

Niger: trop peu, trop tard

«Comment le Niger va nourrir une population qui va passer de 11 millions d'habitants aujourd'hui à 50 millions en 2050 dans un pays semi-aride face à un changement climatique peut-être défavorable n'est pas clair».

—Lord Adair Turner

Le Niger — croissance démographique la plus rapide au monde, indice synthétique de fécondité (ISF) le plus élevé, terres arables réduites et en perte, faibles pluies annuelles, malnutrition intense, niveaux d'instruction extrêmement faibles, flagrantes inégalités de genre et avenir incertain face au changement climatique — est l'exemple le plus extrême d'une catastrophe qui menace de s'abattre sur le Sahel. Les politiques adoptées par le gouvernement du Niger et la communauté internationale pour réduire la croissance galopante de la population et la rapidité de leur mise en œuvre revêtent aujourd'hui une importance capitale. Nous examinons dans ce commentaire les problèmes posés par la croissance démographique rapide du Niger et les options de politique proposées pour y faire face.

LE PROBLÈME

Démographie et normes de planification familiale

Dès la mi-2010, le Niger comptait une population estimée à 15,9 millions d'habitants, avec un ISF de 7,4 naissances par femme.^{1,2} Le besoin urgent de ralentir cette croissance galopante se révèle dans les projections de la population du pays en fonction de la date à laquelle elle atteint la fécondité de remplacement (graphique 1, page 42) et de ce qu'elle aurait été si l'ISF avait été moindre en 1990 et avait décliné plus rapidement (graphique 2, page 43). D'après les estimations du Population Reference Bureau, si l'ISF du pays tombe à 3,8 d'ici 2050 (projection médiane, sans la moindre certitude), sa population atteindra 58,2 millions d'habitants, faisant probablement du Niger le deuxième pays le plus peuplé d'Afrique occidentale. Les projections de l'ONU sont similaires et prévoient une population nigérienne comprise entre 47 millions (ISF 3,2) et 59 millions (ISF 4,2) d'habitants d'ici 2050,^{3,4} pour atteindre 98,5 millions à l'horizon 2100.⁵ D'après une analyse des tendances de la planification familiale réalisée dans 13 pays d'Afrique occidentale (y compris le Niger) entre 1991 et 2004 toutefois, la prévalence contraceptive n'a augmenté que de 0,6% par an dans la région durant cette période, laissant clairement entendre des prévisions onusiennes par trop optimistes.⁶ La projection moyenne de l'ONU présume un ISF de 3,8 en 2050, ce qui implique une croissance démographique continue jusqu'à 2100 et au-delà.⁷

Depuis 2002, la contraception est offerte gratuitement au Niger, la distribution est externalisée et certains programmes radiophoniques de promotion de la planification familiale ont été lancés. La prévalence contraceptive demeure cependant faible. En 2009, 11% des Nigériennes mariées de 15 à 49 ans pratiquaient la contraception;² moins de la moitié (5%) avaient recours aux méthodes modernes, généralement la contraception orale ou le stérilet.^{3,8} Les raisons de non-pratique le plus souvent invoquées sont le désir d'avoir encore des enfants, la ménopause et la stérilité.⁸ Étant donné cette faible prévalence de la contraception, la population du pays poursuit sa croissance rapide (tableau 1, page 44) et sa structure par âge est désaxée. Environ 49% de Nigériens n'ont pas plus de 15 ans, par rapport à 3% seulement dans la tranche de 65 ans et plus.² Pour que la prévalence contraceptive atteigne 55% (le niveau requis pour réduire l'ISF à 3,8) d'ici 2050, le nombre d'utilisatrices devrait plus que décupler.

La famille nigérienne et la dynamique culturelle représentent largement les intérêts masculins, beaucoup de femmes ne disposant d'aucune autonomie ou liberté de gestion de leurs maternités. Le pays n'a pas ratifié le Protocole de Maputo et sa proscription du mariage précoce. L'âge médian des femmes au moment du mariage est de 15,5 ans;² à la première naissance, il est de 17,9 ans.⁸ Le Niger est l'un des rares pays au monde qui ne présente globalement guère ou pas de besoin de planification familiale non satisfait, non pas que l'accès aux méthodes de contraception soit pleinement assuré, mais plutôt que la culture soit à ce point nataliste que le nombre d'enfants désiré est supérieur à celui atteint. En 2006, les femmes et les hommes mariés déclaraient désirer, respectivement, une moyenne de 8,8 et 12,6 enfants.⁸ Plus du quart des femmes de plus de 40 ans ont au moins 10 enfants. Une femme sur cent seulement désire avoir, au plus, deux enfants.

