

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité – Travail – Progrès
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA



2010

RAPPORT NATIONAL UNGASS

Période considérée: janvier 2008 - décembre 2009

Mars 2010

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	6
1 Introduction	7
2 Aperçu de la situation.....	7
2.1 Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport.....	7
2.2 Situation actuelle de l'épidémie	8
2.3 Riposte au plan politique et programmatique	8
2.3.1 <i>Au Plan politique</i>	8
2.3.2 <i>Au Plan programmatique</i>	9
2.3.3 <i>Récapitulatif des indicateurs UNGASS.</i>	11
3 Aperçu de l'épidémie de sida	13
3.1 Résultats des sites sentinelles 2009	14
3.2 Résultats de la surveillance de seconde génération 2008.....	15
3.3 Rapport d'activités PTME 2008.....	16
4 Riposte nationale à l'épidémie de sida	16
4.1 Prévention.....	16
4.1.1 Les activités de Communication pour un Changement de Comportement	16
4.1.2 Les activités de Conseil Dépistage Volontaire et confidentiel.....	18
4.1.3 Les activités de promotion du préservatif masculin et féminin.....	18
4.1.4 Les activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant	18
4.1.5 Les activités de Sécurité transfusionnelle.....	19
4.2 Soins et traitement	19
4.3 Connaissances et changements intervenus dans les comportements.....	19
4.4 Atténuation de l'impact du VIH.	20
5 Meilleures pratiques	21

5.1.1	En matière d'environnement socio-politique : Partenariat avec la jeune chambre économique du Niger	21
5.1.2	En matière de soutien socio-économique : Implication du réseau des Personnes Vivant avec le VIH.....	22
6	Principaux obstacles et mesures correctives.....	22
6.1	Rappel des obstacles rencontrés au cours de l'élaboration du rapport UNGASS 2008 et des mesures correctives prévues	22
6.2	Appréciation des mesures correctives lors du rapport UNGASS 2008.....	22
6.3	Les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de toute la période de collecte des données (2008-2009).....	22
6.4	Les mesures correctives prévues	23
7	Soutien des partenaires au développement.....	23
7.1	Le soutien le plus important reçu des partenaires du développement	23
7.2	Les actions que doivent entreprendre ces partenaires	24
8	Suivi et évaluation.....	24
8.1	Aperçu du système actuel de suivi évaluation.....	24
8.2	Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de suivi et évaluation complet	25
8.3	Les mesures correctives prévues	25
8.4	Besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation	25
9	Difficultés rencontrées.....	26
10	Recommandations	26
11	Conclusion.....	26

ANNEXES :

Annexe 1 : Processus de consultation et d'élaboration du rapport mondial

Annexe 2 : Liste des membres du groupe de travail UNGASS 2010

Annexe 3 : Liste des membres de la Taskforce

Annexe 3 : Estimations des dépenses

Annexe 4 : Indice Composite des Politiques Nationales

LISTE DES ABREVIATIONS

AGR	: Activité Génératrice de Revenus
ANDDH	: Association Nigérienne de Défense des Droits de l'Homme
ARV	: Antirétroviraux
Ass	: Association
BM	: Banque Mondiale
CARE	: Cooperative
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CCM	: Mécanisme de Coordination des activités du Fond Mondial
CD	: Compact Disc
CDI	: Consommateurs de Drogues Injectables
CDVC	: Conseil Dépistage Volontaire et confidentiel
CISLS	: Coordination Intersectorielle de Lutte contre le SIDA
CM	: Cours Moyen
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	: Consultation Périnatale
CRISLS	: Coordination Régionale Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/Sida
CS	: Coordination Sectorielle
CSLS	: Coordination Sectorielle de Lutte contre les IST/VIH/Sida
CSN	: Cadre Stratégique National
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
DASS	: Direction d'Appui au Secteur Santé
DBM	: Database Manager
DCOM	: Direction de la Communication
DEP	: Direction des Etudes et de la Programmation
DONG/ASS	: Direction d'Appui aux ONG et Associations
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRSP	: Direction Régionale de Santé Publique
DSEDS/INS	: Direction des Statistiques Etudes Démographiques et Sociales
DSS/RE	: Direction des Statistiques, de la Surveillance épidémiologique et de la Riposte aux Epidémies
DVD	: Digital Versatile Disc
EDSN –MICS	: Enquête démographie et de Santé du Niger à Indicateurs Multiples
FAO	: Food and Agriculture Organization
FDS	: Forces de Défense et de Sécurité
FM	: Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GIN/PDSS	: Groupement d'Intervention au Niger Pour le Développement Social et Sanitaire
GTO	: Groupe Thématique ONISIDA
GTT – SE	: Groupe Technique de Travail en Suivi Evaluation
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
ICPN	: Indice Composite des Politiques Nationales
IDA	: Agence International pour le Développement
IEC	: Information, Education et Communication
INAARV	: Initiative Nigérienne pour l'Accès Aux Antirétroviraux
INS	: Institut National de la Statistique
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
JCEN	: Jeune Chambre Economique du Niger
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
LFA	: Local Fund Agent
LWR	: Lutheran World Relief
MCI	: Ministère du Commerce et de l'Industrie
MDN	: Ministère de la Défense Nationale
MEN	: Ministère de l'Education Nationale

MJ	: Ministère de la Justice
MPF/PE	: Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant
MP/RS	: Ministère de la Population et des Réformes Sociales
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MT/A	: Ministère du Transport et de l'Aviation
MUH	: Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OEV	: Orphelin et Enfant Vulnérable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONDPH	: Organisation Nigérienne pour le Développement à la Base du Potentiel Humain
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ORTN	: Office des Radios Télévisions du Niger
OSC	: Organisation de la Société Civile
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PMT	: Plan à Moyen Terme
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNM	: Plan National Multisectoriel
PNUD	: Programme des Nations Unies
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PS	: Professionnelle de Sexe
PVAVS	: Personne Vivant ou Affecté par le Virus du sida
PVVIH	: Personne Vivant Avec le VIH
RAIL/SIDA	: Réseau des Associations Intervenant dans la Lutte contre le Sida
REDES	: Estimation des Flux des Ressources et des Dépenses Nationale de Lutte contre le SIDA
RENIP+	: Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH
ROASSN	: Réseau des Associations et Organisations intervenant dans le Secteur de la Santé au Niger
SDRP	: Stratégie Accélérée de Développement et de Réduction de la Pauvreté
S&E	: Suivi & Evaluation
SG	: Secrétaire Général
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SNU	: Système des Nations Unies
SOLTHIS	: Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida
SSG	: Surveillance de Seconde Génération
TDR	: Termes de Référence
ULSS	: Unité de Lutte Sectorielle Santé contre les IST/VIH/Sida
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNFPA	: United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
USA	: United States of AMerica (Etats-Unis d'Amérique)
VIH	: Virus d'Immuno-Deficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: Indicateurs UNGASS 2010
Tableau II	: Séroprévalence VIH chez les femmes enceintes par région en 2009
Tableau III	: Séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles chez les PS par région
Tableau IV	: Prévalence de la syphilis dans les sites sentinelles chez les PS par région.
Tableau V	: Séroprévalence HIV par groupe cible prioritaire en 2008 au Niger

Tableau VI : La séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang par région

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Carte de la Séroprévalence du VIH selon les régions du Niger (A partir de EDSN 2006)
Figure 2 : Séroprévalence du VIH au sein de groupes à risques (EDSN 2006)
Figure 3 : Séroprévalence VIH chez les femmes enceintes par région en 2009
Figure 4 : Séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles chez les PS par région
Figure 5 : Prévalence de la syphilis dans les sites sentinelles chez les PS par région

1 Introduction

Lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) tenue en juin 2001, 189 Etats¹ avaient pris l'engagement de renseigner sur l'évolution de la riposte à la pandémie du VIH. L'adhésion des pays signataires à cet engagement traduit de leur volonté d'atteindre l'Objectif de développement pour le millénaire qui est de "stopper puis inverser le cours de l'épidémie du VIH/SIDA d'ici 2015". Ce mécanisme permet d'apprécier aux niveaux international et national, les progrès réalisés et les obstacles à surmonter pour mieux réussir les planifications de la riposte des années futures.

Le Niger, signataire de cette déclaration d'engagement, a déjà produit un premier rapport en 2008. Le présent rapport vient pour la deuxième fois consécutive faire le point sur les indicateurs "UNGASS" pour la période 2008-2009.

Ce rapport a été rédigé sous la direction de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA avec l'appui de l'ONUSIDA. Son élaboration a été un processus hautement participatif avec des parties prenantes provenant aussi bien du secteur public, du secteur privé, des structures des personnes vivant avec le VIH, des organisations de la société civile et des partenaires au développement.

