réseau.

1.4 Résultats attendus de la Subvention Partenariat

Le projet est conçu pour renforcer les initiatives de plaidoyer des petites OSC aux niveaux national et infranational, avec comme principaux résultats :

- un accès accru et plus facile des petites OSC aux financements DSSR ;
- une meilleure allocation des ressources DSSR au niveau national et infranational;
- une planification rigoureuse du plaidoyer aux niveaux national et infranational;
- un engagement et une influence accrue 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 petites OSC à plaider en faveur des DSSR ;
- l'engagement accru d'alliés potentiels dans l'ensemble des secteurs et des mouvements ;
- le renforcement de la collaboration entre les OSC aux niveaux national et sous-régional en Afrique de l'Ouest ;
- 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 Zone géographique, région et pays d'intervention du Projet

Le projet est mis en œuvre dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest en Afrique Subsaharienne, à savoir la Guinée, le Mali, le Niger, et le Sénégal.

1.6 Rôles et responsabilités au sein du Consortium

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

La gestion financière et comptable, le suivi, l'évaluation et le rapportage à AmplifyChange seront mis en œuvre par **Conseils et Appui pour l'Education à la Base (C.A.E.B.)**. Aussi, CAEB va assurer l'octroi de subventions à de plus petites OSC pour promouvoir des initiatives de DSSR menées localement et faciliter le renforcement des capacités institutionnelles et managériales dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal). 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.

Ebenezer International mènera les études et recherches pour la production et la diffusion d'une base de données factuelles en vue d'appuyer le plaidoyer, y compris la cartographie des principaux canaux de financement de la santé sexuelle et reproductive et les initiatives de plaidoyer financées par pays au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal. Aussi, elle facilitera la conception et le financement des initiatives de partage d'expérience, d'apprentissage et de mise en réseau des dirigeants des OSC. Enfin, **Ebenezer International** assurera le renforcement des capacités des petites OSC en matière de mobilisation des ressources et de mise en réseau des OSC bénéficiaires, de communication sur les résultats programmatiques et leurs impacts, la promotion des connaissances pour l'appui au plaidoyer auprès des OSC bénéficiaires dans les 4 pays retenus en Afrique de l'Ouest francophone (Mali, Guinée, Niger, Sénégal).

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

2.1 But et objectifs de l'Etude

But de l'étude

Le but de l'étude est de mettre à jour des études menées dans le cadre de nos précédentes subventions stratégiques AmplifyChange en vue d'aider les petites OSC à comprendre et à tirer parti de ces études pour un plaidoyer efficace dans leurs contextes respectifs. Aussi, une cartographie des principaux canaux de financement de la santé sexuelle et reproductive au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal, permettra d'éclairer les termes de référence pour le recrutement des plus petites OSC bénéficiaires de la Subvention de Partenariat.

En effet, sans données et informations de base à jour, les petites OSC ne seront pas en mesure de formuler des initiatives de plaidoyer et des arguments pertinents qui puissent influencer les décisions, les politiques et les lois en matière de DSSR dans leurs contextes respectifs. Aussi, la méconnaissance des donateurs actuels et de leurs priorités en termes de thématiques liés aux DSSR peut conduire à la duplication des financements DSSR dans les pays d'intervention.

Les trois objectifs de l'étude sont :

- **Mise à jour de la base de preuves soutenant le plaidoyer dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des parties prenantes des DSSR.**

Il s'agira pour ce volet de l'étude, de réaliser les activités suivantes :

- Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali, la Guinée et le Niger ;
 - Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse de l'indice du pays favorable aux DSSR pour six pays de l'Afrique Subsaharienne (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Malawi et Zimbabwe) en y incluant les données du Sénégal ;
 - Réviser et actualiser les données pertinentes de l'analyse comparative ciblée de la littérature en lien avec les DSSR en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger) en y incluant les données du Sénégal ;
 - Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Sénégal.
- **Cartographie des principaux canaux de financement des DSSR au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal.**

Ce volet de l'étude vise à identifier les thématiques prioritaires, les zones d'interventions, les principaux bénéficiaires, les enveloppes budgétaires et les périodes des interventions, de même que les principaux critères d'allocation des bailleurs pertinents du secteur DSSR par pays.

- **Travailler en étroite collaboration avec les membres des Task-Forces mise en place dans les 4 pays dans le cadre des études citées ci-dessus, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International.**

Cette collaboration vise à identifier et à collaborer efficacement avec les parties prenantes clefs du secteur DSSR dans le processus de la Consultation et faciliter un atelier de validation des données des études pour une journée par pays qui sera animé par le Consultant en présentiel ou en session virtuelle.

2.2 Résultats attendus

- Les rapports des études révisées, actualisées ou réalisées avec 30 pages minimum et 50 pages maximum pour chaque rapport d'étude indiqué ci-dessous, sans compter les annexes, conformément aux normes de bonnes pratiques internationales et en conformité avec les exigences de la Proposition Technique du Projet :
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Mali ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour la Guinée ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger ;
 - Analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Sénégal ;
 - Analyse de l'indice du pays favorable aux DSSR pour sept pays de l'Afrique Subsaharienne (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Sénégal, Malawi et Zimbabwe) ;
 - Analyse comparative ciblée de la littérature en lien avec les DSSR en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Burkina Faso, Niger, Sénégal), selon le modèle de l'Afrique Australe ;
 - Cartographie des principaux canaux de financement des DSSR au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal.
- 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 Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal ;
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation pertinente sur les DSSR pour les besoins de l'étude ;
- Concevoir les formulaires appropriés pour les études et les faire valider par Ebenezer International, sur la base de la Proposition Technique du Projet, recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes des DSSR et procéder à leur analyse et synthèse ;
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction des rapports finaux par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 45 jours avant leurs soumissions, sur la base de la Proposition Technique du Projet ;

