

REPUBLIQUE DU NIGER

FRATERNITE TRAVAIL PROGRES

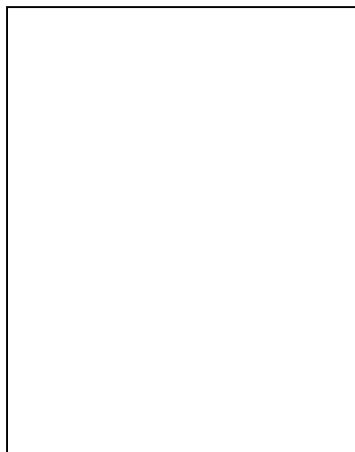
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IST-VIH/SIDA

**COORDINATION INTERSECTORIELLE DE LUTTE CONTRE
LES IST/VIH/SIDA**

Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA 2008-2012

Remerciements



Dr IDE Moussa
Coordonnateur National
Coordination Intersectorielle
de Lutte Contre les
IST/VIH/SIDA

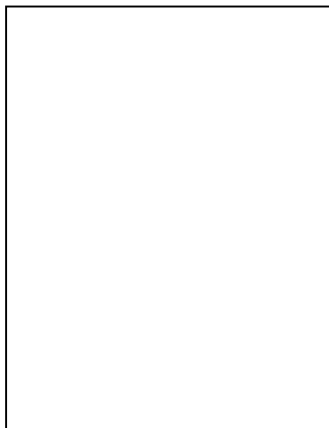
La Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA remercie chaleureusement l'ensemble des acteurs et structures qui ont participé à l'élaboration du Cadre Stratégique National 2008-2012 pour la disponibilité totale et l'implication sans réserve dont ils ont fait preuve.

Il s'agit :

- de l'équipe Technique de Planification ;
- des comités sectoriels ;
- des Personnes Vivant avec le VIH ;
- des organisations de la Société Civile, (ONG/ Groupements Associatifs/ OBC) ;
- des Partenaires Techniques et Financiers.

Pour terminer, je voudrais saluer l'Engagement du Gouvernement au plus haut niveau de décision en la personne de son Excellence Monsieur Mamadou TANDJA Président de la République et lui renouveler ma gratitude pour son appui notable à la lutte contre les IST/VIH/SIDA au NIGER.

Préface



**SON EXCELLENCE
MONSIEUR MAMADOU
TANDJA PRESIDENT DE LA
REPUBLIQUE
CHEF DE L'ETAT ET
PRESIDENT DU CONSEIL
NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LES IST/VIH/SIDA**

Plus que toute autre partie du monde, l'Afrique paie un lourd tribut au VIH/SIDA qui menace de réduire à néant tous les acquis de ces dernières années en matière de développement économique et social. L'épidémie frappe les populations dans leur frange la plus productive avec une rare intensité, et a entraîné un bouleversement considérable du tissu social.

Depuis l'apparition des premiers cas de la maladie au Niger, en 1987, les autorités ont mis en place un dispositif de lutte contre ce fléau. C'est ainsi qu'avec l'appui des partenaires au développement différents plans ont été élaborés et mis en œuvre à savoir :

- Un Plan de lutte à court terme (PCT) 1987 – 1989 ;
- Un Plan à moyen terme 1^{ère} génération (PMT1), 1990 – 1992 ;
- Un Plan à moyen terme 2^{ème} génération (PMT2) 1994 – 1998 ;
- Un plan à Moyen Terme Multisectoriel (PMT3) 1999-2001 ;
- Un Plan National Multisectoriel triennal 2004-2006.

S'il est vrai que la mise en oeuvre de ces plans successifs a permis d'élever le niveau de connaissance de nos populations sur les modes de transmission et de prévention de l'infection au VIH, force est de reconnaître que beaucoup reste à faire pour freiner la propagation de la maladie.

C'est ainsi qu'il est apparu opportun de mettre en place un nouveau processus de planification qui prend en compte les résultats d'une analyse de la situation et de la réponse, les déterminants de la propagation de l'infection, avant d'élaborer un nouveau Plan approprié et Multisectoriel. Ce nouveau cadre stratégique de lutte contre le SIDA au Niger s'inscrit dans cette optique.

Le Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA définit les principes directeurs, les grandes orientations, les axes stratégiques et les actions principales de lutte contre le SIDA pour les cinq prochaines années (2008- 2012).

Désormais, toutes les activités de la lutte contre le SIDA et les IST s'inscriront dans de ce cadre unique de référence. Il servira de base à l'élaboration des plans opérationnels de lutte dans tous les secteurs, les régions, les départements, bref partout où vivent nos communautés.

La mise en oeuvre de ce cadre nécessite des ressources. Ainsi, la dernière phase de ce processus est la mobilisation des ressources pour une exécution efficace des actions prioritaires retenues. Cette mobilisation concerne d'abord le Gouvernement Nigérien qui doit accroître la part du budget national alloué à la lutte contre le SIDA, ensuite les partenaires au développement et le secteur privé.

Mais, quelle que soit la pertinence du contenu du Cadre et l'expertise de ceux qui l'ont élaboré, les résultats attendus ne seront atteints qu'avec la pleine participation et l'appropriation effective par les intervenants des grandes actions retenues. A cet effet, j'exhorte tous les intervenants de la lutte contre le SIDA à conjuguer leurs efforts pour une exécution, un suivi et une évaluation corrects de ce nouveau cadre.

J'exprime enfin, ma profonde gratitude à tous ceux qui par leurs efforts et soutien de toute sorte ont œuvré pour la formulation de ce nouveau cadre stratégique.

Résumé

Au Niger, le contexte de la lutte contre le SIDA est marqué autant par des atouts que par des défis:

- Le Niger est signataire des principaux engagements internationaux et sous régionaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA : OMD, UNGASS, ABUJA ;
- Le document de la Stratégie de Développement Accéléré et Réduction de la Pauvreté est adopté ;
- La situation géographique du pays, sa taille, la concentration des populations présentent d'importants défis et contraintes à l'aménagement et à l'offre adéquate des services aux populations ;
- L'économie est vulnérable ;
- Le niveau d'accès aux soins, à l'éducation et à la communication est en deçà du seuil requis ;
- Les défis du développement humain sont nombreux.

Le taux de prévalence (0,7% en 2006 selon l'EDSN III) reste faible, mais la recherche et la surveillance indiquent des risques qui demandent des actions fortes: l'infection chez les jeunes (femmes et hommes) est en augmentation. La demande auprès des structures de prise en charge existante augmente; le taux de dépistage volontaire et anonyme demeure encore faible. Enfin, le taux de séroprévalence chez des groupes spécifiques augmente, notamment chez les professionnelles du sexe et les Forces de Défense et de Sécurité. 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'épidémie concerne tous les secteurs de l'économie par la réduction de la main d'œuvre et du temps de travail, l'augmentation des coûts directs et indirects.

La riposte nationale contre le fléau est marquée à la fois par des forces et des faiblesses. Parmi les forces, on peut citer une forte volonté et un grand engagement politique, un esprit d'initiative de la société civile.

Pour assurer une meilleure réponse au VIH/SIDA, le Niger doit relever plusieurs défis. Pour la période 2008-2012, la lutte contre le VIH/SIDA se fonde sur une vision et une mission clairement affichées.

La vision - Le Niger avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers s'est engagé pour l'accès universel à la prévention, aux soins et aux soutiens des Personnes Vivant avec le Virus du SIDA (PVAVS).

La mission - A travers un cadre multisectoriel de réponse, coordonné par le CNLS, ancré dans les organes de gouvernance locale, enraciné dans les communautés et activement soutenu par un partenariat fructueux de tous les acteurs concernés, le Niger assure par la décentralisation l'intensification et l'extension massives des programmes et interventions favorisant :

- la Prévention ;
- les Soins – Conseils ;
- le Soutien Socio-économique des PVAVS, des familles et des communautés ;
- L'Organisation de la Lutte.

Quatre Composantes, et quatorze axes stratégiques hautement interdépendants sont retenus. Ces axes sont déclinés chacun en objectifs, actions principales, résultats et effets attendus. La mise en œuvre de l'ensemble des axes stratégiques est sous-tendue par le renforcement des compétences et capacités des acteurs publics, privés et de la société civile pour :

- Améliorer la coordination et l'animation de la lutte (notamment les aspects de la gestion et du management) ;
- Renforcer le partenariat multi et intersectoriel ;
- Renforcer le développement institutionnel, organisationnel et opérationnel des secteurs publics, privés et civils ;
- Mobiliser des ressources ;
- Renforcer l'implication et la pleine participation des PVAVS et d'autres personnes particulièrement affectées par le VIH/SIDA ;
- Renforcer la capacité d'instaurer une véritable culture de production et de l'utilisation des informations stratégiques.

Table des sigles et acronymes

AES	:	Accident d'Exposition au Sang
AGR	:	Activités Génératrices de Revenus
ARV	:	Anti - Retro - Viraux
CCC	:	Communication pour un Changement de Comportement
CCLS	:	Comité Communal de lutte contre le SIDA
CDVC	:	Centre de Dépistage volontaire et Confidentiel
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CSRLS	:	Comité Sous Régional de Lutte contre le SIDA
CNLS	:	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CRLS	:	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CRD	:	Communauté Rurale de Développement
DRSP	:	Direction Régionale de la Santé Publique
ECD	:	Equipe Cadre de District
EDS III	:	Enquête Démographie Santé III
FAO	:	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation
FDS	:	Forces de Défense et de Sécurité
GTZ	:	Coopération Technique Allemande
I.E.C	:	Information Éducation Communication
I.O	:	Infections Opportunistes
MCD	:	Médecin Chef de district
MPF/PE	:	Ministère de la Promotion de la Femme et Protection de l'Enfant
MDN	:	Ministère de la Défense Nationale
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
MJS	:	Ministère de la Jeunesse et des Sports
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OBC	:	Organisation à Base Communautaire
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Fond Commun des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PVAVS	:	Personnes Vivant avec le Virus du SIDA
PCT	:	Plan à Court Terme
PMT1	:	Plan à Moyen Terme 1ère Génération
PMT2	:	Plan à Moyen Terme 2ème Génération
PNMLS	:	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SIDA	:	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SR	:	Santé de la Reproduction
TDR	:	Termes de Référence
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus de l'Immuno Déficience Humaine

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	8
II. CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	10
1. Présentation du pays.....	10
1.1 Présentation géographique.....	12
1.2 Présentation administrative.....	10
1.3 Démographie.....	10
1.4 Education... ..	11
1.5 Situation économique.....	11
1.6 Société et culture.....	12
1.7 Migration	12
1.8 Le système sanitaire.....	12
2. Situation épidémiologique des IST	14
2.1 Les IST.....	14
2.2 Le VIH/SIDA.....	15
2.3 Les déterminants de la propagation des IST/VIH/SIDA.....	17
2.3.1 Les comportements sexuels à risque.....	17
2.3.2 La migration.....	17
2.3.3 La pauvreté.....	17
2.3.4 Inégalité hommes/femmes face au VIH/SIDA.....	17
2.3.5 Le contexte socioculturel.....	18
2.3.6 Les droits humains	19
2.4 Analyse de la situation au niveau des groupes prioritaires.....	21
2.4.1 Chez les jeunes.....	21
2.4.2 Chez les femmes.....	21
2.4.3 les professionnels du sexe.....	21
2.4.4 le secteur minier.....	22
2.4.5 Forces de défense et de sécurité.....	22
2.4.6 les routiers.....	23
3. Analyse de réponse aux IST/IVH/SIDA.....	24
3.1 Les forces et les faiblesses de la réponse.....	26
3.1.1 la prévention.....	26
3.1.2 le traitement.....	28
3.1.3 le soutien socioéconomique.....	29
3.2 Organisation institutionnelle de la lutte	31
3.3 Les leçons apprises.....	31
4. Les opportunités et les contraintes d'une meilleure riposte nationale.....	35
4.1 Les opportunités.....	35
4.2 Les contraintes.....	36
III. LA VISION ET LES FONDEMENTS	37
1. Le but.....	38
2. La vision.....	38
3. Les fondements de la politique en matière de lutte contre le SIDA.....	39

4. Les principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA.....	39
4.1 Renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et promotion du Conseil, dépistage volontaire.....	39
4.2 Utilisation et intégration des services de la Santé de la Reproduction comme porte d'entrée pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA	39
4.3 Amélioration de l'accès aux soins des personnes infectées et affectées.....	39
4.4 Amélioration de la prise en charge psychologique et économique des personnes infectées et affectées.....	41
4.5 Décentralisation et consolidation de l'approche multisectorielle de la lutte contre les IST/VIH/SIDA.....	41
4.6 Prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA... ..	41
4.7 Renforcement du partenariat de la coordination et de la mobilisation des ressources.....	41
4.8 Renforcement de la bonne gouvernance.....	43
IV. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	43
1. Les composantes.....	43
1.1. La prévention.....	43
LES AXES STRATEGIQUES DE COMPOSANTE PREVENTION	
Axe 1 : La prévention de la transmission dans les groupes prioritaires... ..	46
Axe 2 : Promotion des actions de Communication pour un Changement de Comportement au sein de la population générale.....	47
Axe 3 : Marketing Social du Préservatif.....	48
Axe 4 : La prise en charge des IST dans les établissements de soins à travers une approche syndromique comprenant la promotion des comportements sexuels à moindre risque.....	49
Axe 5 : La lutte contre les Accidents d'Exposition Sanguins.....	50
Axe 6 : Sécurité transfusionnelle.....	51
Axe 7 : Promotion du conseil, dépistage volontaire, confidentiel et gratuit.....	51
Axe 8 : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.....	52
1.2 Soins-conseils	53
L'AXE STRATEGIQUE DE LA COMPOSANTE SOINS-CONSEILS.....	52
Axe 1 : La prise en charge globale intégrée de qualité des PVAVS sur l'ensemble du territoire.....	53
1.3 Soutien socio-économique.....	54
L'AXE STRATEGIQUE DE LA COMPOSANTE SOUTIEN SOCIO-ECONOMIQUE.....	54
Axe 1 : La réduction de l'impact du VIH/SIDA sur les individus, les familles et les communautés infectées et affectées.....	54
1.4 Organisation.....	54
LES AXES STRATEGIQUES DE LA COMPOSANTE ORGANISATION.....	55
Axe 1 : Renforcement du système institutionnel.....	55
Axe 2 : Renforcement du système de suivi/évaluation de l'infection par le VIH.....	57
Axe 3 : Programme de recherche.....	57
Axe 4 : La mobilisation des ressources.....	58
V. LES ROLES ET LES RESPONSABILITES DES DIFFERENTS ACTEURS.....	59
1. Les acteurs du secteur public.....	59
1.1 Le Ministère en charge de la Santé Publique.....	59

1.2	Le Ministère de la Communication.....	60
1.3	Le Ministère de la Jeunesse et des sports.....	60
1.4	Les Ministères en charge de l'Education.....	61
1.5	Les Ministères en charge de la Défense Nationale et de la Sécurité.....	61
1.6	Le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant.....	62
1.7	Le Ministère de la Population et des Réformes Sociales.....	62
1.8	Le Ministère du Transport et de l'Aviation Civile.....	63
1.9	Le Ministère du Tourisme et de l'Artisanat.....	63
1.10	Les Ministères en charge du Développement Rural (Ressources animales, développement agricole, hydraulique et environnement.....	63
1.11	Le Ministère du Commerce et de la Normalisation.....	64
1.12	Le Ministère du Développement Communautaire et de l'Aménagement du territoire.....	64
1.13	Le Ministère des Mines et de l'Energie.....	65
1.14	Le Ministère de la Justice.....	65
1.15	Le Ministère des Affaires Religieuses.....	65
1.16	Les autres Ministères.....	66
	Les acteurs de la société civile.....	66
2.1	Les organisations de la Société civile (ONG, OBC, Associations et organisations confessionnelles).....	66
2.2	Les associations de PVAVS avec son réseau le RENIP+.....	68
3.	Les acteurs du secteur privé.....	68
3.1	Les sociétés et entreprises.....	68
3.2	Les médias privés.....	69

VI LES MODALITES OPERATIONNELLES DE LA LUTTE..... 69

1.	Les principes opérationnels de la lutte.....	69
1.1	La multisectorialité.....	69
1.2	La décentralisation.....	69
1.3	L'intégration.....	70
2.	Organisation de la lutte.....	70
2.1	Au niveau national.....	70
2.2	Au niveau régional.....	71
2.3	Au niveau sous-régional (départements et communes urbaines).....	72
3.	Le cadre institutionnel de la lutte pour la période 2008-2012.....	75
3.1	Organe de mise en œuvre.....	75
3.1.1	Au niveau de la commune.....	75
3.1.2	Au niveau sous-régional.....	75
3.1.3	Au niveau régional.....	75
3.1.4	Au niveau national.....	76
3.2	Organe de coordination.....	76
3.2.1	Au niveau régional.....	76
3.2.2	Au niveau national.....	77
3.3	Organe d'orientation.....	79
3.3.1	Au niveau communal (Conseil Communal de lutte contre le SIDA).....	79
3.3.2	Au niveau sous-régional (Conseil Sous-Régional de lutte contre le SIDA).....	80
3.3.3	Au niveau régional (Conseil Régional de lutte contre le SIDA).....	82
3.3.4	Au niveau national (Conseil National de lutte contre le SIDA).....	83

**VII DISPOSITIF DE SUIVI ET EVALUATION DE LA LUTTE
CONTRE LES IST/VIH/SIDA.....**

1. Composantes de système de suivi et évaluation.....	86
1.1 La composante suivi.....	86
1.2 La composante évaluation.....	86
2. Description de la composante suivi et évaluation.....	87
3. Mode de suivi selon le type d'épidémie.....	87
4. Production des indicateurs en fonction des systèmes.....	87
4.1 La collecte des données pour le système de suivi de routine.....	88
4.2 Les outils d'évaluation.....	89

I. Introduction

Dans le contexte d'une mobilisation nationale pour faire face aux problèmes majeurs de développement, le Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA est un document de référence qui indique à l'ensemble des acteurs concernés les axes stratégiques dont le choix est dicté par un environnement national et international, par la particularité des problèmes à résoudre, et par les possibilités qui s'offrent au pays en matière de mobilisation des ressources. C'est cette vision qui a conduit le Niger à adopter pour la période 2002-2006 un cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA. La révision du Cadre Stratégique 2002 – 2006 a été rendue nécessaire du fait, non pas d'une modification notable du contexte du Niger, mais de la nécessité de mieux ajuster l'organisation et le pilotage de la lutte en prenant en compte les recommandations des différents rapports d'évaluation des produits à la demande du gouvernement.