Le processus de son élaboration a été lancé lors d'un atelier d'orientation. Un groupe de travail réunissant des représentants des secteurs public, privé et de la société civile ainsi que des partenaires techniques et financiers a été mis en place. Une équipe technique restreinte a été constituée à partir du groupe de travail avec pour mandat la gestion au quotidien du processus d'élaboration du rapport UNGASS 2010.

Plusieurs documents ont été consultés : enquêtes démographiques et de santé (EDSN-MICS 2006), rapports d'activités des secteurs ministériels et des organisations de la société civile, les rapports de consultation pour l'ONUSIDA, les données de surveillance épidémiologique etc... Un consultant a été recruté à cet effet pour appuyer le processus de collecte, d'analyse et de rédaction du présent document. Le rapport ainsi obtenu a été d'abord amélioré par le groupe restreint puis validé en atelier par l'ensemble des représentants des acteurs de la lutte contre le VIH du Niger.

Ce rapport a tenu compte de celui de 2008 et met surtout en exergue les évolutions durant les années 2008 et 2009.

2 Aperçu de la situation

2.1 Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

La CISLS étant l'instance de coordination de toute la lutte contre les IST/VIH/sida au Niger, elle a donc la responsabilité de rédiger le rapport UNGASS. Pour des soucis de transparence et pour aboutir à un rapport consensuel, elle a procédé à une identification des parties prenantes. Ce groupe est composé des représentants² de l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH au Niger. Avec l'appui de l'ONUSIDA, un groupe de travail avait été mis en place à l'issue d'un atelier d'orientation tenu à Niamey, les 17 et 18 novembre 2009. Il s'agissait de présenter au cours de cet atelier:

- L'importance du rapport UNGASS,

¹ Directives pour l'élaboration des rapports UNGASS 2010

² La composition du groupe de travail est en annexe 3

- Le processus d'élaboration du rapport UNGASS,
- Le délai de rédaction, de validation et de transmission du rapport à l'ONUSIDA.

Pour des soucis d'efficacité, une "Taskforce" (issue du groupe de travail) dont le rôle est de gérer au quotidien le processus d'élaboration du rapport avait été mise en place. Un consultant avait été recruté par l'ONUSIDA pour appuyer ce processus. Les TDRs du groupe de travail, de la Taskforce et du consultant sont annexés au présent rapport. Le questionnaire pour renseigner l'Indice Composite Nationales (ICPN) avait été administré grâce aux membres de la Taskforce et au consultant. Auparavant une séance de formation avait été faite à l'ensemble des membres de la Taskforce sur l'administration des parties A et B de l'ICPN.

L'élaboration du présent rapport a connu la participation de l'ensemble des représentants des acteurs de la riposte contre l'épidémie du VIH au Niger et ceci à un haut niveau.

2.2 Situation actuelle de l'épidémie

La dernière estimation de la séroprévalence du VIH en population générale a été faite en 2006 grâce à l'EDSN – MICS- III. Il ressort que le Niger est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest où l'épidémie du VIH est à un niveau bas.

Le profil épidémiologique de l'infection à VIH peut être résumé comme suit :

- la prévalence dans la population générale (données EDSN-MICS III -2006) est de 0.7%.
- dans les populations à risque, la prévalence du VIH depuis plusieurs années est relativement plus élevée que la moyenne nationale fournie par EDSN-MICS en 2006 (33,98% chez les professionnelles du sexe en 2005, 3.8% chez les militaires en 2002, 2.1% chez les miniers en 2004 et 1.5% en PTME en 2006).

Les caractéristiques épidémiologiques³ répondent aux critères d'une épidémie concentrée. Toutefois, il y a des foyers d'où peuvent se disséminer l'infection comme des régions à prévalence plus élevée que celle du niveau national (Diffa, Agadez, Niamey et Tahoua) et certaines sous populations au sein desquelles des études réalisées ont montré des valeurs assez élevées par exemple chez les PS, les travailleurs des mines et orpailleurs de certains sites.

2.3 Riposte au plan politique et programmatique

2.3.1 Au Plan politique

Au plan politique, il faut signaler toute l'importance accordée par les autorités pour la lutte contre le VIH/sida. Ainsi, il ressort un fort engagement politique et un leadership remarqué des plus hautes autorités à tous les niveaux.

En effet, le rattachement de la CISLS à la Présidence de la République reste un signe fort d'engagement politique :

- Le **Président de la République** préside le Conseil National de Lutte contre le SIDA. Dans le Cadre Stratégique 2008-2012, il affirme en préfaçant le cadre stratégique : son soutien sans faille dans toutes les démarches entrant dans le cadre de la riposte à l'épidémie. Les cérémonies commémoratives des journées mondiales de lutte contre le SIDA sont devenues depuis 2009 des manifestations tournantes dans les chefs lieu de région et sont couplées à celles de la proclamation de l'indépendance du pays. Ces manifestations sont marquées par sa présence.

³ Cadre Stratégique National 2008-2012

- Le **Ministre de la Santé Publique** est le vice-président du conseil national de lutte contre le sida.
- La **première dame** est la marraine de la Lutte contre le SIDA et mène des actions de plaidoyer au niveau national et international.
- Au niveau du gouvernement, les **ministres** sont tous membres du conseil national de lutte contre le sida, de plus le ministre des finances dirige le comité de pilotage.
- Les **gouverneurs** des 8 régions sont présidents des Conseils Régionaux de Lutte contre le SIDA et les **Préfets** dirigent les Conseils Sous Régionaux de Lutte contre le SIDA.
- Au **niveau législatif** : il existe un réseau parlementaire de lutte contre le VIH, de plus l'Assemblée Nationale initie très souvent des journées d'information sur le VIH et la riposte du Niger face à l'épidémie.

Les IST/VIH/SIDA sont évoquées très souvent dans les discours des autorités et la lutte contre le VIH est intégrée dans les programmes de toutes les grandes manifestations culturelles nationales.

Pour marquer l'engagement et le leadership des autorités dans la riposte du VIH il est prévu très prochainement d'inscrire une ligne budgétaire VIH dans le budget national.

La gratuité des ARV et des anti-infections opportunistes (IO) est une réalité depuis la mise en place de l'INAARV.

Sur le plan juridique, le Niger avait élaboré depuis avril 2007, une loi sur le VIH, les textes et décrets d'application ont été aussi élaborés et en cours d'adoption.

La conformité de cette loi a été vérifiée par une consultation faite en 2009, et d'ici peu cette loi sera revue pour la prise en compte des observations faites. Il existe un comité sectoriel lutte contre le sida dans le secteur de la justice.

2.3.2 Au Plan programmatique

Après la découverte du premier cas de sida⁴ au Niger en 1987, le Gouvernement a pris la résolution de faire face à la pandémie par la mise en place d'un cadre institutionnel dénommé Comité de surveillance du SIDA. En 1990 ce Comité a été renommé Comité National de Surveillance du SIDA. En 1991, il a été créé le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). En collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Ces instances ont mis en œuvre successivement : (i) de 1990 à 1992 le Plan à Moyen Terme (PMT I) dit de 1^{ère} génération ; (ii) de 1994 à 1998 le Plan à Moyen Terme (PMT II) dit de 2^{ème} génération.

Un premier cadre stratégique de lutte contre le sida 2002-2006 a été élaboré, mis en œuvre et évalué. Un Deuxième cadre de seconde génération a été élaboré pour la période 2008-2012 avec la pleine participation de tous les acteurs intervenant dans la gestion de l'épidémie au Niger.

Dans le cadre stratégique national 2008-2012 qui est actuellement mis en œuvre ; les principes directeurs qui guident la réponse à l'épidémie du VIH au Niger sont les suivants :

- Un meilleur ciblage de la lutte sur les milieux et les cibles les plus atteints (Sites miniers, milieux prostitutionnels, villes, marchés de grands brassages intercommunautaires, PS, leurs clients et les populations passerelles) ;
- Un soutien économique à la femme vulnérable ;
- Une meilleure performance de la Coordination / renforcement institutionnel ;

⁴ Rapport UNGASS Niger 2008

- Le respect et le renforcement des « Three Ones » ;
- Le renforcement des capacités des acteurs de la lutte en notamment la société civile ;
- L'effectivité de l'accès universel aux traitements et soins pour les PVAVS ;
- Le renforcement du dispositif de CDVC ;
- Une meilleure implication des secteurs notamment le système de santé.