- Rédiger en français le rapport final de chaque étude, de même que 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

Le/la consultant(e) doit répondre aux critères ci-dessous :

- Avoir un Master 2 ou équivalent en politiques publiques, santé publique, sciences politiques ou autre domaine connexe ;
- Démontrer une grande expertise des conventions et protocoles internationales, de même que les lois, politiques stratégies internationales, régionales, sous régionales et nationales en lien avec les DSSR ;
- 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 objectives, scientifiquement et juridiquement acceptables, pour la conduite d'études aux niveaux international, régional ou sous régional ;
- Avoir au moins 10 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 en Afrique de l'Ouest ;
- Être parfaitement francophone (écrire et parler correctement le français) ;
- 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 ;
- Faire preuve de diplomatie et de discrétion de manière appropriée et prouver sa capacité à gérer les informations sensibles avec précaution ;
- Excellentes qualités interpersonnelles et capacité à communiquer efficacement avec des publics variés ;
- Excellentes capacités d'analyse, de synthèse et compétences pour la production de livrables (rapport d'études, etc.) de haute qualité.

2.5 Durée de la consultation

Quatre-vingt-dix (90) jours de travail entre le 15 Juillet 2022 et le 30 Octobre 2022 seront nécessaires pour cette consultation et qui pourrait être répartis ainsi :

- **Première phase : démarrage de la consultation** - 5 jours de travail pendant lesquels le consultant aura à prendre connaissance du projet et de ses parties prenantes. Le consultant suggéra une liste de 10 personnes par pays qui sera approuvée par Ebenezer International pour constituer la Task-Force. Il établira une relation de travail cordiale avec les membres des Task-Force mis en place dans les pays (Mali, Guinée, Niger, Sénégal) dans le cadre de l'étude.
- **Deuxième phase : collecte et analyse des données** - 40 jours de travail pendant lesquels le consultant procédera à la recherche documentaire, aux échanges avec les parties prenantes pertinentes, à la collecte des données et à l'analyse des rapports d'études mentionnées ci-dessus.
- **Troisième phase : Production des drafts des rapports** - 30 jours de travail pendant lesquels le consultant produira et partagera le premier draft des rapports avec les membres des Task-Force mis en place dans les pays (Mali, Guinée, Niger, Sénégal) dans le cadre des études antérieures pour feedbacks au moins 10 jours avant la soumission des rapports finaux.

- **Quatrième phase : Production et soumission des rapports finaux** - 15 jours de travail pendant lesquels le consultant produira les rapports finaux intégrant les feed-back des Task-Forces de chaque pays qu'il soumettra à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au plus tard le Lundi 31 Octobre 2022 à 16 heures GMT pour validation définitive.

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 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 :

- konivogui@ebenezerinternational.org
- edembele@ebenezerinternational.org

NB :

- Seuls les candidats présélectionnés seront contactés par Ebenezer International pour les prochaines étapes.
- Ebenezer International se réserve le droit d'arrêter le processus de sélection dès l'obtention d'une candidature satisfaisante.
- Aucun dossier fourni ne sera retourné aux candidats par Ebenezer International.

Annexe 5 : Bibliographie

Conventions et textes internationaux :

1. Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030. Organisation des Nations Unies 2015.
2. La Charte des Nations Unies signée à San Francisco. Organisation des Nations Unies 1945.
3. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Organisation des Nations Unies 1948.
4. Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP). Organisation des Nations Unies 2014
5. La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE). Organisation des Nations Unies 1989
6. Convention pour l'Elimination des Discriminations Envers les Femmes (CEDEF). Organisation des Nations Unies 1981.
7. Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples. Organisation de l'unité africaine 1986
8. Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo ». Commission de l'Union africaine 2005

Lois, programmes, plans nationaux :

1. Politique Nationale Genre. Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant ; 2017
2. Loi du 24 mai 2006 sur la santé de la reproduction au Niger. Assemblée Nationale ; 2006
3. Politique nationale de population 2019-2035. Ministère de la Population ; 2019
4. Décret N° 2019-408/PRN/MSP du 26 juillet 2019 portant application de la loi SR. Journal officiel du 29 octobre 2019
5. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2021-2025 du Niger. Direction de la Planification Familiale (DPF) du Niger 2021
6. Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026. Direction des études et de la programmation du ministère de la sante publique, de la population et des affaires sociales 2022.
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

Rapports:

1. What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis.. Overseas Development Institute 2012.
2. Sarah Vilpert ; « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise 2008.
3. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. Fonds des Nations Unies pour la population, New York, UNFPA ; 2014.
4. 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 ; 2014.
5. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA. UNFPA ; 2014.

6. Enquête nationale sur la fécondité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans (ENAFEME) 2021. Institut National de la Statistique (INS) Niamey, Niger. Utica International Columbia, Maryland, USA 2022
7. Evaluation du 8ème programme de pays UNFPA/Niger 2014-2018. Période évaluée : 1er Janvier 2014 — 30 Juin 2017. Rapport final d'évaluation. UNFPA ; 2018
8. Niger, Rapport National sur les progrès vers l'atteinte des OMD 1990-2015, INS-Niger, 2015
9. Fatou Diop Sall, Djibo SALEY, MODIELI Amadou Djibrilla. ; Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger ; RAPPORT FINAL UNFPA 2015



Ebenezer International, Direction des Programmes Internationaux

Rue 605 /Porte 16 Baco-Djicoroni ACI. Près de l'Agence SOTELMA, non loin du fleuve Niger.

Bamako, Mali, Afrique de l'Ouest

Tel : (223) 93 51 04 55 / 73 23 45 02

Email : contact@ebenezerinternational.org

www.ebenezerinternational.org