



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

## **RAPPORT NATIONAL SUR LES PROGRES DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT DE L'UNGASS SUR LES IST/VIH/SIDA**

Période considérée : janvier 2006 - décembre 2007

Janvier 2008

## Table des matières :

Introduction	4
Méthodologie	4
I. APERCU DE LA SITUATION	5-8
II. APERCU DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA	9-21
2.1. Présentation du Niger	9-11
2.2. Situation épidémiologique	11-16
Prévalence dans les populations à haut risque	16-21
• Les travailleuses du sexe	16-17
• Dépistage dans le cadre du programme de PTME	17-18
• Les donneurs de sang	19
• Les malades tuberculeux	19
• Les miniers	19-21
III. LA RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DE SIDA	22
3. 1 Plan stratégique	22-23
3. 2 Appui politique	23-24
3. 3 Financement de la lutte contre le VIH/SIDA	24-25
3. 4 Situation de la mise en œuvre des interventions	26-33
3.4.1 Type et couverture des interventions préventives en cours	26-33
3.4.1.1 Sécurité transfusionnelle	27
3.4.1.2 La promotion du conseil dépistage volontaire et confidentiel du VIH (CDVC)	27-28
3.4.1.3 La promotion de l'hygiène dans les lieux de travail	28
3.4.1.4 La réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	28-30
3.4.1.5 La réduction de l'incidence des IST dans les groupes prioritaires et dans la population général	30
3.4.1.6 Marketing social des préservatifs	31-33
3.4.2 Traitement	33-35
3.4.3 Prise en charge des Infections opportunistes	35
3.4.4. Connaissance et comportements	35-40
3.4.5. Atténuation de l'impact	41
3.4.6. Droits de la personne	41-42
3.4.7. Participation de la société civile	43

IV. MEILLEURES PRATIQUES	44
4.1. En matière d'environnement socio-politique : Partenariat avec les chefs traditionnels	44
4.2. Alliance des religieux musulmans et chrétiens pour la lutte contre le VIH/SIDA au Niger	44
4.3. En matière de soutien socio-économique : Expérience du Projet Zonta	45-46
V.PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	47-48
VI.SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT	49-50
VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI-EVALUATION	51
Annexe 1 : Processus de consultation et d'élaboration du rapport mondial	52-53
Annexe 2 : Liste de membres du groupe de travail	54-55
Annexe 3 : Liste des membres de l'équipe technique restreinte pour l'élaboration du rapport pays UNGASS 2008	56
Annexe 4 : Facilitateurs	57
Annexe 5 : Centres prescripteurs d'ARV	58
Annexe 6 : Centres de conseils dépistage volontaire	59
Annexe 7 : Répartition des sites PTME au Niger en fin 2007, par région et par district	60-61

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACTN	: Association des Chefs traditionnels du Niger
ADBSN	: Association des Donneurs Bénévoles de Sang du Niger
AGR	: Activité Génératrice de Revenus
ANAL/SPT	: Alliance Nationale des Associations et ONG de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
ARV	: Antirétroviraux
CEDAV	: Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire
CISLS	: Coordination Intersectorielle de Lutte contre le SIDA
EDSN	: Enquête démographie et Santé du Niger
INAARV	: Initiative Nigérienne pour l'Accès Aux Antirétroviraux
INS	: Institut National de la Statistique
IO	: Infections Opportunistes
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
MVS	: Mieux Vivre avec le SIDA
OEV	: Orphelin et Enfant Vulnérable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
PDS	: Plan de Développement Sanitaire
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
SDARP	: Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté
SDRP	: Stratégie de Développement et de Réduction de la Pauvreté
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SVT	: Sciences de la Vie et de la Terre
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session

## INTRODUCTION

Le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA au Niger est marqué par (a) une pauvreté de la population beaucoup plus marquée dans les zones rurales qu'en milieu urbain, (b) une tendance à la stabilisation de l'épidémie avec une séroprévalence de 0,70 % et toujours une disparité en milieu rural (0,5 %) et milieu urbain (1,5 %) et (c) des pesanteurs socioculturelles, des pratiques traditionnelles courantes et un faible niveau d'instruction de la population qui expliquent sa vulnérabilité à l'infection à VIH.

L'étude de séroprévalence effectuée en 2002 montre que celle-ci est estimée à 0,87 % [avec un intervalle de confiance de 0,5 à 1,3%] parmi la population âgée de 15 à 49 ans, avec une différence entre les zones rurales (0,64 %) et urbaines (2,08 %).

Les résultats du volet VIH de l'Enquête Nationale de Démographie et de Santé à Indicateurs Multiples réalisée en 2006, montrent une tendance à la stabilisation de l'épidémie avec une séroprévalence de 0,70 % et toujours une disparité en milieu rural (0,5 %) et milieu urbain (1,5 %). La proportion des personnes adultes séropositives accuse une tendance générale à la hausse avec l'âge jusqu'à 40 ans avec des fluctuations plus ou moins marquées.

Face au fléau de l'épidémie, le Gouvernement de la République du Niger a senti et exprimé le besoin d'orienter désormais toutes les interventions contre les IST/VIH/SIDA selon des choix politiques et stratégiques clairement définis. Ainsi, il a donné mission à la Coordination Intersectorielle de la Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CISLS) d'élaborer, de manière hautement participative, le deuxième Cadre Stratégique National de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA qui couvre la période 2008-2012 (CSN 2008-2012).

## MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport qui intègre la série d'indicateurs de base de l'ONUSIDA a été rédigé sous la direction de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA dans le cadre du processus d'évaluation des progrès accomplis par le pays relativement à la déclaration d'engagement de la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies de juin 2001. Son élaboration a été participative avec des parties prenantes provenant aussi bien du secteur public, du secteur privé, des organisations de la société civile que des partenaires au développement.

Le processus d'élaboration du présent rapport a été lancé par la coordination intersectorielle de lutte contre les IST/VIH/SIDA, lors d'un atelier d'orientation tenu à Niamey du 16 au 17 octobre 2007.

Un groupe de travail regroupant 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 2008.

Plusieurs documents ont été consultés : enquêtes démographiques et de santé, 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...,

Deux facilitateurs ont eu pour mission de collecter les documents, analyser et saisir les données dans le fichier Excel et rédiger le rapport narratif, sous la supervision de la Direction du Suivi/Evaluation à la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Les résultats compilés par les facilitateurs sont alors soumis à l'équipe technique restreinte dans un premier et au groupe de travail dans un second temps pour validation.

## I. APERÇU DE LA SITUATION

Le Niger est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest où l'épidémie du VIH est à un niveau bas. L'inclusion du test du VIH dans l'EDSN-MICS-III effectuée en 2006 a permis une nouvelle estimation de la prévalence dans la population générale.

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

- la prévalence dans la population générale (données EDSN-MICS III -2006) est de 0.7%.
- une enquête menée en 2002 par l'UNFPA dans ses zones d'intervention a fait ressortir un de 2.4% chez les femmes enceintes à Arlit.
- dans plusieurs sous populations, 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<sup>7</sup> du sexe en 2005, 3.8% chez les militaires<sup>2</sup> en 2002, 2.1% chez les miniers<sup>3</sup> en 2004 et 1.5% en PTME en 2006)

Bien que le Niger soit dans une épidémie répondant aux critères d'épidémie concentrée, il y a des foyers d'où peuvent se disséminer l'infection comme des régions à la 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 miniers de certains sites et les exodents.

Au plan programmatique, après la découverte du premier cas de sida 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<sup>ère</sup> génération ; (ii) de 1994 à 1998 le Plan à Moyen Terme (PMT II) dit de 2<sup>ème</sup> génération.

Au cours de ces différentes phases, les stratégies et interventions développées ont porté notamment sur :

Pour le PMT1 :

- Le renforcement de l'organisation du programme de lutte contre le sida ;
- La surveillance épidémiologique ;
- la prévention de la transmission par voie sexuelle, par le sang et la transmission périnatale ;
- La réduction de l'impact de l'infection par le VIH sur les individus, les groupes et la société.

Pour le PMT 2 : aux quatre axes précédents se sont ajoutés :

- L'intégration du contrôle des IST ;
- La mise en place de stratégies basées sur la multisectorialité avec des ministères « chefs de file » et les entreprises privées ;
- La participation des organisations à base communautaire à la lutte contre le sida.

---

<sup>1</sup> Source : Rapport provisoire SNIS 2006

<sup>2</sup> Enquête nationale de séroprévalence VIH chez les populations de 15-49 ans au Niger, 2002

<sup>3</sup> Source : rapport étude de la prévalence de l'infection à VIH chez les travailleurs dans le secteur minier au Niger en 2004

En 2000, un organe d'orientation intitulé « Action contre le SIDA » et le PNLN a été créé, rattaché à la Présidence de la République. Parallèlement, le Gouvernement du Niger a poursuivi sa réflexion avec la prise en compte des objectifs : (i) du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) ; (ii) du partenariat international contre le VIH/SIDA en Afrique (IPAA - 2000 - Addis Abeba) ; (iii) de l'opérationnalisation des buts africains et mondiaux de la lutte contre le VIH/SIDA (2001 - Abuja) ; (iv) de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS - juin 2001 - New York).

L'ensemble des analyses portant sur les PMT a démontré que la réponse à l'épidémie du VIH devait dépasser le cadre du secteur de la santé pour prendre aussi en compte le secteur non santé. Cette approche multisectorielle nécessite l'implication de tous les ministères, les ONG, les Organisations à Base Communautaire (OBC) et les organisations de la société civile (OSC). Aussi, le Niger s'est lancé en 1999 dans un processus de planification stratégique sous l'impulsion et l'appui de l'ONUSIDA et de la Banque Mondiale. Cette démarche a abouti à l'analyse de la situation et de la réponse au plan national. Les conclusions et recommandations de ces analyses ont servi à l'élaboration et l'adoption en mai 2002 d'un Cadre Stratégique National (CSN) de lutte contre les IST/VIH/SIDA, qui a permis l'élaboration du troisième Plan à Moyen Terme (PMT 3) pour la période 2002-2006 et du cadre stratégique national pour la période 2008-2012.

A cette occasion, l'architecture institutionnelle traditionnelle a été modifiée avec la création d'une Coordination supra sectorielle dépendant de la Primature : **la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CISLS)**. La mise en œuvre du cadre stratégique national de 2002 - 2006 a permis de stabiliser le taux de prévalence de 0,87% en 2002 , 0,7% en 2006.

Conformément aux recommandations de l'OMS un algorithme de prise en charge syndromique des IST a été élaboré et diffusé. Le pays dispose d'un Centre National de Référence pour les IST. La prostitution est tolérée dans le pays.

Au plan politique, les autorités politiques au plus haut niveau de l'Etat sont impliquées dans la lutte contre le SIDA ; le Président de la République est président de l'organe d'orientation et de décision au niveau national : le Conseil National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA. Il existe au niveau de l'Assemblée Nationale, un réseau parlementaire de lutte contre le SIDA. Au niveau régional et sous régional, les autorités administratives évoquent dans leurs discours la pandémie du SIDA et sa situation au plan national.

Au plan communautaire les activités de IEC/CCC, de CDV, de prise en charge communautaire semblent être bien menées car les structures de la société civile qui reçoivent des Agences d'Encadrement qui sont des partenaires du CISLS, les différents appuis souhaités. Ces structures bénéficiaires des fonds du CISLS déplorent la lenteur avec laquelle elles accèdent au fonds devant servir à mener les activités.

Depuis son ouverture, le CTA a ouvert 2050 dossiers de patients séropositifs (file active), a pratiqué 3674 dépistages et traite actuellement 750 patients séropositifs (file active). Quelques chiffres ont été relevés : sur 2278 personnes dépistées, 421 tests ont été retrouvés VIH+ (18,5%) avec 54,6% de femmes et 45,4 % d'hommes. En 2005 sur 805 personnes dépistées, 181 (22,5%) se sont révélées séropositives VIH.

Fin 2005, sur les 863 patients de la file active du CTA, 38 avaient de 0 à 15 ans, 765 de 16 à 49 ans et 60 avaient plus de 50 ans. 446 personnes étaient suivies et 284 PVVIH étaient sous ARV.

Au CEDAV, 5.000 dépistages ont été réalisés à ce jour, soit environ une moyenne de 200 dépistages par mois et de 6 à 7 par jour. En 2002, 120 séropositifs ont été dépistés, 71 en 2003, 91 en 2004, soit un total cumulé de 282 personnes séropositives pour les trois premières années d'activités du centre. En 2005, 240 séropositifs ont été dépistés et orientés vers la CESIC.

Une estimation de l'ONUSIDA<sup>4</sup> datant de décembre 2007, évalue à 59 527(44 117 ;85 220) le nombre théorique moyen de personnes séropositives au Niger. Ainsi, selon l'hypothèse classique que 10 à 15% d'entre elles sont au stade de SIDA maladie, il y aurait de l'ordre de 5952 à 8929 cas de SIDA dans le pays en 2007.

Enfin, L'UNICEF estime<sup>5</sup> à 12.682 le nombre d'orphelins dans ses zones d'intervention et à 24.000 au plan national.

### Indicateurs de base : Engagement et actions au plan national

**Tableau I** : Indicateurs de suivi du cadre stratégique

Indicateurs	
<b>Engagement et actions au plan national</b>	
1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	Données disponibles mais non ventilées
2. Indice composite des politiques nationales (Domaines: sexospécificité, programmes sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation)	En annexe

**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	<b>100%</b>
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	<b>16,5%</b>
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	<b>7.5%</b>
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	<b>1,5%</b>
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	<b>2,4%</b>
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
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les	Données non

<sup>4</sup> Source : ONUSIDA, UNAIDS estimates décembre 2007

<sup>5</sup> Source UNICEF : Enquête MICS II – décembre 2000 – Situation des enfants dans le monde 2005



programmes de prévention parviennent à atteindre	disponibles
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
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	<b>8.1%</b>

### **Connaissances et comportements**

12. Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14	<b>37,3%</b>
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*	<b>14%</b>
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
15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	<b>24,6%</b>
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	<b>2,4%</b>
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	<b>8,2%</b>
18. Pourcentage de professionnel (le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<b>95,5%</b>
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annal avec un partenaire masculin	Données non disponibles
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	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 injecté de la drogue	Données non disponibles

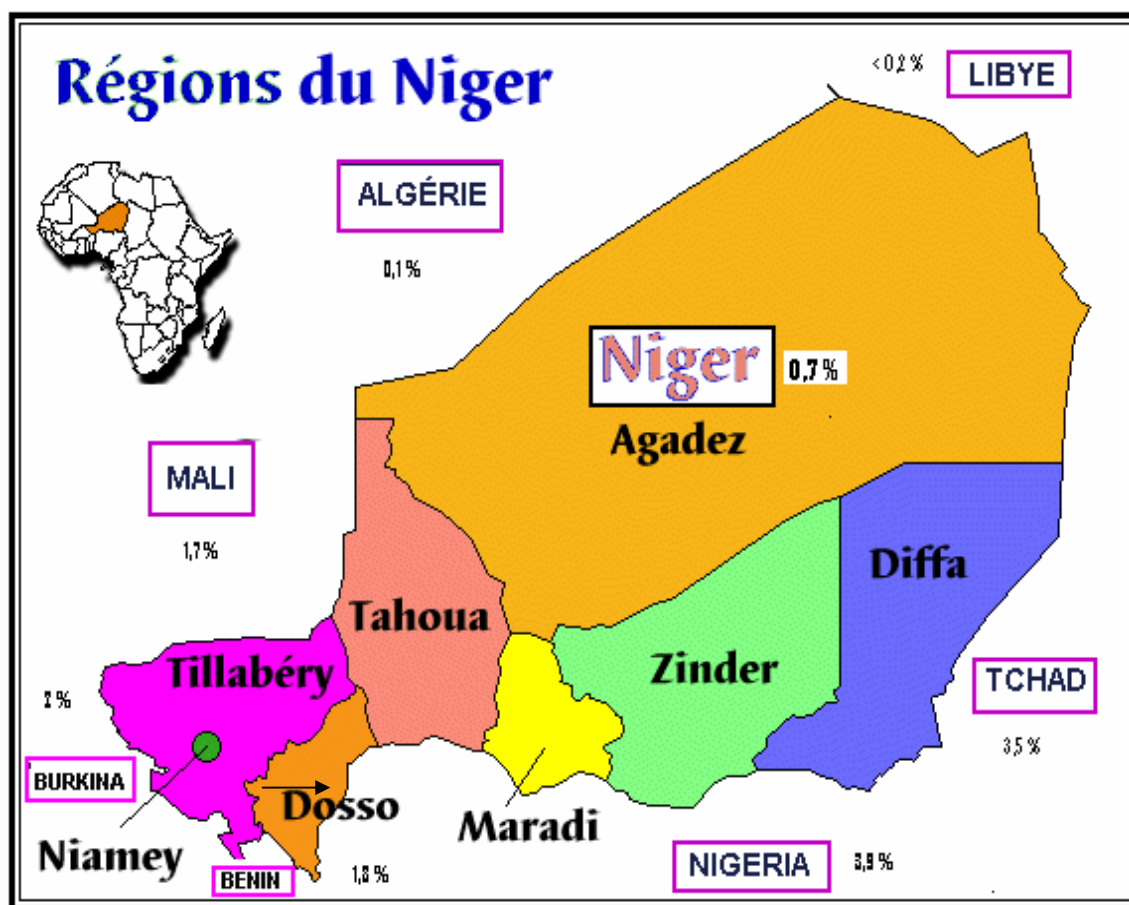
### **Impact**

22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*	1,3%
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	38,4%
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	46,6%
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Données non disponibles

## II. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA

### 2.1. Présentation du Niger

Le Niger est l'un des pays enclavés de l'Afrique Occidentale, situé en zone sahélo saharienne. Il a une superficie de 1.267.000 km<sup>2</sup> et est limité au nord par l'Algérie et la Libye, au sud par le Bénin et le Nigeria, à l'ouest par le Burkina Faso et le Mali et à l'est par le Tchad. Le Niger est organisé en 8 régions administratives, 42 départements, 52 communes urbaines et 213 communes rurales.



La population Nigérienne est estimée en 2006 à 13 009 723 habitants à partir des données du recensement général de la population et de l'Habitat de 2001. Les femmes représentent 50.1% Le taux d'accroissement moyen est de 3,3% avec un indice synthétique de fécondité de 7.5 enfants par femme. L'espérance<sup>6</sup> de vie à la naissance est de 54.5 ans en 2007. Le Niger accuse des taux de fécondité et de mortalité les plus élevés du monde. La population vit dans une très grande proportion (83.7%) dans les zones rurales. Les femmes et les jeunes de moins de 15 ans représentent respectivement 50.1% et 47.4% de la population.

<sup>6</sup> Source: table A.17 life expectancy at birth, both sexes combined by country for selected periods, Nations Unies

Les jeunes de 10 à 24 ans qui constituent un important potentiel humain pour le développement du pays sont dans une proportion de 28.6%. Les jeunes de moins de 15 ans : 6 335 872 en 2006 et 6 544 956 en 2007. C'est aussi l'un des groupes les plus exposés à l'infection à VIH/SIDA. L'islam est la religion la plus largement pratiquée avec 95% de la population. Les femmes en âge de procréer : 2 824 515 en 2006 et 2 917 724 en 2007.

Le Niger figure parmi les pays les plus pauvres du monde en matière de développement. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (UNDP) le classe au 174<sup>ème</sup> rang sur 177 pays couverts par le rapport de 2007 sur l'indice de développement humain (IDH). L'économie nigérienne repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage, deux secteurs d'activités fortement influencés par les conditions climatiques. Le revenu national brut par habitant est évalué à 210\$ US<sup>7</sup>. La pauvreté, plus accentuée dans les zones rurales, touche plus les femmes (3/4) que les hommes. Les causes de cette pauvreté sont la forte croissance démographique, les sécheresses successives ayant entraîné de mauvaises récoltes, la dégradation du potentiel productif, l'exode rural. La période de la saison sèche allant d'octobre à juin est une période propice à une migration interne des jeunes des zones rurales vers les zones urbaines et minières et externe vers les pays de la sous-région.

Le taux brut de scolarisation est de 40 % avec des disparités entre les milieux urbain et rural, les genres (31% chez les filles et 50% chez les garçons) et les régions.

De par sa position géographique, le Niger constitue un trait d'union entre l'Afrique du Nord et l'Afrique Noire. Quoique les données ne soient pas disponibles, nombreux sont ceux qui transitent par le Niger en partance ou en retour du nord au sud, de l'est à l'ouest, avec des séjours plus ou moins prolongés dans les villes d'escales (Agadez, Arlit, Bilma, Dirkou).