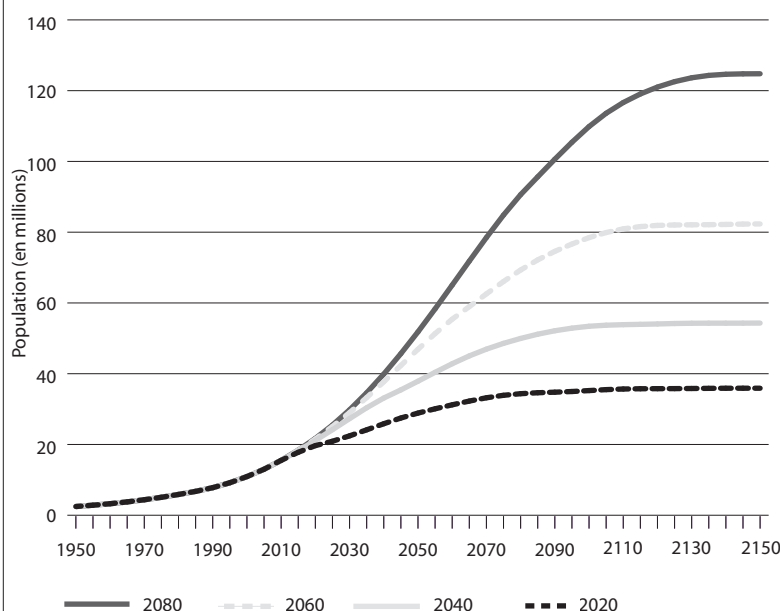
Développement

En 2008, le Niger se classait 174^e sur 178 à l'indice de développement humain, plus de 60% de sa population vivant de moins de US\$1 par jour.⁹ Cette même année, le revenu national brut du pays (330 dollars; 680 dollars en parité de pouvoir d'achat) était l'un des plus faibles au monde.¹⁰ Pire encore, la croissance économique récente (environ 2% par an) est inférieure à la croissance démographique (plus de 3,9%).^{1,11} Le haut indice de dépendance (personnes à charge par rapport à la population d'âge actif) de 108 pour 100 au Niger sape le potentiel d'accumulation des économies nécessaires à l'expansion de

Par Malcolm Potts, Virginia Gidi, Martha Campbell et Sarah Zureick

Malcolm Potts est fondateur et directeur et Virginia Gidi, membre, du Bixby Center for Population, Health & Sustainability, University of California, Berkeley (Californie, USA). Martha Campbell est présidente et fondatrice, Venture Strategies for Health and Development, Berkeley (Californie, USA). Sarah Zureick est chercheur post-doctorat, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison (Wisconsin, USA).

GRAPHIQUE 1. Triple projection de cohortes démontrant l'effet relatif sur la croissance démographique de la réalisation de la fécondité de remplacement en 2020, 2040, 2060 ou 2080, Niger



N.B.: Les projections sont réalisées par modification de la version 2010 de World Population Prospects (variante moyenne) pour inclure un déclin linéaire du rapport de reproduction à 1,00 en 2020, 2040, 2060 et 2080. Indice synthétique de fécondité: 7,4 (2010). Besoin de planification familiale non satisfait: 16% (2008). Source: Venture Strategies for Health and Development et African Institute for Development Policy.

l'infrastructure du pays.¹²

En 2007, 15% seulement des femmes du Niger avaient bénéficié d'une certaine instruction de niveau primaire et 1% seulement avaient achevé le cycle primaire.⁸ La Banque de crédit allemande recherche les moyens de garder les filles du Niger à l'école. Il semble malheureusement fort peu probable que l'investissement dans la scolarisation réussisse même à aligner le rythme des inscriptions sur celui de la croissance démographique. D'ici 2050, la population d'âge scolaire sera huit fois plus nombreuse qu'elle ne l'est aujourd'hui. La part du budget général de l'État consacrée à l'éducation a pourtant diminué ces 10 dernières années, passant de 15% à moins de 10%.¹¹ La faiblesse de l'éducation présente de claires implications pour le développement général du pays.

Il est aussi fort peu probable que le Niger dispose de suffisamment de professionnels de la santé pour répondre aux besoins de sa démographie galopante. En 2000, le pays comptait 226 médecins, 13 pharmaciens, 1.128 infirmières et 334 sages-femmes au service d'une population de 10,7 millions d'habitants. Sept ans plus tard, ces nombres n'avaient pas progressé aussi rapidement que la population.^{11,13} Comme le souligne le Rapport 2005 de la Banque mondiale sur le Niger: «Dans l'état actuel des choses, le système national de formation de ressources humaines pour le secteur de la santé n'est pas en mesure de répondre à de tels besoins. Le système de formation à la santé publique se trouve déjà confronté à d'immenses difficultés».¹¹

Problèmes environnementaux

Le Sahel présente l'une des situations écologiques les plus fragiles au monde. Douze pour cent seulement de la surface du Niger bénéficie actuellement de pluies suffisantes pour soutenir l'agriculture. D'après les prédictions,¹¹ il n'en restera rien d'ici 2100.¹⁴ Le sol nigérien est pauvre en éléments nutritifs. Il est mal géré, surpâturé et il perd chaque année jusqu'à 100 tonnes de terre arable par hectare à l'érosion.¹⁵ La quantité de bois brûlé pour la cuisine (2 millions de tonnes par an) représente deux fois la quantité de la croissance de remplacement naturelle.¹⁶ Les agriculteurs de subsistance et les pastoralistes de ce pays enclavé entretiennent de faibles liens avec les marchés nationaux et ont moins accès encore aux importations de semences améliorées et d'engrais. Ils ne disposent guère d'institutions financières aptes à leur prêter de l'argent ou à les couvrir en cas de crise – et les animaux qui représentent leur investissement en capital meurent quand la pluie fait défaut. Depuis plusieurs décennies, le rendement agricole diminue d'une moyenne de 0,6% par an.¹¹ De nouvelles variétés de millet, sorgho et dolique résistant à la sécheresse sont adoptées, mais il semble improbable que la récolte suive le rythme de la croissance démographique.

En août 2010, 12 millions de Nigériens étaient confrontés à de graves pénuries alimentaires.¹⁷ Cette même année, le Programme alimentaire mondial apportait une assistance alimentaire d'urgence à cinq millions de personnes, principalement nourrissons et mères allaitantes. Environ 10% des enfants de moins de cinq ans du Niger souffrent de malnutrition aiguë et 44%, de malnutrition chronique.¹⁸ Selon un rapport publié en 2010, les enfants du Niger âgés de deux ans ou moins sont de 72% plus vulnérables à la chétivité s'ils sont nés pendant une période de sécheresse.¹⁹

Scénarios à venir

Il est difficile de prédire le réchauffement planétaire au niveau régional ou national.²⁰ La plupart des scénarios climatiques peignent cependant un tableau sombre et même effrayant. D'après le Programme des Nations Unies pour l'environnement, le Sahel va presque inévitablement droit à la catastrophe environnementale.

