



DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU NIGER

Policy Brief N°02/PO-MFG/UNFPA-WCARO/CREG/NER



DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU NIGER

CONTEXTE

Le Niger est un vaste pays sahélo-saharien d'une superficie de 1 267 000 Km², enclavé et désertique sur plus de la moitié du territoire. La population nigérienne est estimée à 22 314 743 en 2019 - habitants avec un taux de croissance de 3,9% par an, l'un des plus élevés au monde (Projection INS, 2019). Les femmes représentent 49,7% de la population totale et 42,4% de la population active. Cette forte croissance démographique est principalement due à la forte valeur de l'indice synthétique de fécondité pour l'ensemble du pays. L'ISF du Niger est passé de 7,1 enfants par femme en 2006 à 7,6 en 2012 à 6,35 en 2018, conduisant ainsi au doublement de la population tous les dix-huit ans. La population du Niger se caractérise par sa jeunesse dont environ 68% de la population a moins de 25 ans. Parmi ces jeunes, 48,68% ont moins de 14 ans et 19,36% sont dans la tranche d'âge 15 - 24 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 20,13% de la population. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est de 3,5%. L'espérance de vie à la naissance qui est estimée à 58,4 ans est supérieure à la moyenne en Afrique subsaharienne (56,8 ans). Il est généralement admis que la baisse de la mortalité est le moteur de la transition démographique et aussi une des composantes de la dynamique de la population. Le Taux de mortalité générale au Niger est estimé à 08,27 pour mille en 2018 contre 08,82 pour mille en 2016 (BM, 2019). La morbidité et la mortalité au Niger sont dominées par les maladies infectieuses dont les principales sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies. Les enfants et les femmes enceintes constituent les couches sociales les plus vulnérables et les plus touchées. En 2017, On estime à 28,14% les infections respiratoires aiguës, à 27,92% l'incidence du paludisme dans la population générale. L'incidence de la diarrhée est estimée à 13,94 % (MSP, 2018).

La mortalité infanto-juvénile est passée de 198‰ en 2006 à 126‰ en 2015 à 84‰ en 2018. La mortalité infantile est passée de 81‰ à 51‰, la mortalité néonatale de 38‰ à 24‰ et la mortalité juvénile se chiffre à 78,7‰ pour la même période. Concernant la santé maternelle, le Niger est l'un des pays qui enregistrent le plus fort taux de mortalité maternelle au monde. Un nombre important de femmes meurent chaque année en donnant naissance ou même pendant la grossesse. Elles sont encore plus nombreuses à rester en vie, mais avec de graves séquelles (EDSN 2017).

Concernant la santé de la reproduction, les données statistiques montrent que 35% des jeunes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et le plus souvent dans le cadre du mariage, puisqu'au niveau national 36,1 % des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 15 ans, 74,5% avant l'âge de 18 ans. Au Niger, 36% des femmes âgées de 20 à 24 ans se sont mariées avant d'avoir atteint l'âge de 15 ans — soit le taux le plus élevé de mariages précoces en Afrique subsaharienne. Le nombre de grossesses précoces est également le plus élevé au Niger, où près d'une adolescente sur cinq âgée de 15 à 19 ans accouche chaque année. Seulement 2% des adolescentes mariées utilisent une méthode moderne de contraception. Ce taux augmente légèrement pour atteindre 5% chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans. Et au sein du groupe des 15 à 24 ans, 30 % des

jeunes femmes étaient sexuellement actives avant l'âge de 15 ans. Cette tendance est probablement due aux taux élevés de mariages d'enfants chez les jeunes femmes.

Au cours des dernières décennies, la plupart des femmes ont eu connaissance d'au moins une méthode moderne de contraception. Ainsi 83% des filles connaissent une ou plusieurs méthodes ou techniques contraceptives mais en moyenne, seulement 27,13% d'entre elles les utilisent. Le nombre moyen de consultations prénatales chez les jeunes filles est très faible (1,3% au niveau de la tranche d'âge de 15-19 ans et 1,5% chez les 20-24 ans). Plusieurs facteurs entravent l'accès aux services de santé reproductive dont entre autres : tabous sociaux, structures de prise en charge pas toujours adaptées, disparités sociales liées au genre, non scolarisation, ignorance, rumeurs, etc. Sur 889 909 grossesses attendues en 2016 seul 31% ont accouchés à la maternité (EDSN, 2012). A cela s'ajoute les mutilations génitales dont sont exposées les femmes. En Afrique subsaharienne par exemple, plus de 3 millions de filles sont exposées au risque de mutilations génitales féminines / excision (MGF / E) chaque année.