On observe des ressortissants des pays côtiers, les routiers transfrontaliers partant pour la Libye, l'Algérie ; les chauffeurs (*Yen turis*) de diverses nationalités (Béninois, Nigériens, Nigérians) importateurs des véhicules d'occasions principalement en provenance des ports de Lomé, Cotonou ayant pour destinations le Nigeria, le Tchad, voire le Cameroun.

Les deux tiers des migrants internationaux nigériens sont les jeunes, essentiellement de sexe masculin de moins de 30 ans, sans leurs compagnes. Ils proviennent des milieux ruraux.

Pour certaines régions comme Tahoua, l'une des principales destinations des migrants est la Côte d'Ivoire, en raison des importantes opportunités économiques favorables de ce pays. Mais aussi on les retrouve dans une certaine mesure dans presque tous les pays de la sous région (Tchad, Cameroun, Gabon, Libye, Algérie, Mali, Bénin etc.) Ils ont tendance au séjour longue durée 4-6 mois voire une ou plusieurs années.

Sur toute la bande sud du pays y compris Tahoua en partie, on observe de nombreux courants migratoires avec le Nigeria en raison d'importants échanges commerciaux avec ce pays. D'expérience, les migrations en direction du Nigeria ont tendance au séjour courte durée. Elles sont très fréquentes, drainent beaucoup de monde et semblent être pour la majorité des cas, au rythme des marchés hebdomadaires des grandes citées des régions frontalières du Niger

Le dispositif sanitaire du Niger est édifié selon une structure pyramidale comportant:

- un niveau central constitué par les services nationaux
- un niveau intermédiaire constitué par les régions sanitaires

---

<sup>7</sup> Source: FAOSTAT, Banque Mondiale, 2006

- un niveau opérationnel constitué par les districts sanitaires au niveau des départements. On y trouve les hôpitaux de districts, les centres de santé intégrés, les centres de soins privés et les cases de santé...

Les structures de soins se répartissent suivant cette logique :

- 3 hôpitaux nationaux au niveau central
- 3 maternités de référence
- 5 centres hospitaliers régionaux au niveau intermédiaire;
- 42 hôpitaux de district associés à 417 centres de santé intégrés au niveau périphérique (CSI).

Les services de santé des armées qui en plus des prestations offertes aux militaires et paramilitaires prennent en charge les populations civiles, sont répertoriés parmi les structures publiques avec lesquelles elles collaborent étroitement. Ils disposent actuellement d'un hôpital, de 17 infirmeries, de 5 centres de Protections Maternelle et Infantile (PMI), 5 postes médicaux, d'une pharmacie et d'un laboratoire.

Le secteur privé, le secteur civil et confessionnel et la médecine traditionnelle demeurent le premier recours des malades surtout en milieu rural. Une faculté de médecine, deux écoles nationales de santé publique et 5 établissements privés assurent la formation des médecins, des paramédicaux et des auxiliaires de la santé.

La situation sanitaire se caractérise par la forte dominance des affections telles que le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques la méningite et la rougeole. Le budget national alloué au secteur de la santé est autour de 5% contre 10% que l'OMS préconise.

Le commerce sexuel existe dans l'ensemble des 8 régions du Niger. L'instauration du suivi médical obligatoire avec délivrance de carte médicale dans le centre national de référence des IST où sont admises essentiellement les TS fait dire que l'activité est tolérée. L'opinion nationale parle de plus en plus de l'existence de réseaux de groupes d'hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes cependant le phénomène n'est pas documenté.

## 2.2. Situation épidémiologique

Le Niger fait partie de l'un des pays ouest africains où l'épidémie VIH est caractérisée de faible prévalence comme le montre les données de l'EDSN-MICS III de 2006. Depuis la notification du premier cas de VIH/SIDA en mars 1987, l'épidémie au Niger évolue de façon constante, différemment selon certains groupes cibles.

L'enquête nationale de séroprévalence réalisée en 2002<sup>8</sup>, a révélé un taux de séroprévalence de 0,87 % avec un nombre moyen estimé de 40.000 personnes infectées. La séroprévalence était plus élevée en milieu urbain (2,08%) qu'en milieu rural (0,64 %). En outre, des taux élevés de séroprévalence ont été observés au niveau de certains groupes à savoir : enseignants (1,4%), routier (1,7%), détenus (2,8%), militaires (3,8%) et professionnelles du sexe (25,4 %). Ces dernières semblaient constituer le noyau de diffusion de la maladie notamment à partir de leurs clients.

Les résultats du volet VIH de l'Enquête Nationale de Démographie et de Santé à Indicateurs Multiples réalisée en 2006, montrent une tendance à la stabilisation de l'épidémie avec une

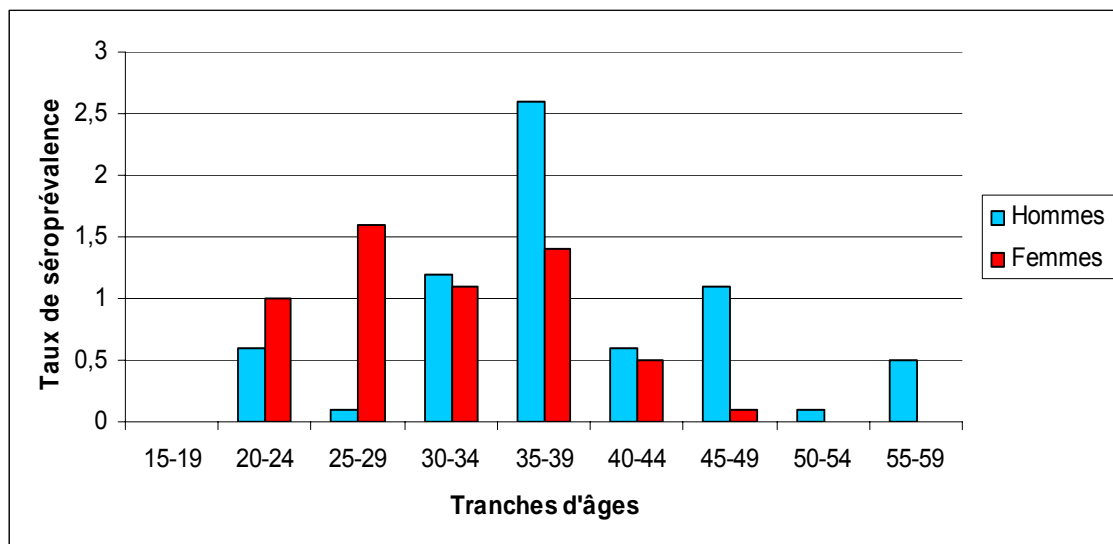
---

<sup>8</sup> Rapport enquête nationale de séroprévalence dans la population générale âgée de 14 à 49 ans et dans 6 groupes cibles au Niger

séroprévalence de 0,70 % et toujours une disparité en milieu rural (0,5 %) et milieu urbain (1,5 %).

La proportion des personnes adultes séropositives accuse une tendance générale à la hausse avec l'âge jusqu'à 40 ans avec des fluctuations plus ou moins marquées.

**Figure1** : Distribution du taux de séroprévalence de l'infection à VIH selon les tranches d'âge et le sexe au Niger en 2006



Source : EDSN-MICSIII-2006

Bien que le taux de prévalence demeure globalement maîtrisé à tous les âges, on note, tout de même quelques différences selon le sexe : d'abord, on remarque qu'à 20-29 ans les femmes ont un taux d'infection relativement plus élevé que les hommes (0,8% contre 0,4%). En revanche, à partir de 30 ans, le taux de séropositivité est relativement plus important tant chez les hommes que chez les femmes.

Par ailleurs, la prévalence maximale est observée aussi bien chez les femmes que chez les hommes à 35-39 ans (1,4 % chez les femmes et 2,6 % chez les hommes). Dans l'ensemble, la séroprévalence est de 0,8 % chez les hommes contre 0,7 % chez les femmes.

Malgré que la récente enquête EDSN n'ait pas produit de données sur les profils socioprofessionnels des personnes infectées, les données provisoires de routine du SNIS (Janvier-Septembre 2006) indiquent une séroprévalence de 33,98% chez les professionnelles du sexe. Ces données ne sont pas très différentes de celles de l'enquête réalisée par l'UNFPA<sup>9</sup> dans six (6) sites<sup>10</sup> de ses zones d'intervention (38,4%). Les régions les plus concernées sont celles de Tahoua (44,97%) et Maradi (39,29%). La séroprévalence de l'infection à VIH chez les partenaires sexuels payant des professionnelles du sexe était estimée en 2005 à 2,2 % dans la communauté urbaine de Niamey<sup>11</sup>. Concernant les femmes

<sup>9</sup> Source : Rapport enquête de séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes et les professionnelles du sexe dans les régions de Dosso, Zinder et Agadez (UNFPA 2006)

<sup>10</sup> Loga (Région de Dosso), Agadez (Région d'Agadez), Tanout, Magaria et Gouré (Région de Zinder)

<sup>11</sup> Source : Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest (SIDA 3) : Rapport des études de surveillance de seconde génération (SSG) pour le suivi de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les professionnels du sexe et leurs partenaires sexuels dans la communauté urbaine de Niamey en 2003-2005.

enceintes, la séroprévalence moyenne est de 2,13% dans les zones d'intervention de l'UNFPA. Par contre, elle était de 1,5 % en 2006 sur l'ensemble des 82 sites PTME<sup>12</sup>.

Ainsi, tout comme en 2002, la séroprévalence au niveau du groupe des professionnelles du sexe reste la plus élevée parmi les groupes à risques du pays, l'interaction entre ce groupe et la population générale, notamment par l'intermédiaire des « populations passerelles » (routiers, travailleurs des mines, « hommes en tenue », etc.), joue un rôle déterminant dans la propagation de l'infection à VIH. Ce qui explique la concentration de l'épidémie VIH au Niger.

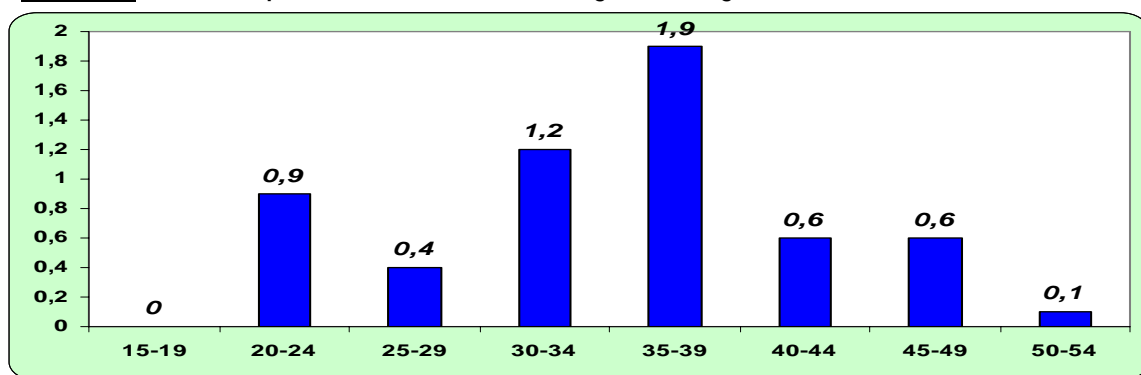
En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence, les résultats de l'enquête montrent que le taux de prévalence en milieu urbain est trois fois plus élevé qu'en milieu rural, incitant à admettre que le milieu urbain a probablement constitué la porte d'entrée du VIH au Niger, du fait de la plus grande ouverture sur l'extérieur. Par ailleurs, la prévalence varie assez fortement par région. Aussi bien chez les femmes que les hommes, des prévalences plus fortes sont observées à Diffa (1,9% pour les femmes et 1,8% pour les hommes) et Agadez (1,9% pour les femmes et 1,6% pour les hommes). À l'inverse, on observe les taux les plus faibles à Tillabéri (0,2% pour les femmes et 0,5% pour les hommes) et Maradi (0,4 % pour les femmes et 0,3% pour les hommes).

L'étude de séroprévalence effectuée en 2002 montre que celle-ci est estimée à 0,87% [0,5 - 1,3] parmi la population âgée de 15 à 49 ans, avec une différence entre les zones rurales (0,64%) et urbaines (2,08%). Les résultats du volet VIH de l'Enquête Nationale de Démographie et de Santé à Indicateurs Multiples réalisée en 2006, montrent une tendance à la stabilisation de l'épidémie avec une séroprévalence de 0,70% et toujours une disparité en milieu rural (0,5 %) et milieu urbain (1,5%). Elle rapporte comme suit la prévalence du VIH dans la population du Niger:

- 0.7% chez les femmes de 15-49 ans (n=4406)
- 0.7% chez les hommes de 15-49 ans (n=2856)
- 0.7% chez les hommes de 15-59 ans (n=3267)
- 0.7% chez les hommes et les femmes de 15-49 ans (n=7262)

La proportion des personnes adultes séropositives accuse une tendance générale à la hausse avec l'âge jusqu'à 40 ans avec des fluctuations plus ou moins marquées.

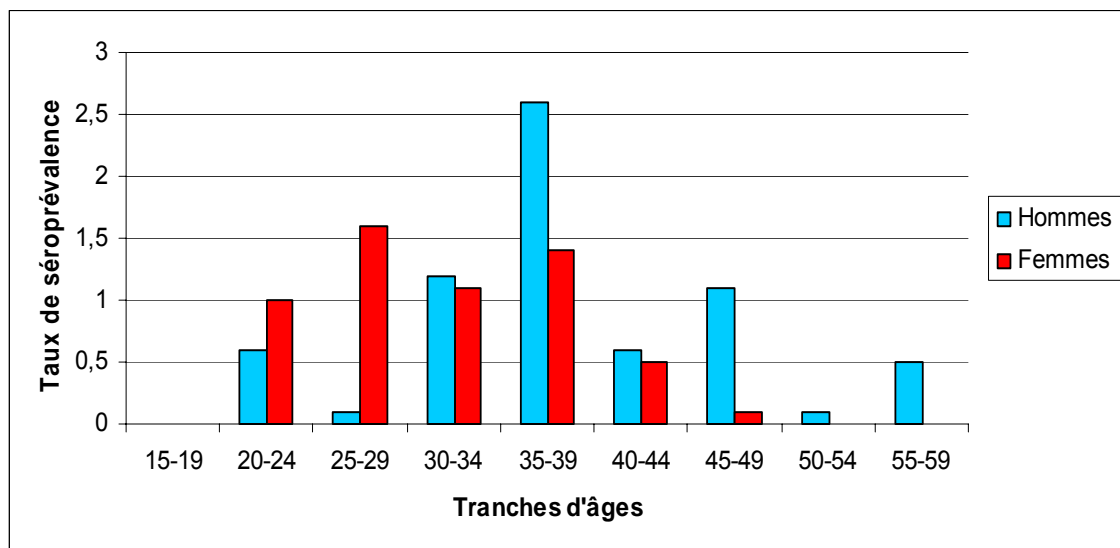
**Figure 2: Taux de prévalence selon les catégories d'âge**



Source : EDSN-MICSIII-2006

<sup>12</sup> Source : Données cellule PMTE/RSDR/MSP

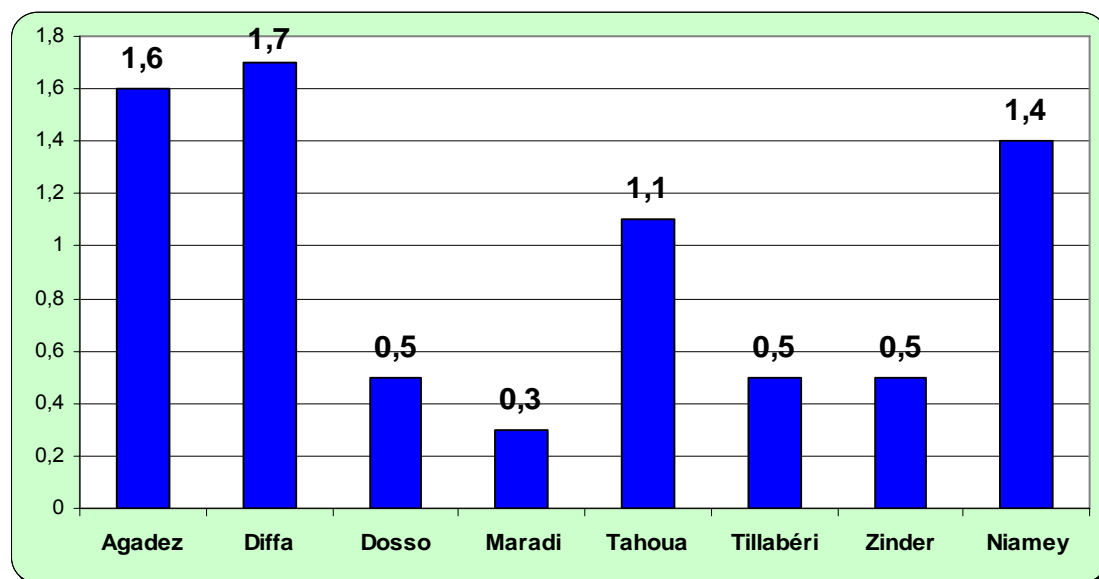
**Figure 3:** Distribution du taux de séroprévalence de l'infection à VIH selon les tranches d'âge et le sexe au Niger en 2006



Source : EDSN-MICSIII-2006

Au vu de la séroprévalence (0,7%) le nombre de personnes<sup>13</sup> vivant avec le VIH en 2007 est estimé à 59 527 parmi lesquelles 10 à 15% (5952 à 8929) nécessiteraient un traitement antirétroviral. En ce qui concerne 2006, le nombre de PVVIH était estimé à 57 433 dont 8614 (15%) avaient besoin de traitement ARV.

**Figure 4 :** Distribution du Taux de séroprévalence au VIH selon les régions au Niger en 2006



Source : EDSN-MICSIII-2006

<sup>13</sup> Source : UNAIDS estimates Décembre 2007

**Tableau II** : Prévalence du VIH selon le sexe et le milieu de résidence et les régions

Caractéristiques	Femmes		Hommes		Ensemble Pays	
	% positif	Effectif	% positif	Effectif	% positif	Effectif
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	1.5	873	1.3	755	1.4	1628
Rural	0.5	3533	0.6	2101	0.5	5633
<b>Région</b>						
Niamey	1.1	398	1.6	370	1.4	769
Agadez	2.1	118	0.9	80	1.6	198
Diffa	1.9	103	1.4	79	1.7	182
Dosso	0.5	614	0.7	350	0.5	964
Maradi	0.4	843	0.3	549	0.3	1392
Tahoua	1.0	925	1.1	519	1.0	1444
Tillabéri	0.2	609	0.8	362	0.4	971
Zinder	0.7	706	0.2	545	0.5	1341

Source : EDSN-MICS III, Niger 2006

Ces résultats montrent une tendance à la stabilisation de l'épidémie avec une séroprévalence nationale de 0.7 % conjuguant avec une disparité entre le milieu rural (0.5 %) et le milieu urbain (1.4 %). Au total, les milieux urbains (1.4%) et quatre régions ont une prévalence nettement au-dessus du niveau national. Il s'agit de Diffa (1,7%), Agadez (1.6%), Niamey (1.1%) et Tahoua (1.0%).

Le tableau III montre que chez les femmes, la prévalence augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 1.0% dès 20-24 ans pour connaître la valeur maximale de 1.4% à 35-39 ans. Chez l'homme la prévalence reste très faible jusqu'à 30 ans pour connaître le maximum de 1.9% à 35-39ans. Entre 20-29 ans la séroprévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

**Tableau III**: Taux de prévalence selon le sexe et les catégories d'âge

Groupes d'âge	Femmes		Hommes		Ensemble Pays	
	% positif	Effectif	% positif	Effectif	% positif	Effectif
15-19 ans	0.0	810	0.0	579	0.0	1389
20-24 ans	1.0	823	0.6	465	0.9	1288
25-29 ans	0.6	828	0.1	428	0.4	1256
30-34 ans	1.1	650	1.2	388	1.2	1038
35-39 ans	1.4	556	2.6	349	1.9	905
40-44 ans	0.5	426	0.6	339	0.6	765
45-49 ans	0.1	313	1.1	308	0.6	621
50-54 ans	na	na	0.1	256	na	na
55-59 ans	na	na	0.5	155	na	na

Source : EDSN-MICS III, Niger 2006

En résumé, le taux de prévalence demeure globalement maîtrisé quel que soit l'âge. Il est noté, tout de même quelques différences selon le sexe : d'abord, on remarque qu'à 20-29 ans les femmes ont un taux d'infection relativement plus élevé que les hommes (0,8% contre 0,4%). En revanche, à partir de 30 ans, le taux de séropositivité est relativement plus important tant chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, la prévalence maximale est observée aussi bien chez les femmes que chez les hommes à 35-39 ans (1,4 %



chez les femmes et 2,6 % chez les hommes). Dans l'ensemble, la séroprévalence est de 0,8 % chez les hommes contre 0,7 % chez les femmes.