Du point de vue de la multisectorialité, la stratégie précise par ailleurs, la pluralité des secteurs qui concourent aux résultats de la lutte, à savoir les secteurs :

- de la santé ;
- de l'éducation nationale
- de la jeunesse et des sports ;
- de la communication ;
- des transports ;
- de l'industrie et des mines
- des forces de défense et de sécurité ;
- de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant ;
- des affaires religieuses ;
- de la société civile et du secteur privé.

Pour la période 2008-2012, la lutte contre le VIH/SIDA se fonde sur la vision, le but et les axes stratégiques suivants⁵ :

- **La vision :**
L'infection à VIH/SIDA demeure un véritable problème de développement socio-économique. A ce propos, en se basant sur les trois principes clés de l'ONUSIDA, le Niger s'engage à améliorer la qualité de vie des groupes spécifiques /vulnérables et de la population générale.
- **Le but :**
Réduire la prévalence de l'infection à VIH/SIDA et son impact social et économique au Niger.

Les axes stratégiques sont au nombre de six :

- Axe stratégique 1 : Plaidoyer, coordination, partenariat et mobilisation des ressources
- Axe stratégique 2 : Prévention et promotion du dépistage
- Axe stratégique 3 : Accès aux soins et au traitement
- Axe stratégique 4 : Soutien aux personnes infectées et affectées et promotion des droits humains
- Axe stratégique 5 : Surveillance épidémiologique, comportementale et recherche opérationnelle
- Axe stratégique 6 : Suivi-évaluation

⁵ Cadre Stratégique National 2008-2012

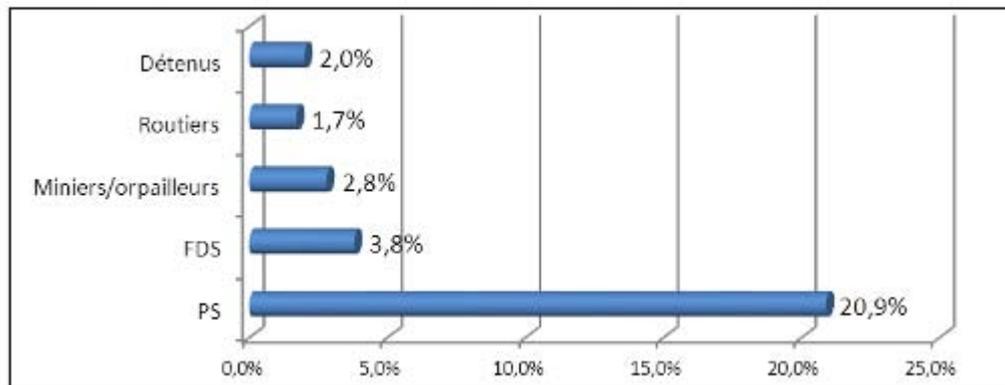
2.3.3 Récapitulatif des indicateurs UNGASS.

Tableau I : Indicateurs UNGASS 2010

Indicateurs 2010	UNGASS 2008	UNGASS 2010	Sources/ Observations
Engagement et actions au plan national			
Dépenses			
1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	Données non ventilées	En annexe	REDES (2007-2008)
Élaboration des politiques et état de la mise en œuvre			
2. Indice composite des politiques nationales (Domaines : prévention, traitement, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, sexospécificité, programmes sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, suivi et évaluation)	En annexe	En annexe	Base de données ICPN 2010
Programmes nationaux (sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, éducation)			
3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%	26,13%	Centre de Transfusion Sanguine et DRSP. 100% des dons de sang au Niger sont soumis au dépistage par modes opératoires normalisés (valeur utilisée pour le rapport UNGASS 2008). <i>Seul le Centre de Niamey fait le contrôle externe de qualité, ce qui explique le niveau de l'indicateur.</i>
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux*	16,5%	15,90% (2008) 38,51% (2009)	Cette performance de 2009 est due à l'extension des services de prise en charge, la disponibilité des intrants, le renforcement des capacités des acteurs et l'amélioration du rapportage des données.
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	7.5%	31.97% (2008) 54.69% (2009)	Cette performance de 2009 est due à l'extension des services PTME (129 sites en 2007 et 276 sites en 2009), la disponibilité des intrants, le renforcement des capacités des acteurs et l'amélioration du rapportage des données.
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	1,50%	3,29%	Dénominateur (13,3% de TB parmi 61966 estimé de PVVIH).
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2,40%	2,40%	EDSN 2006
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Données non disponibles	74,19%	SSG 2008 Niger
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Données non disponibles	PS : 75,03 (Ayant répondu uniquement à la question : « Savez-vous où aller pour subir un test VIH ? »)	Source : SSG 2008 CDI : Non disponible HSH : Non disponible)

Indicateurs 2010	UNGASS 2008	UNGASS 2010	Sources/ Observations
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Données non disponibles	Sujet pertinent pour le pays mais indicateur non pertinent	Cet indicateur devrait être calculé dans les pays où la prévalence du VIH est élevée au moins 5%
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	8.1%	81,7%	Rapports d'activités du Ministère de l'Éducation Nationale - Comité sectoriel : Examen du programme d'études
Connaissances et comportements			
12. Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans*	37,30%	Partie A : 25,35% Partie B : 37,30%	EDSN 2006
13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*	14%	14%	EDSN 2006
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Données non disponibles	25.19 (PS)	SSG 2008 - CDI : Non disponible - HSH : Non disponible
15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	24,60%	24,60%	EDSN 2006
16. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	2,40%	2,40%	EDSN 2006
17. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel*	8,20%	8,20%	EDSN 2006
18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	95,50%	77,70%	SSG 2008
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Données non disponibles	Données non disponibles	La cartographie des HSH est réalisée en 2009 et les interventions ciblées sur ce groupe sont envisagées. A terme le programme compte avoir les informations les concernant.
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Données non disponibles	Données non disponibles	
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	Données non disponibles	Données non disponibles	
Impact			
22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*	1,30	1,60%	Surveillance sentinelle 2009
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque Professionnel(le)s du sexe	38,40%	35,60%	Surveillance sentinelle 2009
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	46,60%	94,79%	Source : ULSS/MSP ***
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Données non disponibles	24,62	Le rapport annuel 2009 de la PTME donne 14 nourrissons séropositifs sur 153 testés, soit 9.15% de taux de transmission de la mère à l'enfant.

* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

Figure 2. Séroprévalence du VIH au sein de groupes à risques

Source : EDSN 2006

3.1 Résultats des sites sentinelles 2009

Tableau II : Séroprévalence VIH chez les femmes enceintes vues en CPN par région en 2009

Régions	Effectif	Positif	Séroprévalence	IC à 95%
Agadez	470	8	1,7%	
Diffa	587	13	2,2%	
Dosso	1002	17	1,7%	
Maradi	1006	11	1,1%	
Niamey	610	9	1,5%	
Tahoua	1393	38	2,7%	
Tillabéri	711	9	1,3%	
Zinder	1167	14	1,2%	
Total	6946	119	1,7%	[1,4% – 2,1%]

Source : Rapport surveillance sentinelle 2009

Figure 3. Séroprévalence: Femmes enceintes

Parmi les femmes enceintes vues en consultations prénatales, la région de Tahoua enregistre le taux le plus élevé de séroprévalence VIH avec 2,7%, suivie de la région de Diffa avec un taux de 2,2%. Le taux le plus faible a été observé à Maradi avec 1,1%. La moyenne nationale est de 1,7% avec un intervalle de confiance à 95% de [1,4% – 2,1%]. Elle est plus élevée que la séroprévalence nationale (0,7%).

La séroprévalence du VIH parmi ces femmes enceintes constitue un bon reflet de la situation en population générale. Des efforts pour étendre la PTME sont en cours, il y a lieu de porter un accent particulier sur cet aspect en matière de lutte contre le VIH dans la communauté.

Tableau III : Séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles chez les PS par région

Régions	Effectif	Positif	Séroprévalence	IC
Niamey	110	26	35,6%	[24.7% - 46.7%]
Agadez	-	27	24,5%	[16.8% - 33.7%]
Diffa	106	-	-	-
Dosso	109	21	19,8%	[12.7% - 28.7%]
Maradi	73	66	60,6%	[50.7% - 69.8%]
Tahoua	23	10	43,5%	[23.2% - 65.5%]
Tillabéri	36	6	16,7%	[6.4% - 32.8%]
Zinder	108	45	41,7%	[32.3% - 51.5%]
Niger	565	201	35,6%	[31.7% - 39.7%]

Source : Rapport surveillance sentinelle 2009

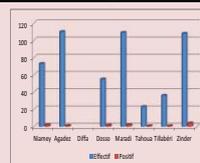
Figure 4. Séroprévalence du VIH : PS

La prévalence du VIH chez les PS varie de 60,6% à Maradi à 16% à Tillabéri avec une moyenne des sites qui est de 35,6%. La région de Diffa n'a pu fournir les données conformément à la méthodologie utilisée. Malgré les activités réalisées depuis l'organisation de la lutte au Niger, on constate la persistance d'un fort taux de prévalence dans ce groupe cible. Les PS et leurs client (es) constituant une source de propagation de l'épidémie du VIH dans la communauté, il faut intensifier les activités de sensibilisation pour espérer avoir une régression significative de l'épidémie au Niger.