Le Cadre Stratégique 2008-2012 modifie les grandes options stratégiques pour permettre l'accès universel et définit clairement les orientations stratégiques, les rôles et responsabilités des intervenants. Cela se traduit par un dispositif institutionnel et organisationnel propice à plus de rigueur dans la gouvernance de la lutte, à plus d'efficacité et d'efficience dans le fonctionnement des structures qui le composent.

Le présent cadre stratégique est le résultat d'un processus hautement participatif impliquant des acteurs publics, privés, civils aux niveaux national, régional, local, les PVAVS notamment par le Réseau Nigérien de PVAVS (RENIP +) et des partenaires techniques et financiers. Ainsi:

- un projet d'analyse situationnelle a été préparé par une équipe restreinte mise en place par la CISLS et composée d'acteurs du public, de la société civile et des partenaires techniques,
- des ateliers de contribution des différents groupes d'acteurs (comités sectoriels, société civile, partenaires) ont été organisés afin d'améliorer le document ;
- les axes stratégiques dégagés de l'analyse situationnelle ont été revus par un groupe d'experts faisant partie des groupes ci-dessus cités.

En septembre 2007, un changement institutionnel important est intervenu, à savoir le rattachement de la CISLS à la Présidence de la République, et il a été jugé utile d'adapter le Cadre Stratégique National à cette nouvelle réalité.

Les étapes d'élaboration/adaptation ont consisté en des ateliers et réunions d'experts élargis aux différents acteurs tant au niveau national que régional.

Après un survol du contexte de la lutte contre le VIH/SIDA au Niger ainsi que du processus de l'élaboration de l'instrument, le CSN 2008-2012 est structuré en plusieurs parties :

- L'introduction
- Le contexte de la lutte
- La vision, les fondements de la lutte

Les orientations stratégiques

- Les rôles et les responsabilités des différents acteurs
- Les modalités opérationnelles de la lutte
- Les dispositifs de suivi et évaluation de la lutte contre les IST/VIH/SIDA

Les annexes du CSN fournissent des informations complémentaires estimées utiles pour tout lecteur/utilisateur, notamment le tableau d'attributions des différents acteurs.

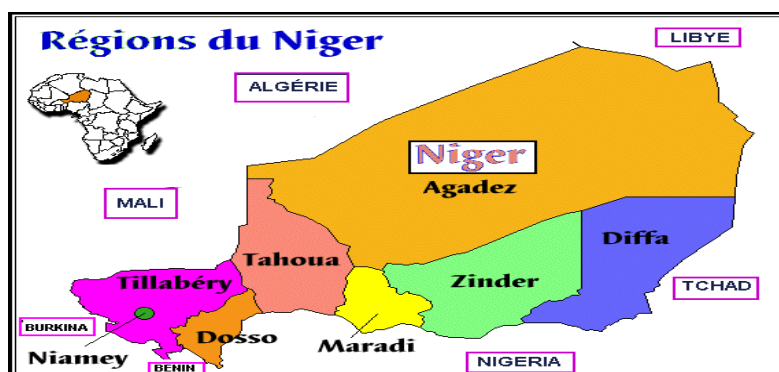
II. Contexte de la lutte contre le VIH/SIDA

Le Niger est un pays enclavé, situé à l'Est de l'Afrique Occidentale, en zone sahélo- saharienne avec une superficie de 1.267.000 km². Il est limité :

- à l'est par le Tchad.
- à l'ouest par le Burkina Faso et le Mali.
- au sud par le Bénin et le Nigeria,
- au nord par l'Algérie et la Libye

1 Présentation du pays

1.1 Présentation géographique



Le Niger est organisé en huit régions administratives chacune dirigée par un Gouverneur. Il existe 36 départements dirigés chacun, par un Préfet avec 52 communes urbaines et 213 communes rurales dirigées par des maires élus.

1.2 Présentation administrative

Le Niger a opté pour la décentralisation dans son organisation politique et administrative. Toutes les actions et activités des secteurs de développement doivent s'inscrire dans les plans de développement communaux.

1.3 Démographie

En 2006, la population Nigérienne est estimée à 13.009.723 habitants (projection RGP/H 2001) avec un taux d'accroissement de 3,3%. La densité moyenne est de 9,5 habitants au km², avec une concentration dans la partie Sud du pays : les $\frac{3}{4}$ de la population vivent sur $\frac{1}{4}$ du territoire national. Ainsi, 2,2% de la population vivent sur 56,6% du territoire dans la région d'Agadez, alors que 22% vivent dans la région de Tillabéri et la Région de Niamey, 7 fois moins étendue qu'Agadez. 20% de la population totale vivent à Maradi qui ne représente que 3% de la superficie totale du pays.

La population urbaine représente 16,26%. Le phénomène d'urbanisation demeure encore limité par rapport à la sous région Afrique de l'Ouest.

L'indice synthétique de fécondité est de 7,5 enfants par femme, une espérance de vie à la naissance de 56.9 ans¹. Les femmes représentent 50,12% de la population.

La population nigérienne est très jeune. Elle se caractérise par une très grande prédominance de jeunes de moins de 15 ans. Les jeunes de 10 à 24 ans sont estimés à **3 729 846** et représentent **28,59 %** de la population totale du Niger. Cette jeunesse constitue un important potentiel humain pour le développement du pays. C'est aussi l'un des groupes les plus exposés à l'infection à VIH/SIDA².

1.4. Education

Le faible accès à l'éducation est reflété par les niveaux du taux net de scolarisation primaire (45,9 % en 2006), d'achèvement du cycle primaire (39,8 % en 2006) et d'alphabétisation des adultes (28,7 % en 2005)³. Pour tous ces taux, il existe des disparités entre les milieux urbain et rural, les genres et les régions. Ainsi :

- le taux net de scolarisation primaire est de 52,6 % pour le milieu urbain contre 45 % en milieu rural. Il est de 54,1 % pour les garçons et 37,8 % pour les filles ;
- le taux d'alphabétisation est de 51,89 % en milieu urbain contre 23,4 % en milieu rural.

1.5 Situation économique

Le Niger figure parmi les pays les plus pauvres du monde en matière de développement. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) le classe au 174^{ème} rang sur 174 pays selon l'Indice de développement humain (IDH) en 2006. Le revenu national brut par habitant est évalué à 180\$ US. Depuis le déclin du secteur minier de l'uranium, le secteur primaire est devenu le principal pôle économique du pays avec 41% de contribution au Produit Intérieur Brut (PIB). Il occupe 80% de la population. Le secteur informel, très développé, a pris le pas sur le secteur formel, induisant ainsi une diminution substantielle des recettes de l'Etat.

La pauvreté, plus accentuée dans les zones rurales, touche plus les femmes (3/4) que les hommes. Ses causes sont multiples :

- la forte croissance démographique ;
- les sécheresses successives ayant entraîné des mauvaises récoltes ;
- la dégradation du potentiel productif ;
- la faiblesse du capital et des revenus ;
- l'exode.

¹ INS, Le Niger en Chiffre 2007.

² INS, Population lissée au 1^{er} Juillet 2006).

³ Direction des Statistiques et de l'Informatique Ministère de l'Education Nationale.

1.6 Société et culture

Plus de 95% de la population est de confession musulmane. La tolérance religieuse est de mise et les différentes associations œuvrent dans ce sens.

La place de la femme dans la société nigérienne, son faible pouvoir économique, les pesanteurs socioculturelles et son faible niveau d'instruction expliquent sa vulnérabilité à l'infection au VIH/SIDA. Ceci se traduit ainsi par les faits suivants:

- les premiers rapports sexuels ont lieu à 15,1 ans en moyenne chez les jeunes filles et à 20,4 ans chez les garçons ;
- les 47,5% des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 15 ans, les 87,3% avant 18 ans et les 96% avant 22 ans);
- les 36% des filles sont déjà mères ou enceintes entre 15-19 ans ;
- outre les mariages précoces, les jeunes filles sont exposées aux grossesses non désirées dont l'une des conséquences est l'avortement clandestin.

Concernant les hommes, plusieurs facteurs de vulnérabilité existent dans le contexte nigérien:

- le pouvoir économique des hommes plus élevé que celui des femmes leur permet de s'offrir les partenaires sexuels qu'ils veulent, sans toujours prendre les précautions qui s'imposent ;
- la recherche d'emplois qui est source de mobilité et d'éclatement des familles.

Certaines pratiques traditionnelles courantes (le divorce, la polygamie, les scarifications, l'ablation de la lèvre, le sororat, l'homosexualité...) expliquent la vulnérabilité à l'infection du VIH/SIDA chez l'homme nigérien.

1.7 Migration

L'économie nigérienne repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage, deux secteurs d'activités fortement influencés par les conditions climatiques. La saison sèche qui couvre la période allant d'octobre à juin est 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. En outre, le Niger est un pays carrefour pour la migration des jeunes vers les pays du nord.

1.8 Le système sanitaire

Le système de santé repose actuellement sur une politique de santé structurée autour de la mise en œuvre d'un Plan de Développement Sanitaire (PDS 2005-2010) orienté vers la réalisation des objectifs du millénaire parmi lesquels figure la maîtrise de l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA, (la cible n° 7 du 6^{ème} Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) qui est de « Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies » et « d'enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencer d'inverser la tendance actuelle, d'ici 2015 ».. Sa logique fondamentale est

d'inscrire l'ensemble des interventions du secteur dans un seul programme d'activités afin d'orienter les multiples projets et ressources qui les accompagnent dans une démarche sectorielle unique. Elle fait du renforcement du système de santé, de la déconcentration et l'intégration des différents programmes trois de ses axes essentiels. Sa mise en œuvre se décline au niveau de chaque région et de chaque District Sanitaire par l'élaboration de Plan de Développement Sanitaire Régional (PDSR) et de Plan de Développement Sanitaire de District (PDSD) qui fusionnent à chaque niveau, l'ensemble des activités du secteur en veillant à leur mise en cohérence avec celles des autres secteurs de développement.

L'organisation du secteur public est calquée sur le découpage administratif du pays. Il y a ainsi trois niveaux stratégique, technique et opérationnel, chacun disposant de structures techniques et de prestations.

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 ;
- 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.

Le système de santé au Niger est constitué des secteurs public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif (organisations et associations de la société civile et confessionnelles). Il y a en outre:

- les services de santé des armées qui, en plus des prestations offertes aux militaires et paramilitaires, prennent en charge les populations civiles. Ils 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), de 5 postes médicaux, d'une pharmacie et d'un laboratoire ;
- le secteur privé, le secteur civil et confessionnel et la médecine traditionnelle qui demeure le premier recours des malades surtout en milieu rural ;
- une faculté de médecine, deux écoles nationales de santé publique et 5 établissements privés qui assurent la formation des médecins, des paramédicaux et des auxiliaires de la santé.

Le système de santé a des problèmes d'ordre:

- structurel: insuffisance quantitative et qualitative du personnel.
- fonctionnel: mauvaise répartition du personnel, manque de moyens techniques, insuffisance des moyens de fonctionnement.

Le ratio des personnels de santé au Niger est de:

- 1 médecin pour 34 506 habitants ;
- 1 pharmacien pour 676 696 habitants ;
- 1 chirurgien dentiste pour 1 015 043 habitants ;
- 1 infirmier pour 5 331 habitants ;
- 1 sage femme pour 5 702 femmes en âge de procréer.

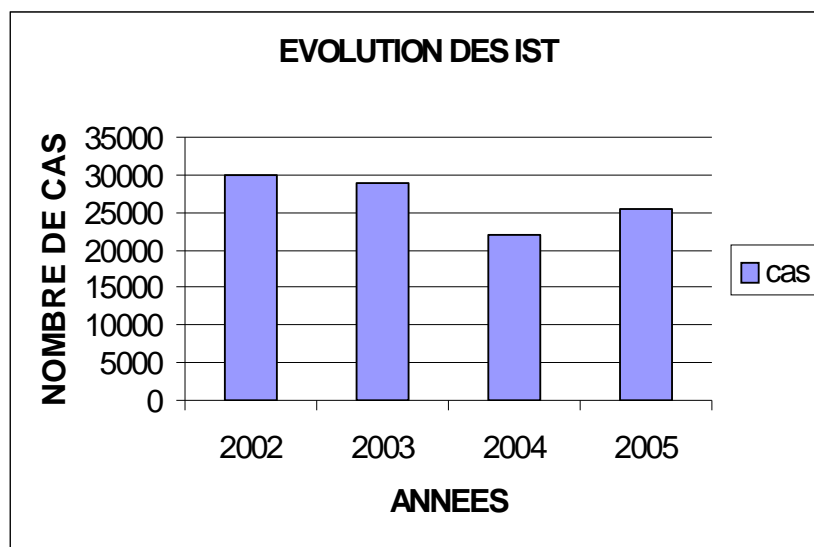
2 Situation épidémiologique des IST/VIH/SIDA

2.1 Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

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.

Aucune étude d'envergure nationale n'a été réalisée sur les IST. La situation globale des IST au Niger provient essentiellement de la notification des cas par les formations sanitaires.

Graphique1 : Evolution des cas d'IST au Niger de 2002 à 2005



Source : DSNIS

Dans ce graphique, on note une diminution progressive des cas d'IST de 2002 à 2004, suivie d'une légère remontée à partir de 2005 notamment dans les Régions de Tahoua et Maradi. Ces augmentations peuvent s'expliquer par l'accroissement des consultations et une meilleure notification des cas.

Pour ce qui est de la répartition des IST selon le sexe et leur classification selon le type, une analyse des 4272 consultations pour IST dans les régions de Niamey et Tillabéri entre 2002 et 2006 fait ressortir les aspects suivants dans le rapport final du projet SIDA 3 :

- 74,80 % des consultations ont concerné les femmes ;
- les IST à type d'écoulement représentent 64,80 % de toutes les consultations avec respectivement 50,40 % pour les écoulements vaginaux et 17,40 % pour les écoulements urétraux ;
- les IST à type d'ulcération représentent 14,30 %.

