



REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité Travail Progrès

-----000-----

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE



CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

COORDINATION INTERSECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA

-----000-----

Suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011

RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA RIPOSTE AU SIDA AU NIGER 2012

Période considérée: Janvier 2010 - Décembre 2011

Date de soumission du rapport : 02 avril 2012



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 4 |
| I. Aperçu de la situation | 4 |
| 1.1 Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport | 4 |
| 1.2 Situation actuelle de l'épidémie | 5 |
| 1.3 Riposte au plan politique et programmatique | 5 |
| 1.3.1 Au plan politique | 5 |
| 1.3.2 Au plan programmatique | 6 |
| 1.3.3 Récapitulatif des indicateurs sous forme de tableau..... | 6 |
| II. Aperçu de l'épidémie de sida..... | 12 |
| 2.1 Prévalence des IST | 12 |
| 2.2 Prévalence du VIH | 13 |
| 2.2.1 Prévalence du VIH au sein de la population générale | 13 |
| 2.2.2 Sites de surveillance sentinelle Professionnelles de sexe (PS)..... | 13 |
| 2.2.3 Prévalence du VIH chez les autres populations | 14 |
| III. Riposte nationale à l'épidémie du sida | 14 |
| 3.1 Mobilisation des ressources et planification | 14 |
| 3.2 Prévention | 15 |
| 3.3 Traitement, soins et soutien | 15 |
| IV. Meilleures pratiques | 18 |
| 4.1 La journée mondiale du sida au Niger..... | 18 |
| 4.2 Initiative à Base Communautaire pour la Prévention du sida au Niger..... | 18 |
| V. Principaux obstacles et mesures correctives | 18 |
| 5.1 Principaux obstacles | 18 |
| 5.2 Mesures correctives | 19 |
| VI. Soutien des partenaires du développement | 20 |
| VII. Suivi et évaluation..... | 21 |
| 7.1 Système actuel de suivi et évaluation (S&E)..... | 21 |
| 7.2 Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre d'un système de S&E complet | 22 |
| 7.3 Mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés | 22 |
| 7.4 Besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de S&E. | 22 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|----------|---|
| AGR | : Activité Génératrice de Revenus |
| ANDDH | : Association Nigérienne de Défense des Droits de l'Homme |
| ARV | : Antirétroviraux |
| BM | : Banque Mondiale |
| CCC | : Communication pour un Changement de Comportement |
| CCM | : Instance Nationale de coordination des subventions accordées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme |
| CDI | : Consommateurs de Drogues Injectables |
| CDVC | : Conseil Dépistage Volontaire et confidentiel |
| CISLS | : Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/Sida |
| CNTS | : Centre National de Transfusion Sanguine |
| CPN | : Consultation Périnatale |
| CRISLS | : Coordination Régionale Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/Sida |
| CSN | : Cadre Stratégique National |
| CTA | : Centre de Traitement Ambulatoire |
| DASS | : Direction d'Appui au Secteur Santé / CISLS |
| DASN | : Direction d'Appui au Secteur Non Santé / CISLS |
| DCOM | : Direction de la Communication / CISLS |
| DONG/ASS | : Direction d'Appui aux ONG et Associations / CISLS |
| DRSP | : Direction Régionale de Santé Publique |
| DSS/RE | : Direction des Statistiques, de la Surveillance épidémiologique et de la Riposte aux Epidémies |
| EDSN | : Enquête démographie et de Santé du Niger |
| FAO | : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| FDS | : Forces de Défense et de Sécurité |
| GIN/PDSS | : Groupement d'Intervention au Niger Pour le Développement Social et Sanitaire |
| GTO | : Groupe Thématique ONUSIDA |
| GTT – SE | : Groupe Technique de Travail en Suivi Evaluation |
| HSH | : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes |
| ICPN | : Indice Composite des Politiques Nationales |
| IDA | : Agence International pour le Développement |
| IEC | : Information, Education et Communication |
| INAARV | : Initiative Nigérienne pour l'Accès aux Antirétroviraux |
| INS | : Institut National de la Statistique |
| IO | : Infections Opportunistes |
| IST | : Infections Sexuellement Transmissibles |
| LFA | : Local Fund Agent |
| OBC | : Organisation à Base Communautaire |

| | |
|---------|--|
| OEV | : Orphelin et Enfant Vulnérable |
| OMD | : Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| OSC | : Organisation de la Société Civile |
| PNUD | : Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PS | : Professionnelle de Sexe |
| PVVIH | : Personne Vivant avec le VIH |
| REDES | : Estimation des Flux des Ressources et des Dépenses Nationale de Lutte contre le sida |
| RENIP+ | : Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH |
| SDRP | : Stratégie Accélérée de Développement et de Réduction de la Pauvreté |
| S&E | : Suivi & Evaluation |
| SIDA | : Syndrome d'Immuno Déficience Acquis |
| SNU | : Système des Nations Unies |
| SOLTHIS | : Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida |
| SSG | : Surveillance de Seconde Génération |
| ULSS | : Unité de Lutte Sectorielle Santé contre les IST/VIH/Sida |
| UNGASS | : Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| UNFPA | : Fonds des Nations Unies pour la Population |
| VIH | : Virus d'Immuno-Déficience Humaine |

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES:

| | |
|-------------|---|
| Tableau 1 | : Récapitulatif des indicateurs GARP 2012 |
| Tableau 2 | : Evolution des données des sites PTME de 2004 à 2011 |
| Tableau 3 | : Séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles chez les PS par région au Niger, SSN 2009 |
| Tableau 4 | : Patients sous ARV à la date du 31 Décembre 2010 |
| Tableau 5 | : Répartition des patients sous ARV selon le sexe, l'âge et les sites prescripteurs à la date du 31 Décembre 2011 |
| Graphique 1 | : Estimations et projections de nouvelles infections et des décès dus au sida. Rapport national Estimations/projections VIH/Sida. Niger. Juin 2010 |
| Graphique 2 | : Evolution des cas d'IST pris en charge de 2000 à 2011 au Niger |
| Graphique 3 | : Evolution de la file active au Niger de 2004 à 2011 |
| Figure 1 | : Distribution de la séroprévalence du VIH selon la région au Niger chez les PS, les femmes enceintes (FE). Surveillance sentinelle 2009. Aperçu de la prévalence dans les pays frontaliers chez les adultes de 15-49 ans selon les estimations ONUSIDA/OMS (2010) ¹ |

¹Revue du cadre stratégique national

Introduction

Dix ans après la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS)², qui a fait date, les progrès ayant été réalisés ont été examinés à l'occasion de la Réunion de Haut Niveau de l'Assemblée Générale de l'ONU de 2011. Ils ont adopté une nouvelle Déclaration politique sur le VIH/sida qui inclut de nouveaux engagements et de nouveaux buts.