Un scénario possible est celui d'une variabilité accrue des pluies estivales, donnant lieu à des sécheresses deux années sur cinq et à des sécheresses majeures tous les 10 à 20 ans. À travers le Sahel dans son ensemble, les sécheresses des années 1960 et 1970 ont coûté la vie à quelque 100.000 victimes. Dans les années 1960, la population totale du Sahel était de 25,5 millions d'habitants; d'ici 2015, les projections la portent à 88,0 millions. Comme le soulignent Shanahan et ses collègues: «Les démographies galopantes d'Afrique subsaharienne dépendent largement des pluies de mousson pour leur agriculture et leur production d'énergie; elles se trouveraient en mauvaise posture si une sécheresse profonde devait frapper aujourd'hui».²¹

Les niveaux déjà élevés de malnutrition s'aggraveront

probablement et, même sans famine à grande échelle, la mortalité – infantile surtout – augmentera sans doute. Les réseaux sociaux assurés par les familles étendues et autres proches qui les protègent actuellement contre les chocs extérieurs s'effondreront vraisemblablement sous le poids du nombre grandissant de personnes glissant de la pauvreté chronique (nécessité d'emprunter de l'argent ou de dépendre de la famille étendue pour se nourrir pendant certaines parties de l'année) à la pauvreté persistante (dépendance annuelle continue de parents et organismes d'assistance extérieure, pour la nourriture et les premières nécessités). Dans ce scénario, l'assistance alimentaire de la communauté internationale sera de plus en plus indispensable. Face au coût croissant des céréales et à la concurrence des économies émergentes (pour nourrir les animaux d'élevage comme les humains), l'offre alimentaire extérieure risque toutefois de s'épuiser.

Tandis que se multiplie la population d'agriculteurs et de pastoralistes et que la terre sera de plus en plus surexploitée, la migration vers les bidonvilles urbains gonflera par millions. Beaucoup prendront peut-être la direction du sud, franchissant les frontières politiques mais non culturelles du nord nigérian et d'autres parties d'Afrique occidentale, accroissant la pression sur les ressources alimentaires et les économies de ces régions. La croissance démographique rapide et l'amoinissement des ressources accentueront vraisemblablement le risque de conflit. Une étude par analyses de régression des variations de température passées pour projeter le changement climatique prévoit «un accroissement d'environ 54% de l'incidence des conflits armés d'ici 2030 sur tout le territoire de l'Afrique subsaharienne».²²

Il est difficile d'échapper à la conclusion que sur l'ensemble du Sahel, et au Niger en particulier, le coût de la croissance démographique rapide sur la vie et le bien-être sera considérable. Qu'il s'agisse du nourrisson affaibli par la malnutrition et mourant d'une infection respiratoire, de l'adulte chétif qui n'a jamais atteint son potentiel ou d'un violent conflit pour la maîtrise des ressources, le dénominateur commun sera la surpopulation et la dégradation environnementale qu'elle cause.

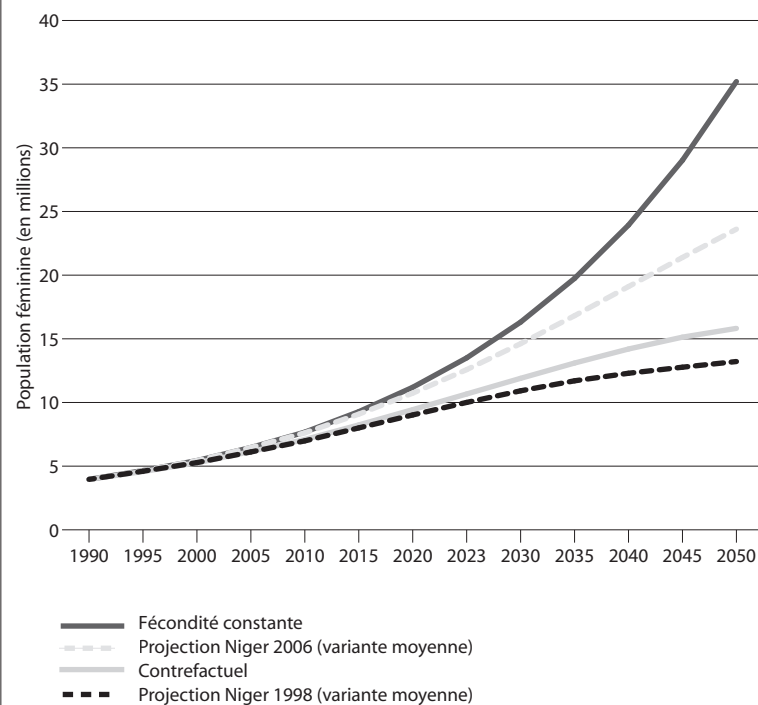
OPTIONS DE POLITIQUE

Deux grandes options un peu contradictoires existent pour ralentir la croissance démographique rapide (tableau 2, page 44). L'une met l'accent sur l'amélioration socioéconomique, dans laquelle beaucoup voient la clé du déclin de la fécondité. L'autre consiste à accorder une beaucoup plus grande importance à la limitation des naissances.