2.2 Le VIH/SIDA

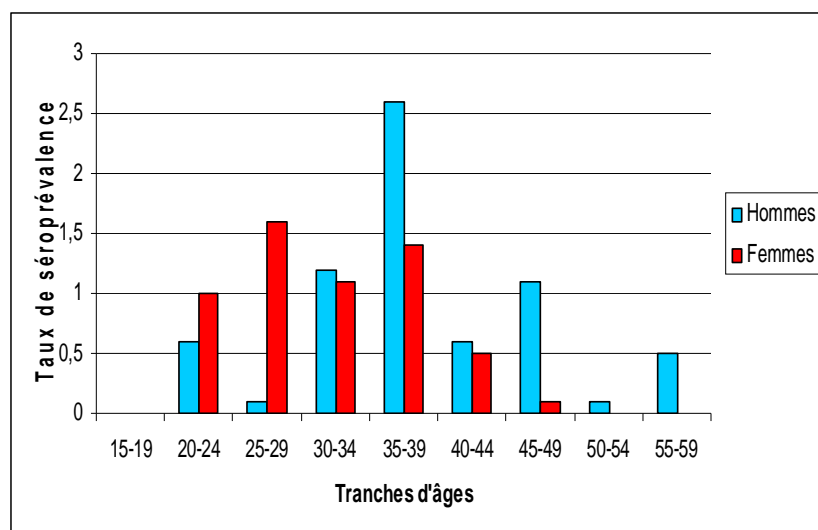
L'enquête nationale de séroprévalence réalisée en 2002⁴, a révélé un taux de séroprévalence de 0,87 % avec un nombre moyen estimé de 40.000 personnes infectées. La séroprévalence était plus élevée en milieu urbain (2,08 %) qu'en milieu rural (0,64 %).

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 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.

Graphique 2 : 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'entre 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

⁴ Rapport enquête nationale de séroprévalence dans la population générale âgée de 14 à 49 ans et dans 6 groupes cibles au Niger

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.

Bien 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'UNFPA⁵ dans six (6) sites⁶ 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 Niamey⁷. Concernant les femmes 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 129 sites PTME⁸.

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 que le Niger a une épidémie concentrée.

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

⁵ 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)

⁶ Loga (Région de Dosso), Agadez (Région d'Agadez), Tanout, Magaria et Gouré (Région de Zinder)

⁷ 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.

⁸ Données cellule PMTE/RSDR/MSP

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).

2.3 Les déterminants de la propagation des IST/VIH/SIDA

2.3.1 Les comportements sexuels à risque

Au Niger, le VIH/SIDA est une maladie principalement transmise par voie sexuelle. Elle est liée aux rapports hétérosexuels non protégés et la réussite de la lutte contre le VIH/SIDA repose fortement sur l'adoption des comportements sexuels à moindre risque. Le plus souvent, la connaissance du VIH/SIDA est supposée inciter le changement de comportement chez les gens, mais l'influence des facteurs tels que la capacité de négocier les rapports sexuels moins risqués, les normes sociales, culturelles et religieuses, les inégalités du genre, la pauvreté et la dépendance économique jouent des rôles importants dans la pratique des comportements sexuels à risque au Niger.

2.3.2 La migration

L'important flux de migration externe et interne au Niger accroît la vulnérabilité face au VIH/SIDA. La pauvreté, l'exploitation et l'éloignement des familles et partenaires inhérents à la migration mettent les migrants, les personnes et les communautés qu'ils rencontrent en situation de risque.

2.3.3 La pauvreté

L'étendue de la pauvreté au Niger rend les populations davantage vulnérables au VIH/SIDA. La pauvreté diminue le niveau de contrôle individuel des personnes sur leurs conditions de vie les rendant fragiles aux problèmes sanitaires et sociaux. La pauvreté exacerbe les inégalités entre hommes et femmes en ce qui concerne la vulnérabilité économique et les stratégies de survie qui peuvent induire des comportements sexuels à haut risque. Le bas niveau de développement humain, et l'inégal accès à l'éducation et à la santé sont le lit de la propagation de la maladie au Niger.

2.3.4 Les inégalités hommes/femmes face au VIH/SIDA

Le Niger ne doit pas seulement focaliser la prévention sur le comportement sexuel qui génère les habitudes sexuelles individuelles à risque, mais les stratégies doivent viser l'habilitation des femmes et des filles, tout en prêtant une attention particulière aux phénomènes de comportement sexuel et reproductif des hommes.

Au Niger la tendance à la multiplicité des partenaires parmi les hommes célibataires s'accompagne de graves implications quant au risque de propagation d'IST, y compris du VIH. Aussi, la période s'écoulant entre les premiers rapports sexuels et le premier mariage peut présenter un risque important tant pour les jeunes hommes que pour les jeunes femmes.

La polygamie et une grande différence d'âge sont des facteurs qui accentuent les relations inégales au sein du couple, surtout sur la décision relative à la contraception, à l'usage du préservatif et au nombre d'enfants désirés.

L'épidémie a aussi un impact disproportionné sur les femmes. La définition sociale de leur rôle de soignantes, d'épouses, de mères et de grands-mères fait qu'elles assument la plus grande part du fardeau du SIDA. Quand la maladie ou la mort entraîne l'appauvrissement de la famille, les femmes et les filles – faibles sur les plans économique et social – sont les plus gravement atteintes.

Au-delà de toutes considérations anatomique ou physiologique, une panoplie de facteurs socioéconomiques et culturels limitent l'autonomie de la femme au Niger et ainsi augmente sa vulnérabilité au VIH/SIDA. En général, les hommes jouissent d'un accès plus important aux ressources, d'un meilleur positionnement politique, d'une mobilité physique plus importante, de moins de responsabilités pour leur propre entretien et les soins aux jeunes et aux vieux, d'une position privilégiée en ce qui concerne la disposition de la main d'oeuvre, particulièrement du travail des femmes et d'une plus grande liberté sociale et de choix.

La pratique de la polygamie, le mariage précoce, la facilité du divorce par une simple note de l'homme, la scarification, les tatouages, le lévirat et le sororat rendent les femmes davantage vulnérables à l'épidémie. En plus, l'ignorance sur la sexualité (particulièrement de la part des femmes) est encouragée et assimilée à la pureté. Sa connaissance est un signe de mœurs légères. L'accès limité des femmes à l'éducation et aux activités génératrices de revenu a un impact indirect sur leur vulnérabilité à la maladie et leur accès aux soins en cas d'infection.

Les femmes sont physiquement plus vulnérables au VIH que les hommes. De nombreuses études montrent que, lors des rapports hétérosexuels et en l'absence de toute autre infection sexuellement transmissible, le virus a deux fois plus de chances d'être transmis de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Les femmes jeunes sont en outre plus susceptibles d'être infectées que les femmes plus âgées.

Le risque accru chez la femme reflète aussi les inégalités entre hommes et femmes, se référant aux croyances, coutumes et usages qui définissent les caractéristiques et les conduites 'masculines' et 'féminines'. Cela signifie, pour de nombreuses femmes, y compris les femmes mariées, que le comportement sexuel du partenaire masculin est le facteur de risque le plus important en ce qui concerne le VIH.

2.3.5 Le contexte socioculturel

Au Niger la stigmatisation, le silence, la discrimination, le déni et le manque de confidentialité mettent en péril les efforts pour la prévention et augmentent l'impact de l'épidémie sur la lutte contre la pauvreté.

Pour réussir, il est important que le Niger assure une prévention adaptée, multiforme et surtout massive, mobilisant tous les détenteurs du pouvoir social. La première difficulté stratégique dans ce cadre est liée aux représentations culturelles de la maladie en général, de la souffrance et de la mort en particulier. La tendance est fortement prononcée à les interpréter non comme le résultat des mécanismes physiologiques mais surtout comme les

effets des manifestations sociales ou religieuses. Plus que toute autre maladie, le SIDA est apparenté aux idées de sexe et de mort - d'où sa très forte charge symbolique et son côté tabou.

2.3.6 Les droits humains

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.

Sur le plan national, la présence d'une loi protégeant les PVAVS est un effort louable, il ne reste plus qu'à assurer sa diffusion et sa mise en pratique.

On peut conclure qu'il existe un cadre juridique favorable à la lutte contre le VIH/SIDA. Il faudra s'assurer du respect des engagements qui sont pris et faire un suivi rapproché.

2.4 Analyse de la situation au niveau des groupes prioritaires

En fonction des groupes prioritaires (vulnérables et spécifiques) retenus on retrouve les éléments suivants :

2.4.1 Chez les jeunes

Au nombre des déterminants qui favorisent la propagation de l'infection chez les jeunes on peut retenir:

- la précocité des activités sexuelles chez les jeunes filles avec des partenaires plus âgés;
- l'absence de communication entre les parents et leurs enfants sur les problèmes de la sexualité ;
- la faible utilisation du condom ;
- le faible niveau de scolarisation des jeunes filles ;
- l'insuffisance d'informations fiables sur la sexualité et plus particulièrement sur l'infection au VIH/SIDA ;
- la non prise en compte des problèmes de la sexualité au niveau de l'éducation familiale, scolaire et communautaire ;
- l'insuffisance de structures adéquates d'écoute, de conseils aux jeunes en matière de sexualité.

2.4.2 Chez les femmes

Les déterminants suivants ont été recensés :

- le faible niveau d'instruction ;
- la dépendance économique ;
- la sexualité et le mariage précoce ;
- le poids des facteurs socioculturels.

En plus des besoins recensés au niveau des jeunes, les femmes sont surtout confrontées aux problèmes de la faiblesse de leur statut socioéconomique et juridique qui les maintient dans un état de dépendance vis à vis des hommes.

2.4.3 Les professionnelles de sexe

La prostitution existe au Niger sous deux formes :

- la prostitution affichée. Ce sont généralement les professionnelles, vivant essentiellement des revenus de leur prestation de service. Elles ne mènent pas d'autres activités rémunératrices ;
- la prostitution clandestine, occasionnelle, ou cachée. Ces prostituées vont à la rencontre des clients partout où ceux-ci peuvent se trouver. Elles mènent une activité économique qui leur sert de couverture.

Ces catégories sont les suivantes selon leurs activités de couverture :

- les vendeuses ;
- les commerçantes ;
- les élèves ;
- les orpailleuses (mariage de courte durée dans les mines).

Elles se prostituent pendant ou après les heures habituelles de service et ne se reconnaissent pas comme prostituées. C'est le

groupe le plus difficile à toucher et qui représente le véritable problème que pose cette forme de prostitution cachée.

2.4.4 Le Secteur minier

32,24% environ de la population du département d'Arlit⁹ travaillent dans le secteur de l'exploitation de l'Uranium. L'exploitation artisanale de l'or peut employer selon les saisons une grande partie de la population des zones concernées. Les zones d'exploitation minières de Komabangou et de Dirkou connaissent ces dernières années une grande affluence.

Une enquête réalisée¹⁰ par le Ministère des Mines et de l'Energie en juillet 2004 chez les travailleurs miniers au Niger a donné les taux de prévalence suivant :

- Somair : 1,2% ;
- Cominak : 3,4% ;
- Sonichar : 5,2% ;
- Komanbagou : 1,4% ;

Trois principaux déterminants ont été identifiés, il s'agit :

- de la promiscuité sexuelle ;
- des contrats de mariage à durée déterminée ;
- de la faiblesse des revenus des familles.

Le coût prévisionnel de l'intervention sur financement AREVA est de 787 900 000 FCFA.

2.4.5 Forces de Défense et de Sécurité (FDS)

Les Forces de Défense et de Sécurité (FDS) en tant que collectivités bien organisées constituent une partie vive de la population Nigérienne. Leurs missions multiples les amènent à se déployer sur toute l'étendue et en dehors du territoire National.

Ces hommes et femmes dont l'âge moyen est de trente cinq ans sont sexuellement très actifs.

Les déterminants suivants entretiennent la propagation de l'infection dans ce groupe:

- le célibat géographique dans les zones de conflit ;
- l'insuffisance du personnel médical ;
- la faible utilisation du préservatif ;
- l'insuffisance de casernes pour les FDS.

Au total les principaux déterminants qui entretiennent la propagation de l'épidémie, tant au niveau des groupes vulnérables que dans la population générale, en milieu urbain et en milieu rural, sont :

- la multiplicité des partenaires sexuels ;
- la résistance à l'utilisation du préservatif ;
- le faible pouvoir économique des populations ;
- le Taux élevé d'analphabétisme ;
- l'augmentation du phénomène de prostitution et du commerce de sexe ;

⁹ Projet d'Etablissement (2006-2010) Hôpital minier de Cominak

¹⁰ Plan d'action de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les Sociétés minières d'Arlit 2005-2010

- le déni de l'existence de l'épidémie ;
- la toxicomanie (abus de drogue par voie orale chez les jeunes) ;
- la jeunesse de la population.

Deux principaux **obstacles** ont été identifiés, lors de cette analyse :

- l'un d'ordre socio culturel : le poids de la tradition et de la culture ;
- l'autre d'ordre religieux : l'opposition des religions vis à vis de l'utilisation du condom en dehors du mariage.

2.4.5 Les routiers

Le taux de séroprévalence chez les routiers est passé de 3,4 % en 1993 à 1,7 % en 2002. Malgré la régression, ce taux reste élevé par rapport à la moyenne nationale (0,7 %). Les principaux déterminants sont :

- la mobilité ;
- les séjours prolongés en dehors du foyer conjugal ;
- l'absence de contrôle social (la transplantation dans un milieu étranger rend l'individu anonyme et relativement libre) ;
- l'autonomie financière des acteurs du transport face à la vulnérabilité économique des femmes ;
- le multi partenariat sexuel ;
- la faible utilisation des préservatifs.

Malgré ces obstacles, l'espoir est permis car le groupe technique du processus de planification stratégique a recensé toutes les opportunités qu'il faudra exploiter pour renverser les tendances évolutives de l'épidémie. Il s'agit surtout :

- de l'engagement politique au plus haut niveau de l'Etat,
- de la disponibilité des partenaires au développement à accroître leur appui technique et financier
- des structures et approches mises en place pour renforcer la réponse locale tels que le réseau parlementaire de lutte contre le SIDA, les comités sectoriels, les comités régionaux, communaux, les clubs anti SIDA, les radio rurales et communautaires, les centres d'écoute et d'orientation pour les jeunes, les agents vulgarisateurs et auxiliaires , les ONG et Associations en milieu rural...

3 L'analyse de la réponse au IST/VIH/SIDA

Depuis l'apparition des premiers cas de SIDA en 1987, le Niger s'est organisé pour apporter une réponse nationale à l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA. Ainsi, l'organisation de la lutte contre le VIH/SIDA a connu au Niger les étapes suivantes :

- 1987 – 1989 : Plan à court terme (PCT)
- 1990 – 1992 : 1er Plan à Moyen Terme (PMT I)
- 1994 – 1998 : 2è Plan à Moyen Terme (PMT II)
- 1999 à 2001 : Des plans annuels ont été mis en œuvre et ont jeté les bases pour l'élaboration d'un Plan à Moyen terme multisectoriel (PMT III)
- 2004-2006 Plan National Multisectoriel de lutte contre le SIDA (PNM).

Conscient du fait que bien plus qu'un problème de santé, le SIDA est un véritable problème de développement, le Gouvernement 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 à la nouvelle initiative des 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 PVAVS 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.

Chacune des composantes est assortie d'axes stratégiques de lutte, d'objectifs et de résultats attendus. Bien que le cadre stratégique ait été adopté en 2002, *le processus de planification stratégique n'a été achevé qu'en Avril 2003. Ce processus 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, synthèse des différents plans, a été élaboré en mai 2003. Ce plan d'un montant de 34.587.820.608 francs CFA soit 65.597.590,9 dollars des Etats-Unis a nécessité la mobilisation d'importantes ressources financières réparties comme suit :

Tableau 1: Contributions prévues des différents partenaires au financement du PNMLS 2002- 2006

Sources de financement	Domaine	Budget (Période) US dollars
Banque Mondiale (IDA/MAP)	Programme Multisectoriel de Lutte Contre le VIH/SIDA	25 000 000 (2003-2008)
KFW	Marketing Social (fourniture de préservatifs)	4 685 407 (2003-2007)
UNFPA	Santé de la reproduction	4 061 205 (2002-2006)
UNICEF	PTME, IEC/CCC jeunes scolarisés et non scolarisés 10-24 ans	3 600 000 (2004-2007)
Union Européenne (UE)	Sécurité transfusionnelle	2 247 218 (2002-2007)
OMS	3X5, PTME, formation du personnel de santé laboratoire	500 000 (2004-2007)
PAM	Appui nutritionnel	2 000 000 (2004-2007)
SIDA 3 (CCISD)	PEC des IST, participation communautaire	1 899 882 (2002-2006)
Fonds Mondial	Promotion des préservatifs	11 968 330,7 (2004-2006)
LUX Développement (Projet NIG O12)	Prévention	4 009 367 (2002-2004)
USAID (Fonds des Ambassadeurs)	Prévention	540 000 (2001-2004)

NB : 1) Certains financements ont commencé avant la mise en œuvre du PNMLS en 2003 et d'autres vont jusqu'en 2008.