La Déclaration de 2011 s'appuie sur les deux déclarations politiques précédentes : la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006. Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001, les États membres avaient adopté à l'unanimité une Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cette déclaration reflétait le consensus mondial sur un cadre complet pour réaliser le sixième Objectif du Millénaire pour le développement : stopper et commencer à renverser l'épidémie du sida d'ici 2015. Elle a reconnu la nécessité d'une action multisectorielle sur plusieurs fronts, et elle s'est penchée sur les ripostes mondiale, régionale et nationale visant à prévenir les nouvelles infections à VIH, à étendre l'accès aux soins sanitaires et à amenuiser l'impact de l'épidémie.

L'ONUSIDA demande aux États membres de l'ONU de continuer à établir des rapports d'activité sur la riposte au sida dans leur pays. En 2010, 182 États membres dont le Niger sur les 192 que compte l'ONU ont établi un rapport sur les progrès qu'ils avaient réalisés. Les rapports nationaux reçus par l'ONUSIDA, au nom du Secrétaire Général, ont été utilisés pour établir régulièrement des rapports d'activité sur les progrès réalisés, comme la Déclaration politique l'a prévu. Le rapport 2012 intervient après le Sommet de Haut Niveau sur le VIH/sida des Nations Unies, tenue du 8 au 10 juin 2011 à New York. Lors de cette réunion, les États membres ont adopté une nouvelle déclaration politique contenant de nouveaux objectifs pour une riposte efficace à l'épidémie de sida.

C'est dans le cadre du reporting 2012 sur la nouvelle Déclaration Politique sur le VIH/sida que le Niger a élaboré le présent rapport qui couvre la période 2010 - 2011. C'est le troisième rapport du genre que le pays a produit depuis 2008 pour rendre compte des efforts fournis sur la riposte au VIH.

I. Aperçu de la situation

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

Le présent rapport a été rédigé sous la direction de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA (CISLS) avec l'appui de l'ONUSIDA et des autres partenaires techniques et financiers selon un processus participatif³ ayant impliqué et mobilisé l'ensemble des acteurs sur la riposte au VIH/sida tant du secteur public, que du secteur privé et des structures de la société civile y compris les personnes vivant avec le VIH :

- Secteur public : Santé, Education, Défense et Sécurité, Social, Jeunesse, Mines, Transports.
- Secteur privé : Chambre de commerce, d'industrie et de l'artisanat, Coalition Nigérienne des entreprises contre le sida, la tuberculose et le paludisme
- Société civile : RENIP+, REFNI+, ROPS+, RNP+, GIN/PDSS, ANIMAS-SUTURA, ANDDH, AJJN, SOLTHIS, ESTHER, CADEV, SOS-Village d'Enfants Niger,

² DIRECTIVES sur l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011

³ Liste des groupes de travail et des structures contactées en annexe

ROASSEN, AfriCare, World Vision, MVS, SARET, RAIL-SIDA, ADBSN, SONGES, Croix-Rouge Française, Croix-Rouge Nigérienne, SADEV, ...

- Partenaires techniques et financiers : ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS, PNUD, PAM.

1.2 Situation actuelle de l'épidémie

La situation épidémiologique actuelle du VIH au Niger se caractérise par :

- Une séroprévalence de 0,7% au sein de la population générale (15-49 ans). Cette séroprévalence⁴ cache des disparités mis en évidence par des études spécifiques comme la surveillance comportementale couplée à la biologie et la surveillance sentinelle. Ainsi, au sein de certains groupes la séroprévalence est largement au dessus de celle dans la population générale comme c'est le cas chez les : Professionnelles de sexe⁵ (35,6%), [Populations carcérales (2,69%), Routiers/camionneurs (1,83%), Forces de défense et de sécurité (1,56%), Travailleurs des mines/orpailleurs (1,31%), Migrants (1,03%)]⁶. Ce qui laisse sous-entendre une épidémie de type concentré.
- Les données sur les nouvelles projections⁷ qui indiquent :
 - Nombre de personnes (adultes et enfants) vivant avec le VIH (2011): 64500
 - Nombre de décès dus au sida (2011) : 4000
 - Nombre de nouvelles infections (2011) : 6300
 - Nombre d'orphelins (0-17 ans) dus au sida (2011) : 60700

La situation chez les consommateurs de drogues injectables et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est restée peu connue jusqu'à ce jour.

1.3 Riposte au plan politique et programmatique

La riposte au VIH/sida au Niger a bénéficié au cours de ces dernières de l'engagement des autorités au plus haut niveau tant aux niveaux de l'exécutif, du législatif que du judiciaire. Au plan programmatique, le Niger a élaboré plusieurs documents stratégiques dont le dernier est le plan stratégique national 2012-2016 en cours de finalisation.

1.3.1 Au plan politique

Les autorités accordent une place de choix à la riposte au VIH/sida, marqué par un fort engagement politique et un leadership remarqué à tous les niveaux :

- Rattachement de la CISLS, en tant que organe exécutif du CNLS, à la Présidence de la République,
- Présidence du Conseil National de Lutte contre le sida assurée par le Président de la République, Chef de l'Etat,
- Participation du Niger à la réunion de haut niveau tenue à New York du 08 au 10 juin 2011.
- Participation du Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil National de Lutte contre le sida, Son Excellence Monsieur ISSOUFOU Mahamadou, à la journée mondiale du sida (1^{er} décembre 2011)
- Participation du Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Conseil National de Lutte contre le sida, Son Excellence Monsieur ISSOUFOU Mahamadou, à la session du Conseil National de Lutte contre le sida tenue à Niamey le 24 février 2012.

⁴ EDSN 2006

⁵ Surveillance sentinelle 2009

⁶ Enquête SSG 2008

⁷ Estimations 2012

- Participation de tous les ministres au Conseil National de Lutte contre le Sida, en tant que membre à part entière du CNLS chacun en ce qui le concerne.
- Participation de tous les Gouverneurs des 8 régions au Conseil National de Lutte contre le Sida, en tant que membre à part entière du CNLS et Président du Conseil Régional de Lutte contre le Sida chacun en ce qui le concerne.
- Adhésion de la Première Dame du Niger, marraine de la riposte au VIH/sida, à l'OPDAS (Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/sida)
- Existence d'un Réseau des Parlementaires de lutte contre le sida au Niger
- Existence d'une loi, la loi n°2007-08 du 30 Avril 2007 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH, en cours de révision

Cet engagement a été renforcé par la création d'une ligne budgétaire dans le budget de l'Etat en vue d'appuyer la riposte au VIH.