### Prévalence dans les populations à haut risque

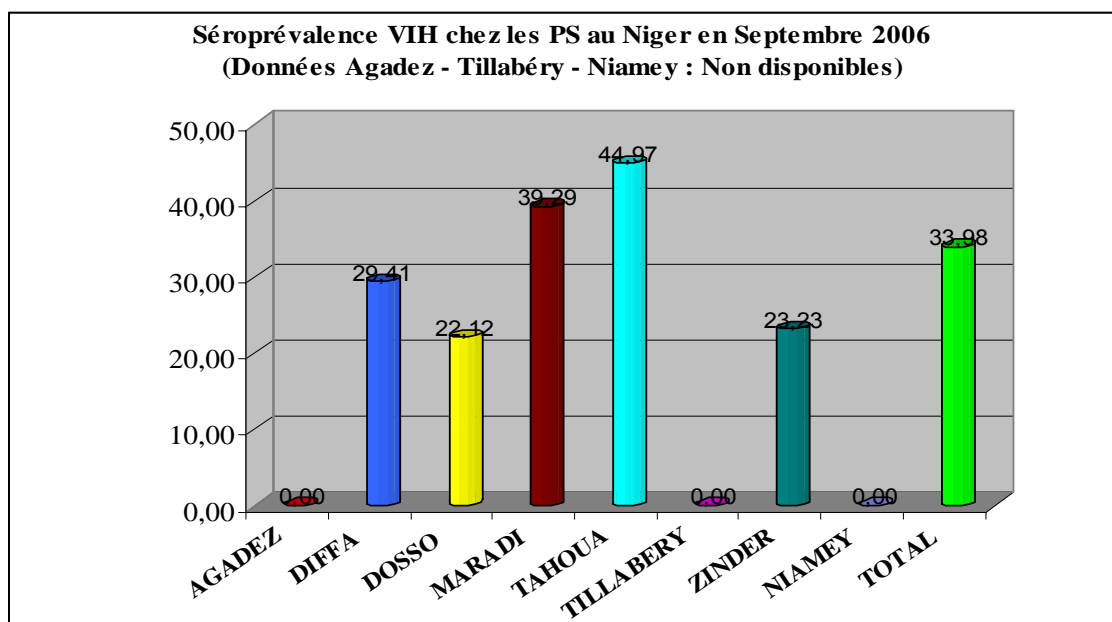
- Les Professionnelles du sexe

Cette population constitue une cible très importante en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et contre l'infection par le virus de l'immunodéficience acquise. Elle constitue non seulement un groupe à haut risque pour ces maladies mais aussi une source potentielle majeure en ce qui concerne la propagation de celles-ci. Plusieurs enquêtes menées dans différentes régions permettent de mesurer l'ampleur de l'infection dans cette sous population.

En 2002, les enquêtes conduites sur plusieurs sites par le SNIS donnent une séroprévalence de 25%. L'enquête réalisée par CARE en collaboration avec CERMES en 2002, rapporte une prévalence de 25.6% (197/771) chez les professionnelles du sexe.

En 2006 dans le cadre de la collecte de données sur cette population par le SNIS, on trouve une séroprévalence moyenne de 34% (176/518) chez les professionnelles du sexe au Niger. Les prévalences extrêmes sont enregistrées à Dosso avec 22.1 % (23/104) et à Tahoua avec 45.0% (76/169). La distribution de la séroprévalence dans la population des professionnelles du sexe est illustrée par la figure 5 ci-après.

**Figure 5 : Séroprévalence VIH chez les PS au Niger en septembre 2006(données Agadez, Tillabéry Niamey non disponibles)**



Sources: rapport de surveillance des IST Janvier septembre 2006SNIS Niger

En général, la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe reste très élevée quelque soit les régions comme le montrent toutes les données depuis les enquêtes ponctuelles aux deux enquêtes répétées de surveillance de deuxième génération. La deuxième mesure de la surveillance de deuxième génération relève une prévalence de 33% [28%-38.4%]

Toutefois certains comportements ont favorablement évolué ; il s'agit notamment de l'utilisation du préservatif dans ce groupe à risque. Le pourcentage est passé de 56.0% en 2002 à 84,5% en 2005 puis 95.6% en 2006.

- **Dépistage dans le cadre du programme de PTME**

La PTME est intégrée aux activités des Centres de Santé Intégré (CSI), de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et de l'Association Nigérienne de Bien-Être Familial (ANBEF) depuis 2004. En 2006, 108 sites de PTME sont fonctionnels dans 34 des 42 districts sanitaires. Les districts non encore impliqués sont Bil-a, Gouré, Madaoua, Abalak, Keita, Magaria, Tchirozérine et Tchintabaraden.

Comme le montrent les données du tableau IV ci-dessous, le taux d'acceptation du test a augmenté sensiblement de 30% à 65% entre les première et deuxième années pour se retrouver en 2006 à un niveau plus bas de 56%. Aussi la prévalence du VIH chez les femmes acceptantes de la PTME est de 2% au cours des deux premières années pour se retrouver à 1.5% (413/27512) en 2006.

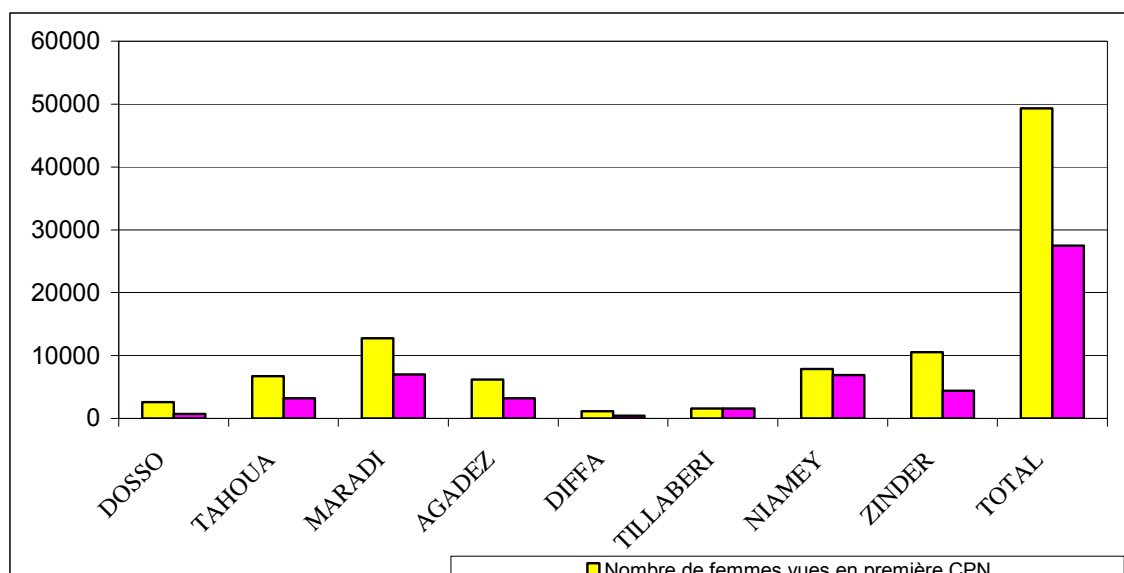
**Tableau IV : Évolution des données de la PTME de 2004 à 2006**

Années	2004		2005		2006	
	Effectifs	Pourcentage (%)	Effectifs	Pourcentage (%)	Effectifs	Pourcentage (%)
Conseil pré-test	17830		18477		48 907	-
Acceptation test	5292	30%	11521	60%	27 512	56,3%
Test VIH positif	111	2%	186	2%	413	1,5%
Conseil post test	4737		6583		26 756	-

Source : Rapport annuel de la coordination PTME du Niger, 2006

Le figure 6 représentant le nombre de femmes dépistées et le nombre de femmes vues en 1<sup>ière</sup> CPN, montre que des efforts restent à faire pour une meilleure participation des femmes à la CPN et conséquemment à PTME. Il s'agit principalement de Diffa, Tillabery et Dosso, qui totalisent chacune moins de 2000 consultations prénatales.

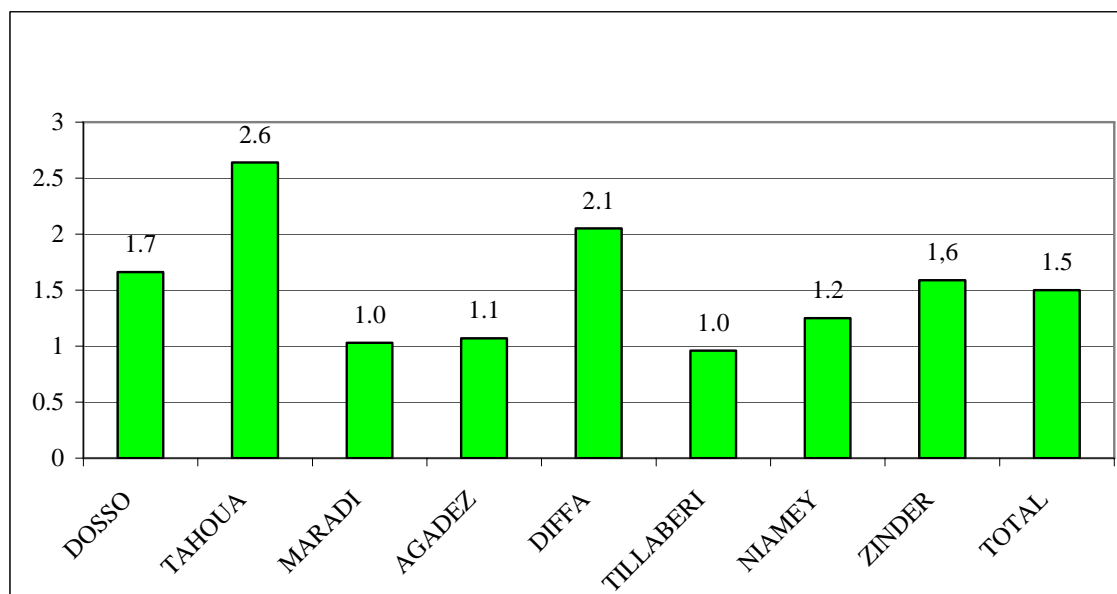
**Figure 6:** Nombre de femmes dépistées /Nombre de femmes vues en 1ère CPN en 2006



Source : Rapport annuel PTME 2006

En 2006, la distribution de la prévalence du VIH chez les femmes vues en CPN connaît une disparité selon les régions. Les régions de Tahoua et de Diffa ont une prévalence supérieure à 2% contre 1% observée dans les services PTME de Tillabery. Il s'agit des zones rurales ou semi-urbaines dans lesquelles le niveau de connaissance de la transmission mère-enfant du VIH était apprécié de faible par l'EDSN-MICS III de 2006.

**Figure 7:** Taux de prévalence VIH dans les régions PTME du Niger, 2006



Source : Rapport annuel PTME 2006

- **Les donneurs de sang**

La surveillance du VIH chez les donneurs s'inscrit dans la stratégie globale de la sécurité transfusionnelle. Le test rapide est réalisé sur les poches de sang obtenues avec les donneurs volontaires, les donneurs de famille et les donneurs de collecte qui représentent respectivement 35%, 63% et 2% de l'ensemble des donneurs.

Au CNTS il est rapporté une disparité de la prévalence du VIH selon les types de donneurs comme il suit :

- 1.4% chez les donneurs volontaires ;
- 2 à 4% chez les donneurs de famille ;
- 3% chez les donneurs de collecte de sang.

Dans le cadre de la sécurité transfusionnelle les autres préoccupations sont la prévalence de l'hépatite B qui varie de 7 à 18%, l'hépatite C de 1 à 2% et de la syphilis de moins de 1%. La documentation de ces différentes situations épidémiologiques est envisagée.

- **Les malades tuberculeux**

Le nombre de malades tuberculeux suivi par le PNLT en 2006 est de 4489 dont 29.2% à Tahoua, 25.3% au centre urbain de Niamey, 11% à Tillabéri et 10.1% à Maradi.

La co-infection est réelle. Les malades présentant une co-infection à VIH sont diagnostiqués et référés au centre de traitement ambulatoire (CTA) pour une prise en charge adéquate. La stratégie utilisée par le PNLT en ce qui concerne la prise en charge des cas se définit comme suit :

- le counselling systématique chez tout malade tuberculeux en vu d'un dépistage volontaire du VIH ;
- le traitement dans un premier temps du malade pour sa tuberculose. La durée du traitement (lorsque bien suivi) est de 8 mois ;
- la référence du malade au CTA de Niamey après la période de traitement de 8 mois.

La prévalence du VIH chez les tuberculeux rapportée dans le CSN 2002-2006 est de 7.1% à Niamey en 1991, 11.6% à Diffa en 1994 et 22.4% à Tahoua en 2001.

L'ampleur du sida chez les tuberculeux commence à être documentée avec l'affectation d'un médecin chargé de la co-infection au Centre National Antituberculeux. Un registre de pointage de cas VIH+ est instauré depuis le début de l'année sur l'initiative propre du médecin.

- **Les miniers**

L'enquête de séroprévalence commanditée par le Ministère des Mines et de l'Énergie et qui s'inscrit dans le Plan du secteur Minier indique une séroprévalence de :

- 5.2% (7/139) chez les charbonniers de SONICHAR
- 0 à 5,2% (6/179) chez les travailleurs des sites miniers du Niger comme le montre le tableau ci-dessous. Les deux sites à plus forte prévalence sont ceux de SONICHAR et COMINAK. La moyenne de prévalence du VIH dans les sites miniers est de 2.1% (11/512).

**Tableau V** : Répartition de la séroprévalence par site minier en 2004 au Niger

Sites	Statut sérologique		Total	Séroprévalence HIV (%)
	Positives	Négatifs		
Komabangou	1	72	73	1,4
N'Banga	0	35	35	0
Déba	0	35	35	0
Yabalé	0	35	35	0
Cominak	6	173	179	3,4
Somaïr	1	80	81	1,2
Sonichar	3	55	58	5,2
SNC Malbaza*	0	16	16	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>501</b>	<b>512</b>	<b>2,1</b>

Source : rapport étude de la prévalence de l'infection à VIH chez les travailleurs dans le secteur minier au Niger en 2004

Le Niger, présente donc un profil épidémiologique constitué de sous-épidémies concentrées dans des groupes à risques susceptibles de se généraliser assez rapidement eu égard à l'existence de plusieurs facteurs pouvant accélérer la propagation de l'épidémie dans le pays comme : les inégalités liées au genre, les pesanteurs socioculturelles ainsi que certains déterminants comportementaux (lévirat, sororat, multi-partenariat, rapports sexuels non protégés, prostitution, etc.).

Les principaux déterminants de l'épidémie au Niger sont:

- la brièveté de la période de production agricole et la pauvreté prédominante dans les zones rurales qui constituent des facteurs favorisant l'exode des jeunes des zones rurales vers les grandes villes en quête d'emplois ;
- la population générale qui comporte une forte proportion de jeunes sexuellement actifs (28,59 % ont entre 10 et 24 ans dont majoritairement des filles) ;
- les migrations internes vers les zones urbaines, minières et externes vers les pays de la sous-région qui créent des conditions propices aux activités sexuelles marchandes ;
- la position de carrefour du pays dans le cadre de la migration vers les pays du nord ;
- les mariages précoces et souvent forcés chez les jeunes filles qui les exposent à plus de risque d'instabilité sexuelle et donc à des risques d'infection aux IST/VIH/SIDA ;
- le faible développement de l'éducation sexuelle ainsi que le poids de certains tabous, qui ne permettent pas à un grand nombre de jeunes de se prémunir contre les infections sexuellement transmissibles ;
- le faible niveau d'instruction de la population générale et surtout des jeunes filles qui constitue une barrière importante à l'éducation en faveur des comportements à moindres risques ;
- les inégalités liées au genre (faibles taux de scolarisation de la jeune fille et d'alphabétisation de la femme, faible pouvoir économique de la femme et persistance des pesanteurs socioculturelles source de vulnérabilité de la jeune fille et de la femme nigériennes) ;
- certaines pratiques socioculturelles (lévirat, sororat etc.).

L'impact de l'infection à VIH/SIDA est pour le moment micro économique (au niveau de l'individu et de la famille). Les communautés arrivent pour le moment à supporter l'impact même si quelques signes de défaillance commencent à apparaître : des familles placent les orphelins dans des structures caritatives : le centre de Saga.

Le nombre d'orphelins du SIDA n'est pas connu, l'ONUSIDA l'estime à 40000 en 2006. La situation des Orphelins et des Enfants Vulnérables<sup>14</sup> comporte de gros défis à relever. En effet dans l'étude commandité par l'UNICEF en 2005 et portant sur les « *Orphelins et autres enfants vulnérables au Niger* », il est dénombré plus 25900 enfants dont 16% d'enfants de la rue dans les chefs lieux de régions et dans certains sites miniers et frontaliers. Certains de ces enfants exploités sexuellement sont gravement exposés aux IST et à l'infection à VIH.

---

<sup>14</sup> Source : Rapport consultant ONUSIDA, Dr Kintin , Juillet 2007

### III. LA RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

La riposte nationale à l'épidémie de SIDA au Niger s'est faite avec une certaine évolution dans les approches visant à couvrir les domaines de la prévention, du traitement, du soutien socioéconomique et de l'organisation de la lutte.

#### 3.1. Planification stratégique

Dès l'apparition des premiers cas de SIDA en 1987, le gouvernement du Niger s'est organisé pour apporter une réponse nationale à l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA par la mise en place d'un Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). En outre, en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un Plan à Court Terme (PCT) a été développé pour la période 1987-1989. Dans un premier temps il s'était agi de mettre sur pied un comité de surveillance du SIDA. Au cours de la mise en œuvre du PCT, les laboratoires ont été renforcés en vue de pouvoir réaliser les tests et sécuriser les dons d'unités de sang.

Le PCT a été suivi par l'élaboration et la mise en œuvre de deux Plans à Moyen Terme (PMT I, 1990-1992 et PMT II, 1994-1998). Des plans annuels ont été mis en œuvre de 1999 à 2002 et ont jeté les bases pour l'élaboration d'un Plan à Moyen terme multisectoriel (PMT III).

Conscient du fait que bien plus qu'un problème de santé, le SIDA est un véritable problème de développement, le Gouvernement du Niger a adopté un Cadre Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/SIDA 2002 - 2006. Il se voulait multisectoriel et décentralisé avec l'implication de tous les secteurs d'activités de la nation et a servi de référence en matière d'actions de lutte contre les IST et le VIH/SIDA pendant la période concernée.

En 2002, les Visions de la lutte contre le VIH/SIDA pour les 5 ans étaient: « La lutte contre le SIDA est un combat social qui dépasse largement le maintien et le recouvrement de la santé. Dans la lutte qui s'engage, l'ensemble de la société et toutes les structures sont interpellées, toutes les ressources sont mises à contribution par une approche multisectorielle qui veut entraîner des changements de comportements sociaux. Grâce à l'engagement de l'État et à la mobilisation de la société tout entière, il s'agira notamment (i) de briser le silence, (ii) de considérer le SIDA comme une maladie chronique qui doit être soignée et qui peut être maîtrisée, (iii) de dépouiller le SIDA de l'image de honte qui l'entoure et empêche la société de s'y attaquer. »

Ainsi, devant les impacts potentiels du VIH/SIDA et ayant souscrit aux Trois Principes Directeurs de l'ONUSIDA, le Niger a bâti un plan stratégique très ambitieux pour la période 2002-2006 avec pour buts:

- une baisse très sensible de la propagation du VIH et des IST ;
- une réduction de la morbidité et la mortalité des enfants nés de mères séropositives,
- une amélioration de la qualité de vie des PVVIH et un allongement de leur espérance de vie,
- la mise en place d'un cadre organisationnel et institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA performant.

Pour répondre efficacement à l'épidémie du VIH au Niger, un nouveau cadre stratégique a été élaboré. Il couvre la période 2008-2012. Ce cadre constitue un document de référence pour une politique globale de la lutte contre le VIH/sida et les IST. Tout comme celui qui a couvert la période 2002-2006, il définit les orientations nationales pour chacun des domaines d'intervention, l'organisation institutionnelle, et se caractérise par la dimension multisectorielle, décentralisée de la réponse.