2) Contribution UNFPA (Fonds réguliers = 1.600.000 USD Multi = 2.461.205 USD dont Belgique = 1.194.294 USD, Danemark = 516.111 USD Luxembourg = 750.800 USD)

3.1 Les forces et les faiblesses de la réponse

3.1.1 La prévention

Elle était axée sur :

1. la création d'un environnement favorable à la mise en oeuvre des programmes de prévention avec pour objectif , d'accroître et rendre plus opérationnelles les actions de lutte contre la propagation du VIH/SIDA et les IST dans un environnement plus favorable aux activités de prévention
2. la réduction des risques de transmission du VIH/SIDA avec pour objectifs :
 - de promouvoir les comportements sexuels à moindres risques par la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ;
 - de promouvoir le Conseil Dépistage Volontaire et Confidentiel du VIH (CDVC) ;
 - de promouvoir l'utilisation des préservatifs ;
 - d'assurer la sécurité transfusionnelle ;
 - de promouvoir l'hygiène dans les lieux de travail ;
 - de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ;
 - de réduire l'incidence des IST de 25% dans les groupes prioritaires et dans la population générale.

Les acquis

- l'accroissement et l'opérationnalisation des actions de lutte contre la propagation du VIH/SIDA et les IST dans un environnement plus favorable aux activités de prévention comme en témoigne l'implication des religieux dans la mise en oeuvre des activités de lutte contre le SIDA.
- Les activités de plaidoyer et de mobilisation sociale ont bénéficié de l'engagement des autorités politiques, coutumières et religieuses ;
- La promotion des comportements sexuels à moindres risques par la communication pour un changement de comportement à travers des campagnes de masse et de proximité tant en milieu urbain que rural. Les principaux bénéficiaires de ces campagnes sont les groupes cibles prioritaires du programme (jeunes scolarisés, non scolarisés, déscolarisés, professionnelles du sexe, routiers, Forces de Défense et de Sécurité, femmes, migrants). Pour la réalisation des séances de sensibilisation, des modules de formation, des supports IEC ont été élaborés. La GTZ à travers son programme EDUSIDA y a apporté un appui technique et financier au Ministère de l'Education dans sa zone d'intervention.
- 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 conseil, d'un manuel de formation et d'un guide pour les formateurs, la formation en conseil 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. 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) ;
- La promotion de l'utilisation 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 3000 points de vente mis en place par le projet « Marketing Social » qui a vendu 13 250 610 unités de décembre à octobre 2007 ;
- La sécurité transfusionnelle. Le Niger dispose d'une politique nationale en matière de transfusion sanguine. Actuellement, il existe un Centre National de Transfusion Sanguine situé à Niamey et un centre régional à Zinder. En outre, deux associations de donneurs de sang (ADBSN et TCHEMAYA) sont actives dans ce domaine. Le dépistage concerne le VIH, les hépatites B et C et la syphilis ;
- 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 ;
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). La prévention de la transmission mère - enfant du VIH est un domaine prioritaire de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA. Au Niger, la PTME a démarré en 2003 avec l'appui de l'UNICEF dans 7 sites pilotes. En 2006, il y a **129** sites PTME. Le personnel travaillant dans ces sites a été formé à offrir les prestations suivantes : la promotion du dépistage volontaire lors de la CPN, le Suivi/Conseil des femmes séropositives, l'administration d'ARV à titre prophylactique, l'accouchement assisté des femmes séropositives, le Suivi des nourrissons et des mères séropositifs. Signalons l'adoption de la Stratégie Nationale de Prévention de la mère – enfant du VIH.

Les insuffisances

Plusieurs insuffisances ont été constatées dans la mise en œuvre de la composante Prévention du Cadre Stratégique 2002-2006 à savoir :

- une vision pas suffisamment décentralisée sur la prévention et l'absence des plans de prévention au niveau des départements ;
- une mise à échelle trop faible des activités susmentionnées et donc une couverture trop faible sur l'ensemble du territoire ;
- la faible participation de la société civile ;
- la faible implication des PVAVS ;
- la non-élaboration à temps du cadre national de communication stratégique ;
- l'absence des supports IEC et l'inadaptation de certains outils de communication ;
- le faible taux de fréquentation des services par manque des qualités de services offerts à la population (mauvais accueil, errance des malades dans les structures de PTME) ;
- les insuffisances du système d'approvisionnement et de la gestion des stocks de réactifs et de consommables avec comme conséquences, de fréquentes ruptures ayant eu des impacts négatifs sur le CDVC et la PTME ;
- l'absence de politique nationale en matière d'approvisionnement et de distribution des préservatifs ;
- la non-disponibilité des kits de médicaments anti-IST malgré les multiples formations en prise en charge syndromique ;
- la non fonctionnalité du centre de référence des IST ;
- la faible couverture des axes migratoires ;
- l'insuffisance dans la gestion des déchets médicaux ;
- la faible disponibilité du matériel de protection dans les formations sanitaires ;
- l'insuffisance de sélection médicale des donneurs de sang ;
- l'absence de suivi des donneurs séropositifs ;
- l'insuffisance de l'appui à la prise en charge des IST ;
- l'insuffisance des supervisions.

Le traitement était axé sur le renforcement du système de soins-conseils, avec comme objectifs poursuivis :

3.1.2 Le traitement

- de développer et intégrer un système de soins-conseils IST/VIH/SIDA de qualité à travers un réseau aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- d'offrir des Services de traitement ambulatoire (STA) aux malades du SIDA ;
- de développer une stratégie de conseil-dépistage prescrit et confidentiel (CDPC) et d'accès aux antirétroviraux (ARV) ;
- d'intégrer les soins-conseils VIH/SIDA dans les services et programmes existants selon les niveaux et leurs spécificités, en privilégiant l'approche syndromique comme stratégie de soins et conseils aux PVAVS ;
- d'assurer l'accès au traitement préventif des infections opportunistes ;
- d'intégrer l'approche syndromique des soins conseils VIH/SIDA dans les curricula des écoles de santé y compris la faculté de médecine ;

- de promouvoir l'implication des tradithérapeutes dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Les acquis

- dans le domaine des conseils, des services sont offerts aux populations aux différents niveaux de la pyramide dans le cadre du CDVC et de la PTME ;
- en matière de soins, une initiative dite « Initiative Nigérienne d'Accès aux Antirétroviraux » a été adoptée en 2003. Des centres prescripteurs ont été créés, les plateaux techniques des laboratoires ont été renforcés ;
- formation de 83 médecins qui sont opérationnels en prescription des ARV ;
- accès au traitement préventif des infections opportunistes ;
- promotion de l'implication des tradithérapeutes dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Les insuffisances

Plusieurs insuffisances ont été constatées dans la mise en œuvre de la composante soins-conseils du cadre stratégique 2002-2006 à savoir :

- l'absence d'une vision claire sur la mise à l'échelle des centres de traitement ;
- la non-implication pour la mise en œuvre du MSP pour ce volet, le CISLS prenant la place du MSP ;
- l'insuffisance dans l'expression des besoins (spécifications techniques et quantification) ;
- l'insuffisance du système d'approvisionnement et de la gestion des stocks avec comme conséquences de fréquentes ruptures de réactifs, de consommables et de médicaments ;
- l'extrême mobilité des ressources humaines ;
- les limites dans les capacités diagnostiques de certaines infections opportunistes ;
- le manque d'un partenariat public – privé en matière de prise en charge ;
- l'accès limité au traitement pour les populations de certaines zones ;
- la faiblesse du dépistage volontaire dans le pays ;
- l'impact négatif des insuffisances de la mise en œuvre des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de dépistage et de prise en charge des IST sur les activités des centres prescripteurs ;
- l'insuffisance dans la communication expliquant la méconnaissance par les populations de l'existence de traitements disponibles, gratuits et adaptés ;
- l'insuffisance de supervision / suivi des activités.

3.1.3 Le soutien socioéconomique

Le soutien économique était axé sur :

- la réduction de l'impact du VIH/SIDA sur les PVAVS, les familles et les communautés affectées avec pour objectifs, d'offrir des services de conseil personnalisé à base communautaire aux PVAVS et à leurs familles,

assurer l'accès des PVAVS aux soins conseils à domicile et au soutien matériel et spirituel, promouvoir la participation du secteur privé au soutien socio-économique aux PVAVS ;

- le renforcement de la réponse communautaire avec pour objectif, d'améliorer la capacité de la société civile à assurer la prise en charge des PVAVS, des orphelins, des veuves et des familles affectées par le SIDA ;
- la réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA avec pour objectifs de protéger les droits au travail et à une vie sociale sans discrimination pour les PVAVS, intégrer la problématique du VIH/SIDA dans les politiques et programmes de développement de tous les secteurs.

Les acquis

- offre de services de conseil personnalisés à base communautaire aux PVAVS et à leurs familles ;
- accès des PVAVS aux soins conseils à domicile et au soutien matériel et spirituel ;
- promotion de la participation du secteur privé au soutien socio – économique aux PVAVS ;
- renforcement des capacités de la société civile à assurer la prise en charge des PVAVS, des orphelins, des veuves et des familles affectées par le SIDA ;
- élaboration d'une loi protégeant les PVAVS contre la discrimination et la stigmatisation ;
- intégration de la problématique du VIH/SIDA dans les politiques et les programmes de développement de tous les secteurs.

Les insuffisances

- l'insuffisance de renforcement de capacités des ONG, Associations et Réseaux de la Lutte contre le VIH/SIDA ;
- la mauvaise collaboration entre la CISLS et la plupart des organisations de la société civile ;
- la difficulté à identifier les bénéficiaires en raison de la discrimination et stigmatisation dont sont victimes les PVAVS ;
- le non-respect des décisions du comité d'approbation des projets de la société civile par la CISLS.

3.2 Organisation institutionnelle de la lutte

Elle était axée sur :

- la coordination et le renforcement institutionnel avec pour objectif d'améliorer les bases organisationnelles et institutionnelles de la réponse nationale aux IST/VIH/SIDA ;
- la mobilisation Nationale pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA avec pour objectif : d'élargir la réponse nationale aux IST/VIH/SIDA ;
- la compréhension de l'ampleur des IST/VIH/SIDA, des déterminants de leur propagation avec pour objectif de renforcer la surveillance des IST/VIH/SIDA et de développer des approches novatrices dans la lutte.

Les acquis

- Dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre Stratégique National 2002-2006, il a été procédé à la mise en place de plusieurs organes à savoir :
 - des organes d'orientation et d'impulsion :
- Un (1) Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) ;
- Huit (8) Comités régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) ;
- Trente neuf (39) Comités Sous-Régionaux de Lutte contre le SIDA (CSRLS).
 - des organes de coordination :
 - Une (1) Coordination intersectorielle de Lutte contre le SIDA (CISLS) ;
 - Huit (8) Coordinations Régionales de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CRLS) ;
 - Vingt (23) Comités Sectoriels de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CSLS).
 - Un organe de suivi : le Comité Mixte de suivi (CMS).
- la société civile active dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA est composée d'Associations, d'ONG, et d'OBC dont certaines sont organisées en réseaux ou en regroupements à savoir :
 - le Réseau des Acteurs Intervenant dans la Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (RAIL/SIDA/IST-Niger) qui est organisé en sous réseaux l'un pour la prévention et l'autre pour la prise en charge ;
 - le Regroupement des Organisations et Associations du Secteur de la Santé au Niger (ROASSN) ;
 - Le Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH (RENIP+) ;
 - l'Alliance Nationale des Associations de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose (ANAL/SPT).
- 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.

Les insuffisances

Plusieurs insuffisances ont été constatées dans la mise en œuvre de la composante Organisation du cadre stratégique 2002-2006.

- Organisation du dispositif institutionnel

Il y avait jusqu'ici une dualité dans la responsabilité de la mise en œuvre de la riposte. Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) est rattaché à la Présidence par décret et il est présidé par son Excellence le Président de la République. Son secrétariat, assuré par la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA, était, jusqu'en septembre 2007, rattaché au cabinet

du Premier Ministre par arrêté (actuellement, les deux structures dépendent de la présidence).

Il pose en lui-même peu de problèmes qui ont trait à la composition des structures.

Au niveau du CNLS:

- il est prévu un rapporteur alors que la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA assure le secrétariat ;
- les PTF n'en sont pas membres alors qu'il s'agit d'une instance de définition de stratégies de lutte contre le VIH ;
- la vice-présidence est assurée par un ministre alors que le Premier Ministre en est simple membre.

Au niveau des Comités sectoriels:

- en dehors du secteur de la santé, tous les autres sont mis sur un pied d'égalité alors que l'importance des publics cibles diffère d'un secteur à l'autre ;
- la structuration actuelle de l'Unité de Lutte Sectorielle Santé ne lui permet pas de jouer pleinement son rôle d'intégration des activités de prévention, de dépistage, de soins/conseils et de surveillance épidémiologique.

Au niveau des Comités Régionaux :

- il est prévu un rapporteur alors que la Coordination Régionale de Lutte contre les IST/VIH/SIDA assure le secrétariat.

Au niveau des Comités Communaux,

- bien que prévu dans l'organigramme, le Cadre Stratégique National ne les a pas pris en compte après l'effectivité de la décentralisation.

- Fonctionnement du dispositif institutionnel

Au niveau du CNLS :

- irrégularité des réunions ;
- réunions souvent consacrées à des questions débordant le cadre du mandat de la structure.

Au niveau du CMS :

- irrégularité des réunions ;
- réunions consacrées aux rôles des organes plutôt qu'au suivi de la mise en œuvre ;
- inadéquation entre les profils des membres et la mission de l'organe ;
- non clarté des rôles entre le rapporteur et le président.

Au niveau de la CISLS :

- irrégularité des réunions ;
- insuffisance des ressources humaines ;
- manque de délégation ;
- manque de communication entre les différents agents de la structure de coordination ;
- problèmes de management ;
- retard / insuffisance dans la planification ;
- faible implication du secteur privé ;

- insuffisance des supervisions ;
- système d'évaluation des agents mis à disposition non adapté ;
- difficultés à coordonner l'ensemble des interventions tant en terme d'activité que de financement des activités ;
- insuffisance du système de suivi-évaluation.

Au niveau des CRLS :

- insuffisance des ressources humaines ;
- retard / insuffisance dans la planification ;
- difficultés dans l'élaboration des requêtes de financement par les services déconcentrés ;
- insuffisance des supervisions ;
- difficultés à coordonner l'ensemble des interventions tant en terme d'activité que de financement des activités.

Au niveau des Comités sectoriels :

- irrégularité des réunions ;
- retard dans la planification ;
- retard dans l'élaboration et la transmission des requêtes de financement ;
- lenteur dans la mise en œuvre ;
- surcharge des Coordonnateurs sectoriels qui cumulent avec d'autres fonctions ;
- difficultés dans l'élaboration des requêtes de financement ;
- financement des secteurs autres que santé limité au projet MAP ;
- insuffisances dans l'approvisionnement en médicaments, en réactifs et en consommables médicaux dont les ruptures entravent le fonctionnement du système de dépistage et de traitement.

Au niveau du Ministère de la Santé Publique :

- irrégularité des réunions ;
- non appropriation de certaines activités relevant du mandat du secteur de la santé ;
- retard / insuffisance dans la planification ;
- volet lutte contre les IST/VIH/SIDA insuffisamment pris en compte dans le Plan de Développement Sanitaire (PDS) ;
- insuffisances dans la mise en œuvre du plan d'action ;
- insuffisance des supervisions.

Au niveau des partenaires techniques et financiers :

- absence de concertation suffisante entre partenaires techniques et financiers pour harmoniser leurs interventions et optimiser leur appui au gouvernement ;
- non respect des principes de l'alignement avec pour conséquence des difficultés de coordination des interventions par la partie nationale ;
- lourdeur des procédures de financement.

- Sur le plan des organes de mise en œuvre:

Au niveau du secteur public:

- faible implication de certains Présidents de Comité Sectoriel ;
- manque d'intérêt des différentes Directions techniques pour la planification et la mise en œuvre des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- retard / insuffisance dans la planification.

Au niveau du secteur privé:

- faible implication du secteur privé ;
- caractère non prioritaire de la lutte contre les IST/VIH/SIDA pour certaines entreprises.