BRÈVE REVUE DE LITTÉRATURE

Toute politique publique se veut en principe cohérente et efficace. Aucune ne l'est totalement, dans aucun pays du monde, mais l'incohérence et l'inefficacité sont souvent plus grandes dans les pays en développement. Ces derniers connaissent une situation générale similaire au niveau des politiques publiques, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans les autres domaines en raison des insuffisances de ressources. Par conséquent les principales politiques publiques sont largement induites par les institutions internationales et les agences de développement. Ainsi, on constate, qu'elles sont très similaires d'un pays à l'autre, les « transferts » de politiques se multipliant au détriment de leur adaptation aux contextes nationaux (Lavigne Delville et Abdelkader 2010).

Dans ce cas, le rôle des politiques publiques sanitaires permet de réduire fortement les taux de mortalité et il est constaté que lorsque l'Etat investit massivement dans les programmes sanitaires, il s'ensuit une amélioration générale du bien-être des populations et une baisse de la mortalité des enfants, à condition, bien sûr, que les sommes investies soient gérées prudemment et de façon saine (Rajkumar et Swaroop, 2008).

Ces programmes qui peuvent prendre la forme de campagnes de vaccination, de contrôle des épidémies, des subventions des biens et services médicaux (médicaments, réduction des frais de consultation, assistance sociale, etc.) ont tous un impact direct sur la santé. Selon Deaton et Duflo (2004) les campagnes actives de sensibilisation sur les bonnes pratiques sanitaires et l'utilisation effective des services de santé peuvent modifier favorablement le comportement de la mère à l'égard de la santé de l'enfant.

Il est à noter qu'en matière de dépenses de santé ou encore de politique de renforcement sanitaire les pays en développement sont en train de faire des efforts considérables pour le renforcement des capacités ou encore l'accessibilité aux soins de santé qui constituent les principaux goulots d'étranglement des structures sanitaires. Youssoufou (2012), analyse les déterminants de la mortalité des enfants au Niger. Il apparaît que les facteurs individuels, comme l'instruction et l'âge de la mère, présentent un effet positif sur le risque de mortalité infantile et infanto-juvénile. D'autre part, le contrôle par les variables du ménage (ethnie, localisation géographique, niveau de vie) indique que l'incidence de la mortalité des enfants est très forte dans les régions les plus pauvres du pays où les questions de reproduction et de sexualité restent particulièrement régies par des traditions et coutumes qui certes sont contre l'utilisation des méthodes sanitaires modernes. Ainsi, 40% des décès des enfants de moins de cinq ans surviennent avant l'âge d'un mois (décès néonataux) alors qu'ils pourraient être évités par un suivi attentif de la mère et de l'enfant (OMS, 2012).

ANALYSE DU CYCLE DE VIE ÉCONOMIQUE

Le dividende démographique (DD) désigne l'accélération de la croissance économique résultant d'une modification de la structure par âge d'une population suite à la baisse de la mortalité et de la natalité. La mesure du DD est opérationnalisée à partir des comptes nationaux de transferts (NTA ou *National Transfer Accounts*). Les NTA sont un nouvel outil permettant de comprendre la façon dont les flux économiques circulent entre les différents groupes d'âge d'une population pour un pays et pour une année donnée. Ils indiquent notamment à chaque âge les différentes sources de revenus et les différents usages de ces revenus en termes de consommation, que celle-ci soit privée ou publique, et d'épargne (United Nations, 2013). Ils permettent ainsi d'étudier les conséquences liées aux modifications de la structure par âge de la population.