Ce cadre modifie les grandes options stratégiques pour permettre l'accès universel. Il définit clairement les orientations stratégiques, les rôles et responsabilités des intervenants en vue d'un dispositif institutionnel et organisationnel propice à plus de rigueur dans la gouvernance de la lutte, à plus de d'efficacité et d'efficience dans le fonctionnement des structures qui le composent.

Fruit d'un processus hautement participatif impliquant les acteurs publics, privés, société civile au niveau national, régional et local, notamment les PVAVS et les partenaires techniques et financiers, le cadre stratégique national 2008-2012 est pleinement intégré au plan décennal de développement sanitaire du Niger et au Document de Stratégies de la Réduction de la Pauvreté (DSRP) dont le Niger s'est doté en 2002.

Le Cadre Stratégique National définit également les mécanismes nécessaires à une mise en œuvre efficace des interventions. Il décrit la réorganisation du cadre institutionnel et notamment celle du Conseil National de Lutte contre les IST/VIH/sida et des organes politiques et techniques impliqués dans la lutte. La base de cette réorganisation a été impulsée par l'engagement politique au plus haut niveau de l'État (Présidence) et par l'appui des partenaires multi et bilatéraux.

Le nouveau cadre a pour objectifs :

Les principaux axes d'interventions contenus dans le CSN sont notamment :

- La prévention ;
- Les soins-conseils ;
- Le soutien socio-économique ;
- L'organisation de la lutte.

Au vu des déterminants de la propagation de l'épidémie, les groupes cibles prioritaires du programme sont :

- Les groupes à risque: Jeunes, Prostituées et leurs clients, Homosexuels, Populations mobiles : (Migrants, Routiers, éléments des FDS, population carcérale, orpailleurs).
- Les groupes vulnérables: Femmes, Orphelins et Enfants Vulnérables.

L'approche multisectorielle sera renforcée pour les organismes du secteur public avec une priorité pour les secteurs de la Santé, de la Jeunesse, des Transports, des Forces de Défense et de Sécurité, de l'Éducation (base et supérieure), de la Promotion de la Femme et de l'Action Sociale, du Développement Rural, et du Commerce.

### 3.2. Appui politique

La lutte contre les IST/VIH/SIDA au Niger bénéficie de l'appui politique au plus haut niveau de l'État.

- Le Président de la République préside l'organe d'orientation et de décision au niveau national : le Conseil National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- Il existe au niveau de l'Assemblée Nationale, un réseau parlementaire de lutte contre le SIDA.
- Au niveau régional et sous régional, les autorités administratives évoquent dans leurs discours la pandémie du SIDA et sa situation au plan national.

Mis en place par Décret du Président de la République, Chef de l'État, le CNLS a pour missions de (i) Veiller à l'application de la Politique nationale de lutte contre le SIDA, (ii) apprécier les impacts de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ; (iii) faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.



Comme attributions le CNLS est chargé de :

- Approuver les orientations et les stratégies de lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Approuver le Plan National Multisectoriel,
- Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Tous les ministères sont dans le CNLS, l'Assemblée nationale est représentée également au sein du conseil.

La Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA est l'instance de coordination des programmes et des actions des différents secteurs. Rattachée au Cabinet de la Présidence de la République, la CISLS a pour missions d'assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA sur toute l'étendue du territoire national. Au niveau régional la Coordination Intersectorielle est représentée par des Coordinations Régionales qui travaillent en étroite collaboration avec les Conseils Régionaux, Sous-régionaux et communaux, sous la supervision de la plus haute autorité du niveau correspondant. Au niveau des secteurs ministériels les activités de lutte contre le SIDA sont coordonnées par des Coordinations Sectorielles.

Etant donné la nécessité de concertations régulières entre les différents acteurs de la lutte contre IST/VIH/SIDA, d'un suivi rigoureux et d'une évaluation de la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel, il est prévu la mise en place d'un Comité de Pilotage (CP) par décret du Président de la République.

### 3.3. Financement de la lutte contre le VIH/SIDA

Le Niger a adhéré à la Déclaration d'Abuja d'avril 2001 qui a recommandé d'allouer 15% du budget national à la santé. Il s'est doté d'un Plan de Développement Sanitaire(PDS) 2005-2009. L'objectif général du PDS est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle infantile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles.

Entre 2002 et 2005, l'allocation des ressources budgétaires au secteur de la Santé a connu une baisse passant de 10,9% du budget national en 2001 à 9% en moyenne sur la période 2002-2005.

Les dépenses nationales de santé<sup>15</sup> sont couvertes par l'Etat à hauteur de 40% , les ménages pour 28%, les partenaires techniques et financiers pour 27% , le secteur privé pour 4%, les ONG nationales pour 0,2% et la Caisse nationale de Sécurité Sociale pour 0,2%.

Aucun ministère ne dispose d'une inscription budgétaire spécifique pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Pour le fonctionnement de la CISLS, le trésor public prévoit chaque année 30 millions de francs CFA. Ce montant correspond à la contrepartie du don de la Banque Mondiale accordé au Niger en 2003. L'Etat prend en charge également les salaires des personnels de santé, fournit et entretient les infrastructures sanitaires.

Le processus de planification stratégique du cadre stratégique 2002-2006 achevé en 2003 a abouti à l'élaboration de 42 plans sous-régionaux, 8 plans régionaux et 24 plans sectoriels de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Le plan national multisectoriel qui en a résulté a nécessité la mobilisation d'importantes ressources financières réparties entre l'Etat et les partenaires internationaux. Ces dépenses n'ont pu être ventilées par domaine que partiellement.

---

<sup>15</sup> Source : Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté 2007

Enfin, le Niger a bénéficié du 3<sup>ième</sup> round dont l'achèvement est prévu pour septembre 2007. Il prépare sa proposition pour le 7<sup>ième</sup> round. Les activités retenues dans la proposition en cours de rédaction sont celles déjà exécutées dans le 3<sup>ième</sup> auxquelles s'ajoutent les interventions préventions dans les milieux à haut risque (environnements prostitutionnels), le renforcement des capacités et des compétences des personnels à charge de la mise en œuvre du CSN, etc.

**Tableau VI : Répartition des financements de la lutte contre le SIDA par domaine et par partenaire de 2001 à 2008**

Domaines	Période	Montant en US dollars	Pourcentage	Sources de financement
Marketing social des préservatifs	2003-2007	4685407	8%	KFW
Santé de la reproduction	2002-2006	4061205	7%	UNFPA
PTME, IEC/CCC	2004-2007	3600000	6%	UNICEF
Sécurité transfusionnelle	2002-2007	2247218	4%	Union Européenne
Traitement « 3X5 »	2004-2007	500000	1%	OMS
Appui nutritionnel	2004-2007	2000000	3%	PAM
Prise en charge de IST	2002-2006	1899882	3%	ACDI
IEC/CCC	2002-2004	4009367	7%	Lux Development
IEC/CCC	2001-2004	540000	1%	USAID (Fonds des Ambassadeurs)
Tous les domaines	2004-2007	10713876	18%	Fonds Mondial
Tous les domaines	2003-2008	25000000	42%	Banque Mondiale (MAP)
Totaux	2001-2008	59256955	100%	

Source : Rapport consultation nationale pour l'accès universel Mars 2007/CISLS

### 3.4. Situation de la mise en œuvre des interventions

#### 3.4.1. Type et couverture des interventions préventives en cours

##### ➤ Au plan de la mobilisation communautaire :

Les interventions à visée de prévention sont mises en œuvre par les associations ou ONG nationales dont certaines reçoivent des appuis techniques et financiers de certaines ONG internationales. Au plan national, le CISLS a signé un contrat direct avec quatre agences pour l'accompagnement et l'encadrement des associations nationales. Il s'agit du CCISD, AFVP, CARE et Lafia Matassa.

L'état des lieux réalisé par les Agences d'encadrement du CILS, souligne la richesse des régions en associations oeuvrant dans le développement de la santé. Les régions couvertes par les agences sont : Niamey, Dosso, Tahoua et Tillabéri pour le CCISD; Diffa, Zinder et Maradi pour CARE; Agadez, Bilma, Tchirozérine et Arlit pour AFVP et Lafia Matassa. Les activités des associations sont financées par le CILS à travers des sous projets soumis à l'approbation des comités d'approbation de région.

##### ➤ Au plan des activités de santé

Il faut noter :

- la prise en charge médicale des malades du SIDA avec la prescription des ARVs.
- la promotion des CDV : hôpitaux régionaux, CHR, CHD, CHN, Centres autonomes tenus par les ONGs (MVS, etc..) et ceux gérés par du personnel recruté par le CISLS sur financement du Fonds mondial
- les services de la PTME pour le dépistage du VIH chez les femmes enceintes et la prévention de transmission du virus au nouveau-né. Au total il y a 82 sites PTME sur l'étendue du territoire en fin 2006. Au cours de l'année 2006, 25512 Femmes enceintes ont été admises dans les services de PTME avec une prévalence VIH de 1.5%. Parmi les femmes séropositives 196 ont accouché et 106 enfants sont sous traitement AZT/Névirapine. Le nombre total de sites PTME est de 129 à la fin 2007
- la création du centre référence pour la prise en charge des IST

##### ➤ Au plan du marketing social des condoms

L'accent est mis sur l'accessibilité géographique du condom, et la promotion de l'utilisation du condom comme alternative aux autres moyens de prévention. Le programme a créé plus de 2640 points de vente et approvisionne 33 distributeurs grossistes.

##### ➤ Au plan des interventions ciblant les groupes à haut risque

Les routiers et les exodents, les miniers et les PS bénéficient des interventions spécifiques. Particulièrement pour les TS, de activités de suivi médical et de diagnostic/traitement des IST ainsi que des activités d'adoption de comportements de protection sont menées.

La cartographie réalisée en 2002 souligne l'importance de l'activité du commerce du sexe dans la ville de Niamey. En effet il est dénombré entre 3400 et 7800 femmes impliquées dans les activités du commerce du sexe qui reçoivent en moyenne 9 à 11 clients payants par jour.

En matière de prévention, des changements significatifs ont été observés. Entre autres on peut citer l'implication des leaders politiques, coutumiers et les leaders religieux,

musulmans en particulier, qui étaient farouchement contre la promotion de l'utilisation des préservatifs.

Au fil du temps, les intervenants se sont multipliés et diversifiés (secteur public, privé, ONG/associations). L'environnement est devenu de plus en plus favorable à la mise en œuvre d'activités de prévention. C'est dans ce contexte qu'un projet financé par la KFW a pu se réaliser sur l'ensemble du territoire national. Ce projet qui fait la promotion de l'utilisation des préservatifs a mis en place plusieurs points de vente de préservatifs, y compris des distributeurs ont été mis en place.

#### **3.4.1.1. Sécurité transfusionnelle**

Le Niger dispose d'une politique nationale en matière de transfusion sanguine. La sécurité transfusionnelle est assurée par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), les quatre (4) Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) et les banques de sang au niveau des districts fonctionnels. En outre, deux associations de donneurs de sang (ADBSN et TCHÉMAYA) sont actives dans ce domaine.

La sécurité transfusionnelle est assurée sur l'ensemble du territoire et sur une moyenne de 20.000 poches de sang transfusées chaque année. Le dépistage concerne le VIH, les hépatites B et C et la syphilis.

Le don de sang est à dominante familiale 80% des cas pour les régions de l'intérieur et entre 10 et 15% pour la communauté urbaine de Niamey et ceci grâce à l'appui de deux associations de donneurs bénévoles de sang (ADBSN et Tchémaya). Ce qui ne permet pas non seulement de disposer de sang en quantité suffisante mais aussi de gérer plus efficacement les tests de dépistage du VIH.

**100 % de toutes les unités de poches de sang sont testées pour le VIH avant toute transfusion.** Le contrôle de qualité externe est entrain d'être mis en place.

#### **3.4.1.2. La promotion du conseil dépistage volontaire et confidentiel du VIH (CDVC)**

Les activités relatives à la promotion de ce volet ont concerné l'élaboration des normes et directives en matière de counseling, d'un manuel de formation et d'un guide pour les formateurs, la formation en counseling d'agents de santé et d'animateurs des associations de prise en charge, l'élaboration et l'adoption d'un algorithme de dépistage de l'infection à VIH.

Ainsi, le dépistage volontaire est possible dans les formations sanitaires (hôpitaux nationaux, hôpitaux régionaux, districts sanitaires) et en dehors de celles-ci. Ainsi, il existait en fin 2006 au total douze (12) centres de dépistage volontaire localisés pour la plupart à Niamey (5), Agadez (1), Zinder (2), Tahoua (2), Téra (1) et Gaya (1).

Cependant, dans les deux cas (centres de santé et centres de dépistage volontaire), les statistiques ne sont pas centralisées et il est difficile d'établir le nombre exact de personnes ayant fait un dépistage volontaire. Néanmoins, selon l'ULSS/MSP-LCE, 18154 dépistages volontaires ont été enregistrés en 2005. Une enquête menée en Mai 2006 par le Cabinet CNESS-BOZARI révèle que « les besoins<sup>16</sup> en dépistage volontaire sont en légère hausse, par rapport à 2002 (25%), (contre 38,64%) ».

---

<sup>16</sup> Besoins dans le sens de « demande »

Les centres de dépistage sont localisés dans les capitales régionales, ce qui limite d'autant leur accessibilité au plus grand nombre car au Niger la population est à 83.7% rurale. Ce qui explique en grande partie le taux très faible de 2.4% d'adultes âgés de 15 à 49ans qui ont subi le test et qui en connaissent le résultat

Ces chiffres montrent à l'évidence que le dépistage du VIH connaît de sérieuses réticences indépendamment du problème d'accessibilité des services de dépistage, or l'acte du dépistage est un révélateur important d'une prise de conscience sur la réalité de l'infection à VIH/SIDA ,ce qui peut augurer d' un changement de comportement .

#### **3.4.1.3. La promotion de l'hygiène dans les lieux de travail**

Les activités de promotion de l'hygiène dans les lieux de travail intéressent les milieux de soins, les auxiliaires de santé (matrones, secouristes) et les tradithérapeutes. Ainsi des agents de santé et des tradithérapeutes et assimilés ont été formés en prévention de la transmission de l'infection à VIH en milieu de travail à partir de modules qui ont été élaborés à cet effet. En outre des équipements, du matériel et des désinfectants ont été mis à la disposition des formations sanitaires en vue d'assurer l'hygiène en milieu de soins. Des documents rappelant les principes de précautions universelles vis-à-vis de l'infection à VIH ont été reproduits et diffusés dans les formations sanitaires.

#### **3.4.1.4. La réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)**

La Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) a démarré en 2003 par la mise en place de 7 sites pilotes avec l'appui technique et financier de l'UNICEF. Une extension à d'autres centres de santé a été opérée en 2004, puis en 2005, portant le nombre de sites PTME à 31 et à 82 en fin 2006. Le passage à l'échelle s'est enclenché avec à la fin 2007, 129 sites fonctionnels sur l'ensemble du territoire national.

Une stratégie nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été adoptée en 2006.

Le personnel travaillant dans les sites PTME a été formé à offrir les prestations suivantes :

- Promotion du dépistage volontaire lors des consultations prénatales ;
- Suivi/conseils des femmes séropositives avec administration d'ARV à titre prophylactique ;
- Accouchements assistés aux femmes séropositives ;
- Suivi des nourrissons et des mères séropositives avec administrations d'ARV aux uns et aux autres.

**Tableau VII : Données compilées des sites PTME 2006**

Indicateurs	Total 2006	Pourcentage
Nombre total de femmes vues en CPN	115 435	
Nombre de femmes vues en première CPN	49 320	
Nombre de femmes qui ont eu le conseil pré-test	48 907	
Nombre de femmes testées pour le VIH	27 512	
Nombre de femmes qui ont eu le conseil post-test	26 756	
Nombre de femmes VIH+	301	1.12%
Nombre de femmes VIH+ qui ont eu l'AZT pendant la grossesse	234	
Nombre de femmes VIH+ qui ont eu AZT/NVP pendant et après l'accouchement	106	
Nombre d'accouchement à la maternité	34 903	
Nombre de femmes VIH+ ayant accouché à la maternité	195	
Nombre de femmes de statut inconnu ayant accouché à la maternité	18 825	
Nombre d'enfants ayant reçu la NVP/AZT	106	55%
Nombre de femmes VIH+ pratiquant l'allaitement maternel	96	
Nombre de femmes VIH+ pratiquant l'allaitement artificiel	11	
Nombre de maris testés	99	

Source : Rapport PTME 2006

En 2006, 413 femmes enceintes séropositives ont bénéficié du protocole PTME sur un nombre estimé de 5612 grossesses attendues soit 6,6%. Pour la période de janvier à octobre 2007, il a été pris en charge 269 femmes enceintes infectées sur 6710 grossesses attendues soit 4%. Des efforts sont à faire pour réduire la déperdition suite à la réalisation du test VIH et à l'annonce du résultat

Après des années de mise en œuvre, l'évolution de la PTME se présente comme suit :

**Tableau VIII : Evolution des activités PTME au Niger de 2004 à 2006**

	2004	proportion 2004	2005	proportion 2005	2006	Proportion 2006
Conseil pré-test	17830		18477		48907	
Acceptation test	5292	30%	11521	60%	27512	56,3%
Conseil post test	4737		6583		26756	
Test positif	111	2%	186	2%	413	1,5 %
Femmes sous ARV	111	100%	55	30%	234	60%
ENFANT/AZT/NVP	111	100%	54	30%	195	39%

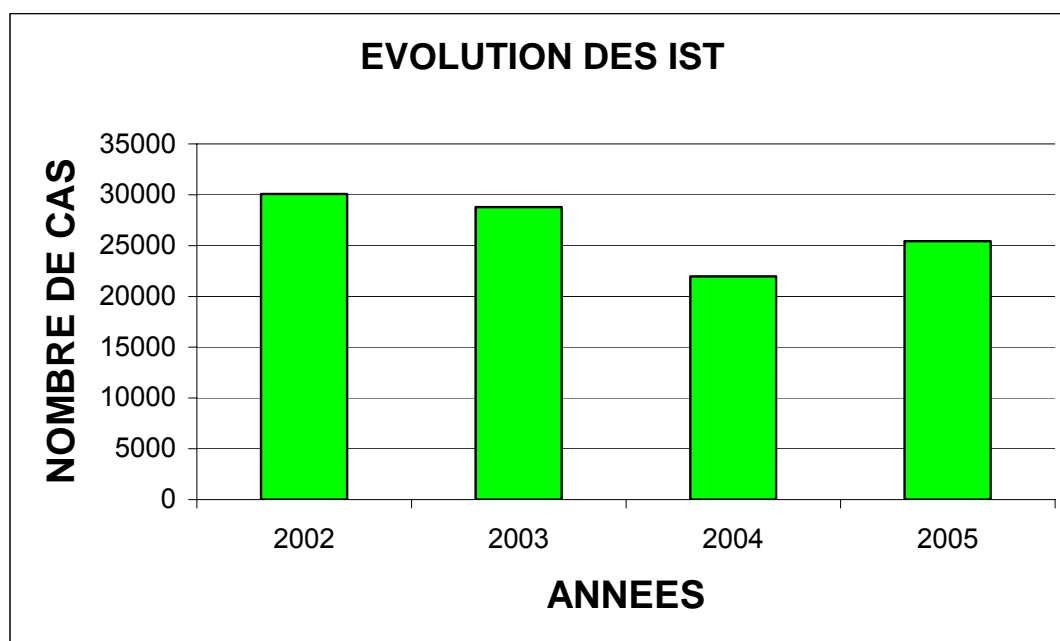
Source : Cellule PTME/DSR/MSP/LCE

### 3.4.1.5. La réduction de l'incidence des IST dans les groupes prioritaires et dans la population générale

Le Niger a opté depuis 1998 pour la prise en charge syndromique des IST. Des algorithmes ont été élaborés et mis à la disposition des centres de santé. 16 médecins formateurs régionaux ont été formés à la prise en charge syndromique. Ils ont à leur tour formé 1870 agents de santé dans leurs régions respectives. Les médicaments contre les IST sont intégrés dans la liste des médicaments essentiels. Le Niger dispose d'un Centre National de Référence des IST et d'un Laboratoire National de Référence VIH/Tuberculose. Ce dernier est équipé d'un appareil de mesure de la charge virale.

En termes de notification de cas, le nombre a diminué en 2004 comparativement à 2003 avant d'augmenter en 2005. La prostitution n'est pas légale dans le pays mais tolérée. Dans les formations sanitaires des grandes villes il existe un système de suivi des professionnelles du sexe. En outre, le pays dispose d'un Centre National de Référence pour les IST.