La non maîtrise de la prévalence du VIH au sein des PS et les populations passerelles constitue un facteur favorable à la propagation de l'épidémie. Ces populations constituent les vecteurs non négligeables de propagation et de ce fait, nécessitent une prise en compte dans toutes les actions de lutte contre le VIH Sida.

Tableau IV : Prévalence de la syphilis dans les sites sentinelles chez les PS par région.

Régions	Effectif	Positif	Séroprévalence	IC
Niamey	73	2	2,73%	[1.0% - 9.2%]
Agadez	110	1	0,91%	[0.0% - 5.0%]
Diffa			-	-
Dosso	55	2	2,73%	[0.6% - 8.0%]
Maradi	109	2	1,82%	[0.2% - 6.5%]
Tahoua	23	1	2,73%	[2.8%-33.6%]
Tillabéri	36	1	1,82%	[0.7%-18.7%]
Zinder	108	4	3,64%	[0.9%-11.5%]
Niger	514	12	2,28%	[2.0%- 5.1%]



Source : Rapport surveillance sentinelle 2009

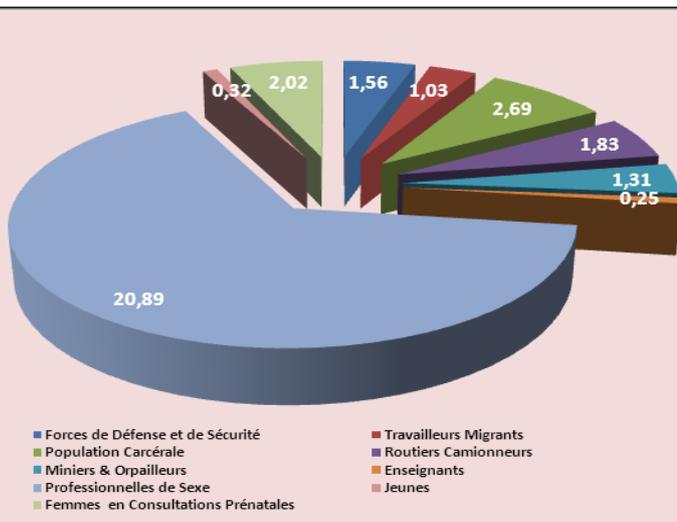
Figure 5. Prévalence de la syphilis : PS

La prévalence de la syphilis varie de 0,91% à Agadez à 3,64% à Zinder. La moyenne des sites est de 4%. L'étude n'a pas pris en compte les données de Diffa. Les IST sont des facteurs reconnus favorisant la contamination par le VIH. Une politique de prise en charge et de prévention de ces IST est en cours, il y a nécessité de l'intensifier. Le fait que la situation de Diffa ne figure pas dans ce tableau ne signifie surtout pas qu'il n'y a pas de PS dans cette région. Les interventions de l'ONG GIN/PDSS dans la région confirment ces faits.

3.2 Résultats de la surveillance de seconde génération 2008

Tableau V : Séroprévalence VIH par groupe cible prioritaire en 2008 au Niger

Groupes cibles prioritaires	Séroprévalence
Forces de Défense et de Sécurité	1.56%
Travailleurs Migrants	1.03%
Population Carcérale	2.69%
Routiers Camionneurs	1.83%
Miniers & Orpailleurs	1.31%
Enseignants	0.25%
Professionnelles de Sexe	20,89%
Jeunes	0,32%
Femmes en Consultations Périnatales	2,02%



Source : Enquête SSG_2008

Figure x. Séroprévalence Cibles prioritaires

La prévalence du VIH varie de 0,25% chez les enseignants à 20,89% chez les PS parmi les groupes cibles prioritaires.

La prévalence au niveau de ces cibles reste plus élevée que celle nationale. Il y a nécessité de continuer et même d'intensifier les actions de riposte dans ces groupes cibles. Un meilleur contrôle de l'épidémie de ces groupes cibles aboutira à un contrôle général de l'épidémie au Niger.

3.3 Rapport d'activités PTME 2008

Les données de routine de la PTME¹⁰ montrent certes un léger recul de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues dans les formations sanitaires durant les 3 dernières années : 1,50% en 2006; 1,29% en 2007 et 0,81% en 2009. Eu égard à ces résultats, on note une amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en matière de dépistage VIH. Tout de même au regard de la couverture sanitaire du pays et de la couverture PTME du pays, il y a lieu de continuer la politique de passage à l'échelle de la PTME et son intégration dans le paquet minimum d'activités de tous les services de santé.

4 Riposte nationale à l'épidémie de sida

Durant la période 2008-2009, la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST VIH/sida (CISLS) a poursuivi la consolidation des acquis en matière de lutte contre le SIDA, à concevoir des outils de coordination¹¹, de suivi et d'évaluation dans le cadre de sa mission, et a accompagné la mise en œuvre des activités de son Plan d'action 2008 conformément au Cadre stratégique 2008-20012 (CSN). Le Plan National Multisectoriel (PNM) et le plan national de suivi et d'évaluation avaient été aussi élaborés.

Il faut souligner que le caractère transitoire de l'année 2008 qui n'a pas permis le développement effectif des interventions dans toutes les composantes de la lutte.

4.1 Prévention

La prévention et la promotion du dépistage constituent un des principaux domaines d'intervention du programme. Les activités réalisées au titre de cet axe stratégique peuvent être résumées en ces points :

4.1.1 Les activités de Communication pour un Changement de Comportement

Les activités rentrant dans ce cadre sont :

- L'élaboration¹² de plusieurs supports de communication (affiches, dépliants, Tee-shirts) et un document en « life skills » adapté aux jeunes.
- La révision du module de base de formation en Communication pour un Changement de Comportement en matière d'IST/VIH/Sida.
- L'organisation de la semaine de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le sida à l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA par La CISLS et ses délégués.
- Dans chaque région des diffusions de spots de sensibilisation, des débats et des tables rondes ont été réalisés sur la radio régionale de l'ORTN ; Des Tournois inter scolaires de football suivis des séances de sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA et conseils dépistage volontaire ont été organisés.

¹⁰ Rapport annuel d'activité PTME 2008

¹¹ Rapport annuel d'activité CISLS 2008

¹² Rapport annuel d'activité CISLS 2008

Des sessions de formation et des séances de sensibilisation ont été organisées au cours de l'année 2008 aussi bien au profit des acteurs du secteur public que ceux de la société civile :

Pour le secteur public :

- Au niveau central, il y a eu des sessions de formation destinées aux agents du secteur non santé.
- Au niveau décentralisé, des sessions de formation ont été organisées sur les IST/VIH/sida/CCC dans toutes les régions. Elles ont concerné 2399 personnes touchant ainsi toutes les couches de la population.

Pour la société civile :

- La formation des pairs éducateurs des ONG/Ass/OBC, des religieux et des tradipraticiens s'était poursuivie.
- Pour les émissions radiophoniques et télévisuelles, des débats ont été organisés tant au niveau national que régional.
- Les prêches des religieux ont aussi été utilisés comme support de transmission des messages aux populations.
- Il est à noter qu'un plan de visibilité a été élaboré par la CISLS et dans ce cadre les différentes régions ont confectionné des panneaux de visibilité. Un certain nombre de kiosques de sensibilisation sur le sida ont été construits.

Des séances de sensibilisation de proximité des PS¹³, De formations de formateurs des pairs éducateurs et des formations des pairs éducateurs avaient été organisées.