Amélioration socioéconomique

Les économistes de la Banque mondiale et d'ailleurs continuent de penser que le développement est le facteur principal de la transition de la fécondité et n'accordent souvent qu'un appui symbolique à l'investissement dans la planification familiale. Telle était voici peu encore l'approche suivie au Niger. Le pays en a pris un élan démographique

GRAPHIQUE 2. Différentes projections démographiques concernant les Nigériennes, en fonction de quatre scénarios de fécondité



N.B.: Les projections ont été réalisées selon les méthodes de projection matricielle de Leslie et incorporent les changements de mortalité observés entre 1990 et 2010, présumant cependant une mortalité constante après 2010. Les tables de survie de l'OMS correspondant aux années 1990, 2000 et 2009 ont servi à projeter la population pour les périodes 1990–2000, 2000–2010 et 2010–2050, respectivement. Ces projections ne tiennent pas compte d'améliorations possibles de la mortalité après 2010 et sous-estiment donc le potentiel de croissance démographique. Source: OMS, tables de survie des états membres de l'OMS, sans date, <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_life_tables/en/>, consultées [en anglais] le 1er juin 2011.

considérable (graphique 2).

L'option de l'amélioration socioéconomique se subdivise en une politique de «solution du marché» et une politique d'«investissement limité».

• **Solution du marché.** Selon Pritchett, il faut principalement voir dans une fécondité élevée le reflet du nombre d'enfants désiré et, étant donné que le coût de la planification familiale est toujours inférieur à celui d'un enfant à élever, les couples devraient pouvoir réaliser leurs objectifs de fécondité sans apport externe significatif.²³ De notre point de vue, la logique à la base de cette politique est fautive. Il n'y a jamais eu de marché libre de la limitation des naissances au Niger car la population ne possède pas les ressources nécessaires pour y participer,²⁴ les options contraceptives ne sont pas généralement accessibles, l'avortement est illégal et la plupart des habitants ne sont pas suffisamment informés pour choisir en connaissance de cause. En bref, le modèle de Pritchett ne correspond pas à la réalité de la plupart des Nigériennes, parce que la planification familiale n'est pas pour elles une option envisageable.

• **Investissement limité.** Les récents changements de politique adoptés au Niger, où les contraceptifs sont désormais gratuits et les voies de distribution plus larges, ont renforcé légèrement la prévalence contraceptive,²⁵ mais le chemin à parcourir reste long. L'Association Nigérienne

TABLEAU 1. Caractéristiques de population sélectionnées, par année d'EDS, Niger

Caractéristique	1959/60	1988	1992	1998	2006	2009
Population (en millions)	2,9	7,3	na	10,0	12,9	15,9
Taux de natalité	50–55	52	49,7	51,7	45,8	52,0
Taux de mortalité	27	20	na	na	na	17
Espérance de vie depuis la naissance (en années)	37	47	na	47,5	56,5	48
Taux de mortalité infantile	200–250	138–158	na	118	148	108
Indice synthétique de fécondité						
National	6,1	7,1	7,4	7,5	7,1	7,4
Rural	na	na	7,5	na	7,4	na
Nombre d'enfants désiré par les femmes	na	na	8,2	8,2	8,8	na
Prévalence contraceptive						
Toutes méthodes	na	na	4,4	7,6	10	11
Méthodes modernes	na	na	2,3	4,4	4,5	5
Milieux ruraux	na	na	2,5	na	3	na
Durée médiane de l'allaitement (en mois)	na	na	20,9	na	21,3	na
Âge à la première maternité*	na	na	17,7	na	17,9	na
Âge au mariage						
Hommes	na	na	na	na	23,1	na
Femmes	na	na	15,1	na	15,5	na
% d'hommes polygames âgés de 40 ans	na	na	24	na	25	na
Âge médian de la population	15,5	15,9	15,9	16,2	16,0	na
% rural	95	85	na	80	na	80
Taux de mortalité maternelle†	na	na	671	590	648	820

*Parmi les femmes de 20 à 24 ans. †Nombre de décès maternels pour 100 mille naissances vivantes. N.B. : na=non applicable. Sources: référence 11. **Population, taux de mortalité infantile et taux de mortalité maternelle** — 1998: World Bank, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*, New York: Oxford University Press, 2001. **Nombre d'enfants désiré par les femmes** — 1998 et 2006: Measure DHS, Demographic and Health Surveys Database, <<http://www.measuredhs.com/accesssurveys/>>. **Taux de mortalité maternelle** — 2009: Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, Geneva: OMS, 2010.

pour le Bien-Être Familial (ANBEF) — filiale nationale de l'IPPF — propose parmi ses initiatives des services de traitement de la stérilité masculine et féminine et de formation des jeunes aux activités génératrices de revenu, ainsi que des services de prévention du VIH même si, contrairement à de nombreuses nations africaines, la prévalence du virus au Niger est inférieure à 1%.²⁶ Compte tenu des problèmes démographiques auxquels le Niger se trouve confronté, il semble curieux que l'ANBEF omette de son programme toute mention de «population», «planification familiale» ou «contraception».

La politique de l'«investissement limité» accorde la plus

grande importance aux facteurs socioéconomiques de la transition vers les familles moins nombreuses, mais peut aussi parfois inclure un léger investissement dans la planification familiale à titre d'équité — pas pour améliorer l'impact contraire de la croissance démographique rapide dans un pays tel que le Niger, par exemple. Comme le soulignent Hodgson et Watkins,²⁷ cette politique exclut explicitement toute considération de ralentissement de cette croissance: «Les services de planification familiale doivent être assurés dans le contexte de programmes de santé reproductive globaux dont l'objectif fondamental est l'amélioration de la santé, et non l'amoindrissement de la fécondité».

Accent sur la planification familiale

Une politique mettant l'accent sur la planification familiale ne nie nullement l'importance de l'investissement dans le capital humain, l'amélioration de la santé, la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la condition féminine. Elle affirme plutôt que ces investissements seuls ne réduiront pas la croissance démographique rapide dans un avenir prévisible. Cette politique pose aussi qu'une attention stratégique vigoureuse à la limitation des naissances est nécessaire, bien que non suffisante, au développement socioéconomique.