**Figure 8 : Evolution des cas d'IST au Niger de 2002 à 2005**



Source :DSNIS

### 3.4.1.6. Marketing social des préservatifs

Au Niger, comme dans la majorité des pays africains, la voie sexuelle est le mode prédominant de transmission de l'infection à VIH. C'est pourquoi, les campagnes de sensibilisation ont mis l'accent sur l'utilisation des préservatifs comme moyen de prévention de l'infection à VIH tout comme l'abstinence et la fidélité. Les séances de sensibilisation de proximité sont, en général, appuyées par une démonstration de l'utilisation des préservatifs et suivie de distribution gratuite. Il faut noter que le préservatif fait partie des médicaments essentiels au Niger. Il est distribué gratuitement dans les formations sanitaires publiques et par certaines organisations de la société civile.

Outre la distribution gratuite, le préservatif est vendu au niveau de 2261 points de vente mis en place par le projet « marketing social » qui a vendu 10.064.555 unités en trois ans (2004-2006). L'enquête nationale de démographie et de santé<sup>17</sup> 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. Le taux d'utilisation des préservatifs a considérablement évolué entre 2002 et 2006. Ainsi il est passé chez les femmes de 1% à 15% et chez les hommes de 9% à 45,1%. Ce taux est moins important en milieu rural (21,5%) qu'en milieu urbain (65,3%), il augmente quel que soit le sexe avec le niveau d'instruction.

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 les 25 - 49ans.

**Tableau IX: Taux d'utilisation des préservatifs au Niger**

Caractéristiques socio-démographiques	partenaire cohabitant		Partenaire non-cohabitant		N'importe quel partenaire	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
<b>Age</b>						
15-19	0,3	0,0	9,3	30,5	0,3	23,1
20-24	0,5	0,4	16,3	41,6	0,7	11,9
25-29	0,1	0,7	16,5	59,2	0,2	6,7
30-39	0,3	0,5	15,5	58,1	0,4	2,5
40-49	0,4	0,1	11,0	37,9	0,5	0,2
50-59		0,4		30,4		
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	-	-	25,3	50,1	25,3	50,1
En union ou vivant ensemble	0,3	0,4	5,3	31,8	0,3	0,5
Divorcée/séparée/veuve	0,6	0,0	16,9	30,9	3,5	15,9
<b>Résidence</b>						
Urbain	0,8	1,9	19,8	65,3	1,5	14,2
Rural	0,2	0,1	6,7	21,5	0,2	0,8
<b>Région</b>						
Agadez	0,6	0,6	14,4	46,4	0,9	8,4
Diffa	0,3	0,8	16,7	35,4	0,5	4,7
Dosso	0,6	0,0	0,0	56,0	0,6	3,4
Maradi	0,1	0,3	0,0	42,5	0,1	1,0

<sup>17</sup> Enquête nationale de démographie et de santé et à indicateurs multiples EDSN-MICS III-2006

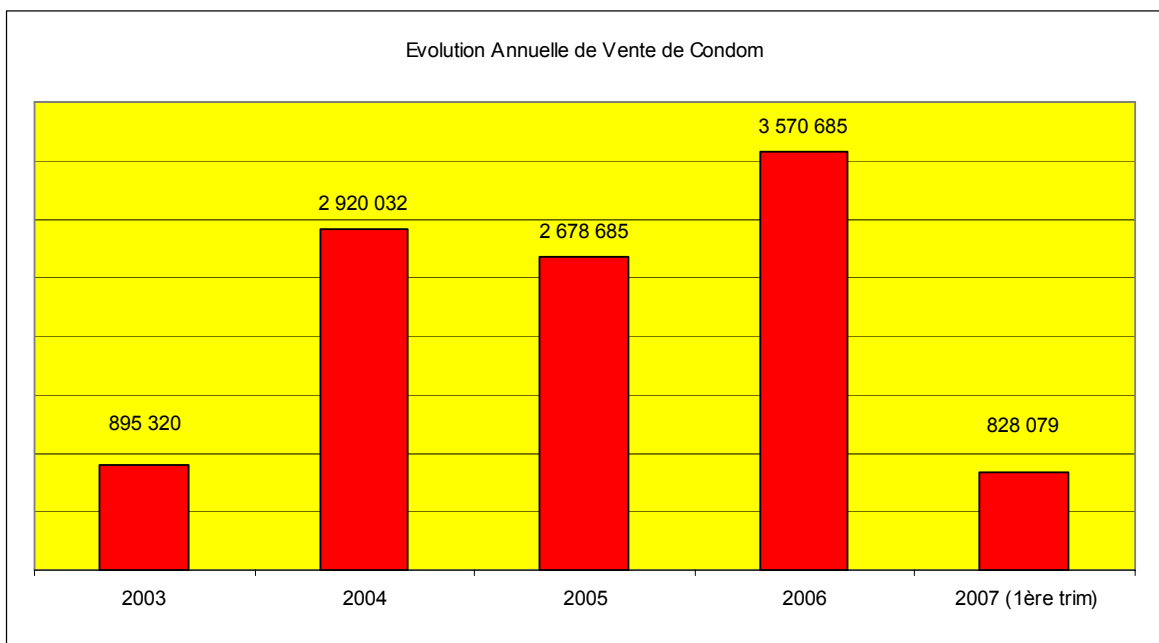


Tahoua	0,1	0,0	25,0	12,0	0,3	1,1		
Tillabéri	0,2	0,0	11,2	39,1	0,2	0,4		
Zinder	0,2	0,2	0,0	28,1	0,2	1,3		
Niamey	1,3	3,3	22,4	72,9	2,6	20,3		
<b>Régions regroupées</b>								
Dosso	0,6	0,0	0,0	56,0	0,6	3,4		
Maradi	0,1	0,3	0,0	42,5	0,1	1,0		
Tahoua/Agadez	0,2	0,1	22,1	19,8	0,3	2,0		
Tillabéri	0,2	0,0	11,2	39,1	0,2	0,4		
Zinder/Diffa	0,2	0,2	3,8	30,0	0,3	1,7		
Niamey	1,3	3,3	22,4	72,9	2,6	20,3		
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun			0,2	0,2	9,1	21,0	0,3	0,8
Primaire	0,7	0,0	13,4	48,5	1,0	7,2		
Secondaire ou plus			1,4	3,0	32,4	71,8	3,0	18,0
<b>Total</b>								
			0,3	0,4	15,0	45,1	0,4	3,4

Source : EDSN 2006

L'évolution des ventes de préservatifs est présentée au niveau de la figure 9 sur la période 2003 au premier trimestre 2007 qui a connu son pic en 2006 avec 3 570 685 condoms vendus.

**Figure 9 : Evolution de la vente des condoms de 2003 au 1<sup>er</sup> trimestre 2007<sup>18</sup>**

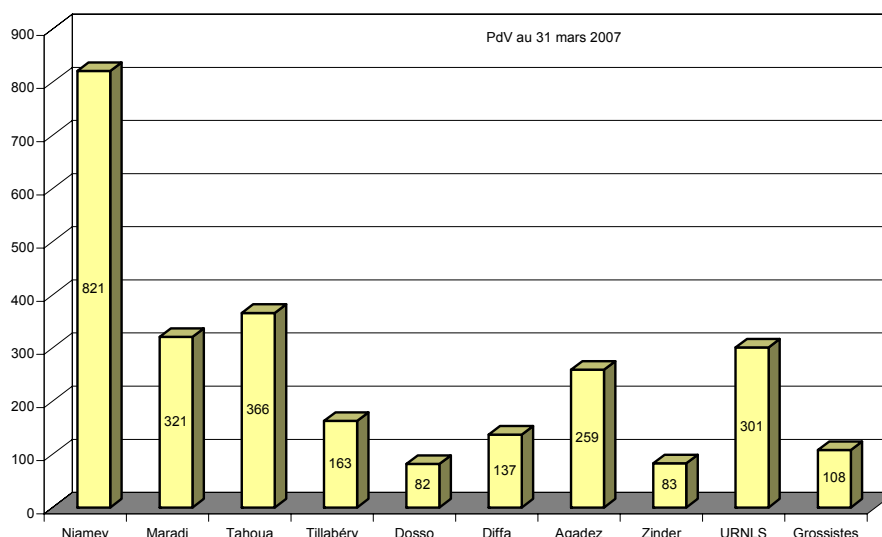


Source : Rapport Marketing Social du préservatif

Comme le montre la figure 10, plusieurs points de vente sont implantés dans les 8 régions et auprès des grossistes et de l'union des routiers nigériens de lutte contre le SIDA. A la fin du mois de mars 2007, Niamey comptait 821 points de vente des préservatifs.

<sup>18</sup> Source : Rapport Marketing Social du préservatif

**Figure 10: Effectif des points de vente des condoms installés dans les régions**



### 3.4.2. Traitement

Jusqu'en 2004, le Niger ne disposait pas de plateau technique à mesure d'assurer une prise en charge médicale de l'infection à VIH. Bien qu'il y ait des malades, leur mise sous antirétroviraux (ARV), ainsi que leur suivi biologique s'effectuaient à l'extérieur. Une initiative dans le cadre de la prise en charge a été élaborée et mise en œuvre. La prise en charge a été normalisée. Des formations ont lieu pour la prescription des antirétroviraux, la prise en charge des infections opportunistes (IO).

Le suivi biologique cesse d'être effectué à l'extérieur : le Niger s'est doté d'appareils pour le comptage des CD4 ainsi que d'un appareil de mesure de la charge virale. Les tests de dépistage sont gratuits.

Pour faciliter l'accès des Antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH, une Initiative Nigérienne d'Accès aux Antirétroviraux (INAARV) a été adoptée en 2003 et en Janvier 2004 le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) a démarré ses activités. Un comité médical technique a été mis en place pour encadrer la prescription des ARV. En fin 2006 12 centres prescripteurs ont été mis en place : 5 à Niamey et 7 à l'intérieur du pays (Agadez, Tahoua, Galmi, Dosso, Maradi, Zinder, Diffa)

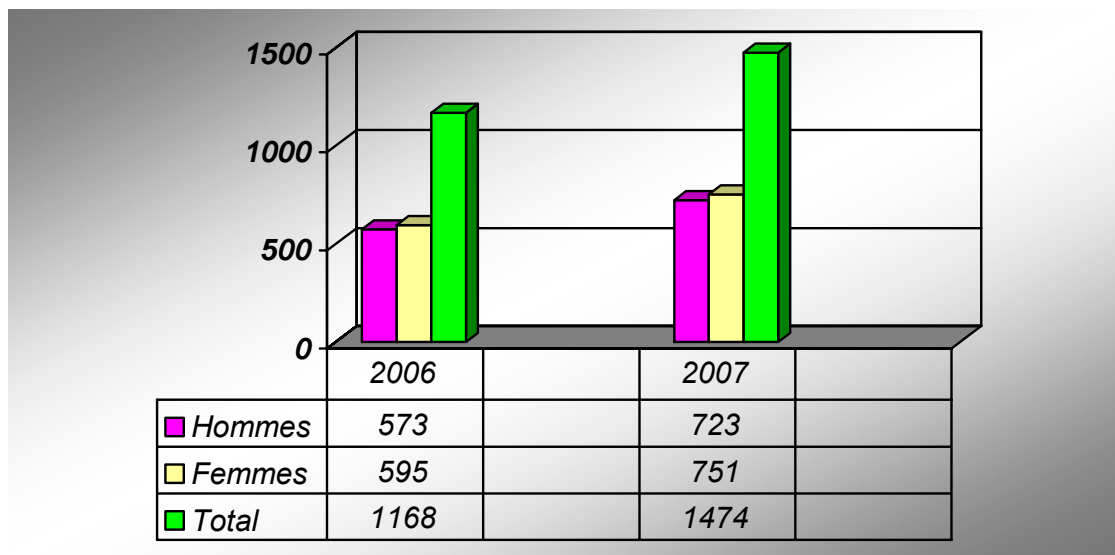
Les traitements ARV sont gratuits depuis décembre 2005. Sur un total de 8614 personnes vivant avec le VIH et ayant besoin de traitement ARV, seules **1168 (13.6%) en ont effectivement bénéficié en 2006**. A la date d'élaboration du rapport, le Niger compte 12 centres prescripteurs d'ARV, avec le démarrage des activités au niveau des CHR d'Agadez et de Diffa. Sur les 12 centres prescripteurs d'ARV, 9 sont dotés d'un compteur de CD4.

Pour la période de janvier à octobre 2007, pour une population estimée à 8929 personnes ayant besoin de traitement quelques **1474 patients sont sous ARV soit 16.5%**.

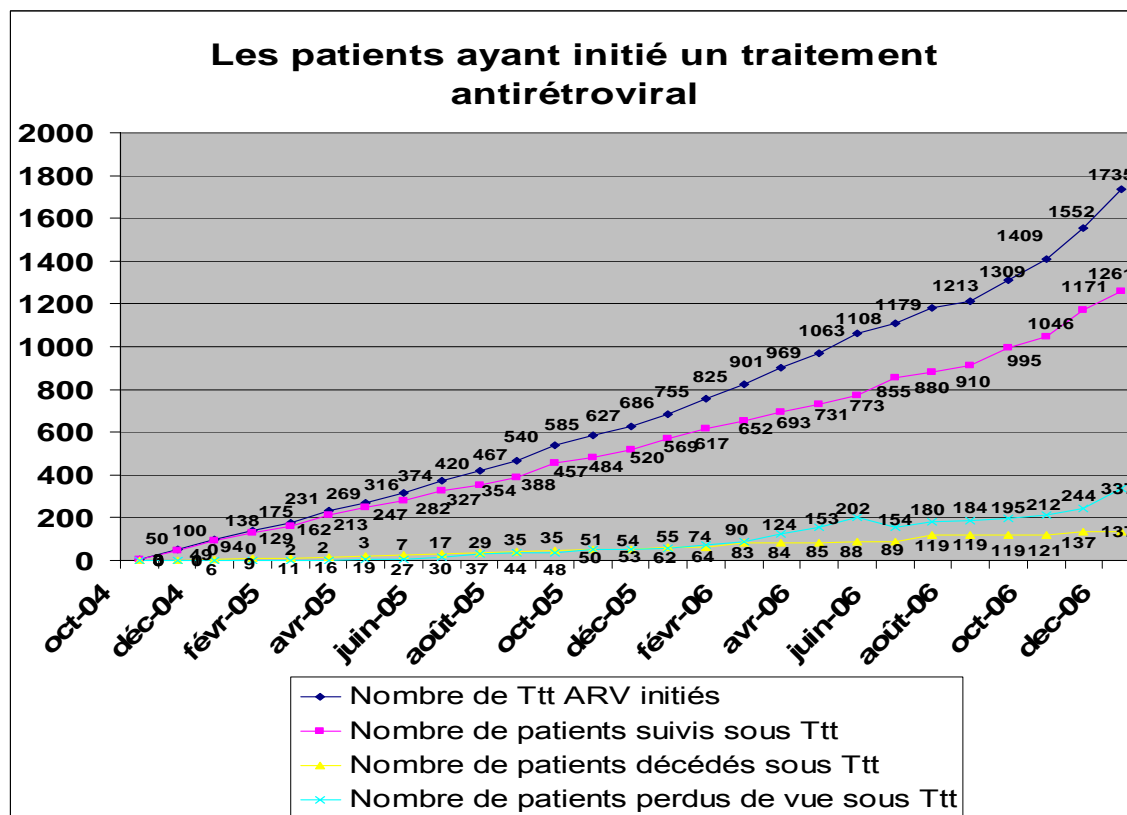
**Le pourcentage de survie après 12 mois est estimé à 46,6%** ; cela s'explique par les perdus de vue, les décès sous traitement ARV ; les patients dans plus de 70% viennent à un

stade avancé de la maladie pour démarrer la prise en charge. Il y a également des abandons de traitement.

**Figure 11 :** Répartition des Personnes sous ARV par année et par sexe



**Figure 12 :** Evolution de la prise en charge avec ARV<sup>19</sup> de 2004 à 2006



<sup>19</sup> Source : Rapports FUSHIA

Niamey :	5 centres de prise en charge et 24 médecins prescripteurs
Galmi :	1 centre et 3 médecins prescripteurs
Tahoua :	1 centre prescripteur et 3 médecins prescripteurs
Zinder :	1 centre et 5 médecins prescripteurs
Maradi :	1 centre prescripteur et 7 médecins prescripteurs
Dosso :	1 centre prescripteur et un médecin prescripteur (départ du médecin en septembre 2006 pour Niamey, HNL)

### 3.4.3. Prise en charge des Infections opportunistes

La tuberculose constitue la première infection opportuniste chez les personnes vivant avec le VIH. La seule étude concernant la co-infection tuberculose/VIH a été réalisée en 2001 par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) dans la région de Tahoua ; elle faisait ressortir un taux de séroprévalence de 22.4%.

Sur les 1474 patients sous ARV au moment de l'élaboration de ce rapport, 197 ont en plus un traitement antituberculeux pour un nombre estimé de personnes vivant avec le VIH et tuberculose en 2007 de 13 334 personnes ce qui représente 1,5%. La promotion du dépistage du VIH chez les personnes tuberculeuses n'est pas systématique.

Un laboratoire National de Référence VIH/Tuberculose a été créé, il est équipé d'un appareil de mesure de la charge virale.

### 3.4.4. Connaissance et comportements

- La promotion des comportements sexuels à moindre risque par la communication pour le changement de comportement (CCC)

La promotion des comportements sexuels à moindres risques est réalisée à travers des campagnes de communication pour le changement de comportement de masse et de proximité avec un accent particulier sur cette dernière stratégie. Cette activité qui est réalisée au profit de la population générale et des groupes cibles prioritaires tant en milieu rural qu'en milieu urbain a été possible grâce à :

- l'élaboration de modules de formation en matière de communication pour le changement de comportement,
- l'élaboration de supports IEC,
- la formation de pairs éducateurs de différents groupes cibles prioritaires du programme jeunes (scolarisés, déscolarisés, non scolarisés), professionnelles du sexe, routiers, éléments de forces de défense et de sécurité, femmes, migrants) et autres (religieux, détenus, commerçants, orpailleurs, exploitants agricoles, etc....),
- la réalisation des séances de sensibilisation

Les activités de sensibilisation de masse ont été réalisées à travers les médias notamment audiovisuels. Les activités ont en général été réalisées par des journalistes et animateurs de radios communautaires formés sur les IST/VIH/SIDA et un guide d'animation des émissions sur les IST VIH/SIDA a été élaboré à leur intention. Ainsi des émissions et des spots de sensibilisation sur divers aspects de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ont été réalisés et diffusés sur les ondes des radios, publiques (nationale et régionales), privées et communautaires.

Les efforts cités ci-dessus ont contribué à améliorer les connaissances des populations sur les IST/VIH/SIDA. Selon les résultats de l'EDSN 2006, la majorité des nigériens (88,9 %) ont

entendu parler du SIDA tant en milieu rural qu'en milieu urbain et cela quel que soit l'âge, le sexe, la situation matrimoniale ou la résidence. Cependant seule la moitié croit qu'il y a un moyen de prévenir l'infection (50,45 %) avec une prédominance masculine (64,1 %) contre 36,6 % chez les femmes. La croyance en l'existence de moyens pour prévenir l'infection à VIH varie selon le milieu (milieu rural = 44,45 % contre 71,45 en milieu urbain) et le niveau d'instruction (aucun niveau = 45,65 %, primaire = 57,2%, secondaire = 82,25 %).

**Tableau X :** Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parler du sida et qui croient y a un moyen pour éviter le VIH/SIDA, selon des caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques Sociodémographiques	Femmes		Hommes	
	Entendu parler de sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Entendu parler de sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida
<b>Age</b>				
15-19	79,7	36,0	88,0	50,6
20-24	83,8	39,1	95,3	65,5
25-29	83,1	36,2	96,2	72,3
30-39	85,1	36,2	96,6	69,6
40-49	82,6	35,5	96,7	66,1
50-59	-	-	95,1	60,7
Moyenne		36,6		64,1
<b>Résidence</b>				
Urbain	96,9	61,9	98,6	81,0
Rural	79,7	30,4	93,3	58,5

Source : EDSN 2006

**Tableau XI :** Pourcentage du niveau de connaissance de la maladie selon le sexe

Régions	Femmes		Hommes	
	Ayant entendu ou parlé (%)	Effectif	Ayant entendu ou parlé (%)	Effectif
Niamey	07.3	822	99.4	398
Agadez	86.3	248	98.3	89
Diffa	71.8	221	89.3	86
Dosso	90.5	1303	97.6	380
Maradi	69.4	1752	88.8	598
Tahoua	85.0	1859	97.7	568
Tillabéri	82.0	1329	88.9	393
Zinder	84.2	1688	86.4	588
Total pays	83.1	9223	94.6	3101

**Le pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans identifiant correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetant les principales idées fausses concernant la transmission du VIH est de 14%**

Le pourcentage des réponses correctes par rapport à chaque question sont les suivants  
1<sup>ère</sup> question 89,6%, 2<sup>ème</sup> question : 20% 3<sup>ème</sup> question : 51% 4<sup>ème</sup> question : 39.% 5<sup>ème</sup>  
question : 52.3%

Les cinq questions :

- 1- le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un (e) seul partenaire non infectée qui n'a pas d'autres partenaires ?
- 2- Une personne peut-elle réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel ?
- 3- Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut-elle avoir le VIH ?
- 4- Une personne peut-elle contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?
- 5- Une personne peut-elle contracter le VIH en partageant des aliments avec quelqu'un qui est infecté ?