La construction des NTA du Niger a permis d'analyser la consommation et le revenu du travail en fonction de l'âge des individus afin de repérer les groupes d'âge qui présentent un déficit de ressources et qui sont donc en situation de dépendance économique, et ceux qui dégagent un excédent de ressources permettant de "subventionner" les premiers. Les différents profils de consommation et de revenu du travail sont analysés au niveau microéconomique (individu) et macroéconomique (national). Au-delà de cette analyse du cycle de vie, les NTA ont également montré, à partir des projections démographiques, l'évolution du DD du Niger, et donc l'impact du changement de sa pyramide des âges sur la croissance économique du pays.

Encadré 1 : Notion de déficit de cycle de vie

Le déficit du cycle de vie pour les individus d'un âge a donné, noté LCD , se définit comme la différence de leur consommation $C(a)$ et leur revenu du travail $YL(a)$:

$$LCD(a) = C(a) - YL(a)$$

La consommation $C(a)$ comprend la consommation privée et publique d'éducation, de santé et autres (logements, électricité et eau, consommation non alimentaires et alimentaires, etc.).

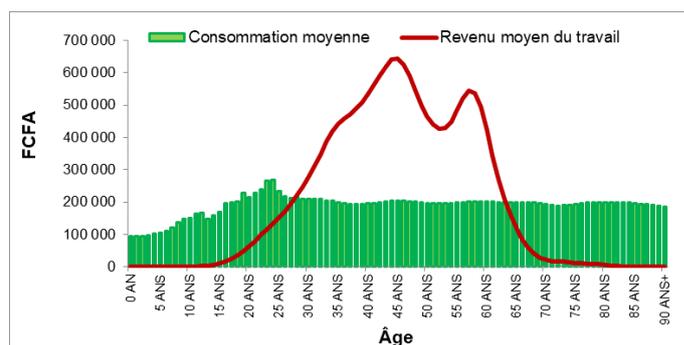
Le revenu du travail $YL(a)$ est composé du salaire, des indemnités, de la cotisation de l'employeur aux programmes de prestations publiques (par exemple, les pensions et les soins de santé) et du revenu d'un travail indépendant.

Le déficit du cycle de vie permet d'analyser les besoins de consommation à satisfaire à chaque âge en respectant le niveau des agrégats de consommation et de revenu du travail des comptes nationaux. Il permet également d'identifier les personnes qui sont économiquement dépendantes et celles qui ne le sont pas. En effet, la dépendance économique est une situation où un individu a une consommation qui excède son revenu du travail. C'est le cas des enfants et des personnes âgées par exemple.

Un important déficit des jeunes représentant 41% du PIB

Les résultats des comptes nationaux de transfert du Niger pour l'année 2014 montrent que jusqu'à 27 ans, les individus sont économiquement dépendants (graphique 1). Par conséquent, la dépendance économique à la jeunesse est déterminée par le déficit total du cycle de vie des individus âgés de 0 à 27 ans en proportion du revenu total du travail en 2014 (Hammer et al, 2015). Ainsi, la dépendance économique à la jeunesse représente 75% du revenu total du travail. Cela veut dire que si on devait financer le déficit à la jeunesse uniquement avec le revenu du travail, on y consacrerait 75% des revenus du travail (salaires et éléments de salaires et revenu du travail lié au travail indépendant).

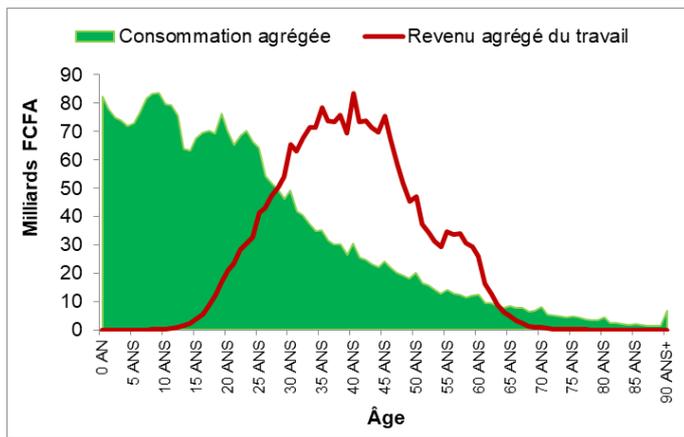
Graphique 1 : Profil moyen par âge du revenu du travail et de la consommation



Source : Policy Brief N°1 sur la dépendance économique au Niger, 2017.