Au niveau des organisations de la société civile:

- jeunesse et inexpérience de la majorité des organisations de la société civile ;
- forte concentration dans les zones urbaines particulièrement dans la capitale ;
- insuffisance des ressources humaines et matérielles ;
- faible capacité en planification, gestion financière et suivi-évaluation ;
- manque de qualification dans certains domaines de la lutte contre le SIDA ;
- absence d'ONG de prise en charge à l'intérieur du pays ;
- intervention dans plusieurs domaines de développement ;
- absence de concertation des communautés avant la mise en œuvre des interventions ;
- mauvaise perception du rôle des OSC ;
- absence d'appui institutionnel.

3.3 Les leçons apprises

Au terme de l'analyse, une meilleure riposte nationale au VIH/SIDA passe par le passage à échelle des activités de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

Cela demande :

- le développement d'un cadre institutionnel unique et fédérateur et le renforcement des compétences et du leadership à tous les niveaux ;
- un cadre stratégique unique dans lequel tous les partenaires se retrouvent ;
- un cadre unique de suivi et évaluation qui permet de mieux connaître l'épidémie, de mieux cerner la riposte et de porter des corrections dans la lutte si nécessaire.

4 Les opportunités et les contraintes d'une meilleure riposte nationale

4.1 Les opportunités

La lutte contre le VIH/SIDA au Niger est marquée par des opportunités internes et externes suivantes :

- engagement politique du chef de l'Etat et de l'ensemble des acteurs politiques ;
- la gratuité de soins y compris la thérapie ARV ;
- la réorganisation de la CISLS ;
- l'adoption d'une loi sur la prévention, la PEC et le contrôle du VIH/SIDA ;
- la décentralisation et l'implication des collectivités territoriales à la lutte contre le VIH/SIDA ;
- la mobilisation des ressources internes, notamment l'initiative DSRP ;

- la tendance des prix des médicaments ARV sur le plan international est à la baisse grâce aux génériques et la production des ARV par certains pays en développement ;
- le mécanisme de coordination Pays (CCM) des programmes financés par le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose (espace de contribution et de réflexion visant à renforcer l'efficacité du dispositif de lutte contre le SIDA) ;
- les partenaires au développement s'impliquent de plus en plus dans la lutte contre le VIH/SIDA.

4.2 Les contraintes

Le processus de planification et de mise en œuvre stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA au Niger fait face à d'importantes contraintes :

- la faiblesse de l'information épidémiologique, de surveillance et de suivi de qualité ;
- la quasi absence d'informations autour des groupes à risque élevé ;
- la faible coordination et collaboration multi et inter sectorielle (autant par les acteurs, structures et systèmes publics, que par ceux appartenant et/ou animés par les secteurs privé et civil) ;
- la quantité de ressources et capacités (autant nationales que locales et externes) qui échappent aux mécanismes de planification et de coordination reconnus ;
- la nécessité de rationaliser les besoins stratégiques à cause de la multitude de contraintes de mise en œuvre, notamment :
 - la faiblesse des ressources (humaines, financières, techniques, structurelles, matérielles) ;
 - les faibles compétences et capacités des acteurs, structures et systèmes prospectifs de réponse ;
 - l'orientation des appuis par les bailleurs aux fins des résultats qui ne sont pas nécessairement ceux hautement stratégiques, viables et/ou durables pour le Niger ;
 - la lourdeur et la multitude des systèmes de décaissement, d'acquisition et de suivi évaluation des appuis ;
 - la réticence des acteurs gouvernementaux d'appliquer pleinement le cadre participatif voulu et de reconnaître et habiliter les rôles et responsabilités et donc, la pleine implication, des acteurs, organisations et systèmes des collectivités territoriales, le secteur privé et la société civile ;
 - les besoins importants de renforcement quantitatif et qualitatif des domaines clés du développement (développement rural, développement social, la gouvernance, l'économie, les infrastructures et la défense) ;
 - la nécessité d'instaurer une vision stratégique dans la durée : la lutte contre le SIDA et la prise en charge des personnes infectées et affectées par l'épidémie est une affaire de générations – il faut que le Niger se positionne pour y faire face aujourd'hui, demain

- et dans l'avenir lointain. Ceci sous entend la mise en place des stratégies visant une forte amélioration de sa capacité d'assurer la prévention, les soins, la prise en charge et le soutien de proximité dans les conditions sociales, techniques et économiques durables ;
- enfin, l'existence et l'étendue des pratiques socioculturelles à risque, des inégalités, des injustices, le déni, la stigmatisation et la discrimination.

III. La vision et les fondements

L'infection à VIH/SIDA demeure un véritable problème pour le développement socio-économique des pays, dans la mesure où elle anéantit leurs capacités en favorisant l'émergence de la pauvreté qui, à son tour, augmente les risques d'infection par le VIH/SIDA.

C'est pourquoi le Niger, qui figure parmi les pays les plus pauvres au monde, ne doit pas céder à un optimisme prématuré, malgré la faiblesse relative du taux de séroprévalence de l'infection et sa tendance à la stabilisation.

En effet, la lutte contre les IST/VIH/SIDA s'inscrit pleinement dans la Stratégie de Développement Accéléré de la Réduction de la Pauvreté (SDRP) qui a pour objectifs économiques et sociaux :

- d'améliorer l'environnement financier et bancaire ;
- de promouvoir le secteur rural et de l'environnement (développement de l'agriculture et de l'élevage, lutte contre la désertification et gestion des ressources naturelles) ;
- d'améliorer les secteurs des transports routiers, du tourisme et de l'artisanat ;
- de garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base, notamment dans les domaines suivants:
 - éducation ;
 - accès à l'eau et à l'assainissement ;
 - la santé (amélioration de l'offre et de la demande de qualité, promotion de l'équité en matière d'accès aux soins, la réduction de la prévalence du VIH/SIDA, etc.).

De plus, la lutte contre le SIDA constitue la cible n° 7 qui est « d'enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencer d'inverser la tendance actuelle, d'ici 2015 » du 6^{ème} Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD), « **Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies** ».

L'analyse actuelle de l'épidémie au Niger invite à profiter de la faiblesse relative du taux de séroprévalence pour donner à la lutte sa pleine capacité, afin de mettre en place une fois pour toute et de la manière la plus efficace, la plus efficiente et la plus pérenne possible les activités de lutte.

Enfin, la spécificité de la lutte contre le SIDA, nécessite d'une part une organisation efficace et d'autre part invite à en faire un des moteurs de la consolidation du système national de santé du Niger. Elle offre en effet une opportunité pour booster le système de santé, qui pourra ainsi non seulement combattre avec davantage de succès la maladie, mais aussi contribuer à l'amélioration générale de l'état de santé de la population. C'est pourquoi la lutte contre le SIDA doit être considérée comme une des grandes priorités nationales.

1 Le but

Le but de la lutte contre le SIDA au Niger est de maîtriser l'épidémie de l'infection par le VIH.

Il s'agira:

- de limiter l'extension de la maladie par des mesures préventives adéquates, en espérant pouvoir réduire son taux d'incidence ;
- d'assurer le dépistage et la prise en charge de l'ensemble des personnes séropositives présentes sur le territoire national ;
- d'apporter aux personnes séropositives et à leur famille le soutien dont elles ont besoin.

2 La Vision

La lutte contre le VIH/SIDA à l'horizon 2012 sera le renforcement des acquis, la réorientation des stratégies vers l'atteinte des OMD en l'occurrence l'objectif 7.

Le Niger assurera l'intensification et l'extension massives des programmes et interventions favorisant :

- la prévention;
- les soins –conseils ;
- le soutien socio –économique.

3 Les fondements de la politique en matière de lutte contre le SIDA

La Stratégie nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA s'appuie sur les fondements suivants :

- l'engagement politique au plus haut niveau et l'existence d'un cadre institutionnel performant ;
- l'adhésion du Niger à l'objectif social de la santé pour tous ;
- l'adoption d'une approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre les IST/VIH/SIDA;
- le renforcement du cadre juridique national en vue d'une meilleure prise en compte des questions liées aux IST/VIH/SIDA;
- la souscription du Niger aux engagements internationaux, notamment la Déclaration des Nations Unies sur le VIH/SIDA, la Déclaration des Chefs d'Etat africains d'Abuja, la déclaration du millénaire pour le développement, l'initiative « three by five », les principes du «three ones », la Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH ;
- l'adoption de la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté.

La mise en œuvre de la stratégie nationale s'appuie sur un cadre institutionnel articulé autour du Conseil National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CNLS). La coordination technique est assurée par la

Coordination Intersectorielle de lutte contre les IST/VIH/SIDA (CISLS) et les structures de coordination au niveau sectoriel et décentralisé.

4. Les principes directeurs de la stratégie nationale de la lutte contre les IST/VIH/SIDA

4.1 Renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST/VIH/SIDA et promotion du conseil dépistage volontaire

Cette approche vise à renforcer l'accès aux divers moyens et méthodes de prévention de l'infection des IST/VIH/SIDA dans la population générale et au sein des groupes à haut risque. En d'autres termes, l'accent sera mis sur les campagnes d'information, d'éducation, de communication pour le changement de comportement et le renforcement des activités de promotion du dépistage volontaire. Les mesures universelles de prévention seront renforcées partout où existe un risque de contact avec du sang et autres liquides biologiques. Enfin, la sécurité transfusionnelle sera renforcée, de même que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

4.2 Utilisation et intégration des services de la santé de la reproduction comme porte d'entrée pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA

Il s'agira d'intégrer des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA (CDVC, PTME, etc.) dans le paquet minimum d'activités des services de SR. A l'inverse, le paquet minimum d'activité de lutte contre les IST/VIH/SIDA devra prendre en compte des offres de service de SR (contraception, espacement des naissances, etc.). A cet effet, les activités prévues pour capitaliser les temps d'attentes dans les centres de santé sont :

- organisation de séances de sensibilisation à travers :
 - le visionnage de films éducatifs suivis de discussions sur des thèmes CDVC, PTME , SR , espacement de naissances
 - Boîtes à images
 - Causeries et partages d'expériences
- visites organisées au profit des groupements féminins ou fadas
- séances de démonstrations
- affichage (pose de visuels suffisamment explicites).

4.3 Amélioration de l'accès aux soins des personnes infectées et affectées

L'accessibilité de toutes les personnes infectées et/ou affectées à une prise en charge globale constitue une dimension essentielle dans la mise en œuvre du cadre stratégique. Dans cette perspective, il s'agira de prendre en compte toutes les dispositions relatives à une meilleure prise en charge. A cet effet, l'accent sera mis sur les dispositions suivantes :

- la disponibilité et la gestion rigoureuse des médicaments et consommables médicaux;
- l'intégration des soins et du conseil/dépistage dans les structures qui existent sera fortement développée et le renforcement des capacités d'offre de services de nouvelles structures se fera progressivement de façon à faire de l'accès aux soins une réalité.

La garantie de la qualité de la prise en charge passe par une définition des paquets minimums d'activités par niveau, une répartition équitable

des tâches pour éviter la surcharge du travail, la motivation du personnel impliqué dans la prise en charge et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

4.4 Amélioration de la prise en charge psychologique et économique des personnes infectées et affectées

Il s'agira de prendre les dispositions relatives à un meilleur soutien social, psychologique/spirituel, juridique et économique des PVAVS, des PAVIH ainsi que des groupes spécifiques et vulnérables. A cet effet, l'accent sera mis sur la mobilisation d'une solidarité nationale pour le soutien des personnes infectées et affectées par le VIH. Elle permettra de réduire la stigmatisation et la discrimination des PVAVS et PAVIH et de les intégrer pleinement dans les processus nationaux de développement.

4.5 Décentralisation et consolidation de l'approche multisectorielle de la lutte contre les IST/VIH/SIDA

La participation de tous les secteurs et l'intégration des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans leurs plans de développement constituent des impératifs dans le cadre d'une réponse nationale adéquate contre l'infection à VIH. L'implication des structures régionales, départementales et communales ainsi que des populations des zones rurales sera renforcée pour prendre en compte les spécificités locales.

4.6 Prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA

Il s'agit de prendre la dimension genre dans la mise en œuvre des activités de toutes les composantes. Même si au Niger les statistiques ne corroborent pas encore la féminisation de l'épidémie, celle-ci est une réalité dans la région africaine. En outre, les facteurs de vulnérabilité des femmes demeurent une réalité. C'est pourquoi, le présent Cadre Stratégique aura plus que jamais pour constante préoccupation, la prise en compte de cette dimension dans les interventions à mener. Cependant, les facteurs de vulnérabilité à l'infection par le VIH existant aussi bien pour les hommes que pour les femmes, l'approche genre ne se résumera pas aux seuls problèmes des femmes, mais consistera à prendre également en compte, les facteurs de vulnérabilité des hommes en vue de développer des interventions adéquates.

4.7 Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources

Il s'agit de renforcer la concertation à tous les niveaux pour améliorer la mobilisation des ressources, la coordination et le suivi. De façon spécifique, un dialogue permanent sera ouvert entre l'Etat et les partenaires techniques et financiers afin d'améliorer la coordination des interventions financières et la concertation en matière de programmation des actions.

4.8. Renforcement de la bonne gouvernance

Elle aura comme préoccupation l'engagement soutenu des autorités nationales, la bonne gestion, la visibilité, le suivi-évaluation et l'obligation de rendre compte de la gestion, ceci pour mieux traduire l'adhésion du gouvernement et des partenaires techniques et financiers aux trois principes du « **Three Ones** », à savoir :

- un seul cadre de référence de la lutte ;
- une seule unité de coordination ;
- un système de suivi-évaluation unique.

A cet effet, les efforts porteront sur le renforcement de la concertation entre les acteurs, la coordination et le suivi-évaluation des activités. Par ailleurs, des modalités d'implication effective du secteur privé seront mises au point afin qu'il participe de manière plus effective aux activités destinées à ses travailleurs.

Le suivi-évaluation sera renforcé de façon à favoriser l'efficacité des différents intervenants. Ainsi, la pratique de « l'accréditation¹¹ » sera développée et concernera tous les acteurs de terrain. Celle-ci est basée sur des indicateurs précis pour l'atteinte des objectifs dans tous les secteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. De même, la recherche sur les IST/VIH/SIDA sera davantage développée à travers le renforcement de la coordination, de la diffusion et de l'utilisation des résultats y relatifs. Le système d'information et de communication au sein des structures d'orientation, de coordination et de mise en œuvre, entre elles et avec leurs partenaires, sera renforcé.

IV. Les orientations stratégiques

Le cadre Stratégique 2008- 2012 vise l'atteinte de l'accès universel de proximité d'ici 2012. Ainsi, les cinq prochaines années verront les renforcements des acquis, la correction des insuffisances et la mise en œuvre des nouvelles orientations stratégiques en réponse aux déterminants de l'infection en vue de lutter efficacement contre le VIH. Un accent particulier sera mis sur la consolidation de l'approche multisectorielle et décentralisée.

1 Les Composantes

La maîtrise de l'infection par le VIH sera obtenue par l'application de quatre composantes.

- Prévention ;
- Soins – Conseils ;
- Soutien socio-économique ;
- L'Organisation.

1.1 La Prévention

Elle portera sur :

- La prévention de la transmission sexuelle dans les groupes à risque majeur

L'analyse épidémiologique a permis d'identifier certaines catégories de population dont le comportement leur fait courir un grand risque de contamination par le VIH, si elles n'adoptent pas les conduites appropriées. Il s'agit essentiellement des professionnelles du sexe, des agents de défense et de sécurité, des prisonniers, des miniers...

¹¹ On entend par « **accréditation** » la reconnaissance pour une période donnée et par un organisme ayant l'indépendance, les qualifications et les compétences requises, des capacités d'une structure de soins, d'une équipe ou d'une personne à réaliser certaines activités ou conduire un programme définies par un cahier des charges.

- L'éducation des jeunes afin qu'ils adoptent les conduites requises en matière de prévention de l'infection par le VIH et de relations avec les PVAVS.

Non seulement les jeunes représentent la couche productive, mais de plus leur entrée dans le monde des adultes les expose à des risques majeurs de contamination.

Les structures suivantes auront un rôle majeur à jouer :

- o les établissements scolaires depuis les écoles du premier cycle jusqu'à l'université,
- o les institutions qui regroupent les jeunes,
- o le milieu sportif.

- L'Information/Education de la population générale afin qu'elle adopte les comportements responsables et sécuritaires en IST/VIH/SIDA.