- **Intégration du VIH/SIDA dans les curricula de formation**

Un cadre de communication a été élaboré en 2005 mais son opérationnalisation reste à faire par secteur et par cible

Au niveau du Ministère de l'éducation, la refonte du curriculum en cours prend en compte la dimension lutte contre les IST/VIH/SIDA. Comme cette refonte curriculaire s'étale sur une longue période, des supports pédagogiques sur les IST/VIH/SIDA ont été élaborés pour combler les insuffisances des programmes en vigueur en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Soulignons néanmoins que le programme du primaire en vigueur consacre par an 45 minutes aux échanges sur le VIH/SIDA au cours moyen deuxième année (CM2). Le projet EDUSIDA financé par la KFW produit des supports relatifs au VIH/SIDA et les a expérimentés dans 54 écoles du primaire et 17 écoles du secondaire

Quant au niveau de l'enseignement secondaire des cours relatifs au VIH/SIDA sont intégrés au programme SVT au niveau des classes de 4<sup>ème</sup>, de 3<sup>ème</sup> et de terminales. 67 162 élèves en 2006 ont été concernés au niveau de 726 établissements

Au niveau de l'enseignement supérieur seule la faculté de médecine a intégré l'enseignement relatif au VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement.

**Au total 0.6% des élèves du primaire et 100% des élèves du secondaire reçoivent un enseignement relatif au VIH/SIDA soit en moyenne 8.1% d'élèves du primaire et du secondaire ont reçu des cours sur le VIH/SIDA dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de l'année écoulée.**

- **Connaissances de moyens de prévention**

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger de l'infection. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté et l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection à VIH cités. De ces deux moyens, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté a été le plus fréquemment citée : 88% des hommes et 74% des femmes contre respectivement, 67% et 55% pour l'utilisation du condom. On relève chez les femmes comme chez les hommes, que ces deux moyens de prévention sont plus connus par ceux/celles qui résident en milieu urbain (70% contre 49% en rural pour les femmes et 72% contre 62% en rural pour les hommes.

L'abstinence sexuelle est citée par 53.2% des femmes contre 78.8% des hommes avec une variation régionale allant de 50,8% à Diffa à 81.7% à Dosso chez les femmes contre 67.3% à

Zinder et 93.2% à Agadez chez les hommes. (cf EDSN-MICS, Tableau 14.2 connaissance des moyens de prévention du VIH/sida page 226)

- **Transmission mère-enfant**

En matière de la transmission mère-enfant, 57.4% des 9223 femmes et 70.9% des 3101 hommes ont déclaré qu'ils savaient que le sida pouvait se transmettre pendant la grossesse. Le niveau de connaissance de ce mode de transmission est moins élevé parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-19 ans. En milieu rural, la proportion de ceux qui connaissent ce mode de transmission est plus faible qu'en milieu urbain (52% des femmes et 67% des hommes contre respectivement, 79% et 81%). Au niveau régional, il apparaît que c'est dans la région de Zinder que ce mode de transmission du VIH est le moins fréquemment connu chez les femmes. L'adhésion au service de la PTME dépend du niveau de conscience que les bénéficiaires des CPN ont de ce mode de transmission.

- **Test de dépistage**

En matière de test de dépistage 97% des 2355 femmes et 94.3% des 261 hommes n'ont jamais effectué le test de dépistage du VIH. Seulement 2% des femmes testées et 4% des hommes testés ont reçu leurs résultats.

- **Promotion de comportement sexuel sans risque**

La promotion de comportements sexuels sans risque est l'une des mesures essentielles destinées à contrôler l'épidémie. Le refus de femmes des rapports sexuels à risque avec leurs mari/partenaires est apprécié de 74,7% des 9223 femmes interviewées ce qui dénote l'accroissement du pouvoir de décision de la femme sur la gestion de sa sexualité.

- **Sexualité et IST chez les jeunes**

Les premiers rapports sexuels ont eu lieu avant l'âge de 15 ans par 24,6% des jeunes de 15 à 24 ans (n=1110). La prévalence déclarée d'IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST est estimée à 3% parmi les femmes. Une proportion d'hommes quasiment identique à celle des femmes (4 %) ont déclaré spontanément avoir eu une IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST. La prévalence déclarée est plus élevée parmi chez les jeunes de 15-24 ans avec 9%, à Niamey avec 8% et chez les personnes du niveau secondaire ou plus avec une fréquence de 6%.

Plus de six femmes sur dix (63%) ont déclaré n'avoir pris aucune mesure pour traiter leur épisode d'IST au cours des 12 derniers mois (tableau 14.16). La même attitude est déclarée par les hommes dans une proportion de 66%.

- **Comportements chez les PS et leurs clients payant**

Au plan des comportements des PS et de leurs clients participants aux enquêtes de surveillance de deuxième génération, les habitudes ont connu une évolution de plus en plus en faveur de la protection par le port de préservatif lors des rapports avec les partenaires sexuel(le)s. Ainsi, la fréquence d'utilisation du préservatif a évolué de la première mesure à la deuxième comme il suit :

- 84.9% (312) des PS ont utilisé le préservatif au dernier rapport avec un client contre 89.1% (n=329)
- 54.5% (n=328) des PS ont utilisé le préservatif au dernier rapport avec un partenaire non client contre 65.1% (n=288).

L'enquête complémentaire 2006 sur les PS menée par l'INS montre que 95.6% des Professionnelles de sexe déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel

Avec les Clients, on note une augmentation du taux de l'utilisation du condom avec leurs partenaires sexuelles et spécifiquement avec les PS comme le montre le tableau XII.

**Tableau XII** : État comparatif de l'utilisation du condom par les clients avec leurs différentes partenaires sexuelles

Types de partenaires du client	SSG de 2003		SSG de 2005	
	Effectif	Prévalence (%)	Effectif	Prévalence (%)
TS	285	56.0	288	84,5
Femmes occasionnelles	143	63.4	71	78.4
Femmes régulières	188	55.5	187	74.7
conjointes	98	44.4	71	68.9

- Les exodents

Le projet SIDA en Exode (PSE) est le fruit de la coopération multilatérale entre le Niger, l'union Européenne et CARE International. Il vise entre autres objectifs, l'amélioration des connaissances de migrants, la promotion de l'utilisation des préservatifs et du changement de comportement. Il met en œuvre une approche systématique qui cible tous les intermédiaires dans la chaîne de transmission des IST et du VIH. Les activités sont mises en œuvre dans 60 villages à fort taux de migration saisonnières des département de Tahoua, Illéla, Bouza et Konni et dans 4 gares routières sur l'axe routier Tahoua-Makolondi et dans trois communes d'arrivée des migrants à Abidjan (Adjamé, Port-Bouét, Abobo) en RCI. Mis en œuvre en 2003, une évaluation à mi-parcours est intervenue en juin 2004 puis l'évaluation finale en 2006.

Le rapport conclut à une amélioration significative des principaux indicateurs et qui se traduit par :

- 77.6% des hommes et 76% des femmes connaissent les trois modes de transmission du VIH contre 75% des hommes et 25% des femmes à l'évaluation à mi-parcours ;
- 94.7% des hommes connaissent les IST contre 57% à l'évaluation à mi-parcours ;
- 99 % des hommes et 98.3% des femmes ont entendu parler du VIH/SIDA contre respectivement 74% et 21% à l'étude de base ;
- 45,4% des hommes et des femmes perçoivent leurs risques personnels d'infection au VIH par rapport à 16,7% à l'étude de bas et 58% à l'évaluation à mi parcours ;
- 93% des hommes et 78.5% des femmes acceptent de faire le test de dépistage du VIH contre respectivement 46% et 17% à l'évaluation à mi-parcours ;
- 83.2% des femmes connaissent effectivement la transmission mère-enfant contre 32% à l'évaluation à mi-parcours ;
- Près de 100% des professionnelles du sexe déclarent refuser tout rapport sans préservatif.

L'implication des leaders d'opinions (chefs coutumiers et religieux) dans la diffusion des messages et l'organisation des discussions autour des comportements à risques a eu pour conséquence un changement de discours rarement la fidélité au premier rang des comportements alternatifs à la prévention des IST/VIH. De ce fait, 77.8% des hommes et



81.7% des femmes des départements cibles du Niger, 66.6% des exodents et 80.3% des femmes des exodents des communes d'Abidjan citent la fidélité au premier de moyens de prévention des IST/VIH. Conséquemment, le taux d'utilisation des condoms reste encore très faible notamment dans les départements cibles du Niger avec 39.6% des hommes célibataires et 4% des femmes célibataires de la région de Tahoua ont déclaré utilisé la capote lors du dernier rapport sexuel.

- **Les routiers**

L'évaluation participative à mi-parcours réalisée auprès des bénéficiaires et acteurs des interventions en matière de la lutte contre le SIDA/IST au Niger en 2006 rapporte que les routiers ont des partenaires sexuelles le long des axes migratoires et que seuls 25% utilisent régulièrement les préservatifs

- **Les miniers**

Au plan comportemental l'enquête effectuée dans le secteur minier en 2004 montre l'existence des facteurs de risque chez les travailleurs des mines. En effet, seuls 11.5% ont cité les 3 modes de transmission de l'infection à VIH et 21.5% au moins trois moyens de prévention. La proportion de l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels des 12 derniers mois est de 59% (82/139).

Le séjour à l'étranger et l'antécédent des IST sont notés comme des facteurs associés. En effet, 81.3% des charbonniers de Tchérozérine (n=139) et 64.6% chez les miniers (n=340) ont séjourné à l'étranger tandis que 46% des charbonniers (n=64) et 24.9% des miniers (n=127) ont eu des antécédents d'IST.

Comme le montre le tableau ci-dessus les travailleurs ont un niveau de connaissance très bas de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH contraire aux autres modes de transmission (niveau supérieur à 82%).

**Tableau XIII** : Niveau de connaissances des modes de transmission et méthodes de prévention du VIH/sida dans les sites miniers du Niger en 2004

Mode de transmission	Effectifs de ceux qui connaissance (n=511)	Proportion ceux qui connaissance (%)
<b>Connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA</b>		
Sanguine	419	82
Sexuelle	468	91,6
Mère enfant	40	7,8
<b>Connaissance des méthodes de prévention du VIH/SIDA</b>		
Ports du préservatif	348	68,1
Fidélité	283	55,4
Abstinence	259	50,7
Prévention sanguine	154	30,1

Source : rapport étude de la prévalence de l'infection à VIH chez les travailleurs dans le secteur minier au Niger en 2004

### 3.4.5. Atténuation de l'impact

#### **Appui nutritionnel**

Dans la zone du projet Zonta, 1363 orphelins ont été recensés dans 17 villages de la région de Bouza. Ces enfants reçoivent un appui nutritionnel des organismes tels que l'UNICEF et le Projet de Nutrition de CARE financé par ELMA.

Le PAM a en 2006 apporté un appui nutritionnel à 284 personnes vivant avec le VIH soit au total 1985 bénéficiaires. En 2007, 980 personnes vivant avec le VIH ont bénéficié de l'appui nutritionnel soit 6930 bénéficiaires.

**Appui à la scolarisation :** 39 de ces orphelins, 10 filles et 19 garçons fréquentent l'école 8 structures communautaires ont inscrit des actions dans leurs plans d'action communautaires. Ces groupes s'activent autour de la problématique du financement des manuels scolaires pour les orphelins.

**Visites à domicile :** Les patients des centres prescripteurs du CTA et de l'hôpital Lamordé ont bénéficié pour des visites à domicile. Les objectifs de ces visites sont : suivre l'état de santé, l'observance au traitement, apporter un soutien psychologique et au besoin un peu de matériel (savon, riz etc.). Ainsi 69 patients ont pu bénéficier des visites à domicile en 2005

Des activités de renforcement des capacités ont été organisées au profit des associations de prise en charge et des organisations de PVVIH. Cependant, les organisations actives dans la prise en charge sont peu nombreuses et avec des activités concentrées dans la capitale. Néanmoins un soutien a été apporté à 1127 orphelins dont 430 de façon continue dans les huit (8) orphelinats dont sept (7) à Niamey. Quant aux organisations de PVVIH elles sont actuellement au nombre de neuf (9) dont, cinq (5) à Niamey, une (1) à Dosso, une (1) à Maradi, une (1) à Diffa et une (1) à Zinder. Sur le plan juridique, il existe un texte qui lutte contre l'exploitation des enfants élaboré par le Ministère en charge de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant. Un guide de soutien socioéconomique a été élaboré par la CISLS mais peu vulgarisé.

Les interventions ciblées sur les groupes prioritaires comme les professionnelles de sexe ont été presque marginales malgré une séroprévalence dans deux sites en 2006 à 38.4% ; Le projet SIDA3 a mené pendant cinq ans au niveau de la Communauté urbaine de Niamey et de deux (2) sites dans la région de Tillabéry des activités de sensibilisation des Professionnelles de sexe mais aussi appuyer des structures de santé pour pouvoir effectuer le dépistage actif des IST et la prise en charge syndromique des IST. Quelques ONG/Associations ont aussi mené des activités de sensibilisation au niveau des sites miniers et certains sites frontaliers

### 3.4.6. Droits de la personne

Les atteintes aux droits humains entretiennent la pandémie du VIH/SIDA. Cette relation a été explicitement reconnue par l'Assemblée générale des Nations unies réunie en session spéciale, à l'occasion de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA en 2001.

Sur le plan international, le Niger a entre autres, ratifié le Pacte International relatif aux Droits Socio économiques et Culturels. Il doit donc satisfaire l'engagement international concernant le droit à la santé, qui stipule clairement que « toute personne a droit au meilleur état de santé physique et mentale, susceptible d'être atteint ». Ce droit englobe également l'accès aux facteurs déterminants de la santé notamment l'accès à l'éducation et à toutes informations relatives à la santé sexuelle et reproductive.

Une approche, basée sur les droits humains dans la lutte contre la pandémie du VIH SIDA, impose à l'Etat un certain nombre de devoirs. Ainsi, l'Etat, dans le cadre de la lutte contre la pandémie du VIH SIDA doit :

- s'assurer de l'égalité d'accès au traitement et aux informations pour les populations, particulièrement celles relatives à la prévention et au traitement de cette maladie ;
- corriger les informations erronées sur le VIH/SIDA surtout lorsqu'elles visent à stigmatiser les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Toutes les informations sur le VIH/ SIDA doivent être claires et précises et accessibles à l'audience ;
- protéger les femmes et surtout créer des conditions socio économiques pour qu'elles soient moins vulnérables ;
- assurer l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le développement de la société.

En outre, dans le cadre du traitement, l'Etat a l'obligation de garantir le droit au respect de la vie privée surtout la confidentialité des dossiers médicaux des patients. Ceci est d'ailleurs un facteur primordial qui encourage le dépistage. Ce dépistage doit être effectué avec le consentement éclairé de la personne concernée.

La constitution du Niger adoptée le 18 Juillet 1999 consacre les droits de l'homme :

- ✓ Article 10 : La personne humaine est sacrée
- ✓ Article 11 : Chacun a droit à la vie, à la santé, à la liberté, à l'intégrité physique et mentale, à l'éducation et à l'instruction dans les conditions définies par la loi

Sur le plan national le Niger dispose de la loi 2007-08 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) adoptée le 30 Avril 2007 et promulguée le 15 Juillet 2007. C'est une loi qui protège les personnes vivant avec le VIH de discriminations de toutes sortes. La loi 2007 08 stipule :

- ✓ en article 28 que les personnes infectées par le VIH jouissent des mêmes droits que les personnes séronégatives ou supposées saines
- ✓ en article 29 que tout acte de discrimination sous quelque forme que ce soit est interdit à l'égard d'une personne dont la séropositivité est réelle ou supposée , ainsi qu'à l'égard de sa famille
- ✓ en article 30 que les employeurs des secteurs publics semi public ou privé ne doivent en aucun cas exiger d'un ou des candidats un test de dépistage du VIH à l'occasion de tout concours ou tout recrutement

Le Niger a mis en place des politiques de services gratuits pour favoriser l'accessibilité à tous dans le domaine de la prévention, du traitement et des soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH et des programmes sont menés pour sensibiliser les populations en vue d'éviter la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

### 3.4.7. Participation de la société civile

La société civile a commencé à être impliquée avec l'avènement du Plan à Moyen Terme II qui est un plan multisectoriel et décentralisé 1994-1998. Cette participation à l'ensemble du processus de planification a démarré avec le processus de planification stratégique qui a abouti au cadre stratégique 2002-2006. Plusieurs ONG/Associations ont vu le jour et se sont regroupées en quatre réseaux : RAILS, ROASSEN, RENIP+ ANAL/SPT etc ..

Les ONG/Associations interviennent pour l'écrasante majorité au niveau de la sensibilisation et quelques unes 2 ou 3 au niveau de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Il y a des ONG/Associations internationales et des ONG /Associations nationales mais qui ont une envergure plutôt locale

La cartographie des ONG/Associations effectuée en 2006 a dénombré 106 ONG/Associations nationales intervenant dans le secteur de la santé. La société civile dans sa diversité a participé à toutes les étapes de l'élaboration du cadre stratégique 2008- 2012.

#### **Synthèse de l'évaluation<sup>20</sup> de la société civile par elle-même**

- ✓ Les ONG/Associations ont un regard positif de leur influence sur l'engagement des dirigeants et la formulation des politiques. Les ONG/Associations dans leur majorité estiment avoir participé au processus d'élaboration du cadre stratégique 2008-2012.
- ✓ Elles estiment que si les différents domaines de leurs activités sont suffisamment pris en compte dans le cadre stratégique au niveau du financement par le budget national cela reste très insuffisant.
- ✓ Les ONG/Associations estiment que la diversité de la société civile est prise en compte même si les efforts doivent se poursuivre en vue d'améliorer celle-ci.
- ✓ Les ONG/Associations estiment que des efforts sont faits pour les impliquer dans tous les domaines de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA même s'il les juge insuffisants.

Source : Indice composite des politiques nationales

---

<sup>20</sup> Source: Indice composite des politiques nationales

## IV. MEILLEURES PRATIQUES

### 4.1. En matière d'environnement socio-politique : Partenariat avec les chefs traditionnels

Le partenariat avec l'Association des Chefs Traditionnels du Niger (ACTN) et l'UNICEF a été fondamental pour attirer l'attention des populations et amener les gens à débattre publiquement et ouvertement les questions cruciales de mariage précoce et d'éducation de la jeune fille et d'autre part pour la mobilisation sociale durant les journées nationales de vaccination (JNV) couplées avec des Journées Nationales de Micronutriments (JNM). Ce partenariat a permis d'ajouter à l'agenda des chefs traditionnels des thèmes relatifs au Paludisme et aux IST/VIH/SIDA.

A titre d'exemple dans le domaine de l'éducation, notamment la scolarisation de la jeune fille et l'alphabétisation des femmes, les taux de scolarisation a progressé de trois (3) points entre 2000(34%) et 2001(37%).

Le taux de scolarisation des filles passe de 26,9% en 2000 à 29,6% en 2001. Ces résultats encourageants ont été rendus possibles grâce à une campagne agressive de sensibilisation et d'éducation civique sur la scolarisation de la fille notamment avec l'appui de l'Association des Chefs Traditionnels du Niger et des médias.

L'accord de partenariat avec l'ACTN a servi de catalyseur pour l'expansion du partenariat avec les organisations de la société civile, notamment locales. Cela a permis à l'UNICEF d'étendre sa présence et d'être capable de rendre des services de proximité grâce à la valeur ajoutée du travail de ONG et associations.