1.3.2 Au plan programmatique

Depuis la découverte du premier cas de sida au Niger (1987), les autorités ont organisé la riposte nationale en :

- Mettant en place un cadre institutionnel adéquat,
- Elaborant et en mettant en œuvre des plans stratégiques (1990-1992 pour le premier Plan à Moyen Terme, 1994-1998 pour le deuxième Plan à Moyen Terme, 2002-2006 pour le premier cadre stratégique, 2008-2012 pour le deuxième cadre stratégique, 2012-2016 pour le troisième cadre stratégique dont l'élaboration est en cours de finalisation),
- Mettant en place un dispositif de mise en œuvre des activités,
- Mettant en place un dispositif national de suivi et d'évaluation.

Depuis 2008, la planification stratégique sur le VIH repose essentiellement sur :

- Le renforcement de la multisectorialité, de la décentralisation et la participation : c'est ainsi qu'il existe au niveau national et régional des secteurs clés santé et non santé pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH.
- L'implication effective des PVVIH à tous les niveaux qui permet ainsi de mieux prendre en compte leurs préoccupations
- Le renforcement du partenariat : existence d'un forum des partenaires, existence d'une coalition des entreprises privée, existence des réseaux et associations de lutte contre le VIH
- La gestion optimale des ressources,
- Le ciblage des interventions en vue d'une meilleure performance
- Le respect et la promotion du genre, des droits humains et de l'équité : plusieurs les efforts sont entrain d'être faits en matière d'équité et de réduction des inégalités d'accès aux services liés au genre, ainsi que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination
- Le respect de l'environnement : mise en œuvre de plusieurs activités pour le renforcement des capacités en gestion des déchets biomédicaux.

1.3.3 Récapitulatif des indicateurs sous forme de tableau.

Le tableau 1 ci-dessous présente le récapitulatif des indicateurs. Ces données proviennent de plusieurs sources :

- Rapport de la surveillance sentinelle,
- Rapport de l'enquête de surveillance de seconde génération(SSG),
- Rapport de l'enquête démographique et de santé
- Rapport national sur les Estimations/Projections VIH.
- Rapport 2011 PTME
- Rapport annuel ULSS 2011
- Rapport des données financiers
- Rapport compilé ICPN.

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs GARP 2012

| Objectifs | Indicateurs | UNGASS 2010 | GARP 2012 | Source |
|---|---|-----------------------|---------------------|--|
| Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle | Population générale | | | |
| | 1.1 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses | 14% (EDSN 2006) | 23,4% (SSG 2011) | - EDSN - Enquête SSG 2011 |
| | 1.2 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans | 24,60% (EDSN 2006) | 17,7% (SSG 2011) | - EDSN - Enquête SSG 2011 |
| | 1.3 Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois | 2,40% | 2,40% | EDSN 2006 |
| | 1.4 Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport* | 8,20% | 8,20% | EDSN 2006 |
| | 1.5 Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | 2,40% | 2,40% | EDSN 2006 |
| | 1.6 Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH* | 1,60% | 1,58% | Surveillance sentinelle 2009 (chez les femmes enceintes) |
| | Professionnel(le)s du sexe | | | |
| | 1.7 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH | 75,03% | 75,03% | SSG 2008 |

| | | | | |
|--|---|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle | 1.8 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client | 84,66% (SSG 2008) | 94,43% (SSG 2011) | Enquête SSG 2008 et 2011 |
| | 1.9 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | 44 ,68% | 44 ,68% | SSG 2008 |
| | 1.10 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH | 35,58% | 35,58% | Surveillance sentinelle 2009 |
| | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 1.11 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 1.12 Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 1.13 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 1.14 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| Objectif 2. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables | 2.1 Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 2.2 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 2.3 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière | Données non disponibles | Données non disponibles | - |

| | | | | |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
| | injection | | | |
| | 2.4 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | Données non disponibles | Données non disponibles | - |

| | | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------|--|
| | 2.5 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| Objectif 3. D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida | 3.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant | 31.97% (2008) 54.69% (2009) | 27,45% | Rapport 2011 PTME |
| | 3.2 Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée) | - | 21,77% | Rapport national Estimations/ Projections 2012 |
| Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH | 4.1 Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès* | - | 33 ,94% | Rapport annuel ULSS 2011 |
| | 4.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale | 94,79% | 71,72% | Rapport annuel ULSS 2011 |
| Objectif 5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH | 5.1 Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH | - | 14 ,09% | Rapport national sur les estimations/ Projections 2012 |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Objectif 6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire | 6.1 Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement | - | 7 551 978 828 F CFA (2011) 7 035 051 607 F CFA (2010) 4 801 004 930 F CFA (2009) | Rapport des données financiers 2009-2011 |
| Objectif 7. Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement | 7.1 Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation) | Voir ICPN | Voir ICPN | Rapport compilé ICPN |
| | 7.2 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois | Données non disponibles | Données non disponibles | - |
| | 7.3 Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans* | Partie A : 25,35% Partie B : 37,30% | Partie A : 25, 35% Partie B : 37,38% | EDSN 2006 |
| | 7.4 Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre | Données non disponibles | Données non disponibles | - |

II. Aperçu de l'épidémie de sida

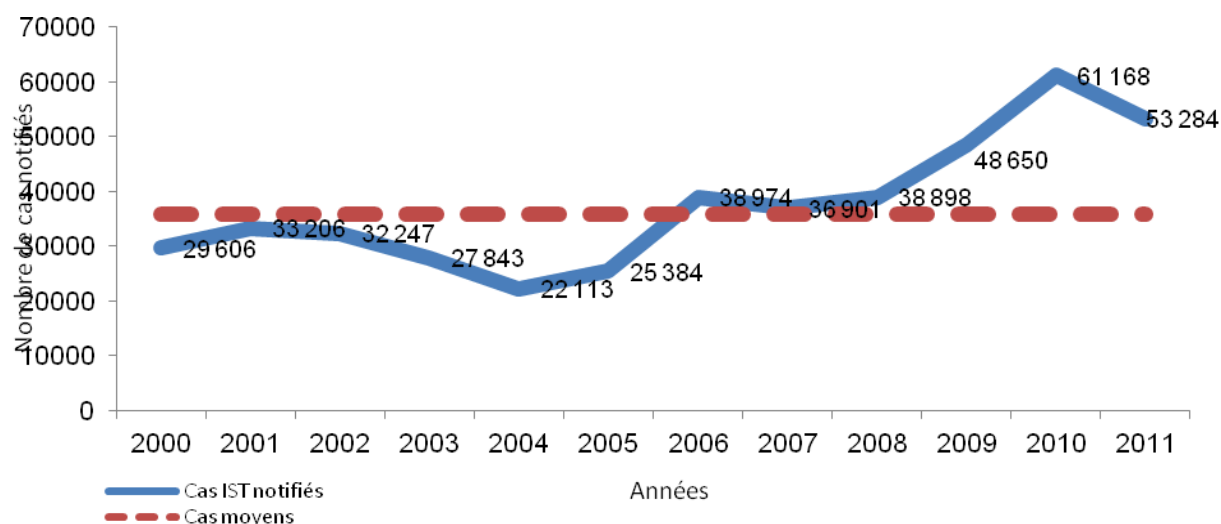
Conformément aux instructions⁸ du canevas du rapport, l'aperçu sur l'épidémie au titre de la période indiquée ne peut être présenté tant les résultats des enquêtes spécifiques et de la surveillance sentinelle ne sont pas disponibles à ce jour. En effet, le pays a connu un passage à vide en matière de réalisation d'enquêtes/études pour plusieurs raisons dont les facteurs sont à la fois exogènes au Programme (Transition Politique) et endogènes (par exemple le retard enregistré dans la signature de la phase 2 de la subvention du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, principal et plus gros financement du pays alors disponible à cette période). Par ailleurs, la réalisation de l'enquête démographique et de santé (EDSN) attendue pour 2011 n'a pu véritablement démarrer qu'en 2012 et ses résultats ne sont pas encore rendus disponibles. Bien qu'une enquête comportementale et biologique auprès des populations clés ait été commanditée en fin 2011, seuls les résultats comportementaux sont disponibles à ce jour alors que les résultats sérologiques sont attendus au cours des prochaines semaines.