Les politiques qui mettent l'accent sur la limitation des naissances se subdivisent en deux catégories. La première cherche à répondre au besoin non satisfait de planification familiale et souligne que l'accès à la contraception et à l'avortement médicalisé peut assurer des familles moins nombreuses, même dans les communautés analphabètes et pauvres.²⁸ La seconde reconnaît que si de telles politiques peuvent probablement suffire à réduire le nombre d'enfants dans de nombreuses communautés, le Niger et d'autres parties du Sahel doivent également faire face au problème du mariage précoce.

• **Accès à la planification familiale.** Offrir une variété de méthodes contraceptives aux femmes désireuses de différer leurs maternités ou d'y mettre fin et contrer la désinformation qui circule au sujet de la contraception constituent un point de départ logique et nécessaire à la réduction de la fécondité. Bien que la demande de planification familiale déclarée au Niger soit faible, 42% seulement de cette demande est satisfaite.² De plus, le nombre d'enfants désiré est une cible mouvante. En Iran, par exemple, au début du rapide déclin de fécondité entamé en 1990, l'ISF était de 5,5 et les femmes ne déclaraient pas désirer un nombre idéal de deux enfants; ce nombre désiré n'a été atteint que 10 ans plus tard.²⁹

En Asie et en Amérique latine, 40 années de programmes de planification familiale organisée démontrent clairement que l'investissement dans une contraception accessible et dans l'élimination des obstacles injustifiés à la planification familiale, uni à l'apport d'une information correcte, peut réduire les taux de natalité.^{30–33} Le ralentissement de la croissance démographique accélère à son tour le développement. Ainsi, la Banque mondiale calcule pour le pays voisin du Niger, le Burkina Faso, que si sa po-

TABLEAU 2. Politiques envisageables pour le Niger

Option	Raisonnement
Amélioration socioéconomique	
Solution du marché ²³	Les taux de fécondité reflètent le choix des couples et aucun changement de politique n'est nécessaire.
Investissement limité ²⁷	En mettant l'accent sur l'amélioration générale de la santé et des conditions socioéconomiques, on aboutira au déclin des taux de fécondité.
Limitation des naissances	
Accès à la planification familiale ²⁸	Une programmation spéciale visant à améliorer l'accès à la contraception et à l'avortement médicalisé fera baisser les taux de fécondité et est indispensable au développement socioéconomique des sociétés à haute fécondité.
Accès à la planification familiale et repoussement de l'âge du mariage ²⁸	Dans les sociétés polygames où l'âge du mariage est précoce, des politiques de repoussement de l'âge du mariage doivent être complémentaires à l'accès à la planification familiale.

pulation en 2050 reflète la projection de variante inférieure de l'ONU plutôt que la projection supérieure, la consommation des ménages par habitant y sera de 24% plus élevée.³⁴

Au Niger, le coût d'une planification familiale accessible est modeste par rapport à d'autres aspects du développement. Converti en dollars américains de 2007, le coût annuel moyen de la planification familiale varie entre 6,10 et 34,59 dollars par couple.³⁵ Sur la base de ces coûts, si le nombre projeté de femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 est d'environ 3,3 millions et que des efforts intenses sont entrepris pour faire passer la prévalence contraceptive à 30% (le triple des taux actuels), le coût estimé de la planification familiale varierait entre 4,1 millions et 23,3 millions de dollars par an. Étant donné la croissance rapide du nombre de femmes fécondes, ces coûts augmenteront au fil du temps. Le simple redoublement de la prévalence contraceptive pourrait coûter entre 2,1 millions et 11,6 millions de dollars. Le coût des produits en soi est relativement stable, mais les méthodes de distribution et de prestation (à travers le marketing social, les organisations communautaires, les cliniques ou les cliniques à distribution communautaire) font varier significativement les choses. Certains efforts de planification familiale à grande échelle ont du reste été entrepris à moindres frais dans les contextes à faibles ressources, comme Bihar, en Inde.³⁶

Après plusieurs décennies d'inaction, toutefois, même une politique simplement axée sur un objectif d'accès généralisé à la planification familiale au Niger se trouve confrontée à de sérieux défis. L'absence d'infrastructure sanitaire et le manque extrême de personnels de santé à tous niveaux limitent l'éventail d'options contraceptives pouvant être proposées. Aussi faut-il probablement s'attendre, pendant quelque temps encore, à voir plus de naissances évitées par les méthodes traditionnelles que par la contraception moderne. L'aménorrhée lactationnelle représente l'une de ces méthodes traditionnelles et il est donc impératif d'éviter toute promotion de l'allaitement artificiel. La méthode *azl* (retrait), avalisée dans le coran, s'est aussi avérée un choix démographiquement important dans des pays tels que la Turquie.

Le préservatif et la contraception orale n'en doivent pas moins être aussi accessibles que possible. Les bénévoles communautaires doivent être formés à la distribution de ces méthodes³⁷ et un minimum de trois tablettes de pilules à la fois doit être donné aux femmes. De plus, les agents sanitaires de communauté et les bénévoles pourraient être formés à l'administration sans risque des injectables au Niger, comme ils le sont déjà dans d'autres pays en développement.^{38,39} Étant donné la tradition de conservatisme et de surmédicalisation dans de nombreux pays francophones, Niger compris, l'établissement de telles politiques pourra être sujet à controverse dans un premier temps. Faute de les accepter toutefois, le Niger n'atteindra probablement pas une prévalence contraceptive suffisante pour réduire sa croissance démographique.

Les méthodes à long terme telles que le stérilet seront

limitées en raison du faible nombre de professionnels de la santé susceptibles d'être formés à leur insertion. Au Niger, 0,2% seulement des femmes mères d'au moins cinq enfants ont accepté la stérilisation volontaire et même si la demande augmente, le recours à cette méthode restera limité par le manque de chirurgiens et de salles d'opération.⁸ La prestation de la stérilisation volontaire non chirurgicale doit être surveillée³⁷ et les décisions devront être prises concernant son application à plus grande échelle lorsque plus de données deviendront disponibles à son sujet.