La signature du protocole d'accord avec l'ACTN a permis à partir de 2000, un partenariat original et porteur avec les représentants de l'autorité morale et religieuse du pays. L'engagement de 218 chefs traditionnels relayés par 14000 chefs de tribus, de villages et de quartiers dans les différentes activités de sensibilisation à travers des missions sur le terrain et des appels lancés à travers les canaux traditionnels et modernes de communication, a suscité un écho favorable auprès des communautés, ainsi que l'adhésion des populations aux objectifs du programme et autour des thèmes de santé, d'éducation et de protection de la mère et de l'enfant.

Grace aux efforts des chefs traditionnels, les portes se sont ouvertes à la vaccination, même dans les zones nomades difficiles d'accès, les filles sont plus nombreuses à aller et à rester à l'école, les femmes fréquentent les centres de santé; les populations sont plus sensibles aux conséquences du mariage précoce, à la menace du VIH/SIDA, aux droits de la femme et de l'enfant.

### 4.2. Alliance des religieux musulmans et chrétiens pour la lutte contre le VIH/SIDA au Niger (ARMC/SIDA)

C'est une innovation dans la lutte au Niger. Les leaders religieux de tous bords (musulmans toutes confessions confondues, catholiques et protestants) se sont mis d'accord pour créer une structure représentative et fédératrice pour lutter contre le SIDA. Cette association a élaboré un code de déontologie des religieux et un manuel/guide du religieux contenant des versets coraniques et bibliques servant de messages de prévention, de soins conseils, soutien psychosocial et spirituel aux PVVIH. Cette association a bénéficié d'un financement de AWARE/HIV d'un montant de 45000 dollars US.

#### 4.3. En matière de soutien socio-économique : Expérience du Projet Zonta

Le projet Microcrédit et Education sanitaire en matière de VIH/SIDA est financé par la fondation Zonta et Zonta International .Il est exécuté par CARE international au Niger et l'ONG Espoir dans 25 communautés de la zone de Bouza, région de Tahoua. C'est une région particulièrement affectée par l'insécurité alimentaire et le VIH/SIDA du fait de la forte migration des hommes vers les pays de la côte ouest africaine.

Le projet « Microcrédit et Education sanitaire en matière de VIH/SIDA » a été conçu pour aider à terme 7 200 femmes et enfants à réduire le risque lié aux IST/VIH/SIDA et ses conséquences physiques, sociales, économiques à travers les activités d'épargne crédit et d'éducation sanitaire. Cela devrait se faire à travers la création de 120 groupements d'intérêt économique et de réseaux d'assistance mutuelle ainsi que le renforcement des capacités d'organisations et de structures locales destinées à fournir des services socio-sanitaires diversifiés ( accès aux crédits, éducation sanitaire, prise en charge; plaidoyer). Après deux ans d'intervention, 170 groupements d'épargne crédit ont été mis en place regroupant 3435 femmes dont 2193 veuves et 1242 femmes vulnérables (célibataires, divorcées).

Sur les 170 groupements mis en place, 17 se sont disloqués suite à la crise alimentaire de 2005. 153 groupements sont donc fonctionnels et 21 ont obtenu leur reconnaissance juridique et 6 se sont déjà mis en réseau.

Le montant global mobilisé par les groupements est de 13 918 150 Fcfa dont 8 118 050 F pour les veuves, 319 femmes exercent des AGR grâce aux crédits octroyés par les groupements.

Exercées au titre des AGR collectives, les banques céréalieres mises en place ont joué un rôle de premier plan pour l'atténuation de la crise alimentaire à l'échelle communautaire.

Sur le plan individuel, les femmes de groupements ont acquis une plus grande ouverture d'esprit et des compétences pour s'exprimer en public. Elles s'impliquent plus facilement dans le processus de développement local à travers les actions d'intérêt communautaire.

Les actions éducatives menées par les femmes membres de groupements ont permis d'augmenter la participation d'autres femmes aux séances de sensibilisation et de toucher les cibles indirectes telles les hommes et les enfants. Ainsi, les 153 groupements et les leaders communautaires formés sont actifs et mènent chaque semaine des actions d'animation sur le VIH/SIDA qui ont permis de toucher environ 9407 personnes dont 8555 femmes et 852 hommes. Les discussions sont de plus en plus ouvertes sur la sexualité et le VIH/SIDA au niveau communautaire.

Les actions du projet ont permis de rehausser le niveau de connaissances et de perception du risque lié aux IST/VIH/SIDA. Différents témoignages venant du terrain rapportent l'adoption de comportements sécuritaires au sein des communautés cibles tels que la fréquentation des centres d santé au détriment des guérisseurs traditionnels, la gestion de la séropositivité et de la confidentialité au sein du couple, la stérilisation systématique des matériels piquants ou tranchants, le traitement des IST, l'utilisation du préservatif.

L'impact des séances de sensibilisation s'observe aussi chez les femmes mariées qui mentionnent avoir acquis la capacité de négocier l'utilisation de préservatif ou d'exiger le test de dépistage à leurs maris de retour d'exode.

En marge des actions du réseau, 31 groupes de soutien constitués de tous les représentants des groupements ont été mis en place. Ces groupes de soutien ont pour mission de fournir un support direct aux membres des groupements en matière de counseling, accompagnement et soutien financier. Les 31 groupes de soutien ont mis en place un fonds social pour faire face aux urgences sanitaires. Ainsi tout membre de la communauté peut cotiser et emprunter de l'argent sans intérêt pour faire face à des problèmes de santé.

La flexibilité du mécanisme de gestion de fonds donne la latitude à toute personne nécessitant une prise en charge sanitaire d'y accéder grâce au crédit souple. L'option de consentir des prêts pour soigner toute sorte de problèmes de santé est de nature à préserver l'anonymat des malades du SIDA et renforcer la lutte contre le stigma. Le fonds finance les évacuations sanitaires, les ordonnances médicales et les frais liés au traitement, au déplacement vers des centres de santé offrant des services appropriés. Pour le 1<sup>er</sup> semestre 2007 136 personnes, 67 femmes et 69 hommes ont bénéficié de prêts d'un montant de 964 500 Fcfa pour se faire soigner

## V .PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

### A/ Les obstacles rencontrés au cours de la période de l'établissement du rapport

Le présent rapport a été élaboré non sans difficultés. Il s'agit notamment de la collecte des données.

- 1- Les données sont dispersées : le système de suivi-évaluation n'étant pas encore opérationnel, la collecte des différents documents a été laborieuse
- 2- Les sites de surveillance sentinelle ne sont pas opérationnels
- 3- Les enquêtes de seconde génération à l'exception du groupe cible Professionnelles de sexe ne sont pas encore dans les pratiques
- 4- Les indicateurs UNGASS n'ont pas été pris en compte dans les différents rapports et enquêtes bien que datant de 2001.

### B/ Mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS

#### En matière de prévention

- 1- Etendre les services de dépistage du VIH au niveau le plus périphérique possible
- 2- Finaliser les plans opérationnels de communication par secteur et par cible
- 3- Prendre les décrets d'application de la loi 2007/08
- 4- Enseigner le VIH au niveau du Primaire (CM) dans un volet santé de la reproduction

#### En matière de soins et soutien

- 1- Faire la promotion du dépistage du VIH chez tout patient tuberculeux et IST
- 2- Recueillir auprès des patients les informations qui vont permettre d'apporter un soutien aux personnes affectées et ou infectées

#### En matière de financement :

Les bases de données des sources de financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA doivent intégrer la ventilation telle que proposée par l'indicateur 1 UNGASS

#### En matière de suivi évaluation

#### 1- *Intégration des Indicateurs UNGASS dans le Cadre Stratégique National*

Le nouveau cadre stratégique a été conçu pour pallier dans sa mise en œuvre, aux insuffisances constatées en vue de renseigner à l'avenir les indicateurs UNGASS qui sont par ailleurs ceux retenus pour le suivi/évaluation du cadre stratégique national.

La validation dudit cadre est intervenue lors de la session du Conseil National de Lutte contre le SIDA tenue à Niamey du 27 au 28 novembre 2007. L'ouverture de cette session a été placée sous la présidence de Son Excellence Tandja Mamadou, Président de la République, Président du Conseil National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Le nouveau cadre stratégique a redéfini les rôles et responsabilités des acteurs. Le Niger a opté pour l'accès universel ; cette stratégie vise effectivement à créer les conditions pour un large accès des populations aux différentes prestations en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA.



## **2- Vulgarisation des Indicateurs UNGASS**

La direction du suivi-évaluation de la CISLS, le responsable du suivi-évaluation de l'unité sectorielle santé et les points focaux des ministères doivent veiller à ce que tous les rapports et enquêtes prennent en compte les Indicateurs UNGASS.

## **3- Mise en place d'un fluxogramme pour la circulation de l'information**

La direction du suivi-évaluation de la CISLS, en collaboration avec les intervenants de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, y compris les ONG/Associations doit s'atteler à la mise en place d'un système permettant de suivre et d'évaluer les activités de lutte contre le VIH/SIDA sur l'ensemble du territoire national.

## **4- Evaluation annuelle des indicateurs**

Cela permet au besoin d'amener les correctifs nécessaires par rapport aux différents domaines assez rapidement.

### **Mesures correctives prévues dans le nouveau cadre stratégique 2008-2012**

Le cadre Stratégique 2008- 2012 vise l'atteinte de l'accès universel de proximité d'ici 2012.

En matière de prévention et de soutien socio économique certaines cibles ont été prises en compte et certains indicateurs reformulés ce qui permettra au prochain rapport de progrès UNGASS d'être plus et mieux renseigné.

#### **En matière de Prévention :**

On remarque

- ✓ que les homosexuels et les toxicomanes ont été pris en compte au niveau de l'axe stratégique 1,
- ✓ que la promotion de l'utilisation du préservatif va s'accroître au niveau de tous les groupes prioritaires au niveau de l'axe stratégique 3 et
- ✓ que l'accessibilité aux services de Conseil dépistage volontaire va être renforcée au niveau de l'axe stratégique 7.

Le dépistage du VIH sera systématique chez les tuberculeux et les patients IST

**Utilisation du préservatif :** un accent sera mis sur le Marketing Social parmi les groupes prioritaires identifiés (à risque majeur et vulnérable) et parmi la population générale.

#### **Promotion du conseil dépistage volontaire, confidentiel et gratuit**

Avec comme résultats attendus : 50% de la population bénéficie d'un accès facile au CDVC et augmentation de pourcentage de la population qui fait le test et connaît leur statut

#### **En matière de Soutien socio économique**

Un accent particulier va être mis pour soulager les individus, les familles et les communautés

## VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

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. Le SNU apporte un appui technique aux organes de coordinations et de mise en œuvre.
- 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 ONGs 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 cumulé des différents partenaires pour aider à la mise en œuvre du Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PMLS) est allé de façon croissante ces trois dernières années. L'apport financier le plus important est réalisé par la Banque Mondiale à travers un crédit IDA d'un montant de 25 millions de dollars américains sous forme de don, et le Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le SIDA et le Paludisme, d'un montant de 11,98 millions de dollars américains.

- Les domaines couverts par ces financements figurent dans le tableau ci-dessous :

**Tableau XIV: Domaines et zones d'intervention des agences du SNU (cf agences)**

REGIONS	Prévention	Soins / Conseils	Soutien économique	Organisation
Agadez	UNFPA, UNICEF	UNICEF	UNFPA	UNFPA, UNICEF
Niamey	UNFPA, UNICEF	UNICEF	PAM, UNFPA	UNICEF, PNUD
Diffa	UNFPA		UNFPA	
Dosso	UNFPA		UNFPA	
Maradi	UNFPA, UNICEF	OMS, UNICEF	UNFPA	OMS
Tahoua	UNFPA, UNICEF	UNICEF	UNFPA	UNFPA, UNICEF
Tilabéri	UNFPA		UNFPA	
Zinder	UNFPA, UNICEF	UNICEF	UNFPA	

Source : Agences SNU

Le Niger a bénéficié de l'appui des partenaires au développement pour la mise en œuvre de son plan national multisectoriel 2002-2006.

### 1- Appui technique

Les partenaires au développement ont apporté un appui technique tant pour l'élaboration des stratégies que pour le suivi /évaluation du plan national multisectoriel. Actuellement, dans le cadre du Fonds Mondial, une assistante technique est mise à la disposition de la CISLS et le Niger vient de se voir affecter un coordonnateur ONUSIDA.

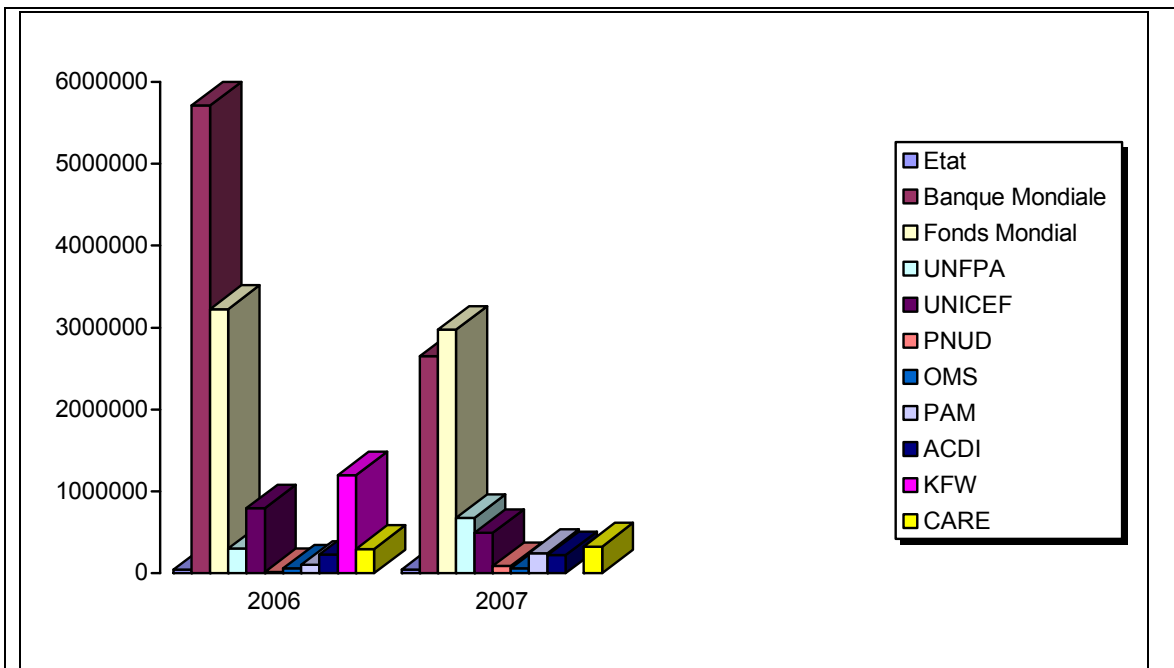
### 2- Appui financier

Les ressources mobilisées proviennent essentiellement de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial (3<sup>ème</sup> round).

Entre 2002 et 2007, le Niger a bénéficié de ressources financières importantes provenant de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme pour la mise en œuvre de son plan national multisectoriel. Les autres partenaires sont : OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD, KFW, CCISD.

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.

**Figure 13 : Fonds mobilisés pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA au Niger**



Source : Requête Niger 7<sup>ème</sup> round Fonds Mondial

## VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI-EVALUATION

Le suivi /évaluation est un des domaines qui reste à développer en vue de permettre à la coordination nationale du programme SIDA de renseigner de manière aisée les différents indicateurs retenus dans le cadre stratégique national 2008-2012. Les indicateurs UNGASS ont été retenus. Le processus de finalisation du système de Suivi-Evaluation est en cours et arrivera à termes en début du mois de janvier 2008 avec la validation du « Dispositif de Suivi-Evaluation de la réponse nationale ».

- *Description de la composante « suivi-évaluation »<sup>21</sup>*

Le schéma directeur S&E s'articule autour de deux systèmes :

- (i) **Le système de suivi/surveillance de l'épidémie** qui comprend trois sous systèmes :
  - La surveillance biologique et comportementale ;
  - La surveillance de l'impact social ;
  - La recherche épidémiologique.
- (ii) **Le système de suivi de l'exécution** qui comprend deux sous systèmes :
  - *Le suivi des activités*, qui doit jouer un rôle important en matière d'octroi de fonds, en vue de soutenir l'ensemble des activités de prévention, de soins et de réduction de l'impact du VIH/SIDA. Il constitue habituellement *la partie la moins développée* et nécessite une attention plus particulière ;
  - *Le suivi de la gestion financière*, qui doit être impérativement couplé au suivi des activités.

- *Mode de surveillance selon le type d'épidémie*

Selon ce type de classification, le Niger est de type «*épidémie concentrée*<sup>22</sup>» mais de limite supérieure pouvant laisser craindre un stade réel d'épidémie généralisée.

La surveillance porte à la fois sur le suivi de l'infection dans les groupes à risque et sur les liens comportementaux entre les membres de ces groupes à risque et la population générale. Le choix des indicateurs de suivi évaluation doit être orienté dans ce sens.

- *Production des indicateurs en fonction des systèmes*
  - (i) Les indicateurs d'effets et d'impact sont généralement alimentés par la surveillance biologique et comportementale;
  - (ii) Les indicateurs de résultats sont issus du suivi des activités de programme ;
  - (iii) Les indicateurs de processus sont produits par l'ensemble des intrants nécessaires à la mise en œuvre des projets (ressources humaines, matérielles et financières), formations etc.

---

<sup>21</sup> Source : Cadre Stratégique National 2008-2012

<sup>22</sup> **Epidémie concentrée:** (i) le VIH s'est rapidement répandu dans une sous population définie, mais n'est pas installé dans la population générale. Ce niveau épidémique laisse à penser qu'il existe des réseaux actifs de risque au sein de la sous population. Le devenir de l'épidémie est déterminé par la fréquence et la nature des liens entre les sous populations hautement infectées et la population générale ; (ii) approximation numérique : La prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 5% dans au moins une sous population définie. **La prévalence du VIH est inférieure à 1% chez les femmes enceintes des zones urbaines**

## Annexes

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

#### Chronogramme des activités pour l'élaboration du Rapport national UNGASS 2008 - NIGER

N°	Activités	Dates	Nombre de participants	Budget	Responsables
1	Arrivée du Consultant Régional pour la préparation et la facilitation de l'atelier d'orientation UNGASS 2008	08-19/10/2009			ONUSIDA
2	Mobilisation du Consultant Régional pour la préparation et la facilitation de l'atelier d'orientation UNGASS 2008		4		CISLS/ONUSIDA
3	Briefing sur le processus UNGASS 2008	09/10/2007	5		CISLS/ONUSIDA
4	Mise en place d'un groupe de travail et d'une équipe technique restreinte chargée de préparer le processus UNGASS, de collecter les données et de la compilation du Rapport national	10-1	4		Consultant Régional/CISLS/ONUSIDA
5	Lancement du processus UNGASS 2008	15/10/2007	45-60 personnes		CISLS/ONUSIDA
6	Organisation de l'atelier d'orientation avec toutes les parties prenantes	15-16/10/2007	45-60 personnes		CISLS/ONUSIDA/Consultant Régional
7	Définition et validation des Termes de Référence du Groupe de Travail et de l'Equipe Technique Restreinte/Division des tâches/responsabilités	16/10/2007	5 personnes sous la supervision du Coordonnateur CISLS		Coordonnateur CISLS/ONUSIDA/Consultant Régional/Groupe de Travail
8	Collecte et saisie des données (sur Excel)	17/10-10/11/2007	6 personnes		Equipe Technique Restreinte sous la supervision du Directeur S&E/CISLS
9	Mobilisation d'un consultant national pour appuyer le processus d'élaboration du rapport	17-30/10/2007	1 personne sous la supervision du UCC		CISLS/ONUSIDA
10	Analyse, commentaires et validation des premiers résultats	12-15/11/2007	45-60 personnes		Groupe de Travail
11	Envoi du document Excel à RST/WCA à Dakar	16/11/2007			CISLS/ONUSIDA
12	Participation à l'atelier régional M&E à Dakar	23-27/11/2007	2 personnes : Coordonnateur CISLS et UCC/ONUSIDA		

13	Restitution de l'atelier régional M&E de Dakar	04/12/2007			CISLS/Coordinateur Equipe Technique Restreinte
14	Rédaction du Rapport narratif	04-16/12/2007	1 Consultant national sous la supervision du Coordinateur de l'Equipe Technique Restreinte		CISLS/ONUSIDA
15	Appui à la finalisation du rapport narratif	17-22/12/2007			CISLS/ONUSIDA/Consultant Régional
16	Validation du rapport narratif	27/12/2007	45-60 personnes		Groupe de travail
17	Finalisation et Publication du rapport narratif	29/12/2007			CISLS/ONUSIDA