C'est pourquoi, les données sur la prévalence présentées ci-dessous concernent essentiellement :

- Pour les IST, la période allant de 2000 à 2011,
- Pour le VIH, les périodes antérieures à 2010 et portent sur :
 - La surveillance sentinelle,
 - La surveillance de seconde génération (SSG),
 - L'EDSN 2006.

2.1 Prévalence des IST

En 2010, un total de 61 167 cas d'IST⁹ a été enregistré contre 38 898 en 2008 et 53 284 cas en 2011 ;



Graphique 1 : Notification des cas d'IST pris en charge par les services de santé. Niger. 2000 à 2011.

On note une augmentation sensible des cas d'IST notifiés en particulier de 2004 à 2010. Cette situation pourrait paraître préoccupante, tant les IST constituent une porte d'entrée du VIH, mais il n'en rien car ces résultats encourageants montrent une nette amélioration de la notification et de la prise en charge des cas d'IST par les services de santé.

⁸ Instructions : Cette section doit traiter en détail de la prévalence du VIH dans le pays au cours de la période allant de janvier 2010 à décembre 2011 sur la base de la surveillance sentinelle et des études spéciales.

⁹ Rapport annuel 2011 ULSS

2.2 Prévalence du VIH

Les données présentées portent sur :

- la population générale
- les professionnelles de sexe
- les groupes passerelles (FDS, miniers, routiers, migrants)

2.2.1 Prévalence du VIH au sein de la population générale

Le tableau 2 ci-dessous présente la prévalence du VIH au sein de la population générale de 15-49 ans selon le milieu de résidence et le sexe.

Tableau 2: Prévalence du VIH au sein de la population générale (15-49 ans) selon le milieu de résidence et le sexe. Niger. EDSN 2006.

| Milieu/Sexe | Prévalence |
|----------------------|------------|
| Zone urbaine (Total) | 1,4 |
| Hommes | 1,3 |
| Femmes | 1,5 |
| Zone rurale (Total) | 0,5 |
| Hommes | 0,6 |
| Femmes | 0,4 |
| Niger (Total) | 0,7 |

La zone urbaine reste la plus touchée par rapport à la zone rurale aussi bien globalement que selon le sexe. En milieu urbain les femmes semblent être plus touchées que les hommes alors que l'inverse est observé en milieu rural.

2.2.2 Sites de surveillance sentinelle Professionnelles de sexe (PS)

Le tableau 3 ci-dessous présente la prévalence du VIH chez les PS considérées comme groupe spécifique, dans les sites sentinelles selon la région en République du Niger.

Tableau 3: Prévalence du VIH chez les PS dans les sites sentinelles selon la région. Niger. Surveillance Sentinelle 2009.

| Régions | Prévalence | Intervalle de confiance |
|--------------|--------------|-------------------------|
| Niamey | 35,6% | [24.7% - 47.7%] |
| Agadez | 24,5% | [16.8% - 33.7%] |
| Diffa | - | - |
| Dosso | 19,8% | [12.7% - 28.7%] |
| Maradi | 60,6% | [50.7% - 69.8%] |
| Tahoua | 43,5% | [23.2% - 65.5%] |
| Tillabéri | 16,7% | [6.4% - 32.8%] |
| Zinder | 41,7% | [32.3% - 51.5%] |
| Niger | 35,6% | [31.7% - 39.7%] |

On peut lire que la prévalence du VIH chez les PS en 2009 était de 35,6%. Cette prévalence varie selon les régions de 16,7% à 60,6%. Les régions de Maradi (60,6%), Tahoua (43,5%) et Zinder (41,7%) affichent des prévalences au dessus de la moyenne nationale.

Par ailleurs, la figure 1 ci-dessous résume la distribution selon la région de la prévalence du VIH dans la population générale (PG) (EDSN 2006), chez les femmes enceintes (FE) et les Professionnelles de sexe (PS) (Surveillance Sentinelle 2009) comparativement à la prévalence du VIH au sein de la population générale des pays voisins.