Si 83 % des femmes et 94 % des hommes ont entendu parler du SIDA, 12,6 % des femmes et 18,6 % des hommes ont une connaissance complète de l'infection (EDS III p. 224 à 229). Il existe encore un travail considérable d'information auprès de l'ensemble de la population, afin d'obtenir les changements de conduite recherchés.

De par leurs capacités à atteindre à moindre coût et à tout moment l'ensemble de la population malgré l'immensité du territoire, les différents médias auront un rôle majeur à jouer. Si la télévision est un outil privilégié des villes, compte tenu du pouvoir de l'image, les radio communautaires qui utilisent à la fois le pouvoir des langues locales et celui des témoignages directs de personnes confrontées aux problèmes de SIDA, doivent occuper une place majeure dans le dispositif de lutte.

A cela s'ajoute l'implication de tous les acteurs qui sont en contact direct avec les populations et sont en mesure de leur apporter des messages, de débattre avec eux et de leur apporter des conseils personnalisés. Il s'agit principalement :

- o des personnels soignants, qui sont les premiers concernés. Chaque contact avec un usager constitue une occasion idéale pour aborder des sujets relatifs à la santé en général, aux IST et au SIDA en particulier. Il leur appartient également de conduire de façon active des actions d'information et d'éducation au sein des communautés ;
- o des personnes vivant avec le Virus du SIDA, qui acceptent de se faire connaître et qui sont engagées activement dans la lutte afin de contribuer par leur témoignage à l'information des populations ;

- des organismes associatifs ou à base communautaire, dont la contribution est essentielle pour apporter les informations dans les communautés dans le cadre d'échanges directs ou indirects ;
- tous les agents qui contribuent au développement (agents administratifs, enseignants, agents du développement rural,...), les religieux, les chefs traditionnels, les personnalités politiques doivent être à la fois des exemples dans leurs conduites et des porteurs privilégiés des messages éducatifs.

Dans ce domaine, les centres d'alphabétisation ont un rôle majeur à jouer auprès des adultes vivant dans leur localité, en leur apportant les informations et les conseils que permet leur présence permanente dans des villages isolés.

- La mise à disposition à la population des préservatifs sur l'ensemble du territoire

Pour que chaque personne puisse acquérir les préservatifs dont il a besoin, non seulement leur prix de vente doit être maintenu à un niveau abordable et leur qualité doit être garantie, mais de plus ils doivent être disponibles sur l'ensemble du territoire.

Pour cela, doit être mis en place un réseau commercial associant les structures publiques et privées, y compris le secteur informel. Cet ensemble doit être accompagné par des mécanismes de régulation qui doivent garantir le respect des normes en la matière.

- La lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles

Elle concerne l'ensemble des établissements de soins, qui doivent assurer le dépistage et le traitement des IST, selon leur niveau de technicité, en allant d'une approche syndromique au recours à des examens complémentaires appropriés.

La survenue d'une IST doit conduire à un dépistage systématique de l'infection par le VIH et être l'occasion de faire prendre conscience au patient du risque qu'il court en négligeant de se protéger et d'insister sur l'importance des préservatifs.

- La lutte contre la transmission du VIH en milieu de travail

La transmission du VIH à l'occasion d'un séjour dans un établissement de santé ou de la dispensation d'un soin est extrêmement grave et qui met en cause de façon directe la responsabilité du Ministère de la Santé. Il appartient donc à ce dernier de prendre toutes les mesures qui s'imposent pour supprimer ce risque inacceptable.

La prévention des accidents d'exposition au sang repose sur la convergence de plusieurs démarches :

- l'organisation de toutes les formations sanitaires ;
- l'élimination des déchets hospitaliers ;
- la formation de l'ensemble des professionnels afin qu'ils adoptent les conduites adéquates,
- le traitement systématique des accidents ;

- la mise en place de mécanismes d'évaluation et d'accréditation.
- La prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Chaque consultation prénatale doit être l'occasion d'un dépistage de la séropositivité afin de préserver l'enfant des risques de contamination.

L'organisation nécessaire à la réalisation de la PTME en zone rurale nécessite la pleine fonctionnalité du réseau de prise en charge diagnostique et thérapeutique des PVAVS. Au-delà du simple diagnostic, la découverte d'une femme séropositive nécessite la possibilité d'un traitement par les ARV et d'un suivi continu, afin que le nourrisson puisse poursuivre pendant au moins 6 mois un allaitement indispensable à sa survie et que ses parents puissent bénéficier des soins sur lesquels pourra reposer leur survie et donc son avenir.

Les axes stratégiques de la composante Prévention

Axe 1 : La prévention de la transmission dans les groupes prioritaires

Objectif général: Réduire la prévalence du VIH/SIDA au niveau des groupes prioritaires.

Groupes Cibles :

- Professionnelles de sexe,
- Forces de Défense et de Sécurité,
- Population carcérale,
- Routiers,
- Enseignants,
- Jeunes,
- Travailleurs de mines,
- Homosexuels,
- Toxicomanes

Actions Principales :

- Développer des actions de CCC adaptées à chacun de ces groupes,
- Promouvoir la Pair Education,
- Appuyer l'organisation de chacun de ces groupes,
- Soutenir la Réponse aux Initiatives Locales au sein de ces groupes,
- Rendre disponible de façon régulière des préservatifs masculins et féminins,

- Assurer la formation initiale et continue des enseignants,
- Introduire les IST/SIDA dans les curricula de base des établissements d'enseignement,
- Développer les méthodes de CCC dans les lieux de regroupement des jeunes,
- Améliorer les compétences des enseignants en CIP IST/VIH/SIDA des jeunes filles, dans la lutte contre le SIDA.

Acteurs :

- ONG,
- Collectivités décentralisées,
- Médias,
- Ministère de la Santé Publique,
- Ministère des Mines et de l'Energie,
- Ministère des transports,
- Ministère de la Défense,
- Ministère de la jeunesse,
- Ministère de l'intérieur,
- Ministère en charge de L'Education,
- Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de L'Enfant,
- Ministère de la Justice.

Résultats attendus

- Les groupes prioritaires sont bien informés sur les IST/VIH/SIDA/SR et sont aptes à prendre toutes les dispositions utiles,
- Les groupes prioritaires adoptent des comportements à moindres risques,
- Le taux d'Utilisation des Services de Soins par ces groupes a augmenté,
- Des associations/Réseaux de chacun de ces groupes sont fonctionnels,
- La communauté développe un esprit d'acceptation et de solidarité envers ces groupes.

Effets attendus

- L'utilisation du préservatif a augmenté,
- Baisse du nombre de nouvelles infections à VIH.

Axe 2 : Promotion des actions de Communication pour le Changement de Comportement au sein de la population générale.

Objectif général: Promouvoir les actions de CCC envers la population générale

Groupes cibles :

- la population,
- Les femmes en âge de procréation.

Actions principales :

- Assurer la promotion de santé destinée à la population générale par l'intermédiaire de la communication de proximité,
- Assurer la promotion de santé destinée à la population générale par l'intermédiaire des méthodes de communication traditionnelles (théâtre, causeries dans les lieux de culte, ...),
- Produire et Diffuser les émissions en CCC radiodiffusées et télévisées destinées à la population générale et aux différents groupes cibles de la société, sous forme de reportages, de films, de tables rondes, de clips,...
- Intégrer les messages SR avec celles des IST/VIH/SIDA,
- Organiser des réunions, des conférences, des meetings,
- Réaliser de campagnes de sensibilisation de masse avec affiches, dépliants, livres, brochures, bandes dessinées,
- Produire des disques et des chansons,...
- Organiser des manifestations culturelles (théâtres..).

Les acteurs :

- Ministère de la communication,
- Les médias publics, privés et communautaires,
- Ministère des affaires religieuses,
- Ministère de la Population et des Réformes Sociales,
- Ministère de la Jeunesse et des Sports,
- Ministère du développement communautaire,
- Ministère de l'intérieur,
- Ministère des transports,
- Ministère des Mines,
- Ministère du commerce,
- ONG,
- OBC,
- Association des chefs traditionnels,
- Associations religieuses.

Résultats attendus

- Les connaissances de la population générale en matière de prévention de VIH sont améliorées et la sexualité n'est plus un tabou au Niger.

Effets attendus

- Le taux d'utilisation du préservatif a augmenté au sein de la population générale,
- Baisse du nombre de nouvelles infections à VIH.

**Axe 3 : Marketing
Social du préservatif :**

Objectif général : Augmenter le taux d'utilisation des préservatifs au sein des groupes prioritaires et de la population en général

Groupes cibles :

- Groupes prioritaires identifiés (à risque majeur et vulnérable)
- Population générale.

Actions principales :

- Promouvoir l'utilisation du préservatif ,
- Organiser un forum national SIDA – préservatifs,
- Etendre l'installation des distributeurs et multiplier le nombre de points de vente de préservatifs dans le pays,
- Généraliser la distribution à base communautaire,
- Assurer la formation des relais communautaires et la démonstration de l'utilisation correcte du préservatif,
- Impliquer d'autres partenaires (ONG nationales et relais communautaires) dans l'approvisionnement et la distribution des préservatifs,
- Créer une unité de contrôle de qualité des préservatifs au niveau du LANSPEX,
- Assurer le plaidoyer auprès des leaders religieux et d'opinion,
- Etendre et généraliser les actions de marketing social,
- Assurer une distribution pérenne du condom à travers le secteur privé.

Acteurs :

- Projet/Programme de Marketing social/ ANIMAS-SUTURA,
- Secteur privé/PDV,
- ONG/Associations/OBC,
- Formations sanitaires,
- Services pharmaceutiques,
- Hôtels et divers lieux de loisirs,
- Services de transports routiers.

Résultats attendus :

- Utilisation du préservatif a augmenté au sein des groupes prioritaires,
- Les préservatifs sont disponibles et accessibles sur l'étendue du territoire nationale,
- La promotion des préservatifs est acceptée par la population.

Effet attendu :

- Baisse de l'incidence des IST/VIH/SIDA.

Axe 4 : La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles dans les établissements de soins à travers une approche syndromique comprenant la promotion des comportements sexuels à moindre risque

Objectif général: Assurer la prise en charge correcte des IST au niveau national

Groupes cibles :

- Les malades et leurs Partenaires,
- Les groupes prioritaires,
- L'ensemble de la population.

Actions Principales :

- Réviser les algorithmes de PEC des IST (Syndromique et étiologique) selon les Protocole Nationaux,
- Organiser des ateliers de formation au niveau national et au niveau des Districts,
- Assurer l'approvisionnement régulier en médicaments anti IST,
- Assurer l'information et l'éducation autour des signes et symptômes des infections sexuellement transmissibles et des avantages d'un traitement précoce et du CDVC,

- L'intégration de ces aspects dans les services de santé de la reproduction (PF et CPN).

Les acteurs :

- Le Ministère de la Santé,
- Les formations sanitaires privées,
- Les ONG,
- Les établissements scolaires,
- Les médias.

Résultats attendus

- La prise en charge syndromique des IST est intégrée à échelle dans les PMA des formations sanitaires publique et privée HN, DSD, DSR. (Soins – Conseil précoce)

Effets attendus

- Risque minime de transmission du VIH,
- Absence de complications des IST.

Axe 5 : La lutte contre les Accidents d'Exposition Sanguins (AES)

Objectif général: Réduire les risques de transmission du VIH/SIDA et de l'Hépatite A, B, C. en milieu de travail.

Groupes cibles :

- Les personnels soignants des secteurs public et privé,
- Les tradithérapeutes.

Actions principales:

- Diffuser les mesures universelles pour la prévention de la transmission de l'infection en milieu de travail,
- Assurer la formation continue en matière de prévention de la transmission de l'infection en milieu de travail,
- Diffuser les directives nationales pour la prophylaxie post exposition,
- Renforcer le système de gestion des déchets biomédicaux,
- Approvisionner régulièrement les structures sanitaires en matériels de protection et de désinfection,
- Mettre en œuvre une surveillance médico-sanitaire du personnel exposé aux risques,
- Mettre en place le Kit de PEC au niveau des formations sanitaires,
- Prendre en charge les accidents d'exposition au sang.

Acteurs :

- Le Ministère de la santé,
- Les conseils de l'ordre des professionnels de santé,
- La Faculté des Sciences de la Santé,
- Les écoles de formation paramédicale.

Résultat attendu :

- Les directives nationales sont appliquées par le personnel de santé et les tradithérapeutes à tous les niveaux.

Effet attendu :

Minimiser les risques d'AES en milieu de soins.

Axe 6 : Sécurité Transfusionnelle

Objectif général: Assurer à 100% la sécurité transfusionnelle selon les normes d'assurance qualité.

Groupes cibles:

- Personnel de santé,
- Donneurs de sang,
- Population générale.

Actions principales

- Mettre en œuvre la stratégie nationale de transfusion sanguine,
- Mobiliser les donneurs bénévoles de sang,
- Créer une cohorte de donneurs de sang fidélisés,
- Assurer un approvisionnement régulier en réactifs et consommables,
- Assurer la formation du personnel à tous les niveaux,
- Assurer le suivi post formation,
- Organiser la supervision régulière des banques de sang.

Acteurs :

- CNTS et Banques de Sang,
- Direction de la Pharmacie et des laboratoires,
- DRSP/DDSP, Formations sanitaires publiques et privées,
- ONG.

Résultats attendus :

- CNTS, CRTS et banques de sang opérationnels,
- Les donneurs bénévoles potentiels sont mobilisés régulièrement,
- Le personnel des différents postes de la sécurité transfusionnelle est formé,
- Dépistage systématique du VIH, des Hépatites virales et de la Syphilis sur tous les dons de sang dans tout le pays,
- Cohorte de donneurs fidélisés disponible,
- Rupture zéro de réactifs VIH/Hépatites virales/Syphilis dans tous les services assurant la transfusion sanguine,
- Tous les donneurs qui le désirent sont informés de leur sérologie VIH,
- Les donneurs séropositifs sont suivis médicalement par les centres et association de prise en charge,
- L'utilisation des produits sanguins est rationalisée.

Effet attendu :

- Garantir la sécurité transfusionnelle au Niger à 100%.

Axe 7 : Promotion du conseil dépistage volontaire, confidentiel et gratuit (CDVC)

Objectif général: Assurer l'accès facile aux services de dépistage volontaire anonyme et gratuit dans toutes les formations sanitaires publiques, privées.

Groupes cibles:

- Les structures de santé publiques et privées,
- Les ONG/Associations.

Actions principales

- Elaborer un document de Normes et Procédures en CDVA,

- Diffusion à grande échelle le documents de Normes et Procédures (N&P),
- Intégrer les activités de CDVC au sein de tous les services des formations sanitaires,
- Assurer la formation continue (Recyclage, rattrapage.. du personnel de santé),
- Mettre en place un mécanisme de référence et de contre référence des personnes séropositives,
- Promouvoir le CDVA.

Acteurs :

- ONG/OBC,
- Organisations confessionnelles,
- Formations sanitaires publiques (PDSD, PDSR) et privées.

Résultats attendus :

- Toutes les formations sanitaires assurent le CDVAG.

Effet attendu

- 50% de la population bénéficie d'un accès facile au CDVC
- Augmentation de pourcentage de la population qui fait le test et connaît leur statut.

Axe 8 : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

Objectif général : Réduire la transmission de la mère à l'enfant à 10% d'ici 2012.

Groupes cibles:

- Femmes en âge de procréer et leurs partenaires,
- Femmes enceintes et allaitantes et leurs partenaires,
- Communautés et familles.

Actions Principales :

- Mettre en œuvre la stratégie nationale PTME à l'échelle dans toutes les régions selon une approche intégrée dans les PSDS,
- Elaborer des guides et de modules de formation en PTME,
- Assurer un approvisionnement régulier en équipements, matériels et consommables PTME,
- Assurer la formation du personnel de santé à tous les niveaux,
- Assurer le suivi-post formation des agents et des sites déjà intégrés,
- Renforcer la mobilisation sociale autour des sites PTME.

Acteurs :

- Services de santé publics et privés,
- Centres prescripteurs et hôpitaux,
- Médias,
- Direction de la Pharmacie et des Laboratoires,
- ONG/OBC.

Résultats attendus :

- Disponibilité des guides et modules de Formation,

- Les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes ont accès à un paquet minimum de services en Santé sexuelle et reproductive,
- Les femmes et leurs conjoints dépistés séropositifs et leurs enfants sont pris en charge.

Effet attendu

- La transmission mère enfant réduite à 10% d'ici 2012.