Au niveau agrégé, la dépendance s'observe encore plus chez les jeunes (graphique 2). Cette prépondérance de la dépendance à la jeunesse est due non seulement à la faiblesse de leur revenu du travail mais aussi à leur poids important dans la population totale.

Graphique 2 : Profil agrégé par âge du revenu du travail et de la consommation



Source : Policy Brief N°1 sur la dépendance économique au Niger, 2017.

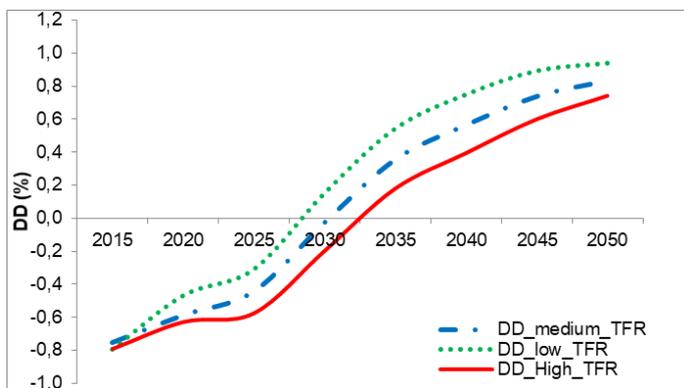
Pour l'ensemble de la population jeune du Niger, le déficit du cycle de vie est évalué en 2014 à 1682 milliards et représente 41% du Produit Intérieur Brut (PIB) de la même année. L'Etat du Niger, les ménages et le secteur associatif ont dû mobiliser en 2014, 1682 milliards pour financer ce déficit.

Faible fécondité pour un dividende démographique optimal

Dans le cadre de l'exploitation plus judicieuse du dividende démographique, des modèles de projection des effets dus aux changements politiques et aux investissements sociaux ont été élaborés. Ainsi, à partir des NTA, des méthodes ont été élaborées pour projeter le DD suivant les hypothèses de fécondité :

- Baisse rapide de la fécondité (ou fécondité faible) : chaque femme aura en moyenne 4,3 enfants à l'horizon 2050 ;
- Baisse tendancielle de la fécondité (ou fécondité moyenne) : chaque femme aura en moyenne 4,8 enfants à l'horizon 2050, soit 0,5 enfant de plus au niveau de l'hypothèse de fécondité faible ;
- Baisse lente de la fécondité (ou fécondité forte) : chaque femme aura en moyenne 5,3 enfants jusqu'à l'horizon 2050.

Graphique 3 : Projection du dividende démographique suivant les différents scénarii de fécondité



Source : Policy Brief N°2 sur le dividende démographique au Niger, 2017.

Les projections sur le dividende démographique (DD) permettent de prévoir selon les scénarii d'évolution de la

fécondité au Niger, les tendances en termes de gain économique à l'horizon 2050. **Dans un scénario de baisse rapide de la fécondité, l'ouverture de la fenêtre du DD pourrait être réalisée au Niger en 2030. Toutefois, avec une baisse lente de la fécondité, l'ouverture de la fenêtre du DD sera retardée de 5 ans : le gain économique tiré de la structure de la population ne pourrait être observé qu'à partir de 2035.**

En outre, quelle que soit l'année, le gain économique est plus important avec une baisse rapide de la fécondité. Ainsi, à l'horizon 2035 par exemple, la structure de la population entraînerait un taux de croissance du PIB par habitant de 0,54% ; 0,35% et 0,17% respectivement dans les hypothèses de baisse rapide, tendancielle et faible de la fécondité.

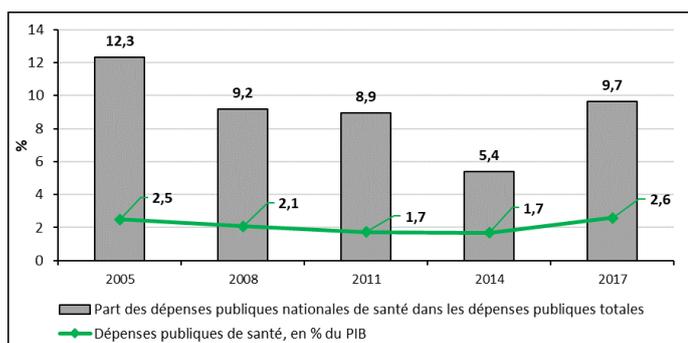
Le déficit relativement important observé sur le cycle de vie et les projections démographiques en fonction des scénarii de fécondité montrent que d'importants efforts restent à être consentis en vue de la capture du dividende démographique. **En relation avec la fécondité, la dimension santé en général et la santé de la reproduction en particulier nécessite une priorisation particulière en termes de définition de politiques adéquates et d'investissements subséquents.** Ainsi, une analyse de l'évolution des dépenses en santé et en santé de la reproduction, et des indicateurs de la SR offrirait des évidences pour cet aspect essentiel du développement humain et de la capture du dividende démographique.