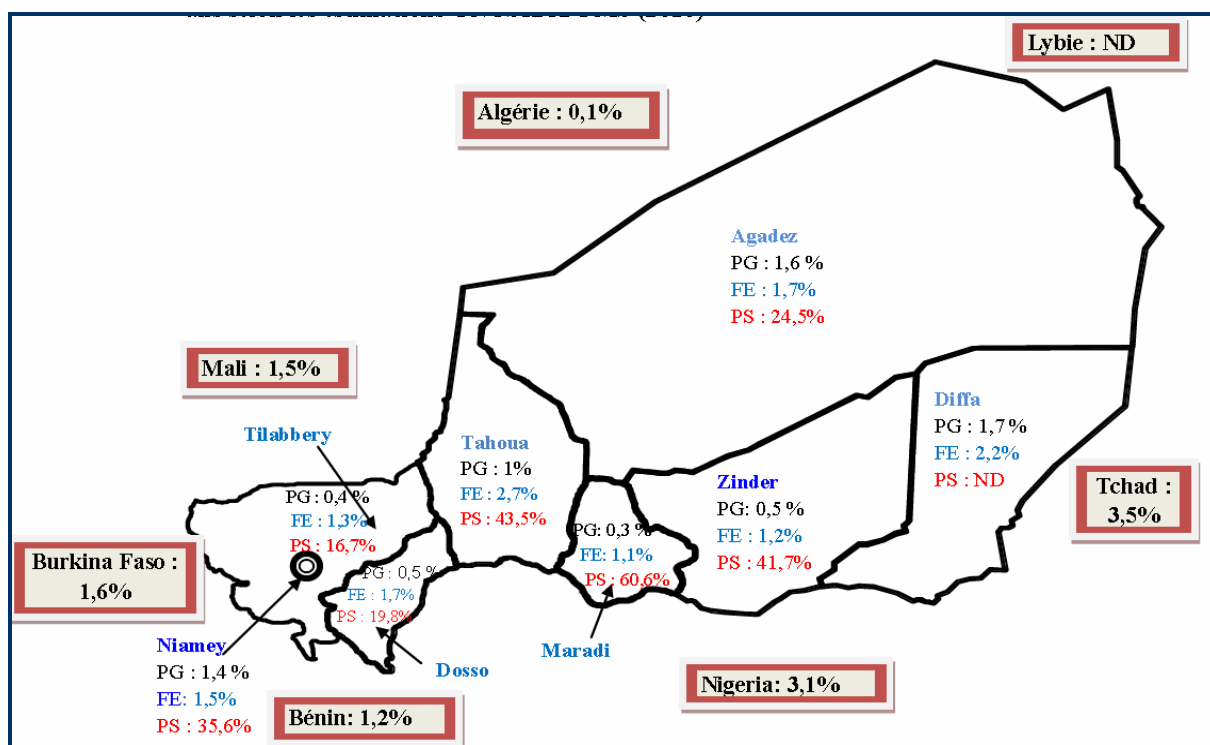


Figure 1: Distribution de la séroprévalence du VIH selon la région dans la population générale, chez les PS et les femmes enceintes (FE). Niger. EDSN 2006, Surveillance sentinelle 2009.

2.2.3 Prévalence du VIH chez les autres populations

La prévalence du VIH chez les autres populations se présente selon le groupe de la manière suivante (source : Enquête SSG 2008):

- Population carcérale: **2,69%**,
- Routiers/camionneurs: **1,83%**,
- Forces de défense et de sécurité: **1,56%**
- Miniers/orpailleurs : **1,31%**,
- Migrants : **1,03%**

On peut constater que chez toutes ces populations, la prévalence du VIH est supérieure à la moyenne nationale (0,7%) bien que la prévalence chez les CDI et MSM reste jusqu'ici non connue. Par ailleurs, la prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans) au Niger reste faible (0,32%).

III. Riposte nationale à l'épidémie du sida

Les efforts du pays dans la riposte se sont principalement focalisés sur la mise en œuvre du cadre stratégique 2008-2012 dans les domaines prioritaires : prévention, soins, traitement et soutien. Après la revue du cadre stratégique nationale 2008-2012 en septembre 2011, le Niger a décidé d'effectuer une nouvelle planification stratégique (2012-2016) en vue de :

- Répondre aux exigences internationales (Nouvelles orientations ONUSIDA : Zéro nouvelle infection, Zéro décès liés au sida et Zéro discrimination d'ici 2015),
- S'adapter à la nouvelle génération des plans stratégiques axés sur les résultats,
- Mieux cibler les interventions

Les efforts de planification stratégique dans les programmes liés au VIH ont permis d'aboutir aux réalisations suivantes:

3.1 Mobilisation des ressources et planification

- L'obtention d'un crédit par l'Etat auprès de la Banque Mondiale pour un deuxième projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/sida;

- La subvention du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au titre de la 7^{ème} série ;
- Les fonds mobilisés auprès des autres partenaires : SNU, GIZ, SOLTHIS, ESTHER, FEVE, IBLT...
- Existence d'un plan d'accélération de la PTME ;
- Existence d'une stratégie d'accélération du CDVC ;
- Existence d'un plan national de communication.
- Implication au plus haut niveau de l'Etat ;
- Prise en compte du VIH dans les plans communaux ;
- Prise en compte du VIH dans les plans sectoriels ;
- Organisation plus accrue de la société civile nigérienne impliquée dans la lutte contre le sida.

3.2 Prévention

- Le taux en net progression des jeunes qui ont des connaissances exactes sur les manières de prévenir les risques de transmission du VIH (14% en 2006 versus 23% en 2011), l'âge au premier rapport sexuel chez ce même groupe avant 15 ans est passé de 25% en 2006 à 18% en 2011.
- Le taux élevé des professionnelles de sexe et clients (Routiers camionneurs, Forces de défense et de sécurité...) qui ont des connaissances exactes sur les manières de prévenir les risques de transmission du VIH
- La création d'une coalition des entreprises pour la lutte contre le sida en milieu de travail ;
- La réalisation de la cartographie des groupes à haut risque ;
- La révision de la loi sur le VIH ;
- La réduction de la prévalence des IST
- Le fort taux d'utilisation du préservatif
- Le dépistage systématique (VIH, Syphilis, Hépatites...) de toutes les poches de sang avant la transfusion ;
- L'augmentation du nombre de points de prestation de services PTME et l'intégration de la PTME dans les activités de la Santé de la Reproduction
- L'augmentation du nombre de services de santé qui ont adopté la gestion rationnelle des déchets biomédicaux ;
- L'existence d'une stratégie du dépistage à l'initiative du soignant ;
- L'augmentation du nombre de personnes ayant bénéficiées d'un test de dépistage.

3.3 Traitement, soins et soutien

- Approvisionnement régulier des sites de prise en charge en ARV, consommables médicaux, cotrimoxazole et autres médicaments essentiels pour le traitement des infections opportunistes ;
- Approvisionnement régulier en réactifs et médicaments de prise en charge des hépatites B et C ;
- Extension des sites de traitement (voir tableau 4) et augmentation de la capacité de recrutement (voir graphique 3);
- Acquisition des équipements et matériels nécessaires à la prise en charge ;
- Formation et recyclage du personnel de santé, des spécialistes et des médiatrices dans les domaines de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ;
- Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants nés de mère séropositive ;
- Renforcement des capacités des prescripteurs en prise en charge des malades tuberculeux et en counseling ;
- Décentralisation de la gestion du programme PTME au niveau District ;
- Intégration de la PTME dans tous les documents de la SR et de formation ;

- Approvisionnement régulier des sites PTME en réactifs, ARV et médicaments anti-IO ;
- Implication des médiateurs et médiatrices communautaires dans les sites PTME ;
- Elaboration des normes et directives sur l'alimentation de l'enfant dans le contexte VIH ;
- Activation de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » ;
- Renforcement du système communautaire : recrutement, formation et recyclage des accompagnateurs psychosociaux ;
- Intégration de l'équité du genre dans les interventions au profit des PVVIH et personnes affectées;
- Formation des agents de développement (agents sociaux sanitaires, animateurs d'ONG, relais communautaires) à la prise en charge psychosociale ;
- Appui économique aux personnes infectées/affectées par le VIH à travers des activités génératrices de revenus.
- Appui économique aux familles tutrices des OEV à travers des activités génératrices de revenus ;
- Appui à la scolarisation des OEV ;
- Appui alimentaire aux OEV et aux familles;
- Appui à la prise en charge médicale aux OEV.