1.2 Soins- Conseils

- La prise en charge intégrée de qualité des PVAVS sur l'ensemble du territoire

Elle concerne l'ensemble de la filière qui va du dépistage, au suivi et au conseil des PVAVS et à la mise en traitement par les ARV et éventuellement les Infections Opportunistes des malades qui le nécessitent.

Elle concerne directement l'ensemble des formations sanitaires et du personnel soignant, tant public que privé et nécessite en conséquence une organisation rigoureuse afin d'assurer de façon continue :

- la fonctionnalité des réseaux de laboratoire ;
- la disponibilité permanente des médicaments, de consommables et de réactifs de laboratoire ;
- la présence d'un personnel qualifié ;
- l'Assurance qualité dans la gestion des PVAVS.

L'axe stratégique de la composante Soins-conseils

Axe 1 : La prise en charge globale intégrée de qualité des PVAVS sur l'ensemble du territoire

Objectif général: Assurer une prise en charge globale intégrée de qualité à au moins 80% des personnes à mettre sous ARV d'ici 2012. (Base EPSIDA 2007 attendues 7314).

Groupes cibles :

- Les PVAVS,
- Les femmes enceintes séropositives,
- Les nourrissons séropositifs.

Actions principales :

- Assurer la disponibilité des ARV dans les structures de prise en charge,
- Assurer la disponibilité des médicaments contre les infections opportunistes,
- Assurer l'extension des centres prescripteurs,
- Renforcer un plateau technique de Diagnostic et de Suivi Biologique des patients dans les structures de prise en charge,

- Promouvoir le continuum des soins,
- Assurer la formation continue du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (recyclage, rattrapage..),
- Elaborer des Normes & Procédures en Soins Conseils ambulatoires,
- Actualiser périodiquement les protocoles de PEC,
- Mettre en place un système performant de gestion des médicaments anti IO, des réactifs, des consommables et des ARV,
- Mettre en place un système de maintenance performant des équipements de laboratoire,
- Développer un programme d'Assurance qualité pour toutes les actions de PEC des PVAVS,
- Assurer l'intégration effective de la PEC de la coinfection TB/VIH.

Acteurs :

- MSP (DEP, DGSP),
- Professionnels privés du secteur de la santé.

Résultat attendu :

- 80% de 7314 malades sont diagnostiqués, suivis et bénéficient de thérapie selon le protocole national d'ici 2012.

Effet attendu :

- La réduction de la morbidité et de la mortalité due au virus du SIDA..

1.3 Soutien Socio-économique

- Le soutien psychologique et socio-économique aux PVAVS et à leur famille est une composante essentielle par la minimisation de la stigmatisation/discrimination des personnes infectées. Elle leur permet de se reconnaître et de réduire l'impact de la maladie au sein de la communauté et comprend :
 - d'une part un accompagnement psychologique aux PVAVS,
 - d'autre part un soutien au développement des activités génératrices de revenu et la mise en place d'un fonds de solidarité au profit des PVAVS.

L'axe stratégique de la composante Soutien Socio-économique

Axe 1: La réduction de l'impact du VIH/SIDA sur les individus, les familles et les communautés infectées et affectées

Objectif général: Réduire la vulnérabilité des PVAVS et leurs familles en luttant contre la stigmatisation et la discrimination.

Groupes cibles :

- PVAVS,
- Famille des PVAVS.

Actions principales :

- Diffuser et faire appliquer la loi sur le VIH,
- Elaborer et mettre en oeuvre un plan de communication pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination,
- Renforcer la participation des PVAVS dans les activités de CCC,

- Renforcer les capacités des ONG/Associations,
- Réaliser une étude d'Impact Soico-Economique du VIH/SIDA..

Acteurs :

- Les ONG,
- Les associations de PVAVS,
- Les Collectivités décentralisées,
- Les Secteurs publics et privés,
- La population générale,
- Les familles,
- Les communautés.

Résultats attendus :

- Les droits des PVAVS sont respectés,
- Les PVAVS sont acceptées par les familles et les communautés,
- Les familles affectées par le VIH sont acceptées par les communautés,
- Les PVAVS et PAVS participent aux activités de lutte contre le SIDA,
- La demande de dépistage est augmentée,
- La fréquentation des centres de prise en charge est augmentée.

Effet attendu :

- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination des PVAVS et des familles affectées.

1.4 Organisation

La mise en œuvre d'un programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA requiert un dispositif institutionnel et organisationnel permettant :

- l'implication de tous les acteurs ;
- une claire définition des domaines et des modes d'intervention de chaque acteur selon ses missions et ses attributions ;
- un établissement des liens organisationnels et hiérarchiques indispensables à une bonne orientation des actions et à leur bonne coordination en direction des publics cibles ;
- des mécanismes de monitoring, de contrôle, d'évaluation et gestion des ressources.

Les axes stratégiques de la composante Organisation

Axe 1: Renforcement du système institutionnel

Objectif général 1: Rendre l'environnement plus favorable pour les actions de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Niger.

Groupes cibles :

- Les leaders politiques religieux et d'opinion,
- Les Partenaires au Développement,
- La population générale,
- Les Réseaux des PVAVS.

Actions principales :

- Dynamiser le plaidoyer auprès des leaders en vue de matérialiser leurs engagements,

- Développer des stratégies novatrices (cartographie des risques et de réponse au VIH/SIDA).

Acteurs :

- CNLS,
- CISLS,
- L'Assemblée Nationale,
- Les Réseaux des PVAVS.

Résultats attendus :

- Subvention pour la lutte contre le SIDA augmentée,
- L'implication effective des leaders à au moins 50%.

Effet attendu

- Maîtrise de l'épidémie VIH/SIDA au Niger.

Objectif général 2 : Renforcer le système institutionnel

Groupes cibles :

- CNLS,
- CISLS,
- CRLS,
- CSRLS,
- CCLS,
- Secteur Privé,
- ONG/Associations/OBC.

Actions principales :

- Renforcer les capacités institutionnelles (Planification, Gestion de Programme et Développement Organisationnel) de la CISLS, CRISLS, les Comités Sectoriels, les ONG/Associations/OBC et du Secteur Privé,
- Créer les pôles intégrés de lutte contre le SIDA au niveau sous régional,
- Assurer la décentralisation et la déconcentration des structures et de ressources humaines, matérielles et financières,
- Rendre opérationnel les Comités sectoriels à tous les niveaux.

Acteurs :

- CISLS,
- ONG/Associations/OBC,
- Comités Sectoriels,
- PTF.

Résultat attendu :

- La coordination de lutte contre le SIDA est décentralisée.

Effet attendu :

- Riposte nationale efficace.

Axe 2 : Renforcement du système de suivi/évaluation de l'infection par le VIH

Objectif général: Assurer la disponibilité des données de base en vue d'améliorer la riposte nationale contre les IST/VIH/SIDA..

Groupes cibles:

- Tous les intervenants dans la lutte contre le SIDA.

Actions principales :

- Récolter les données de routine à tous les niveaux,
- Réaliser des Enquêtes de surveillance de seconde génération des IST/VIH/SIDA tous les deux ans.

Acteurs :

- Les secteurs,
- Les ONG/Associations/OBC,
- Le secteur privé,
- Faculté des sciences de la santé,
- Laboratoire national de référence de lutte contre le SIDA/tuberculose,
- Cellule suivi et évaluation de la CISLS.

Résultat attendu

- Disponibilité d'une base de données fiables.

Axe 3 : Programme de recherche

Objectif général: Conduire des recherches en matière de lutte contre le SIDA.

Groupes Cibles

- L'ensemble du programme.

Actions principales

- Planifier les activités de recherche IST/VIH/SIDA (fondamentale, opérationnelle et action),
- Promouvoir la recherche action,
- Réaliser des études de suivi de la cohorte des personnes séropositives,
- Mettre en place un comité scientifique opérationnel,
- Créer un cadre de concertation et d'échanges avec d'autres chercheurs de niveaux national et international.

Les acteurs

- MSP,
- CISLS,
- Autres secteurs,
- Université,
- Laboratoire national de référence,
- CERMES.

Résultat attendu

- Les résultats des études sont disponibles et utilisés.

Axe 4 : La mobilisation des ressources

Objectif général: Organiser une table ronde de mobilisation des ressources.

Groupes cibles

- L'Etat,
- Les partenaires au développement,
- Le secteur privé,

- Les ONG,
- Les communautés.

Actions principales

- Réaliser des activités de plaidoyer au près de l'Etat et des partenaires,
- Intégrer une ligne budgétaire dans chaque secteur pour la lutte contre le SIDA,
- Créer un fonds de solidarité pour les PVAVS et les OEV.

Les acteurs

- Le CNLS,
- La CISLS.

Résultats attendus

- L'accroissement et la pérennisation des financements de la lutte contre le SIDA.

V. Les rôles et les responsabilités des différents acteurs

1 Les acteurs du secteur public

1.1 Le Ministère en charge de la Santé Publique

Il a pour missions d'assurer:

- le dépistage de l'infection à VIH ;
- la prévention de la transmission de l'infection à VIH en milieu de soins (précautions universelles, gestion des déchets hospitaliers, prise en charge des cas d'AES,...) ;
- la Prévention de la Transmission de l'infection à VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) ;
- la prévention et la prise en charge des IST ;
- la prise en charge des personnes infectées par le VIH (prévention et traitement des infections opportunistes, thérapeutique antirétrovirale, prise en charge psychologique, suivi des personnes infectées) ;
- la disponibilité permanente au niveau des formations sanitaires, des médicaments, réactifs, consommables médicaux et équipements spécifiques de la lutte contre le SIDA et les IST) ;
- la formation initiale et continue des professionnels de santé en ce qui concerne leur participation à la lutte contre le VIH, selon leurs fonctions respectives ;
- l'élaboration et le suivi des protocoles préventifs (PTME, Sécurité Transfusionnelle, Accidents d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques) et curatifs, (traitements ARV, traitement des IO,...) ;
- l'évaluation et l'accréditation des formations sanitaires engagées dans la lutte contre le VIH ;
- la surveillance épidémiologique de l'infection ;
- la disponibilité des préservatifs dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive dans les formations sanitaires publiques ;
- la création d'une unité de contrôle de qualité des préservatifs au niveau du LANSPEX ;
- la promotion des comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur ;
- la promotion du dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur ;
- le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées relevant du secteur ;
- le suivi, l'évaluation de la lutte dans le secteur de la Santé.

En outre, le Ministère en charge de la Santé devra s'assurer de la participation du secteur privé de santé aux actions de lutte contre les IST/VI/SIDA.

1.2 Le Ministère de la communication

Il a pour missions :

- d'appuyer l'implication des médias publics et privés dans la lutte contre le SIDA ;
- d'appuyer la formation des journalistes en matière de lutte contre le SIDA ;
- de contribuer à la conception et à la production des supports médiatiques nécessaires aux activités ;
- de communiquer dans le domaine de la lutte contre le SIDA ;
- d'assurer la coordination des différents médias dans leur engagement dans la lutte contre le SIDA.
- D'assurer la promotion des comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur ;
- D'assurer la promotion du dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur ;
- D'assurer le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées relevant du secteur ;
- D'assurer le suivi, l'évaluation de la lutte dans le secteur de la Santé.

1.3 Le Ministère de la Jeunesse et des sports

Il a pour missions :

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des jeunes (scolarisés, déscolarisés et non scolarisés) ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des jeunes (scolarisés, déscolarisés et non scolarisés) ;
- de susciter l'engagement des enseignants des écoles relevant du secteur dans l'IEC pour la promotion des comportements à moindres risques auprès des populations et leur soutien aux actions de lutte contre les IST/VIH/SIDA conduites dans leur zone de résidence ;
- de susciter la mise en place d'organisations de jeunes de lutte contre les IST/VIH/SIDA (clubs de jeunes, fadas etc.) et assurer leur encadrement ;
- d'assurer la disponibilité des préservatifs dans les lieux de regroupement des jeunes ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur de la Jeunesse.

1.4 Les Ministères en charge de l'Education

Ils ont pour missions :

- d'intégrer la sexualité et la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les programmes de formation selon les niveaux ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des élèves et étudiants en conformité avec les normes et directives nationales ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des élèves et étudiants en conformité avec les normes et directives nationales ;
- de susciter l'engagement des enseignants dans l'IEC pour la promotion des comportements à moindres risques auprès des populations et leur soutien aux actions de lutte contre les IST/VIH/SIDA conduites dans leur zone de résidence ;
- de susciter la mise en place d'organisations d'enseignants, d'élèves et d'étudiants de lutte contre les IST/VIH/SIDA et assurer leur encadrement ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan national de recherche sur le SIDA, en contribuant notamment au développement des capacités de recherche dans les différents domaines, que sont notamment la socio-anthropologie, l'économie, l'épidémiologie et la médecine (enseignements supérieurs) ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur de l'Education.

1.5 Les Ministères en charge de la Défense Nationale et de la Sécurité

Ils ont pour missions:

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des éléments des Forces de Défense et de Sécurité et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des éléments des Forces de Défense et de Sécurité et leurs familles ;
- d'organiser le dépistage volontaire dans les casernes et autres lieux de rassemblement militaire,
- d'assurer la disponibilité des préservatifs dans les casernes et autres lieux de rassemblement militaire ;
- d'assurer les activités sectorielles santé de lutte contre les IST/VIH/SIDA au niveau des services de santé des armées;
- de susciter la mise en place d'organisations de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les casernes et assurer leur encadrement ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur,

1.6 Le Ministère de la promotion de la Femme et de la protection de l'enfant

- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur Défense et Sécurité ;
- de mobiliser les hommes en uniforme dans la lutte contre le VIH.

Il a pour missions:

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des membres des organisations féminines y compris les travailleuses du sexe ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des membres des organisations féminines y compris les travailleuses du sexe ;
- de participer à la promotion de la PTME ;
- d'organiser le dépistage volontaire au profit des femmes membres des organisations féminines y compris les travailleuses du sexe ;
- de mener des actions de lutte contre la vulnérabilité des femmes y compris les travailleuses du sexe et des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV).

1.7 Le Ministère de la Population et des Réformes Sociales

Il a pour missions :

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des handicapés et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des handicapés et leurs familles ;
- d'organiser le dépistage volontaire au profit des handicapés et leurs familles ;
- de mener des actions de lutte contre la vulnérabilité des handicapés et leurs familles.

1.8 Le Ministère du Transport et de l'Aviation Civile

Il a pour mission :

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;

- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des routiers et des usagers des services de transport y compris les migrants ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des routiers et des usagers des services de transport y compris les migrants ;
- d'assurer la disponibilité des préservatifs dans les gares ;
- de susciter la mise en place d'organisations de lutte contre les IST/VIH/SIDA des travailleurs du secteur et assurer leur encadrement ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur du Transport.

1.9 Le Ministère du Tourisme et de l'Artisanat

Il a pour missions :

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des touristes et les artisans ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des touristes et les artisans ;
- d'assurer la disponibilité des préservatifs dans les hôtels et les agences ;
- de susciter la mise en place d'organisations de lutte contre les IST/VIH/SIDA des travailleurs du secteur, des artisans, des hôteliers et assurer leur encadrement ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur du Tourisme.

1.10 Les Ministères en charge du Développement Rural (Ressources animales ; Développement agricole ; Hydraulique et Environnement)

Ils ont pour missions:

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des membres des organisations paysannes et d'éleveurs ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des membres des organisations paysannes et d'éleveurs ;
- de susciter la mise en place d'organisations de paysans et d'éleveurs de lutte contre les IST/VIH/SIDA et assurer leur encadrement ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur du Développement Rural.

1.11 Le Ministère du Commerce et de la Normalisation

Il a pour missions:

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des membres des organisations de commerçants et des travailleurs du secteur privé (formel et informel) ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des membres des organisations de commerçants et des travailleurs du secteur privé (formel et informel) ;
- de susciter la mise en place d'organisations de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les structures privées et assurer leur encadrement ;
- d'encourager le réseau de distribution et de vente du condom à travers le secteur privé ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur du Commerce et du secteur Privé.

1.12 Le Ministère du Développement Communautaire et de l'Aménagement du Territoire

Il a pour missions:

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des membres des organisations paysannes et des organisations de la société civile ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des membres des organisations paysannes et des organisations de la société civile ;
- de susciter la mise en place d'organisations de paysans et des organisations de la société civile de lutte contre les IST/VIH/SIDA et assurer leur encadrement ;
- de documenter les actions communautaires ;

- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur.