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Baisse tendancielle de la part des dépenses publiques de santé dans le budget de l'Etat, à l'exception de l'année 2017

De 2005 à 2014/2015, les ratios des dépenses publiques nationales de santé sur le budget national et sur le PIB baissent continuellement. En 2005, le total des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB s'élève à 2,5%. Ce ratio passe ensuite de 2,1% en 2008. Le ratio continue sa tendance baissière jusqu'en 2011 au même rythme près des dépenses publiques nationale de santé. Les gouvernements effectuent des compressions budgétaires diminuant considérablement la part des dépenses publiques nationales de santé entre 2011 et 2014. Toutefois, on observe une constance du ratio durant cette période. Par la suite, des investissements majeurs ont été engagés dans les soins de santé. L'analyse des résultats portant sur la part des dépenses publiques nationales de santé permet de constater une relative augmentation des dépenses publiques en santé de 79,63% entre 2014 et 2017. Cette augmentation importante du budget de la santé met en évidence la volonté manifeste de réaliser des progrès dans la couverture sanitaire honorant par conséquent les objectifs fixés lors de la déclaration d'ABUJA et des politiques de développement sanitaire. Par conséquent la croissance reprend son rythme et on estime ainsi le ratio dépenses de santé/PIB à 2,6 %.

Graphique 4 : Dépenses publiques de santé, en % du PIB et en % des dépenses publiques totales

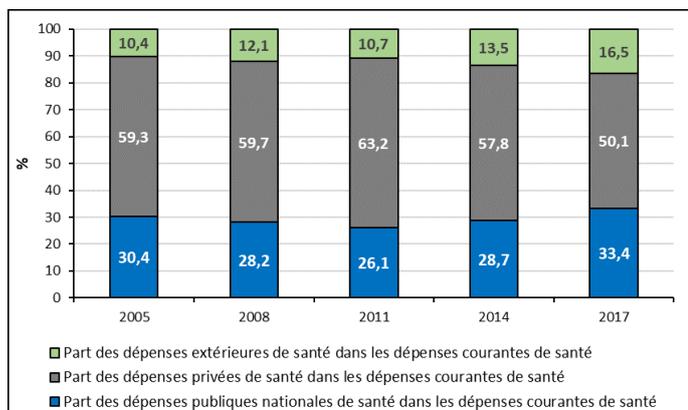


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Environ 50% du financement de la santé est assuré par les ménages

Les dépenses publiques nationales de santé ont globalement connu une baisse de manière significative entre 2005 et 2011, passant de 30,4% à 26,1%. L'effet contraire est constaté pour les dépenses privées de santé où on note une augmentation durant cette même période surtout en 2011 ou le pic est atteint pour cette dernière, alors que pour les dépenses publiques de santé on observe sa plus petite valeur durant toute la période considérée (26,1 en 2011). L'aide extérieure connaît une évolution en dents de scie durant cette période avec une relative augmentation entre 2005 et 2008 et une baisse entre 2008 et 2011. On constate par conséquent que la baisse des dépenses publiques nationales de santé et des dépenses extérieures de santé s'arrime avec une hausse des dépenses privées de santé (63,2%). Entre 2011 et 2014 on observe une augmentation des dépenses publiques nationales de santé et une augmentation de l'aide extérieure de santé. Celle-ci a favorisé l'accès aux soins de santé à toutes les couches sociales de la population et par conséquent une diminution des dépenses privées de santé qui passent de 57,8% à 50,1%.