Tableau 4: Répartition des patients sous ARV selon le sexe, l'âge et les sites prescripteurs au 31 Décembre 2011. Niger. Rapport annuel 2011 ULSS

| Sites prescripteurs ARV | Sexe | | Age | | Total sous ARV |
|---------------------------------------|-------|-------|----------|----------|----------------|
| | Homme | Femme | < 15 ans | ≥ 15 ans | |
| CTA Niamey | 644 | 876 | 0 | 1520 | 1520 |
| Hôpital National Niamey | 783 | 1025 | 120 | 1688 | 1808 |
| Hôpital National Lamordé | 153 | 121 | 12 | 262 | 274 |
| MVS Niamey | 119 | 135 | 0 | 254 | 254 |
| Hôpital des Armées | 0 | 141 | 0 | 141 | 141 |
| Centre Hospitalier Régional de Niamey | 88 | 386 | 58 | 416 | 474 |
| Centre Hospitalier Régional de Dosso | 79 | 136 | 3 | 212 | 215 |
| Centre Hospitalier Régional d'Agadez | 176 | 240 | 22 | 414 | 436 |
| District Sanitaire Arlit | 71 | 106 | 5 | 172 | 177 |
| Hôpital SIM Galmi | 249 | 351 | 25 | 555 | 580 |
| Centre Hospitalier Régional de Tahoua | 129 | 219 | 41 | 307 | 348 |
| Hôpital National Zinder | 403 | 439 | 73 | 769 | 842 |
| Centre Hospitalier Régional de Diffa | 241 | 340 | 11 | 570 | 581 |

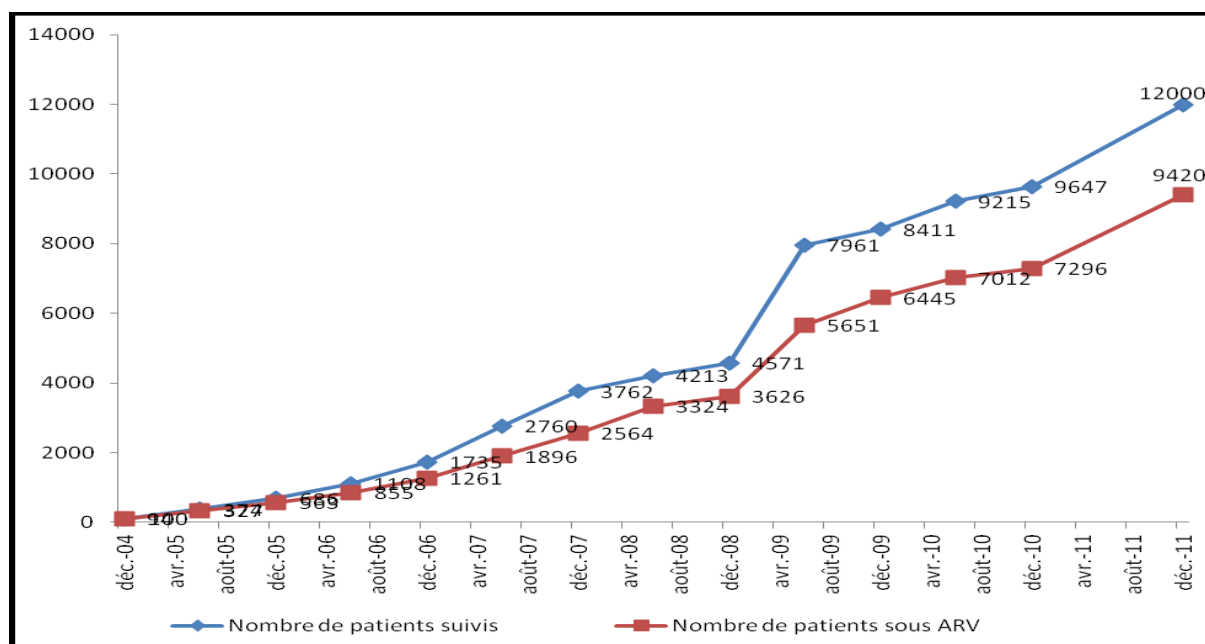
| | | | | | |
|---------------------------------------|------|------|-----|------|------|
| Centre Hospitalier Régional de Maradi | 789 | 981 | 126 | 1644 | 1770 |
| TOTAL | 3924 | 5496 | 496 | 8924 | 9420 |

Ce tableau montre que les femmes sont majoritaires sous traitement antirétroviral dans la plupart des sites prescripteurs à l'exception de l'Hôpital national de Lamordé et de l'Hôpital des Armées

Le nombre de centres prescripteurs d'ARV et de suivi est passé de 1 en 2004 à 26 en 2011. Les centres prescripteurs dont le nombre est passé de 1 en 2004 à 26 en 2011 dont 4 issus de structures privées. Avec cette décentralisation de la prise en charge et le renforcement des capacités, en moyenne 170 inclusions par mois. Avant les recommandations de l'OMS de 2009, le taux de couverture ARV était estimé à 30,98%. En tenant compte de ces nouvelles recommandations, le taux est estimé à 47,94% en 2010 avec 7 296 patients séropositifs sous antirétroviraux et 9 647 suivis avec un taux d'inclusion mensuelle de 170 PVVIH. 95% des patients sous ARV sont sous la première ligne (AZT-3TC-NVP).

En fin 2011, 9 420 patients séropositifs reçoivent régulièrement des antirétroviraux et plus de 12 000 suivis.

Le graphique suivant montre une évolution croissante de la mise sous ARV de 2004 à 2011



Graphique 3 : Evolution de la file active. Niger. 2004 à 2011. Rapport annuel 2011 ULSS

IV. Meilleures pratiques

4.1 La journée mondiale du sida au Niger

Cette journée a vu une importante innovation qui a consisté à mener des activités sur un mois sous la conduite des membres du gouvernement. Le lancement de cette campagne a été placé sous le haut patronage du Président de l'assemblée nationale.

4.2 Initiative à Base Communautaire pour la Prévention du sida au Niger

Cette initiative est conduite par ANIMAS-SUTURA. Avec plus de 70% d'hommes et plus de 40% de femmes qui l'écoutent au moins une fois par semaine, la radio est de tous les médias au Niger, le meilleur moyen de toucher les populations. Aussi, l'initiative du Projet se base sur la radio comme pivot de la stratégie.