Trente ONG et 30 stations radiophoniques sont identifiées au niveau des régions¹⁴ du pays pour sensibiliser les populations sur les IST/VIH/SIDA, le matériel éducatif est produit et mis incessamment en place, Le matériel électronique (lecteurs CD/radios et DVD) est également acquis pour le volet ONG et kiosques routiers

Des réunions bi mensuelles avec les ONG et hebdomadaires pour les stations de radios permettent de faire le point régulièrement des activités ainsi que des difficultés éventuelles rencontrées. La campagne Aventures de Foula suscite des réactions positives notamment les requêtes d'implication des marabouts pour des prêches en lien avec les thématiques diffusées chaque semaine, les appels téléphoniques sont enregistrés en provenance des auditeurs nationaux voire internationaux sur les problématiques discutées chaque semaine sur les ondes de la radio nationale. Le projet enregistre par ailleurs quelques cas de témoignages de personnes vivant avec le VIH victimes de l'ostracisme (cas d'une femme séropositive désirant témoigner à la radio suite à l'écoute du débat sur les femmes délaissées).

Les actions ainsi menées ont permis :

- Une large participation des différentes catégories socio professionnelles¹⁵ engagées dans la lutte notamment les comités sectoriels, les ONG/Associations, les Forces de défense et de sécurité, les syndicats, etc.
- Une réactualisation du répertoire des différents intervenants. Pour la première fois les ONG/Associations, les syndicats et les FDS se sont retrouvés dans un même cadre d'échange pour identifier ensemble les facteurs de vulnérabilité liés à chaque groupe. La participation des FDS a permis aux autres groupes de découvrir la particularité de leur cadre.
- L'identification et la prise en charge d'OEVI¹⁶.

¹³ Rapport d'activités GIN PDSS : un sous récipiendaire pour la mise en œuvre du round 7

¹⁴ Rapport d'activités ANIMAS SUTURA : un sous récipiendaire pour la mise en oeuvre du round 7

¹⁵ Rapport d'activité RAIL SIDA : un sous récipiendaire pour la mise en œuvre du round 7

4.1.2 Les activités de Conseil Dépistage Volontaire et confidentiel

Dans le cadre de la promotion du dépistage volontaire et confidentiel, de janvier 2008 à décembre 2009, 1 343 678 personnes ont été dépistées par la combinaison de plusieurs stratégies (fixe avancée de masse fixes etc...) parmi les personnes dépistées il y'a le secteur santé qui a organisé une campagne de dépistage VIH au sein du personnel de santé ainsi que des campagnes de dépistage de masse tant au niveau central que décentralisé. Les activités de dépistage dans les services de santé se poursuivent. Les CDVC ne sont plus fonctionnels par manque de financement. Le taux très faible du dépistage 1.88% chez les adulte »s de 15-49 ans (rapport CISLS) est la preuve qu'il faut davantage intensifier les efforts dans ce domaine. C'est ainsi qu'il faut :

- Continuer et intensifier le dépistage dans le secteur de la santé,
- Promouvoir le dépistage communautaire.

4.1.3 Les activités de promotion du préservatif masculin et féminin

La distribution gratuite des préservatifs masculins s'est poursuivie dans les centres prescripteurs d'ARV, les formations sanitaires dans le cadre de la planification familiale. L'ONG GIN/PDSS distribue gratuitement des préservatifs dans le cadre des sensibilisations des PS.

La vente des préservatifs s'est intensifiée surtout par l'ONG ANIMAS SUTURA. En effet, à travers les kiosques mis en place par le « Marketing Social des préservatifs » et bien d'autres nouveaux sites, des préservatifs de qualité et à des prix très concurrentiels vendus au niveau des points de vente.

L'enquête nationale de démographie et de santé¹⁷ révèle une augmentation du taux d'utilisation de préservatifs comparativement à l'année 2002 (9%) chez les hommes avec un taux de plus de 40% chez ceux âgés de 20 ans et les célibataires. Mais le taux d'utilisation du préservatif chez les 15- 49 ans ayant eu plus d'un(e) partenaire sexuel (le) au cours de douze derniers mois lors du dernier rapport sexuel augmente avec l'âge : 1.7% pour les 15-19 ans, 5.4% pour les 20 -24ans et 9.8% pour le 25 - 49ans.

Dans le cadre de la promotion des préservatifs, 22360 pièces de préservatifs ont été vendus dans les points de vente créés par les OSC.

En outre on note 2880 préservatifs distribués.

4.1.4 Les activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant

Les activités réalisées par le secteur santé à travers l'ULSS¹⁷ ont concerné la formation de 40 agents de santé en PTME, l'organisation d'un débat télévisé sur la PTME et l'approvisionnement régulier des sites PTME en lait.

Dans le même cadre, des réunions de coordination ayant regroupé tous les districts sanitaires ont été organisés.

Le processus de passage à l'échelle se poursuit : 147 nouveaux sites ont été ouverts entre janvier 2008 et décembre 2009 portant ainsi le nombre total de sites PTME à 276 en fin 2009. Ce sont 158 695 femmes qui ont été dépistées sur 184 143 attendus soit 86,18%. Parmi les femmes testées 1363 sont positives soit 0,86%.

¹⁶ Rapport d'activité CADEV : un sous bénéficiaire pour la mise en œuvre du round 7

¹⁷ Rapport annuel 2008 CISLS

4.1.5 Les activités de Sécurité transfusionnelle

Dans ce domaine, le niveau national a organisé la formation de 24 formateurs régionaux en matière d'hygiène en milieu de soins.

Au niveau régional, la prévention du VIH/Sida en milieu de travail a été assurée par 160 tradipraticiens composés de 80 barbiers et 80 matrones dans 40 villages.

Tableau VI : La séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang par région

Région	Effectif	Positif	Séroprévalence
Agadez	1032	8	0,77%
Diffa	767	9	1,17%
Zinder	8720	158	1,81%
Maradi	9110	270	2,96%
Tahoua	4830	97	2%
Dosso	4132	51	1,23%
Niamey	10530	181	1,74%
Tillabéri	1174	15	1,29%

Source : rapport CNTS

La séroprévalence VIH est élevée parmi les donneurs de Maradi et relativement faible à Agadez.

4.2 Soins et traitement

En termes de prise en charge des PVVIH, il y a eu :

- L'élaboration de la politique nationale de prise en charge, des directives nationales de prise en charge de l'infection par le VIH de l'adulte, les directives de prise en charge pédiatrique, le guide de prise en charge des IOs, la prise en charge communautaire de l'infection par le VIH,
- L'amélioration de la prise en charge de l'infection par le VIH dans les centres prescripteurs d'ARV déjà existant plutôt que la création d'autres nouveaux centres. Le passage à l'échelle a donc connu une stagnation,
- Les formations en prescription des ARV, sur la prévention et la prise en charge des IO, la prévention et la prise en charge des IST.

4.3 Connaissances et changements intervenus dans les comportements¹⁸

Ce sont 48,47% des garçons et 31,64% des filles âgées de 15 à 24 ans enquêtés au cours de la SSG 2008 qui ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels à un moment quelconque de leur vie. Les garçons sont plus actifs sexuellement que les filles. Par groupes d'âges, 18,1% des garçons sexuellement actifs sont âgés de 15 à 16 ans contre 57,7% des filles ayant le même âge. Par contre, au niveau des clients des CDVC, ce sont 65,29% des hommes et 47,61% des femmes qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à un quelconque moment de leur vie. Il y a seulement 8,96% des filles et garçons qui ont eu leur premier rapport sexuel avec les partenaires sexuels ayant le même âge qu'eux. Les filles et garçons jumelés qui ont des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés qu'eux sont assez représentés dans chaque région et dans toutes les cohortes d'âges. Au cours des 12 derniers mois, chez les jeunes, sur 2510 répondants, 1437 garçons ont déclaré avoir eu des rapports sexuels, soit 57,3%. Quant aux filles, sur un total de 944 qui se sont prononcées, 58,5% ont eu des rapports sexuels, au cours des 12 derniers mois.

¹⁸ SSG 2008

Les clients/clientes des CDVC se caractérisent par une fréquence notoire de rapports sexuels, au cours de 12 derniers mois. 70,44% ont attesté avoir eu des rapports sexuels, au cours de cette période. Cela est susceptible d'avoir un lien avec les mobiles les ayant conduit à fréquenter les CDVC dans lesquels, ils ont été trouvés pour être enquêtés. Ce chiffre est à 61,17% chez les clientes des CDVC.

En ce qui concerne les **PS**, soit 99%, déclarent avoir eu des rapports sexuels avec des clients payants. 8,44% des PS qui ont indiqué avoir été sollicités par leurs clients, pour des rapports sexuels anaux et ont répondu favorablement.