L'accès à la planification familiale inclut la disponibilité d'une information exacte et culturellement appropriée. Beaucoup de femmes analphabètes et pauvres croient que la contraception est plus dangereuse que l'accouchement,⁴⁰ alors que le risque de mort associé à la maternité est en fait bien plus grand. L'apport d'une information exacte aux femmes et aux couples n'est cependant pas sans difficultés non plus. Le recours à la radio et à la télévision pour la dissémination d'une information correcte sur la planification familiale et la rectification de la désinformation qui circule au sujet de la contraception doit être largement étendu. Soixante-cinq pour cent des femmes de la capitale, Niamey, regardent la télévision; ce pourcentage est réduit à 2% dans les milieux ruraux, où la radio est toutefois accessible à 35% des femmes.⁸

Dans les endroits où la connaissance et l'accès à la contraception sont limités, les grossesses non planifiées seront courantes et une certaine proportion des femmes cherchera à les interrompre. Or l'avortement est illégal au Niger et aucune étude n'y a été menée sur la pratique de l'avortement non médicalisé. Il existe des données limitées sur les communautés musulmanes du Nigéria, où une femme sur six déclare avoir eu une grossesse non désirée et près de la moitié d'entre elles disent avoir essayé d'interrompre cette grossesse, le plus souvent dans le but de mettre fin à leurs maternités ou de les espacer.⁴¹ Au Burkina Faso, malgré l'opprobre associé à l'IVG, on compte 40 avortements pour mille femmes par an, principalement parmi les jeunes femmes célibataires.⁴² L'Afrique occidentale dans son ensemble présente la plus haute mortalité imputable à l'avortement (140 pour 100 mille naissances vivantes par an) enregistrée dans le monde.⁶ En Éthiopie, l'accès à l'avortement médicalisé, médicamenteux surtout, a réduit rapidement la charge de la mortalité et morbidité de l'avortement non médicalisé.⁴³

• **Accroissement de l'âge du mariage.** L'âge précoce des premiers rapports sexuels des Nigériennes est un facteur clé de l'ISF du pays. L'âge moyen du mariage est inférieur à 14 ans dans certaines régions et le rapport élevé des jeunes femmes par rapport aux hommes plus âgés permet à ceux qui en ont les moyens de contracter des mariages polygy-nes avec des adolescentes.

Augmenter l'âge de la maternité de cinq ans dans un pays tel que le Niger réduirait la croissance démographique future de 15 à 20%.⁴⁴ Les stratégies de repoussement de l'âge du mariage sont limitées, mais il existe un

consensus grandissant sur la nécessité d'un investissement accru dans les jeunes femmes. Différer le mariage et la maternité allonge l'intervalle entre les générations et ralentit la croissance démographique; l'instruction des jeunes femmes renforce leur autonomie et leur capacité de gérer leurs maternités, profitant du reste à la génération suivante en ce que les mères instruites investissent dans leurs propres enfants. Des mécanismes expérimentaux sont à l'étude en vue de la création d'«espaces sûrs», d'un point de vue physique et psychologique, où les jeunes femmes puissent découvrir leur corps et les moyens de limiter leur nombre d'enfants. Des projets pilotes instaurés dans les communautés haoussa du nord nigérien ont révélé que de petits paiements en espèces peuvent inciter les parents à garder leurs filles à l'école.⁴⁵

CONCLUSIONS

L'examen objectif de la situation actuelle du Niger et de son évolution démographique prévisible fait de l'établissement d'un programme de planification familiale focalisé, dans un premier temps autonome, une stratégie politique indispensable – et vraisemblablement la seule réalisable. Des efforts d'accroissement de l'âge du mariage doivent être entrepris, même s'ils ne produiront probablement pas de résultats substantiels dans l'avenir immédiat.

La Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) a déclaré explicitement la nécessité de garder à l'esprit «l'importance cruciale que revêt une stabilisation rapide de la population mondiale si l'on veut parvenir à un développement durable».⁴⁶ Malheureusement, certains groupes ont cadré le message de la CIPD de telle manière à assimiler les programmes de planification familiale à la contrainte. Comme l'a déclaré Joan Dunlop, leader importante de la réinterprétation des politiques de planification familiale après la CIPD: «Ce que nous voulions faire était ... réorienter les fonds».⁴⁷ Cette stratégie a miné le soutien aux programmes de planification familiale focalisés, échouant du reste en termes d'aide aux femmes par manque de sens d'échelle. En 1995, l'appui à la planification familiale à l'échelle internationale ne représentait que 0,5% de l'assistance au développement des pays membres de l'OCDE;⁴⁸ la proportion est plus faible encore aujourd'hui (0,2%). La politique née de la CIPD a détourné l'attention, l'éloignant de la contraception, et épuisé les budgets de la planification familiale, menant à l'arrêt du déclin de la fécondité dans de nombreuses régions d'Afrique.⁴⁹ Dans le cas du Niger, la non-accentuation de la planification familiale depuis 1994 a transformé un scénario démographique grave en une situation potentiellement catastrophique.

La croissance démographique au rythme observé dans les pays d'Afrique à haute fécondité tels que le Niger sape toute stratégie plausible visant à sortir les populations de la pauvreté par la voie du développement économique. Si l'éducation ne rattrape pas le rythme de la croissance démographique, il n'y aura aucune possibilité d'instruire la population jeune sans cesse grandissante. Enfin, même si

l'éducation pouvait être étendue de manière significative, il faudrait attendre une génération pour que la croissance démographique en ressente les effets, car l'intervalle est long entre le début de l'éducation et la fécondité maximum de la femme. En revanche, l'amélioration de l'accès à la contraception peut produire un impact dans de très brefs délais. L'adoption de la planification familiale peut prévenir la mortalité infantile et maternelle,⁵⁰ avant même que n'interviennent les moindres améliorations au niveau des services cliniques.