Graphique 5 : Part (en %) des dépenses de santé d'origine publique intérieure, privée et extérieure dans les dépenses courantes de santé



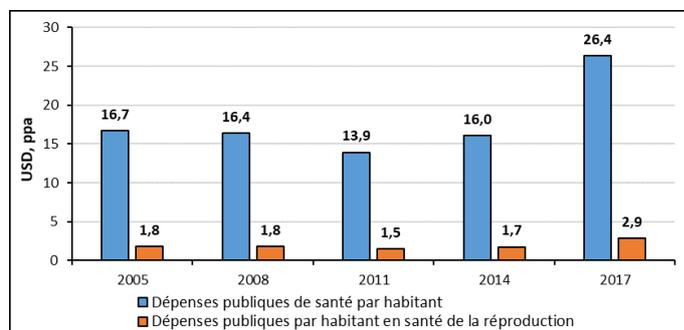
Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Faible niveau des dépenses publiques en santé de la reproduction

Les dépenses publiques par habitant en santé de la reproduction représentent en moyenne 9,8% du total des dépenses publiques de santé sur toute la période. En valeur, les dépenses de la santé

de la reproduction sont relativement très faibles. En effet, elles sont estimées à moins de 3 dollars en moyenne par habitant quelle que soit l'année. En revanche, les dépenses publiques de santé générale sont évaluées entre 13,9 dollars et 26,4 dollars en moyenne par habitant.

Graphique 6 : Dépenses publiques par habitant en santé générale et en santé de la reproduction (USD ppa)

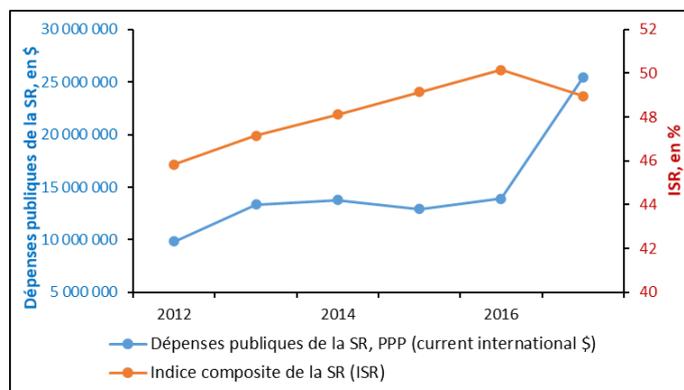


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Nécessité d'accroître les dépenses en santé de la reproduction pour améliorer les indicateurs de la SR

Il existe une corrélation positive prononcée entre les dépenses publiques de la santé de reproduction et les indicateurs de la SR regroupés dans l'indice ISR. En d'autres termes, on assisterait à une amélioration sensible des indicateurs de la SR et donc une amélioration du bien-être sanitaire des populations à travers l'accroissement des dépenses publiques en SR au Niger.

Graphique 7 : Evolution des dépenses de la SR et l'IS



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Une analyse de l'élasticité des dépenses en santé de la reproduction (SR) par rapport à l'indice composite de la SR, montre qu'une augmentation des dépenses de la SR de 10% entraînerait un accroissement de l'indice de la SR de 2,3%. Autrement dit, l'augmentation des investissements en santé de la reproduction aurait engendré une amélioration au niveau de la santé maternelle et infantile. Il favoriserait une plus grande utilisation des méthodes contraceptives et ainsi une lutte plus efficace contre les maladies sexuellement transmissibles. En termes de comparaison avec certains pays limitrophes et membres du Partenariat de Ouagadougou, l'élasticité budgétaire de la santé de la reproduction est légèrement en-deçà de celle du Bénin (0,25), du Burkina Faso (0,28) et du Mali (0,24).

Encadré 2 : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et élasticité budgétaire

En statistique, l'**élasticité** mesure la variation d'une grandeur provoquée par la variation d'une autre grandeur. Dans le cadre de la santé de la reproduction, l'élasticité budgétaire est une mesure de la sensibilité d'un indice de la SR par rapport aux variations des dépenses allouées à la SR.

Pour les besoins de calcul de l'élasticité des dépenses de la SR, il est nécessaire de disposer d'un indicateur « unique et synthétique » de la SR qui serait une agrégation de tous les indicateurs relatifs à la SR. Ainsi, nous avons construit un **indice synthétique de la SR**, en abrégé **ISR**, qui agrège les indicateurs relatifs de la SR.