L'étendue du multipartenariat sexuel (rapports sexuels avec les deux types de partenaires à la fois, au cours des 12 derniers mois). Les jeunes clients des CDVC et les PS ont eu une multitude de partenaires sexuels, les 12 derniers mois et les 4 semaines ayant précédé l'enquête. Parmi les filles, 42,6% ont eu des partenaires sexuels du type non commercial. Cette proportion correspond à 36,5% lorsqu'elle est rapportée à l'échantillon des filles ayant déclaré avoir été sexuellement actives, les 12 derniers mois. Chez les garçons, 85% ont confirmé avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires du type non commercial, les 30 derniers jours, représentant 77,8% des garçons sexuellement actifs, les 12 derniers mois. Ceux et celles qui ont eu des rapports sexuels avec les deux (2) types de partenaires totalisent respectivement 14,7% et 18,3% des sexuellement actifs des 12 derniers mois.

Les clients des CDVC ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires du type commercial, les 30 derniers jours cumulent 32,1% et 43,1% chez les clientes. Environ 29,2% des clients des CDVC et 5,3% de clientes ont eu des rapports sexuels, avec les deux types de partenaires (commercial et non commercial) les 30 derniers jours.

Au cours des douze (12) derniers mois qui ont précédé, les PS, les jeunes et les Clients/Clientes des CDVC ont à des fréquences variables, déclarées avoir eu des rapports sexuels en utilisant les condoms, avec leurs partenaires du type non commercial. 79,2% ont affirmé avoir déjà eu à utiliser les condoms lors des rapports sexuels avec leurs clients du type commercial. Pour les jeunes filles c'est seulement 29,01% qui ont eu à utiliser un condom avec des partenaires du type commercial. Ce sont 34,2% de jeunes garçons, qui ont eu un tel comportement.

Exposition des groupes cibles aux médias. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont moins exposés à la radio 32,07%.

81,58% des jeunes et 100% des femmes en CPN, les clients des CDVC et PS, ont entendu parler de l'existence des IST.

La connaissance des mesures ou moyens de prévention du VIH/Sida. 5% des jeunes connaissent au moins deux (2) moyens de prévention tout en sachant qu'une personne en bonne santé peut transmettre le Sida. La connaissance correcte des modes de transmission mère/enfant est assez partagée dans les sous-groupes cibles enquêtés avec des proportions variantes entre 93,8% chez les Miniers/Orpailleurs et moins d'un répondant sur deux (2) au niveau de la population carcérale. Les condoms et les sources d'approvisionnements sont aussi assez connus.

4.4 Atténuation de l'impact du VIH.

Dans le cadre de l'exécution des activités du round 7 Fonds Mondial, cette activité est menée par 3 SR dont 2 ont atteint des performances prévues et un troisième partiellement.

Le cumul de 1290 OEV sont pris en charge se répartissent par région comme suit : Agadez (190), Niamey (400), Maradi (100), Tillabéry (150) Diffa (100), Zinder (150) Tahoua(200).

5 Meilleures pratiques

5.1.1 En matière d'environnement socio-politique : Partenariat avec la jeune chambre économique du Niger

Mise en place progressive du mainstreaming du VIH/SIDA dans les entreprises et sociétés au Niger

Le mainstreaming du VIH/SIDA dans les plans sectoriels ; les projets/programmes de développement, les entreprises et les sociétés est unanimement reconnu comme une réponse adéquate à la pandémie. Malgré la disponibilité croissante des ressources pour mener à bien les programmes de lutte, la riposte effective dans les pays est souvent bloquée par l'absence des ressources humaines quantitatives et qualitatives, capables d'appuyer techniquement l'intégration de la problématique du VIH/SIDA dans les plans sectoriels et programmes de développement des pays en général et des entreprises et des sociétés en particulier.

Pour faire face aux impacts négatifs de l'infection à VIH et du SIDA sur les économies nationales et le bien-être social des populations, le concept de mainstreaming et bien d'autres outils y relatifs à l'intégration doivent être utilisés par les différents secteurs et domaines concourant à la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de la Stratégie Accélérée de Développement et de Réduction de la Pauvreté (SDRP), notamment avec l'appui de l'Etat et de ses partenaires au développement dans une démarche de partenariat public et privé en partenariat avec les PTF.

Un atelier régional a été organisé à Dakar par le PNUD et a donné une réelle opportunité pour le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le processus de la lutte contre le VIH/SIDA au Niger. 6 nigériens avaient été formés en mainstreaming. Une trentaine d'acteurs avaient été formés au concept de mainstreaming.

Le Regroupement des ONG et Associations du secteur de la santé du Niger, le ROASSN a fait de la lutte contre les IST/VIH/SIDA et la prise en compte de la dimension du mainstreaming son cheval de bataille à travers le renforcement des acteurs par des approches de mainstreaming du VIH/SIDA dans les plans sectoriels, les projets et programmes des OSC, ainsi que la prise en compte de celle-ci dans les programmes de développement des entreprises et sociétés eu égard à ses avantages comparatifs et sa valeur ajoutée.

Cette initiative a permis de toucher certaines entreprises et sociétés. La prise en compte du VIH dans toutes les entreprises et sociétés est donc amorcée. Un effet tache d'huile est attendu pour que à la longue la lutte contre le VIH intègre tous les secteurs de développement.

Un leadership permettra d'accélérer ce processus de mainstreaming.

Le partenariat avec la JCEN a permis l'application du mainstreaming, principes selon lequel la lutte contre le VIH doit être intégrée dans les services publics comme privés. Ainsi donc les sociétés de téléphonie cellulaire comme Zain ont commencé à parler du VIH au travail, de même que les compagnies minières d'Arlit et de Tillabéri.

Par ce mécanisme, le personnel de ces services et au-delà leur famille sont sensibilisés sur la problématique du VIH, l'acceptation de la personne vivant avec le VIH. Un accent important est mis sur le rôle du dépistage intra familial et les mesures préventives en matière de transmission du VIH. Au-delà des IST/VIH/SIDA, tous les thèmes de santé pourront être débattus dans les services.

Le mainstreaming permettra à la longue une meilleure prise en compte du VIH dans tous les secteurs de la société, donc de booster la riposte à l'épidémie du VIH au Niger.

5.1.2 En matière de soutien socio-économique : Implication du réseau des Personnes Vivant avec le VIH

L'implication des associations de Personnes vivant avec les VIH dans les activités des centres prescripteurs.

Même si ce volet n'a pas connu un développement fulgurant par manque de moyens financiers, il a permis quand même d'alléger la charge de travail des agents de santé. Il s'agit surtout des activités de recherche de perdus de vus appuyées par la croix rouge Française au CTA, de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement psychosocial. Des séances de sensibilisation sont aussi menées par ces associations dans les services de santé et dans tous les regroupements pour parler du VIH dans ses volets de prise en charge et de prévention.

6 Principaux obstacles et mesures correctives

6.1 Rappel des obstacles rencontrés au cours de l'élaboration du rapport UNGASS 2008 et des mesures correctives prévues

Les obstacles énumérés étaient :

1. Le caractère disparate des données, dans un contexte de système de suivi et évaluation ;
2. Manque de données de surveillance sentinelle et de SSG;
3. Le non prise en compte des indicateurs UNGASS lors des études.

Les mesures correctives prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS étaient :

1. L'extension des services de dépistage du VIH au niveau le plus périphérique possible;
2. La finalisation des plans opérationnels de communication par secteur et par cible;
3. L'enseignement du VIH au niveau du Primaire (CM) dans un volet santé de la reproduction;
4. La promotion du dépistage du VIH chez tout patient tuberculeux et IST;
5. Le recueil auprès des patients des informations qui vont permettre d'apporter un soutien aux personnes affectées et ou infectées;
6. La ventilation des données des sources de financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA telle que proposée par l'indicateur 1 UNGASS;
7. L'intégration des indicateurs UNGASS dans le cadre stratégique national;
8. La vulgarisation des indicateurs UNGASS;
9. La mise en place d'un fluxogramme pour la circulation de l'information;
10. L'évaluation annuelle des indicateurs.

6.2 Appréciation des mesures correctives lors du rapport UNGASS 2008

L'essentiel des mesures correctives prévues ont été appliqués. Le cadre stratégique national, le plan national de suivi et évaluation, le plan national multisectoriel, mais surtout une étude sentinelle et la SSG ont été réalisés.