Le Niger et d'autres pays du Sahel doivent assumer les erreurs du passé, mais des programmes de planification familiale bien conçus pourraient en réduire l'impact à long terme. Certains démographes ont beau prôner l'apport de la planification familiale dans le seul «contexte de programmes de santé génésique intégrés»,²⁷ de tels projets exigeraient des budgets irréalistes et des délais inacceptables. Nous préconisons plutôt l'adoption de services de planification familiale autonomes comme premier élément de soins de santé primaire mis en œuvre dans les contextes à faibles ressources tels que le Niger.

Si le Niger doit prendre des mesures significatives pour accéder au troisième objectif du Millénaire pour le développement, la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, alors, aux termes de l'OMS: «Bien que la maîtrise de leur fécondité ne suffise pas en soi à gagner la pleine autonomisation et égalité sexuelle des femmes, il s'agit du premier pas et du plus important».⁵¹

La Déclaration du Gouvernement en Matière de Politique de Population de 2007 commence à reconnaître la profonde problématique posée par la croissance démographique rapide continue. Elle encourage un accroissement modeste des budgets de la planification familiale, mais il reste bien plus à faire. L'amélioration de la prévision des besoins contraceptifs et de la logistique est impérative, les épuisements de stocks contraceptifs étant fréquents dans de nombreuses régions d'Afrique. La nécessité d'un plus grand effort de scolarisation continue des filles est également urgente. Le Programme d'action de la CIPD appelle «tous les pays [à] chercher à répertorier et éliminer tous les principaux obstacles qui s'opposent encore à l'utilisation des services de planification familiale».⁴⁶ Cet objectif est encore loin d'être réalisé. D'autres efforts encore sont requis pour faire face à l'impact néfaste de l'avortement non médicalisé sur la santé publique, en améliorant l'accès aux soins après avortement, par le recours au misoprostol pour traiter les avortements incomplets et en assurant que chaque femme traitée après un avortement non médicalisé reçoive un conseil contraceptif approprié.

Malheureusement, l'élan démographique actuellement observé au Niger jette une ombre menaçante sur plusieurs pays et régions à haute fécondité. L'examen objectif des scénarios possibles pour le Sahel dans son ensemble laisse présager l'éventualité d'une catastrophe humanitaire dans les 30 prochaines années. Les gouvernements locaux, les organismes et les donateurs internationaux et tous ceux et celles voués à extraire les peuples de la pau-

vreté et à améliorer la santé des femmes et des enfants doit impérativement s'unir en un effort vigoureux de sélection des meilleures pratiques des programmes de planification familiale d'antan et de mise en œuvre de ces pratiques au service du lancement d'une planification familiale volontaire à grande échelle au Niger et dans d'autres pays du Sahel en proie aux mêmes difficultés.

Depuis la CIPD, les pratiques de planification familiale contraignantes ont été la cible d'une critique justifiée. Notre argument est que la «contrainte de la grossesse», en ce sens où les femmes du Niger ne disposent pas de l'information et de l'accès à la planification familiale nécessaires pour leur donner le choix du moment de leurs maternités, est, d'un point de vue éthique, tout aussi déplorable et inacceptable.