La radio diffuse régulièrement des messages et crée une synergie entre 3 acteurs clé de la communauté que sont :

- Les femmes relais
- Les Centres de Santé Intégrés
- Les écoles

Pour mener les activités de communication, les animateurs (relais communautaires, sages femmes et enseignants) écoutent et exploitent les éléments diffusés par les radios communautaires.

Le principe consiste à organiser deux clubs d'écoute/discussion par village cibles et par semaine. Afin de porter le message au-delà de la zone d'intervention, ces débats sont par la suite diffusés sur les ondes de la radio communautaire.

Les données de l'étude¹⁰ (CAP 2010) montrent que les populations intensivement exposées aux interventions du Projet en matière de communication (Radio, IEC) ont une plus grande propension à utiliser les préservatifs comme moyens de contraception et de lutte contre le VIH/sida.

V. Principaux obstacles et mesures correctives

5.1 Principaux obstacles

Les difficultés rencontrées sont nombreuses selon le domaine :

- Dépendance très marquée des activités de prévention aux financements extérieurs ;
- Pesanteurs socioculturelles sur la promotion du préservatif en particulier auprès des jeunes ;
- Absence de politique en matière de santé scolaire ;
- Réticence des populations à fréquenter les CDV en raison de la stigmatisation ;
- Pesanteurs socioculturelles sur la fréquentation des services SR ;
- faible implication de la communauté et particulièrement des hommes dans la PTME.
- Insuffisance de la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement en ARV et autres produits de santé ;
- Sous notification de la tuberculose chez les PVVIH ;
- Absence d'un plan conjoint TB/VIH ;
- Important taux de perdus de vue et absence d'un cadre formel de recherche de perdus de vue ;
- Disfonctionnement du système de référence de site et contre référence PTME vers les sites prescripteurs ;

¹⁰ Etude CAP 2010 ANIMAS-SUTURA

- Faible capacité d'entretien des appareils Facs count, charge virale...
- Disfonctionnement du circuit d'acheminement des prélèvements pour la PRC et la charge virale ;
- Faible capacité organisationnelle et structurelle des organisations de la société civile ;
- Faible couverture des services d'accompagnement psychosocial des PVVIH.
- Insuffisance de la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement en ARV et autres produits de santé ;
- Sous notification de la tuberculose chez les PVVIH ;
- Absence d'un plan conjoint TB/VIH ;
- Important taux de perdus de vue et absence d'un cadre formel de recherche de perdus de vue (voir tableau 5);
- Disfonctionnement du système de référence de site et contre référence PTME vers les sites prescripteurs ;
- Faible capacité d'entretien des appareils Facs count, charge virale...
- Disfonctionnement du circuit d'acheminement des prélèvements pour la PRC et la charge virale ;
- Faible capacité organisationnelle et structurelle des organisations de la société civile ;
- Répartition inégale des initiatives communautaires en matière de prise en charge des OEV ;
- Faible couverture nationale en prise en charge des OEV et en service d'appui alimentaire aux PVVIH ;
- Faible couverture des services d'accompagnement psychosocial des PVVIH.

Tableau 5 : Patients sous ARV à la date du 31 Décembre 2010

| Période | N | Décès | PDV | Sous Ttt. |
|--------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| A 6 mois | 9215 | 897 | 1306 | 7012 |
| A 12 mois | 8411 | 837 | 1129 | 6445 |
| A 18 mois | 7961 | 832 | 1478 | 5651 |
| A 24 mois | 6801 | 827 | 1318 | 4656 |
| A 30 mois | 3290 | 218 | 428 | 2570 |
| A 36 mois | 2693 | 236 | 350 | 2045 |
| A 42 mois | 2080 | 243 | 270 | 1517 |
| A 48 mois | 1558 | 225 | 203 | 1096 |
| A 54 mois | 1242 | 188 | 161 | 882 |
| A 60 mois | 1109 | 161 | 144 | 764 |
| A 66 mois | 704 | 112 | 92 | 492 |
| A 72 mois | 100 | 26 | 13 | 59 |
| Total | 9647 | 917 | 1434 | 7296 |

Le taux de survie se présente comme suit : 71,72% à 12 mois, 64,33 % à 24 mois 58,77% à 60 mois.

5.2 Mesures correctives

Toutes ces insuffisances ont été révélées par l'analyse de la réponse. La nouvelle planification stratégique (axée sur les résultats) en voie de finalisation a défini des stratégies pour lever ces obstacles. Par exemple dans le domaine de la prévention, il est prévu :

- Le renforcement du dispositif de la communication pour le changement de comportement et l'appropriation de la lutte par la communauté
- Le développement de programmes spécifiques d'information sur les IST/VIH/SIDA
- L'institutionnalisation de la prévention des IST/VIH/SIDA dans les programmes de formation professionnelle des jeunes non scolarisés ou déscolarisés

- Le développement des programmes spécifiques d'information sur les IST/VIH/SIDA en direction des PS, de leurs clients et des propriétaires de maisons closes et de bars

VI. Soutien des partenaires du développement

Pour mettre en œuvre le cadre stratégique national 2008-2012 sur la riposte au VIH, le Niger a bénéficié de l'appui technique et financier de plusieurs partenaires bilatéraux et multilatéraux, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La subvention sollicitée et obtenue au titre de la série R7, pour une durée de cinq (5) ans et d'un montant total de 25 903 108 euros couvrant la période du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2013, constitue le plus grand financement obtenu pour cette période et est destiné à :

- réduire les risques de transmission des IST/VIH/sida dans les populations vulnérables ;
- réduire la morbidité et la mortalité du VIH/sida par le renforcement de la prise en charge globale des adultes et des enfants pour atteindre l'accès universel aux soins et à la prévention ;
- renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation ainsi que le partenariat avec les ONG dans le cadre de la mise en œuvre.

Les financements actuels de la lutte contre le sida au Niger sont assurés principalement par :

- L'Etat du Niger pour 1.380.000.000 FCFA inscrits au titre du crédit budgétaire 2012,
- Le prêt accordé par la Banque mondiale pour 10.000.000.000 FCFA, ciblant les activités de prévention et de renforcement des services de santé dans quatre régions du pays sur la période 2011-2016
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui couvre des activités de prévention, de soins et traitement, soutien pour 18.367.000.000 FCFA jusqu'en juin 2013,
- Le système des Nations Unies pour 11.600.000.000 FCFA pour 2012-2013
- La KfW pour 6.560.000.000 FCFA de avril 2010 à avril 2014,
- Les autres partenaires (SOLTHIS, ESTHER, Projet FEVE, IBLT...) pour 1 950 000 000 FCFA de 2008 à 2015.