6.3 Les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de toute la période de collecte des données (2008-2009)

- Faible financement des activités programmées
- Retard dans le décaissement des fonds approuvés
- Insuffisance de collaboration entre les acteurs (ONG, AE, CISLS, Secteurs)
- Démotivation des principaux acteurs
- Absence de supervision à tous les niveaux

- Non implication des CRISLS par les ONG et AE
- Manque d'un cadre de concertation des principaux acteurs
- Non fonctionnalité des conseils en particulier régionaux et départementaux
- Non maîtrise des rôles et responsabilités
- Insuffisance de personnel dans les CRISLS
- Manques de guides et de modules de formation pour les agents de santé et agents ONG/OBC
- Manque de points focaux / structure de coordination départementale formels
- Rareté des réunions de coordination et de concertation
- Non équipement de certains kiosques d'Information Education et Communication (IEC).
- Ruptures de réactifs de laboratoire pour le dépistage et d'Antirétroviraux;
- Faible accès du dépistage volontaire anonyme et gratuit,
- Faibles capacités de la société civile (ONG/OBC/OSC)
- Absence de plan de communication du Suivi –Evaluation
- Retard dans la transmission des rapports d'activités à tous les niveaux.

6.4 Les mesures correctives prévues

- Formation en leadership organisationnel des cadres de la CISLS
- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNM 2008-2010
- Mettre en place des cadres de concertation effectifs à tous les niveaux
- Assurer les suivis post- formation et de supervision
- Désigner trois à quatre personnes comme points focaux de lutte contre le sida dans les départements,
- Renforcer les capacités des acteurs dans les différents domaines de la lutte contre le sida (managements des programmes, planification, coordination, suivi évaluation, gestion...)
- Intégrer le CDVC dans toutes les formations sanitaires du pays
- Mettre un dispositif performant de gestion des produits pharmaceutiques (réactifs, consommables et ARV.
- Valider l'audit institutionnel et établir un plan de formation de tous les cadres de la CISLS.

7 Soutien des partenaires au développement

7.1 Le soutien le plus important reçu des partenaires du développement

Le niveau de participation des bailleurs de fonds et des agences du système des Nations Unies dans le financement des différents plans et dans la conduite de certaines actions, témoigne de leur adhésion à la politique du gouvernement en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Ainsi, la lutte contre le VIH/SIDA au Niger bénéficie des appuis techniques et financiers de partenaires :

- du Système des Nations Unies (SNU) : PNUD, OMS, UNFPA, UNICEF, FAO, PAM, IDA. A travers le Groupe Thématique ONUSIDA (GTO) qui les réunit et le Groupe Technique ONUSIDA qui réunit leurs points focaux IST/VIH/SIDA.
- de la coopération multilatérale : Union Européenne, Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme,

- de la coopération bilatérale : Luxembourg, Canada, Allemagne, Belgique, Suisse, USA, France (Esther)
- des ONG internationales : CARE International, LWR, World Vision, Croix Rouge, Solthis.

La participation des partenaires à des instances comme le Comité Mixte de Suivi ou le Mécanisme de Coordination Pays des activités du fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (CCM) crée des espaces de contribution aux différentes réflexions visant à renforcer l'efficacité du dispositif de lutte contre les IST/VIH/SIDA. La participation de la CISLS aux rencontres du GTO et du Groupe Technique de Travail donne également des possibilités de concertation entre ces structures.

L'apport financier le plus important est réalisé actuellement par le Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le SIDA et le Paludisme, à travers le Round 7.

Le Niger a bénéficié de l'appui des partenaires au développement pour la mise en œuvre de son plan national multisectoriel 2008-2012.

7.2 Les actions que doivent entreprendre ces partenaires

Il y a souvent un décalage entre les fonds prévus et les fonds réellement consommés. Un problème de sous-consommation des fonds se pose alors que les priorités et activités sont définies. Les partenaires doivent continuer à appuyer techniquement les acteurs nationaux en vue de l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés.

8 Suivi et évaluation

8.1 Aperçu du système actuel de suivi évaluation

A l'issue de l'élaboration du CSN 2008-2012, le renforcement du système national du suivi et d'évaluation des activités de lutte contre les IST/VIH/sida a été retenu parmi les activités prioritaires. L'objectif visé est la mise en place à terme d'un système fonctionnel de suivi et d'évaluation pouvant fournir en temps réel toute l'information stratégique nécessaire à la formulation de la réponse nationale sur les IST/VIH/sida.

L'élaboration du plan national de suivi et d'évaluation s'est faite selon un processus participatif dont les grandes étapes sont :

- Formation d'une équipe d'élaboration conduite par le consultant international
- Elaboration du calendrier de travail
- Tenue des visites de terrain
- Formation du Groupe Technique de Travail en suivi et évaluation (GTT-SE/VIH)
- Finalisation de la rédaction du draft zéro du plan national de S&E
- Présentation du draft zéro du plan national de suivi et d'évaluation au staff de la CISLS élargi à la Coordinatrice du secteur santé et au Coordonnateur pays de ONUSIDA
- Partage du draft zéro au sein du GTT-SE/VIH
- Validation nationale du plan national de suivi et d'évaluation
- Rédaction du document final

Le Plan National de Suivi et Evaluation tient compte :

- du principe admis de la gestion axée sur les résultats,

- de l'unicité du système national de suivi et d'évaluation dans le cadre des «Three Ones».

Sept (7) principaux points sont développés dans ce document:

1. Résumé du CSN 2008-2012 dans lequel sont abordés: l'organisation de l'administration territoriale et régime politique, la situation économique et socio-culturelle, les données démographiques et système de santé, la situation spécifique du VIH/sida et des IST, l'état de mise en œuvre du CSN 2002-2006 et la stratégie de lutte contre le VIH/sida 2008-2012
2. Matrice des indicateurs clés. Les indicateurs retenus sont présentés d'une part par axe stratégique et par objectif, et d'autre part par niveau du cadre logique
3. Cadre de performance dans lequel l'information relative à la situation actuelle, les cibles spécifiques et les dates limites pour les atteindre ont été définies.
4. Collecte des données. Cette partie présente le plan de collecte des données, le plan de gestion de la qualité des données, la présentation de l'ensemble du dispositif de suivi et d'évaluation, le circuit national de circulation de l'information.
5. Analyse, Présentation, Stockage et Utilisation des données. Cette partie présente essentiellement le plan d'analyse et de rapportage des données, et le plan de dissémination des données et d'utilisation de l'information
6. Plan d'évaluation du CSN 2008-2012.
7. Mise en œuvre du plan de S&E du CSN 2008-2012. Dans cette partie, le plan de mise en œuvre du plan de S&E, le budget détaillé et les menaces potentielles ont été présentés.

8.2 Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de suivi et évaluation complet

La mise en place totale du Plan National de Suivi et Evaluation n'est pas terminée.

Les supports de collecte des données existent certes, mais non utilisés par tous les acteurs. Le Principe du « Three Ones » est d'application mais non compris par l'ensemble des acteurs.

Le fluxogramme de remontée des données de la riposte jusqu'à la CISLS bien que expliqué dans le Plan National de Suivi et Evaluation en insistant sur les liens directs et fonctionnels n'est pas scrupuleusement suivi.

Même s'il n'y a pas eu d'évaluation formelle du système actuel de suivi et d'évaluation, une des difficultés réside dans sa mise en œuvre par manque de moyens financier. La table ronde en vue de son financement que la CISLS a prévu ne s'est pas encore tenue.

8.3 Les mesures correctives prévues

1. Faire un plaidoyer en vue du Financement de la mise en œuvre du Plan National de Suivi et Evaluation;
2. Continuer la vulgarisation du Plan National de Suivi et Evaluation.

8.4 Besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation

Pour continuer et intensifier les actions de renforcement des capacités des acteurs, le Niger a élaboré un Plan National de Besoins en Appui Technique. Ce plan couvre tous les domaines de la lutte contre les IST/VIH/sida. Il s'agit pour la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/sida de favoriser l'obtention d'Appui Technique sous forme de service de consultance ou de recrutement d'experts pour accompagner ses efforts. Le plan prend en compte le domaine du suivi et évaluation.

Les domaines prioritaires concernés sont :

- Le suivi et évaluation des interventions, le contrôle externe de la qualité des données, le développement de bases des données plus performantes,
- La planification stratégique et opérationnelle,
- La gestion axée sur la performance des programmes et projets,
- La communication en matière de VIH
- Le partage de bonnes pratiques en vue d'une bonne couverture des populations prioritaires en particulier celles que le programme n'arrive pas à toucher ou touche faiblement comme les HSH, les consommateurs de drogue injectable, les professionnelles de sexes et clients,
- La prise en charge communautaire du VIH en mettant l'accent sur l'appui aux organisations de la société civile et celles à base communautaire.