RÉFÉRENCES

1. Population Reference Bureau (PRB), *2010 World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2010.
2. PRB, *Niger Summary*, 2009, <www.prb.org/datafinder/geography/summary.aspx?region=28®ion_type=2>, site consulté le 8 septembre 2009.
3. United Nations (UN), *Niger: Projections Démographiques des Nations Unies, Révision de 2002*, New York: UNDP, 2002.
4. UN, *World Population Prospects: The 2006 Revision*, New York: UN, 2007, pp. 362–363.
5. UN, *World Population to 2300*, New York: UN, 2004.
6. Cleland J, Ndugwa R et Zulu E, Family planning in Sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89(2):137–143.
7. UN, *World Population Prospects, The 2006 Revision, Vol. 1: Comprehensive Tables*, New York: UN, 2007.
8. Institut National de la Statistique (INS) Niger et Macro International, *Niger: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples*, Calverton, MD, USA: INS et Macro International, 2007.
9. UN Development Programme, *Human Development Indices: A Statistical Update 2008–HDI Rankings*, <<http://hdr.undp.org/en/statistics/>>, site consulté le 20 septembre 2009.
10. World Bank, *Key Development Data and Statistics; Country Profile: Niger*, <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=1&REPORT_ID=9147&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED&HF=N&WSP=N>, site consulté le 20 septembre 2009.
11. World Bank, *Niger: Providing All Nigeriens with Food, Education and Health Care, a Demographic Perspective*, Washington, DC: World Bank, 2005.
12. World Health Organization (WHO), *World Health Report 2004, Annexes by Country*, Geneva: WHO, 2004.
13. WHO, *World Health Statistics*, 2009, Geneva: WHO, 2009.
14. Mendelsohn R, Dinar A et Dafelt A, *Climate Change Impacts on African Agriculture*, Pretoria, South Africa: Center for Environmental Economics and Policy in Africa, July 2000, <http://www.ceepa.co.za/Climate_Change/pdf/%285-22-01%29afrbckgrnd-impact.pdf>, site consulté le 17 décembre 2010.
15. Baidu-Foson J et Napier TL, Wind erosion within Niger, *Journal of Soil and Water Conservation*, 1998, 53(2):120–125.
16. Republic of Niger, *Bilan Diagnostic des Actions et Perspectives dans le Domaine de la Population, de l'Environnement et de la Sécurité Alimentaire au Niger*, Niamey, Niger: Bureau de Réalisation Technique d'Étude et de Conseil, 1999.
17. Hirsch A, *Struggling to Afford to Eat in Niger*, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/from_our_own_correspondent/8929517.stm>, site consulté le 15 février 2011.
18. World Food Programme, *Niger Country Profile*, 2010, <<http://www.wfp.org/countries/niger>>, site consulté le 25 février 2011.
19. UN Economic Commission for Africa, *Climate Change Through the Lens of Vulnerability and Human Rights*, presented at the Seventh African Development Forum (ADF VII) Pre-Event, Addis Ababa, Ethiopia, 11–12 octobre 2010.
20. Kandji ST, Verchot L et Mackensen J, *Climate Change and Variability in the Sahel Region: Impacts and Adaptation Strategies in the Agricultural Sector*, Nairobi, Kenya: World Agroforestry Center et UN Environment Programme, 2006.
21. Shanahan T et al., Atlantic forcing persistent drought in West Africa, *Science*, 2009, 324(5925):377–380.
22. Burke M et al., Warming increases the risk of civil war in Africa, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2009, 106(49):20670–20674.
23. Pritchett LH, Desired fertility and the impact of population policies, *Population and Development Review*, 1994, 20(1):1–56.
24. Sen A, *Development Is Freedom*, New York: Alfred A. Knopf, 1999.
25. Government of Niger, *54 Déclaration de Gouvernement en Matière de Politique de Population*, Niamey, Niger, 2007.
26. Global Hand, *Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familial*, <<http://www.globalhand.org/data/organisation.2008-09-21.0848302069>>, site consulté le 12 septembre 2009.
27. Hodgson D et Watkins SC, Feminists and Neo-Malthusians: past and present alliances, *Population and Development Review*, 1997, 23(3):469–523.
28. Potts M, Pebley AM et Speidel J, Editorial, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2009, 364(1532):2975–2976.
29. Roudi-Fahimi F, Iran's family planning program: responding to a nation's needs, *MENA Policy Brief*, Washington, DC: PRB, 2002.
30. Prata N, Making family planning accessible in resource-poor settings, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2009, 364(1532):3093–3099.
31. Cleland J, *A Job Half-Done: Family Planning in the 21st Century*, Washington, DC: Wilson Center, 2007.
32. Potts M, Sex and the birth rate: human biology, demographic change, and access to fertility-regulation methods, *Population and Development Review*, 1997, 23(1):1–39.
33. Campbell M, Prata N et Potts M, The impact of freedom on fertility transition, paper presented at the 26th International Union for the Scientific Study of Population International Population Conference, Marrakech, Morocco, du 27 septembre au 2 octobre 2009.
34. World Bank, Burkina Faso, *Promoting Growth, Competitiveness and Diversification, Vol. III: Enhancing Growth Factors*, Geneva: World Bank, 2009, pp. 8–24.
35. Levine R et al., Contraception, dans: Jamison DT et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, deuxième ed., Washington, DC: World Bank; et New York: Oxford University Press, 2006.
36. Janani, Janani Progress Report, <<http://www.cpc.unc.edu/projects/abm/programs/janani.html>>, site consulté le 31 octobre 2009.
37. de Magalhaes DR et al., Quinacrine sterilization for human immunodeficiency virus-positive women, *Fertility and Sterility*, 2009, 92(1):108–115.
38. Stang A, Schwingl P et Rivera R, New contraceptive eligibility checklists for provision of combined oral contraceptives and depot-medroxyprogesterone acetate in community-based programs, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(8):1015–1023.
39. Rai C et al., Conditions in rural Nepal for which depot-medroxyprogesterone acetate initiation is not recommended: implications for community based service delivery, *Contraception*, 1999, 60(1):31–37.
40. Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN et Potts M, Barriers to fertility regulation: a review of the literature, *Studies in Family Planning*, 2006,

37(2):87-98.

41. Sedgh G et al., Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(4):175-184.

42. Rossier C et al., Estimating clandestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(1):254-266.

43. Gebrehiwot Y et Liabsuetrakul T, Trends of abortion complications in a transition of abortion law revision in Ethiopia, *Journal of Public Health*, 2009, 31(1):81-87.

44. Bruce J et Bongaarts J, The new population challenge, dans: Mazur L, ed., *A Pivotal Moment: Population, Justice and the Environmental Challenge*, Washington DC: Island Press, 2009, pp. 260-275.

45. Perlman D, University of California, Berkeley, USA, personal communication, Apr. 2011.

46. UN, *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development*, Cairo, 5-13 septembre 1994, New York: Department for Economic and Social Information et Policy Analysis, UN, 1995.

47. Goldberg M, *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World*, New York: Penguin Press, 2009.

48. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), *Credit Reporting System Database*, no date, <http://www.oecd.org/document/0/0,2340,en_2649_34447_37679488_1_1_1_1,00.html>, site consulté le 8 février 2011.

49. Ezech AC, Mberu BU et Emina JO, Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications, *Philosophical Transactions of the Royal Society: Biological Sciences B: Biological Sciences*, 2009, 364(1532):2991-3007.

50. Prata N et al., Saving maternal lives in resource-poor settings: facing reality, *Health Policy*, 2009, 89(2):131-148.

51. All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health (APPG PD&RH), *Return of the Population Growth Factor: Its Impact upon the Millennium Development Goals*, London: APPG PD&RH, 2007, p. 32.

Remerciements

Les auteurs remercient Matthew Hamilton pour l'élaboration de la graphique 1 et le docteur John May pour ses commentaires.

Coordonnées de l'auteur: pottsmalcolm@gmail.com