A l'analyse, seuls trois financements atteindront ou dépasseront l'année 2014 :

- La Banque mondiale dont le projet cible quatre régions sur huit jusqu'en 2016,
- La KfW jusqu'en avril 2014,
- Les autres partenaires, dont le Projet FEVE qui couvre les axes frontaliers du sud du pays jusqu'en 2015.

Dès lors, il est aisé de constater que la plupart de ces financements arriveront à terme en 2013 et qu'à partir de 2014, le pays ne disposera pas d'un financement pouvant couvrir l'ensemble du territoire national, si l'on s'en tient aux financements actuels. Ce qui laisse entendre un gap financier dans la poursuite des activités sur la riposte au VIH au Niger.

C'est pourquoi, des efforts supplémentaires sont entrain d'être menées pour mobiliser d'autres financements, dont les fonds recherchés dans le cadre du TFM qui pourraient servir à garantir la poursuite d'activités pertinentes pour préserver les progrès réalisés et les services essentiels de prévention, traitement, soins et soutien. Le Niger attend de ses partenaires un accompagnement dans ce processus de mobilisation de ressources financières.

VII. Suivi et évaluation

7.1 Système actuel de suivi et évaluation (S&E)

Le pays dispose d'un Plan national de suivi et d'évaluation pour la période 2008-2012 mis à jour à la suite des négociations avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au titre de la phase 2. Cette mise à jour a été l'occasion de prolonger le plan jusqu'en 2015. A la suite de l'analyse de la réponse, le pays a décidé d'élaborer un nouveau plan stratégique national pour la période 2012-2015. La Direction de Suivi/Evaluation adaptera le plan de suivi/évaluation actuel après validation de ce plan stratégique.

Les principaux mécanismes mis en place sont :

- Les outils de rapportage des données du niveau régional au niveau central ;
- Les outils de rapportage des données des sous bénéficiaires au PR ;
- Les canevas de rapports des autres financements : PNUD, BM...
- Les outils de rapportage des données secteurs vers le niveau central

La base des données nationale sur le VIH a été conçue au moyen du logiciel CRIS (Country Response Information System) et stocke les données suivantes :

- Données démographiques
- Données sur les estimations fournies par IPP SPECTRUM ;
- Données épidémiologiques ;
- Données programmatiques selon le bailleur : UNGASS, FM, UA...

Les données de S&E ont été utilisées pour :

- mieux comprendre l'épidémie du VIH au Niger (rapport d'analyse de la situation) afin de montrer l'ampleur du VIH aux autorités nationales (1^{er} décembre 2011, tenue de la réunion du CNLS en février 2012).;
- mener les négociations qui ont abouties à la signature de la phase 2 de la subvention du Fonds mondial ;
- mieux apprécier les efforts du pays sur la riposte au VIH (rapport d'analyse de la réponse) ;
- justifier la requête du TFM soumise par le Niger ;

Les réalisations clés dans ce domaine depuis 2009 sont :

- L'extension des sites de surveillance sentinelle ;
- La réalisation des enquêtes auprès des groupes spécifiques ;
- La réalisation d'une enquête de surveillance de seconde génération ;
- La réalisation d'une étude de l'impact du VIH au Niger ;
- Le recrutement et la formation des chargés de S&E au niveau régional ;
- Installation de la base de données CRIS et création de groupes de travail régionaux en S&E dans 3 régions sur 8 ;
- La mise à jour des outils de collecte de données en S&E ;
- La réalisation de la cartographie des professionnel(le)s de sexe ;
- L'élaboration des rapports UNGASS et ACCES UNIVERSEL et Estimations/Projections ;
- La réalisation d'une enquête sur l'harmonisation et l'alignement ;
- La tenue des missions de supervision

7.2 Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre d'un système de S&E complet

Les principales difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre du système de S&E sont :

- Le faible taux de promptitude et de complétude dans le rapportage ;
- L'absence de retro-information ;
- L'inexistence des points focaux sectoriels pour le S&E ;
- L'irrégularité des supervisions ;
- L'absence de mise à niveau des acteurs ;
- L'insuffisance du contrôle de la qualité des données (réunions de validation, vérification sur site...) ;
- L'absence de réunions formelles du groupe technique de travail sur le S&E aussi bien au niveau régional qu'au niveau central.

7.3 Mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés

Les mesures correctives prévues consistent à :

- Faire le plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires pour un financement conséquent des plans S&E
- Impliquer tous les acteurs dans l'élaboration de tous les documents opérationnels en suivi évaluation,
- Faire respecter à travers des actes administratifs et des rencontres de plaidoyer, le respect strict du circuit de l'information sur le VIH
- Renforcer l'appropriation des documents de référence relatifs au système national de S&E en les adaptant et en les diffusant,
- Renforcer les capacités des acteurs pour qu'ils s'approprient du suivi évaluation de l'ensemble des activités en privilégiant la décentralisation
- Assurer le fonctionnement des groupes de travail en S&E aux niveaux régional et national,
- Consacrer environ 8 à 10% du budget pour le suivi et l'évaluation
- Réviser les outils de collecte et de rapportage et les mettre à la disposition des intervenants pour la collecte et le traitement des données à tous les niveaux,
- Assurer le contrôle de qualité et l'audit des données
- Assurer une bonne diffusion de l'information dans les deux sens
- Vulgariser le logiciel CRIS3 (Country response information system) au niveau national
- Assurer la fonctionnalité des structures de validation et d'analyse des données à tous les niveaux (équipes de districts, des régions et central) avec tous les acteurs
- Assurer une implication plus accrue du système nation d'informations sanitaires (SNIS) dans la production de l'information
- Assurer le fonctionnement du site Web de la CISLS et les parutions des bulletins d'information,
- Tenir régulièrement des communiqués de presse sur la situation et la réponse au VIH,
- Tenir régulièrement les réunions des cadres de concertation et de partage de bonnes pratiques,
- Assurer des échanges d'informations et de bonnes pratiques avec les pays voisins.

7.4 Besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de S&E.

Pour continuer et intensifier les actions de renforcement des capacités des acteurs, le Niger a élaboré un Plan d'Appui Technique couvrant les domaines de la riposte au VIH et en particulier le suivi et l'évaluation. Ce plan sera revu à l'issue de la validation du PSN 2012-2016 et prendra en compte les préoccupations nationales en matière de suivi et d'évaluation dont le renforcement des capacités managériales et opérationnelles des activités de suivi et d'évaluation. La finalité étant d'aller vers un système complet de suivi et d'évaluation qui puisse permettre d'opérationnaliser les 12 composantes d'un système fonctionnel de suivi et évaluation.