## Annexe 2 : Liste de membres du groupe de travail

Noms-Prénoms	Fonction & Structure	Contacts téléphoniques	Adresse E-mail
Mr Ali Badara Tchombiano	Directeur Suivi/Evaluation CISLS		
Assane Hassan	Assistant S-E/CISLS	96 36 13 14	<a href="mailto:hassanetawey@yahoo.fr">hassanetawey@yahoo.fr</a>
Bako Bagassa	Marketing Social/Projet SIDA-Animas-SUTURA	96 97 81 87	<a href="mailto:bbagassa@yahoo.fr">bbagassa@yahoo.fr</a>
Mme Magagi Amsatou	Directrice de la Communication CISLS	96 25 11 31	<a href="mailto:Absatoumag2001@yahoo.fr">Absatoumag2001@yahoo.fr</a>
Dr Ballé Boubakar	DGSP/Ministère de la Santé Publique	96 99 43 96	<a href="mailto:balleboubakar@yahoo.fr">balleboubakar@yahoo.fr</a>
Dr Attiné Zakou	CISLS/Directeur Appui Secteur santé	96 29 70 23	<a href="mailto:attinezakou@yahoo.fr">attinezakou@yahoo.fr</a>
Mr Oumarou Kabirou	Anal/SPT	96 87 04 93	<a href="mailto:kabirou@yahoo.fr">kabirou@yahoo.fr</a>
Mr Salifou Laouali	Anal/SPT	96 55 71 21	<a href="mailto:salifou@yahoo.fr">salifou@yahoo.fr</a>
Mr Ada Kassoum	MFPFT	96 89 73 58	
Dr Aïssatou Dieng	Assistante Technique CISLS	96 71 95 66	<a href="mailto:Aissatou.Dieng1@cionline.de">Aissatou.Dieng1@cionline.de</a>
Mme Stéphanie Tchiombiano	Solthis	96 99 66 54	<a href="mailto:Stéphanie.Tchiombiano@solthis.org">Stéphanie.Tchiombiano@solthis.org</a>
Dr Diallo Sanata	UNFPA	96 96 24 09	<a href="mailto:sdiallo@unfpa.org">sdiallo@unfpa.org</a>
Dr Massaoudou Zeinabou	Sida 3 Niger	96 59 95 41	<a href="mailto:azeina@intnet.ne">azeina@intnet.ne</a>
Mme Djibo Halimatou	DONG/ASS/CISLS	96 87 46 69	<a href="mailto:halimatoudjibo@yahoo.fr">halimatoudjibo@yahoo.fr</a>
Mme Moumouni Dioffo Haoua	CRLS/NY	96 40 30 88	<a href="mailto:haouaoumd@yahoo.fr">haouaoumd@yahoo.fr</a>
Pasteur Labo Soumaïla	V.Président ARMC/SIDA	96 88 15 78	<a href="mailto:labosoumaïla@yahoo.fr">labosoumaïla@yahoo.fr</a>
Mr Bino Jean	Coordonnateur Comité Sectoriel Ministère Tourisme	96 87 73 34	<a href="mailto:Jean_Bino@yahoo.fr">Jean_Bino@yahoo.fr</a>
Mr Hayo Toro	Coordonnateur Comité Sectoriel /MAT DC	96 49 84 63	<a href="mailto:hayo_toro@yahoo.fr">hayo_toro@yahoo.fr</a>
Mr Daniel J. Lopez	CSLS/Ministère de l'Éducation	96 50 18 51	<a href="mailto:Abbakallomi2007@yahoo.fr">Abbakallomi2007@yahoo.fr</a>
Mr Maman Iro	CS/MH	96 27 36 70	<a href="mailto:m_iro1@yahoo.fr">m_iro1@yahoo.fr</a>
Dr Nassirou Abdoulkarim	LFA/Fonds Mondial	96 50 21 32	<a href="mailto:anassirou@netcourrier.com">anassirou@netcourrier.com</a>
Dr Bart Vanhauwere	LFA/Fonds Mondial	96 35 03 28	<a href="mailto:Bart.vanhauwere@wanadoo.fr">Bart.vanhauwere@wanadoo.fr</a>
Mr Issa Kanta	ULSS/SG/MSP	96 96 38 54	<a href="mailto:ikanta@intnet.ne">ikanta@intnet.ne</a>
Mme Harouna Zoubeide	CNTS	96 10 04 40	<a href="mailto:mzoubeide@yahoo.fr">mzoubeide@yahoo.fr</a>
Mme Moumouni Mintou	CISLS	96 98 12 29	<a href="mailto:yaramintou@yahoo.fr">yaramintou@yahoo.fr</a>
Cheikh Yahaya	ARME/SIDA	27 74 24 78	
Mr Tahirou Adama	AJPE	93 20 20 66	
Mr Adamou Sandi	AJFS	94 34 38 72	
Mr Abdoua Kanta	Conseiller P.R.	96 28 79 41/20 72 32 87	
Mme Manou Saadia	CS/MJ/GS	96 88 13 02/20 72 39 69	
Mr Abdoulaye Keïta	DST/CDN	93 20 91 72	
Mr Seydou Ouaba	AFASI	96 03 62 44	

Mme Koffi Mariama	Ministère Populations Réformes sociales (MP/RS)	96 88 82 61	
Mme Issa Mariama Samba	RENIP+	96 67 68 37	
Mr Goumaam Ibrahima	CSLS/MUHC	96 98 03 24	
Mr Chaibou Gourmantché	CS/MC	20 72 44 67/21 79 38 57	
Mme Segui Aïssa	PTME/DSR	96 39 88 78/20 74 21 04	<a href="mailto:Cg_chaibou@yahoo.fr">Cg_chaibou@yahoo.fr</a> ; <a href="mailto:aichag25@yahoo.fr">aichag25@yahoo.fr</a>
Mr Saley Mato	CS/MCIIN	96 87 30 18/93 80 10 10/20 73 58 86	
Mr Sissoko Ibrahim	Rail/SIDA/IST-Niger	96 87 99 16	<a href="mailto:railniger2001@yahoo.fr">railniger2001@yahoo.fr</a>
Mme Adama Seyni	ONDPH	96 47 74 49	<a href="mailto:Adama_1966@yahoo.fr">Adama_1966@yahoo.fr</a>
Mr Samaila Mamadou	AJVD/Missali	96 87 31 14	<a href="mailto:Ajvdmissali2005@yahoo.fr">Ajvdmissali2005@yahoo.fr</a>
Mr Harouna Moussa Hamadataher	ANDDH	96 96 70 02	<a href="mailto:Hamadataher56@yahoo.fr">Hamadataher56@yahoo.fr</a>
Dr Eugène GBEDJI	CCISD	96 59 81 01	<a href="mailto:egbedji@intnet.ne">egbedji@intnet.ne</a>
Dr Albert Tshiula	RENIP+	96 87 60 81	<a href="mailto:Albert.tshiula@gmail.com">Albert.tshiula@gmail.com</a>
MLC Adam Moussa	MDN/Coordonnateur	96 49 89 80	<a href="mailto:Delayir2@yahoo.fr">Delayir2@yahoo.fr</a>
MrSalifou Boukassim	CS/MRA	94 84 97 94	
Mme IDDE Hadiara	MPF/PE	96 89 68 14	
Mme SOGA Fati	MME	96 49 33 07	<a href="mailto:fatisaga@yahoo.fr">fatisaga@yahoo.fr</a>
Dr Hama Balkissa	OMS	96 96 71 90	<a href="mailto:hamab@ne.afro.who.int">hamab@ne.afro.who.int</a>
Dr Adehossi Eric	Université Abdou Moumouni...	96 97 21 14	<a href="mailto:eadehossi@yahoo.fr">eadehossi@yahoo.fr</a>



Annexe 3 : Liste des membres de l'équipe technique restreinte pour l'élaboration du rapport pays UNGASS 2008

REPUBLIQUE DU NIGER

-----

Fraternité - Travail - Progrès

-----

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

-----

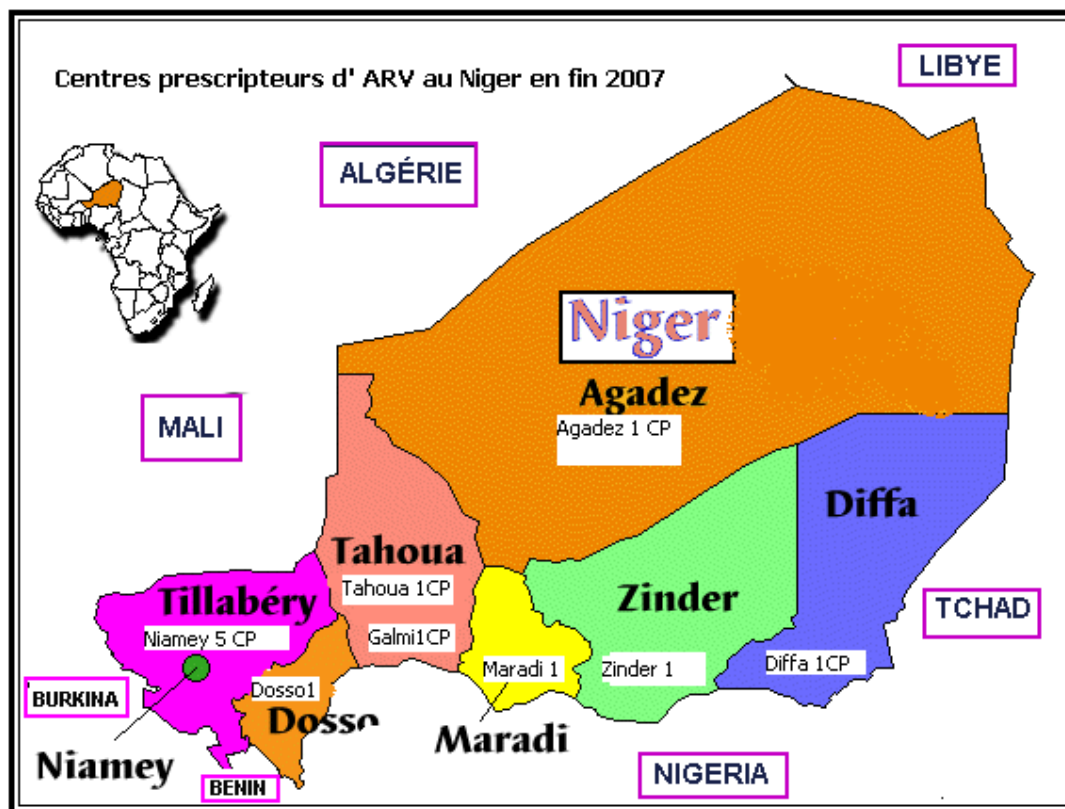
Coordination Intersectorielle de Lutte  
Contre les IST/VIH/SIDA

N°	Nom/Prénom	Fonction & Structure	Contacts téléphoniques	Adresse e-mail
1.	Mr Assane Hassane	Assistant en Suivi-Evaluation/ CISLS	96 36 13 14	<a href="mailto:hassanetawey@yahoo.fr">hassanetawey@yahoo.fr</a>
2.	Mr Ali Badara Thiombiano	Directeur du Suivi-Evaluation /CISLS	93 24 58 25	<a href="mailto:alibadarath@yahoo.fr">alibadarath@yahoo.fr</a>
3.	Dr Albert Tshiula	RENIP+	96 87 60 81	<a href="mailto:Albert.tshiula@gmail.com">Albert.tshiula@gmail.com</a>
4.	Mr Boubou Mamoudou	RENIP+	96 29 73 12	<a href="mailto:renipniger@yahoo.fr">renipniger@yahoo.fr</a>
5.	Mme Iddé Hadiara	Ministère de la Promotion de la Femme/ Protection de l'Enfant	96 98 68 14	-
6.	Mr Harouna Hamadataher	ANDDH	96 96 70 02	<a href="mailto:hamadataher56@yahoo.fr">hamadataher56@yahoo.fr</a>
7.	Mr Goumey Younoussi	DCIP/MEN	93 80 42 15	<a href="mailto:gyounoussi@yahoo.fr">gyounoussi@yahoo.fr</a>
8.	Mr Argoze Moussa Koura	DSEDS/INS	96 49 05 68	<a href="mailto:margoze@ins.ne">margoze@ins.ne</a>
9.	Dr Daouda Hassane	DSSE/R/MSP	96 97 85 83	<a href="mailto:wazzadh@yahoo.fr">wazzadh@yahoo.fr</a>
10.	Mr Issa Kanta	ULSS/MSP	96 96 38 54	<a href="mailto:ikanta@intnet.ne">ikanta@intnet.ne</a>
11.	Dr Hama Balkissa	OMS	96 96 71 90	<a href="mailto:hamab@ne.afro.who.int">hamab@ne.afro.who.int</a>
12.	Dr Eric Verschueren	Coordonnateur ONUSIDA Niger	96 44 67 12	<a href="mailto:verschuerene@unaids.org">verschuerene@unaids.org</a>

#### Annexe 4 : Facilitateurs

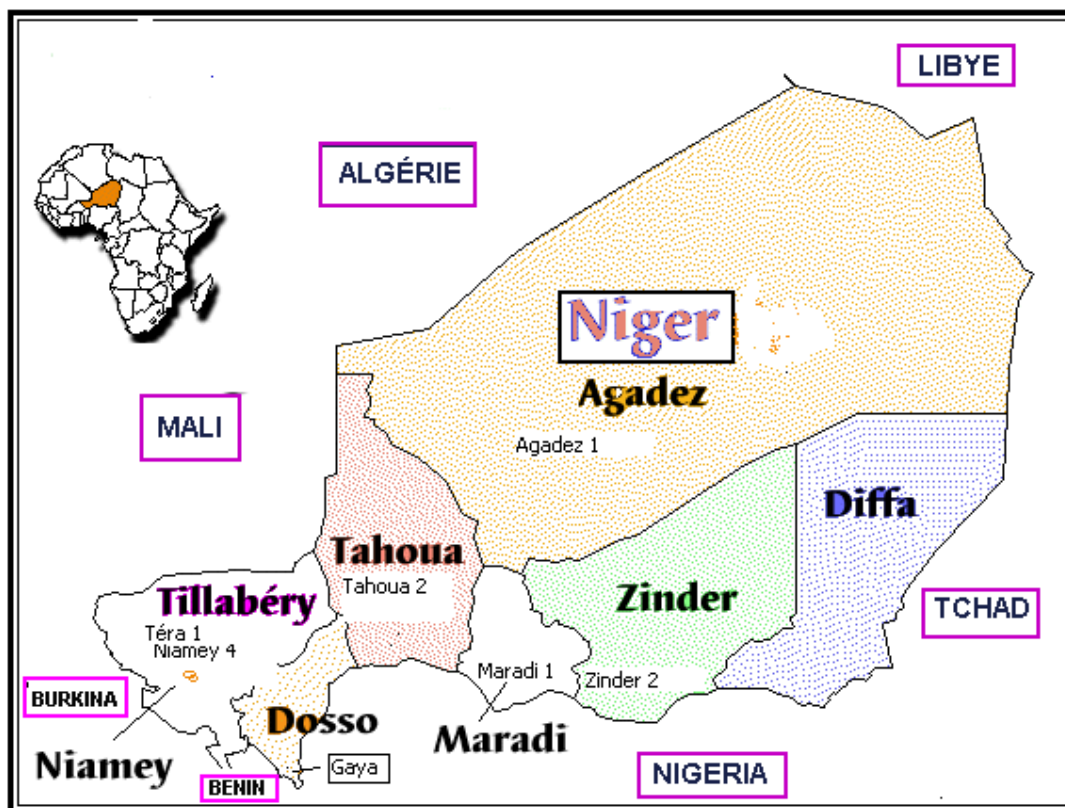
Nom/Prénom	Structure	Téléphone	e- mail
Dr Abdou Aboubacar	CNR/IST/DOS/MSP	96 34 36 51 et 93 92 77 20	<a href="mailto:abouabdoucheck@yahoo.fr">abouabdoucheck@yahoo.fr</a>
Dr Ballé Boubakar	DGSP/MSP	96 99 43 96	<a href="mailto:balleboubakar@yahoo.fr">balleboubakar@yahoo.fr</a>

Annexe 5 : Centres prescripteurs d'ARV



CP : centre prescripteur

Annexe 6 : Centres de conseils dépistage volontaire



Centres de conseil dépistage volontaire au Niger en 2007  
NB: Tous les hopitaux nationaux , régionaux et de district sont en mesure de réaliser le conseil dépistage volontaire

Annexe 7 : REPARTITION DES SITES PTME AU NIGER EN FIN 2007 , PAR REGION ET PAR DISTRICT

Agadez	DIFFA	DOSSO	MARADI	NIAMEY	TAHOUA	TILLABERY	ZINDER
District Sanitaire d'Agadez	DISTRICT DIFFA	DISTRICT DOSSO	District Sanitaire de Maradi	District Sanitaire Niamey I	District Sanitaire de Tahoua	DistrictSanitaire de Tillaberi	District Sanitaire de Zinder
Centre	CSI Urbain Diffa	DISTRICT BOBOYE	17 Portes	Tondibia	CSI Garkawa	CSI Tillaberi	Birni
Dagmanett	CHR Diffa	DISTRICT DOUTCHI	Andoumé	Goudel	M. Tassigui	CSI Ayarou	Sabongari
CNSS	District Nguigmi	DISTRICT GAYA	CNSS1	Mat Dar es salam	CSI M AMARE	HD	Dispensaire
Sabongari	CSI Nguigmi	DISTRICT LOGA	CNSS2	Yantala haut	CSI WADATA	3	Stade
CHR	District Mainé	5	ANBEF	Mat Yantala haut	CSI CNSS	DistrictSanitaire de Kollo	Zengou
FAN	CSI Mainé		PL du Chef	Recasement Yantala	ANBEF	CSI Kollo	Chare Zamna
6	CSI GOUDOUMARIA		S.Gari	Lazaret	KOUFANE	HD	Mat Centrale
District Sanitaire d'Arlit	7		ALI Saibou	Foulankouira	7	2	FAN
CSI Arlit			CHR	Yantala bas	DISTRICT DE KEITA	DistrictSanitaire de Filingué	8
HD			9	Dezeibon	MAT DE KEITA	CSI Filingué	Distict Sanitaire de Mirriah
2			District Sanitaire de Madarounfa	Mat Boukoki	CSI DE TAMASKE	CSI Bonkoukou	CSI route Gouna
			CSI de Madarounfa	CSI Boukoki	2	CSI Damana	Bilmari
			Dan Issa	CSI Garde Rép	DISTRICT ABALAK	CSI Abala	Maternité
			2	Maternité Gazobi	CSI D'ABALAK	CSI Balayara	3
			District Sanitaire D'Aguié	14	1	HD	Distict Sanitaire de Matamèye
			CSI d'Aguié	District Sanitaire Niamey II	DISTRICT TCHINTA	6	CSI Matameye
			HD	Madina	CSI DE TCHINTA	DistrictSanitaire de Say	HD
			2	Wadata		CSI Say	2
			District Sanitaire de Tessaoua	Saga		HD	Distict Sanitaire de Tanout

			CSI Tessaoua	Talladjé	1	CSI Torodi	CSI Tanout
			HD	Nouveau Marché	District Sanitaire de Konni	Gantchi Bassarou	HD
			2	Gamkallé	CSI Konni	5	2
			District Sanitaire de Mayahi	Abidjan	Hôpital de Galmi	District Sanitaire de Téra	District Sanitaire de Gouré
			CSI Mayahi	Banifandou	MALBAZA	CSI Téra	CSI Gouré
			HD	Aéroport I	DOGUEREWA	HD	Maternité Gouré
			2	Aéroport II	HD	CSI Komabangou	2
			District Sanitaire de G.ROUMDJI	Banigoungou	5	CSI Gothèye	District Sanitaire de Magaria
			CSI G.Roumdji	CNSS Kalley	District Sanitaire d'Illéla	4	HD Magaria
			HD	Camp Bano	CSI Illéla	District Sanitaire de Ouallam	CSI Magaria
			2	CSI FAN	HD	CSI Ouallam	2
			District Sanitaire de Dakoro	CSI République	2	HD	
			CSI Dakoro	CHR NY	District Sanitaire de Bouza	2	
			HD	16	CSI BOUZA		
			2	District Sanitaire Niamey III	HD		
				Mat Gawèye	2		
				CSI Gawèye	District Sanitaire de Madaoua		
				CSI Zarmagandèye	CSI Madaoua		
				CSI Karadjé	HD		
				Mat Lamordé	2		
				CSI Lamordé			
				CSI Saguia			
				7			