Au regard de la littérature, les principaux indicateurs de la SR sont :

- Prévalence contraceptive (SR_1)
- Proportion de femmes enceintes recevant des soins prénataux (SR_2)
- Taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (SR_3)
- Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos (SR_4)
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes (SR_5)
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 05 ans (SR_6)
- Risque de décès maternel (SR_7)
- Taux de mortalité des enfants de moins d'un an (SR_8)
- Prévalence des mutilations génitales féminines (SR_9)
- Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale (SR_{10})

Ces indicateurs interviennent dans la construction de l'indice composite **ISR**, à l'exception des deux derniers (SR_9 et SR_{10}) qui sont écartés pour des raisons de disponibilité des données.

L'**ISR** est déterminé en prenant la moyenne géométrique des indicateurs relatifs à la SR, au moyen de la formule suivante :

$$ISR = \left(\prod_{j=1}^4 SR_j \times \prod_{j=5}^7 (1 - SR_j) \times \left(1 - \frac{SR_8}{10} \right) \right)^{\frac{1}{8}}$$

L'**ISR** est construit de sorte que sa valeur soit toujours comprise entre **0 et 1**. Il donne une mesure des performances en matière de la santé de la reproduction pour un pays. Le niveau de la santé de la reproduction d'un pays donné est meilleur lorsque l'**ISR** tend vers **1**, et médiocre lorsque l'**ISR** tend vers **0**.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats et analyses effectués sur les dépenses en santé de la reproduction, les recommandations suivantes ont été formulées pour améliorer les indicateurs liés à la santé de la reproduction au Niger :

- Accroître le budget alloué à la santé de la reproduction et renforcer l'efficacité d'exécution des dépenses de la santé de la reproduction grâce à une identification des cibles défavorisées ou des zones où l'accès aux soins constitue un obstacle ;
- Sensibiliser davantage la population sur les différents produits de santé de la reproduction : Il s'agit alors d'intégrer à la fois des méthodes traditionnelles et novatrices de communication pour passer les informations aux garçons et aux filles ce qui permettra de toucher toutes les couches sociales ;

- Renforcer et améliorer l'efficacité de l'aide extérieure pour la santé, en améliorant la coordination et l'utilisation de ce budget dans les systèmes de santé du pays.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Dramani (2019) : *Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et Modèles normatifs*. Editions L'Harmattan

Lavigne Delville P. et Abdelkader A. (2010), « A cheval donné, on ne regarde pas les dents ». *Les mécanismes et les impacts de l'aide vis par des acteurs nigériens*, Etudes et Travaux n° 83, Niamey, LASDEL, 113 p.

Martine Audibert, Jacky Mathonnat (2012) « Favoriser l'accès aux soins dans les pays à faible revenu : contribution aux débats », CERDI-CNRS Université d'Auvergne.

Ministère de la Santé Publique (2011). *Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015*. Niamey, Niger.

Ministère de la Santé Publique (2017) « *Annuaire Des Statistiques Sanitaires du Niger Année 2016* »

PNUD (2020) « *Rapport sur le développement humain 2019 Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent : les inégalités de développement humain au XXIe siècle* »

République du Niger (2017) « *Dépendance économique au Niger : Une dépendance jusqu'à 29 ans chez les jeunes* » Policy Brief N°2, Projet SWEDD

République du Niger (2017) « *Dividende démographique au Niger : L'espoir est-il permis ?* » Policy Brief N°1, Projet SWEDD

United Nations (2013). *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

United Nations (2017). « *World Population Prospects: The 2017 Revision* », DVD Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

United States Agency for International Development (USAID) (2016). *Niger: Global Health*. Accédé en juillet 2016 at <https://www.usaid.gov/niger/health>

Youssoufou, Hamadou Daouda. (2012). « *Déterminants de la mortalité infantile et infanto-juvénile et la pauvreté au Niger* ». *Revue d'Economie Théorique et Appliquée*. 2. 23-47

AUTEURS

Rédaction	Supervision	Relecture
Pr Latif Dramani Boubacar Diallo	Dr Sam Agbahounga Edem Akpo	Mame Coura Ndiaye