9 Difficultés rencontrées

- Faible financement des activités programmées ;
- Retard dans le décaissement des fonds approuvés ;
- Insuffisance de collaboration entre les acteurs (ONG, AE, CISLS, Secteurs)
- Démotivation des principaux acteurs ;
- Insuffisance des supervisions à tous les niveaux ;
- Insuffisance dans l'implication des ONG dans les activités ;
- Insuffisance de concertation des principaux acteurs ;
- Non fonctionnalité des conseils en particulier régionaux et départementaux ;
- Non maîtrise des rôles et responsabilités ;
- Rareté des réunions de coordination et de concertation ;
- Ruptures de réactifs de laboratoire pour le dépistage ;
- Faible accès du dépistage volontaire anonyme et gratuit ;
- Faibles capacités de la société civile (ONG/OBC/OSC) ;
- Retard dans la transmission des rapports d'activités à tous les niveaux ;
- La non centralisation de la documentation utile à la CISLS (bureau S&E).

10 Recommandations

- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNM 2008-2010 ;
- Mettre en place des cadres de concertation effectifs à tous les niveaux ;
- Renforcer les capacités des acteurs dans les différents domaines de la lutte contre le sida (managements des programmes, planification, coordination, suivi évaluation, gestion...).

11 Conclusion

Le Niger élabore pour la deuxième fois consécutive son rapport UNGASS. Il s'agit de l'effort conjugué de tous les acteurs impliqués dans la réponse à l'épidémie du VIH. De part le processus d'élaboration, c'est un document qui fait l'hunanimité de l'ensemble des acteurs.

L'exercice régulier de son élaboration conditionnera tous les acteurs à l'obligation de résultat. Les rapports vont s'améliorer aussi bien en nombre d'indicateurs renseignés, mais également en qualité.

Annexes

Annexe 1 : Processus de consultation et d'élaboration du rapport mondial

1. L'ONUSIDA a appuyé financièrement et techniquement la CISLS pour organiser un atelier d'orientation pour l'élaboration du rapport UNGASS. L'atelier s'est tenu du 17 au 18/11/2009 à l'Académie des arts de Niamey. Il a regroupé 41 participants tous venant des structures impliquées dans la riposte à l'épidémie du VIH au Niger.
2. Une taskforce a été mise en place à partir des participants de l'atelier d'orientation. Son rôle est de gérer au quotidien le processus d'élaboration du rapport UNGASS, la recherche des indicateurs et le remplissage du tableau des indicateurs. La taskforce devait aussi identifier la documentation utile pour l'élaboration du rapport UNGASS.
3. Un consultant avait été recruté pour appuyer le processus d'élaboration du rapport UNGASS 2010. Il devait surtout rédiger le rapport narratif accompagnant le tableau des indicateurs, appuyer la collecte du questionnaire sur l'ICPN, dépouiller et analyser les réponses au questionnaire.
4. Le projet de rapport UNGASS rédigé par le consultant a été remis à l'ensemble des membres de la taskforce pour lecture et critique. Une séance de travail a eu lieu avec la taskforce et le consultant pour une mise en commun des critiques et leur prise en compte par le consultant.
5. Le rapport a finalement été ventilé à l'ensemble des participants de l'atelier d'orientation et d'autres acteurs clés pour lecture critique et amendement.
6. Un atelier de validation regroupant tous les acteurs à qui le rapport provisoire a été remis fut organisé les 17 et 18 novembre 2009 à Niamey.
7. Les amendements souhaités par l'atelier de validation ont été intégrés par le consultant et présentés à la taskforce.
8. Le rapport ainsi obtenu a été remis à la CISLS le 29 Mars 2010.

Annexe 2 : Liste de membres du groupe de travail

N°	Noms prénoms	Structures	Contacts/Téléphone
1	Dr Idé Moussa	CISLS	20 73 28 09
2	Dr Habi Gado	OMS	96 96 41 20
3	Dr Nassirou Abdoukarim	LFA/FM	96 50 21 32
4	Dr Daouda Hassane	CISLS	96 97 85 83
5	Dambagi Adamou	ONUSIDA	96 94 77 48
6	Dr Amadou Oumarou	Consultant rapport UNGASS	96 58 96 91
7	Harouna Zakou	CISLS	96 28 29 70
8	Mme Abani Aminata	DSS/RE/MSP	96 96 75 93
9	Issa Kanta	ULSS/SG/MSP	96 96 38 54
10	Adamou Seydou	CRISLS/Niamey	96 58 88 55
11	Dr Attiné Zakou	CISLS	96 29 70 23
12	Gouro Ibrahim	MUH	90 31 98 79
13	Mme Idrissa Kakaou	CISLS	96 98 66 62
14	Dr Yahaya Rabia	CNTS	90 18 50 71
15	Argoze Moussa Koura	DSEDS/INS	96 49 05 68
16	Mme Koffi Mariama	MP/RS	96 88 82 61
17	Jean Bino	CSLS/MT/A	96 98 73 34
18	Malam Issoufou Aliou	ARDE	96 90 25 35
19	M Bienvenu Adèle	ONDPH	96 28 30 16
20	Mme Iddé Hadiara	MPF/PE	96 89 68 14
21	Chekaraou Idi	DS/MAT/DC	96 98 91 88
22	Mme Adamou Amina	MP/RS	96 89 13 93
23	Mme Abdourahamane Amina	CISLS	96 50 77 31
24	Mme Djibo Halimatou	DONG/ASS/CISLS	96 87 46 69
25	Mme Seyni Aïssa	Coord./TME	96 39 88 78
26	Mamane Mamane Laoual	MA	96 10 14 32
27	Zourkaleini Amadou	DCOM/CISLS	96 98 19 29
28	Sidibé Abdoulaye	CSLS/COM	96 52 14 16
29	Med-Col Dodo Boubacar	CSLS/FDS	96 89 87 26
30	Ph-Col Hamidou Harouna	MDN/DS/AS	90 32 75 95
31	Issoufou Hamidou	MEN	93 93 70 87
32	Issoufou Abdou Malam	ANDDH	96 12 53 25
33	Daniel Jean Lopez	CSLS/MEN	96 50 18 51
34	Djibrilla Karamoko	BM	20 73 36 16
35	Dodo Hamza	DEP/MSP	96 27 65 46
36	Dr Maïga Fatima	ULSS	20 72 69 10
37	Dr Eric Vershueren	ONUSIDA	96 44 67 12
38	Mme Kako Fatima	DRH/MJ	96 96 96 88
39	Souleymane Mamoudou	MCIN	96 97 77 10

Annexe 3 : Liste des membres de l'équipe technique restreinte pour l'élaboration du rapport pays UNGASS 2010

N°	Noms et Prénoms	Structures	Contacts	
			Téléphone	Email
1	Argoze Moussa Koura	DSEDS/INS	96490568 – 90 637751	argozem@yahoo.fr
2	Dr Amadou Oumarou	Consultant	96 58 96 91	aharou@yahoo.fr
3	Boubacar N'Gora Ibrahim	RAIL/SIDA/IST	96890010	railniger2001@yahoo.fr
4	Boubou Mamoudou	RENIP+	96297312 - 90297312	boubou.ccm@gmail.com
5	Dambagi Adamou	ONUSIDA	96947748 – 90066372	dambagia@un aids.org
6	Dr Abdou Aboubacar	UNFPA	90909815	aabdou@unfpa.org
7	Dr Daouda Hassane	CISLS	96978583	wazzadhd@yahoo.fr
8	Dr Emily Homawoo	UNICEF	20723008	ehomawoo@unicef.org
9	Dr Habi Gado	OMS	96964120	habig@ne.afro.who.int
10	Dr Hamidou Harouna	MDN	93929643 - 90327595	hamidouharouna227@yahoo.fr
11	Dr Zakou Attiné	DASS/CISLS	96 29 70 23	attinezakou@yahoo.fr
12	Issa Kanta	ULSS	96 96 38 54 –90341127	issakanta@gmail.com
13	Issoufou Abdou Malam	ANDDH	96125325	abdou_malam@yahoo.fr ;
14	Issoufou Hamidou	MEN	93 93 70 87	isufham@yahoo.fr
15	Méd Cdt Dodo Boubacar	CIL/SPT/FDS	96898726 –20724522	dimpaco4@yahoo.fr
16	Mme Abani Aminata	DSS/RE/MSP	96967593 –20723027	aminatakeita95@yahoo.fr
17	Mme Abdourahamane Amina	CISLS	96507731	amiabdou06@yahoo.fr
18	Mme Iddé Hadiara	MPF/PE	96896814	arzikahadiara@yahoo.fr
19	Zakou Harouna	DBM/CISLS	96282970	razackhe@gmail.com
20	Dr Mintou	CISLS		
21	Mme Djibo Halimatou	CISLS		



Photo : Manifestation Journée Mondiale de Lutte contre le Sida - 2009