1.13 Le Ministère des Mines et de l'Énergie

Il a pour missions:

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des orpailleurs/miniers et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des orpailleurs/miniers et leurs familles ;
- d'organiser les sites d'orpaillage et des regroupements miniers dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- de susciter la mise en place d'organisations d'orpailleurs et miniers de lutte contre les IST/VIH/SIDA et assurer leur encadrement ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur.

1.14 Le Ministère de la Justice

Il a pour missions :

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des prisonniers ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des prisonniers ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur.

1.15 Le Ministère des Affaires religieuses

Il a pour missions :

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de former les religieux en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- d'organiser l'éducation des élèves des écoles religieuses en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA
- d'apporter un soutien psycho social aux PVAVS ;

- d'assurer le plaidoyer et la mobilisation des religieux en faveur de la lutte contre le SIDA ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur.

1.16 Autres Ministères

Chaque secteur, en fonction de ses attributions aura pour missions :

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des organisations et usagers du secteur ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des membres des organisations et usagers du secteur ;
- de susciter la mise en place d'organisations de lutte contre les IST/VIH/SIDA des travailleurs des secteurs concernés et assurer leur encadrement ;
- d'organiser des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA spécifiques à chaque secteur ;
- d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées du secteur ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le secteur concerné.

2 Les acteurs de la société civile

2.1 Les organisations de la société civile (ONG, OBC, Associations et organisations confessionnelles)

Les organisations de la société civile intervenant dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA doivent en fonction de leur spécialisation, élaborer des plans d'action qui devront être pris en compte au niveau local, sous régional, régional et national en fonction de leur implantation et de leurs capacités. A cet effet, elles doivent être associées au processus de planification à tous les niveaux. En outre, les activités planifiées en réponse aux besoins exprimés aux différents niveaux en matière d'informations sur les IST/VIH/SIDA, de moyens de prévention de la transmission de l'infection à VIH, de prise en charge et de soutien socioéconomique des personnes infectées et affectées peuvent être réalisées sous forme de prestation de service par les OSC disposant des capacités nécessaires. Ainsi, elles doivent:

- assurer le plaidoyer ;
- lutter contre la stigmatisation et la discrimination ;
- soutenir les activités de prévention (IEC, CDVC, PTME, Préservatifs) ;
- soutenir les activités de prise en charge (traitement ARV, suivi-accompagnement) ;
- encadrer les OBC ;
- suivre et évaluer les programmes ou activités mis (es) en œuvre par elles.

2.2 Les associations de PVAVS avec son Réseau le RENIP+

Ils doivent avoir pour rôles :

- de promouvoir l'entraide et la solidarité entre et envers les membres des organisations de PVAVS ;
- de soutenir des activités d'IEC et de mobilisation sociale ;
- de promouvoir le conseil dépistage volontaire ;
- de contribuer à travers les témoignages à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

3 Les acteurs du secteur privé

Elles ont la possibilité :

3.1 Les sociétés et les entreprises

- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- Assurer la disponibilité et vente du condom à travers le secteur privé ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- d'assurer les activités de santé de lutte pour leurs employés et leurs familles (dépistage de l'infection, prévention de l'infection en milieu des soins, la PTME, la prise en charge des personnes infectées et d'organiser le soutien socioéconomique au profit des personnes infectées et affectées) ;
- de suivre et évaluer, les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans leurs sociétés.

3.2 Les formations sanitaires privées

- Même mission que les formations sanitaires publiques ;
- de promouvoir les comportements à moindres risques auprès des agents relevant du secteur et leurs familles ;
- de promouvoir le dépistage volontaire auprès des agents relevant du secteur et leurs familles.

A cet effet :

- les établissements sanitaires privés et confessionnels doivent être associés à leur demande aux activités sectorielles de la lutte contre le SIDA, à condition de s'inscrire dans les mêmes règles que les formations publiques équivalentes et de signer une convention de service public avec le Ministère de la Santé ;
- les pharmacies privées doivent participer activement à la lutte contre le SIDA par la vente de préservatifs ;
- assurer l'IEC de tous leurs employés ;
- mettre à leur disposition des préservatifs ;
- organiser le dépistage volontaire ;
- accompagner les PVAVS travaillant dans leurs entreprises et leurs familles dans leur prise en charge par les services médicaux, en leur apportant le soutien économique, social et psychologique nécessaire ;
- établir une collaboration étroite avec les structures sanitaires publiques dans le cadre de la prise en charge des employés infectés par le VIH.

3.3 Les médias privés

- information et éducation des populations ;
- protection des agents ;
- formation des journalistes.

VI. Les modalités opérationnelles de la lutte

La lutte sera multisectorielle, déconcentrée, décentralisée et intégrée.

1 Les principes opérationnels de la lutte

Du point de vue de la multisectorialité, la stratégie précisera :

1.1 La Multisectorialité

- d'une part, la pluralité des secteurs qui concourront aux résultats de la lutte, à savoir les secteurs :
 - de l'Education (base et supérieure), de la Jeunesse ;
 - de la communication ;
 - des Transports ;
 - des Forces de Défense et de Sécurité ;
 - de la Promotion de la Femme et de l'Action Sociale ;
 - du Développement Rural ;
 - du Commerce ;
 - de la Société Civile.
- d'autre part, la multiplicité des acteurs qui sont principalement :
 - des départements ministériels ;
 - des opérateurs privés ;
 - des ONG et des associations ;
 - des Organismes à Base Communautaire.

1.2 La Décentralisation/déconcentration

Définies au niveau national, dans le cadre du plan multisectoriel de lutte contre le SIDA, les interventions seront conduites aux différents niveaux de l'organisation administrative du Niger.

Le niveau national devra déléguer la mise en œuvre des activités dont la réalisation peut être suivie et gérée au niveau périphérique. Le temps ainsi libéré permettra aux structures nationales (CISLS, ULSS,...) de se concentrer sur leurs missions essentielles, laissant aux coordinations régionales la pleine capacité de mettre en œuvre les actions devant être réalisées dans leur circonscription respective.

Au niveau régional, la coordination intersectorielle de la lutte sera fortement responsabilisée dans la planification et la mise en œuvre dans sa région des programmes de lutte contre le SIDA, qui ne relèvent pas directement de certains secteurs (comme la santé, l'éducation nationale, la défense,...). Elle disposera pour cela de capacités financières lui permettant de financer directement des initiatives locales inscrites dans le Plan régional de lutte contre le SIDA et les PAA qui l'accompagnent. Par ailleurs, des structures régionales assureront la mise en œuvre d'actions ayant une portée spécifique sur l'ensemble de la région (prise en charge des références, approvisionnement en produits pharmaceutiques,...)

1.3 L'Intégration

Au niveau sous régional (départements et communes urbaines), l'ensemble des activités de lutte contre le VIH seront intégrées au sein d'un plan sous régional de lutte contre le SIDA, dont la mise en œuvre sera confiée à un comité technique sous régional.

L'ensemble des activités de lutte contre le VIH au niveau sous régional sera placé sous la responsabilité d'un pôle intégré de lutte contre le SIDA, qui regroupera l'ensemble des acteurs.

Dirigé par un comité technique constitué des représentants des différents acteurs intervenant sur le terrain, ce pôle garantira l'intégration de l'ensemble des activités au sein d'un plan unique d'action.

Par ailleurs, le programme de lutte contre le VIH/SIDA travaillera en étroite collaboration avec les programmes de lutte contre les IST et la tuberculose.

- La collaboration IST/SIDA s'impose, non seulement parce que les porteurs d'IST constituent un groupe à risque majeur de contamination par le VIH, mais aussi parce que le SIDA partage en partie les mêmes moyens de prévention que les autres IST.
- La collaboration étroite SIDA/TB est essentielle, car le tiers des personnes malades de l'infection par le VIH présentent également une infection par le bacille tuberculeux. Cette collaboration s'impose de façon d'autant plus facile que ce sont les mêmes personnes qui assurent la prise en charge clinique et biologique des PVAVS.

Enfin, les activités de PTME seront intégrées aux activités de santé de la reproduction, qui constitueront la porte d'entrée pour le dépistage de l'infection par le VIH des femmes enceintes.

2 Organisation de la lutte

La réalisation des activités de lutte résultera :

- d'une part de la mise en œuvre de plans d'action sous régionaux de lutte ;
- d'autre part de la conduite de programmes nationaux et régionaux.

2.1 Au niveau national

La coordination intersectorielle de la lutte contre le SIDA est responsable de la réactualisation périodique du projet de cadre stratégique de la lutte, qui sera soumis à l'approbation du Conseil National du SIDA. Elle est également responsable de l'élaboration du plan multisectoriel dont dépendra la conduite des différentes activités par l'ensemble des acteurs.

Elle assurera de plus la mobilisation des ressources nécessaires à la conduite de la lutte, leur répartition entre les différents acteurs et le contrôle de leur utilisation.

Elle effectuera enfin la coordination et le suivi – évaluation de l'ensemble des activités conduites dans les 8 régions que compte le pays.

Par ailleurs, certaines actions contribuant à la lutte contre le SIDA relèveront de structures nationales :

- Dans le secteur de la santé :
 - suivi de la lutte par l'ULSS ;
 - surveillance épidémiologique ;
 - suivi des données sanitaires par le SNIS ;
 - approvisionnement de l'ensemble du pays en produits pharmaceutiques ;
 - suivi des souches virales, des charges virales et des résistances aux ARV, par le Laboratoire National de Référence ;
 - étroite collaboration de la lutte contre les IST, le VIH et la tuberculose ;
 - prise en charge des malades référés sur un hôpital de 3^{ème} référence ;
 - formation continue des médecins et des techniciens supérieurs.
- Dans le secteur de l'éducation :
 - réalisation par la faculté des Sciences de la Santé du DIU de lutte contre les IST/SIDA/TB ;
 - formation des enseignants.
- Dans le secteur de la communication :
 - formation des journalistes de la région, dans le secteur ;
 - formation des responsables des différents ministères présents dans les départements et les communes ;
- Dans le secteur de la défense nationale et de la sécurité :
 - direction de l'ensemble des activités de lutte.

2.2 Au régional

niveau

La Coordination Régionale Intersectorielle de Lutte contre le SIDA assurera la coordination et le suivi de l'ensemble des activités conduites dans la région.

Elle présidera de plus à l'élaboration du plan multisectoriel régional de lutte contre le SIDA.

Elle assurera par ailleurs le financement de certaines activités initiées au niveau local. Pour cela, chaque coordination sera dotée d'un Fonds Régional d'appui aux initiatives locales pour la lutte contre les IST/SIDA. Placé sous la responsabilité du Conseil Régional, son ordonnateur sera le Gouverneur, qui sera invité à donner délégation au coordonnateur régional de la lutte contre le SIDA. Devant nécessairement s'inscrire dans le cadre du plan multisectoriel de lutte contre le SIDA de la région, les activités soumises au Fonds devront figurer dans le PAA de l'année en cours du département ou de la commune urbaine concernée. Ces initiatives pourront concerner des formations, des manifestations ou toute autre entreprise proposée par des acteurs de terrain, y compris les associations de jeunes, de femmes, de religieux, de sportifs, ..., les établissements d'enseignement (qu'il s'agisse des initiatives des enseignants, ou d'élèves) et les Organisations à Base Communautaire. Ces ressources viendront en complément

des financements dont disposeront par ailleurs les différents secteurs (santé, éducation,...).

Par ailleurs, certaines actions sectorielles relèveront de structures régionales :

- Dans le secteur de la santé :
 - approvisionnement de la région en produits pharmaceutiques ;
 - décision des mises sous traitement par les ARV des PVAVS ;
 - prise en charge des PVAVS référés vers un service spécialisé ;
 - formation des personnels de santé (des secteurs public et privé) de la région.
- Dans le secteur de l'éducation : formation des enseignants.
- Dans le secteur de la communication :
 - formation des journalistes de la région, dans le secteur ;
 - formation des responsables des différents ministères présents dans les départements et les communes.

L'ensemble des activités réalisées par les acteurs de la lutte au niveau de la région seront coordonnées, suivies et éventuellement financées par la Coordination Régionale.

2.2 Au niveau sous régional (départements et des communes urbaines)

Les orientations de la lutte au niveau local seront définies et suivies par le conseil sous régional traitant les questions relatives à la Santé Publique, qui sera élargi aux autres acteurs de la lutte contre le SIDA présents au niveau local.

Présidé par le Préfet ou le Maire, ce conseil sous régional est constitué par :

- le préfet du département ou le Maire de la Commune ;
- les maires des communes du département ;
- deux membres de l'ECD dont le MCD ;
- un représentant du comité technique de l'HD ;
- les chefs CSI du district ;
- deux représentants des comités de gestion des CSI dont un homme et une femme ;
- les députés nationaux ;
- le DDAT/DC ;
- les chefs de cantons et/ou de groupement ;
- un représentant des coopératives ;
- un représentant des jeunes ;
- trois représentantes des différentes associations des femmes ;
- un représentant de l'alphabétisation ;
- un représentant des ONG intervenant dans le district ;
- un représentant des mutuelles ;
- les représentants des PTF intervenant dans le district.

Ce conseil sous-régional :

- participe à l'élaboration puis à la validation du plan de lutte contre le SIDA, qui doit s'inscrire dans les plans de développement respectifs de chaque secteur et de leurs Plans Annuels d'Action (PAA) ;
- participe au suivi et à l'évaluation du PDSD, au monitoring des indicateurs de santé du district, aux revues semestrielles des PAA ;
- veille à la coordination des actions des PTF du secteur de la santé intervenant dans le district ;
- contribue à la promotion des partenariats ;
- contribue à la sensibilisation des populations.

Ce conseil validera le plan sous régional de lutte contre le SIDA, qui déterminera les activités à réaliser, leur programmation, les ressources nécessaires à leur réalisation et leurs modalités de suivi – évaluation au niveau local.

La mise en œuvre de la lutte contre le SIDA sera confiée à un pôle intégré de lutte contre le SIDA, dont la direction sera confiée à un comité technique sous régional. Constitué par les représentants des différents acteurs présents sur le terrain et présidé par une personne désignée en son sein selon ses capacités à diriger la lutte, il se réunira de façon régulière pour coordonner la mise en œuvre du plan sous régional de lutte contre le SIDA, validé par le conseil sous-régional.

Ces pôles intégrés de lutte contre le SIDA piloteront la réalisation des activités multisectorielles, dont la convergence et la potentialisation contribuera à la lutte contre le SIDA dans la sous région. Ils pourront ainsi regrouper :

- les écoles et autres établissements de formation présents dans le département :
 - appui aux enseignants pour réaliser leurs enseignements sur les IST/SIDA
- les radios locales : publiques, privées ou communautaires.
 - émissions dans les principales langues parlées dans le terroir.
- les chefs traditionnels :
 - conduite d'actions de sensibilisation auprès des chefs de famille et de l'ensemble de la population.
- les religieux :
 - conduite d'actions de sensibilisation auprès des chefs de famille et de l'ensemble de la population ;
 - réunions, conférences débats, prêches ;
 - conseils individuels.
- les associations de femmes :
 - conduite d'actions de sensibilisation et de mobilisation des femmes ;
 - organisation de manifestations d'information dans les villages et les quartiers.
- les associations de jeunes :
 - conduite d'actions de sensibilisation et de mobilisation des jeunes ;
 - organisation de manifestations d'information dans les villages et les quartiers.
- les associations et clubs sportifs :

- conduite d'actions de sensibilisation et de mobilisation des jeunes ;
- organisation de manifestations destinées à l'information des jeunes dans les villages et les quartiers.
- les transporteurs et autres chauffeurs:
 - organisation de formations des chauffeurs ;
 - organisation d'activités d'information sur le SIDA dans les gares routières (affiches, campagnes périodiques avec distributions de préservatifs,...) ;
 - mise à disposition de préservatifs aux chauffeurs.
- Les institutions à caractère culturel : publiques, privées et communautaires :
 - formation des artistes (traditionnels et modernes) au rôle qu'ils peuvent jouer dans la lutte contre le VIH ;
 - organisation de manifestations culturelles destinées à l'information.
- les agents du secteur touristique (hôteliers,...) :
 - formation des personnels du secteur hôtelier ;
- les agents de l'Etat : administrateurs, agents du développement rural (agriculture, élevage, hydraulique, eaux et forêts,...) ;
- les commerçants privés du secteur formel et informel ;
- les organisations à base communautaire : comité de santé, associations de parents d'élève ;
- les associations de PVAVS ;
- les ONG nationales et internationales ;
- les pharmaciens et dépositaires de médicaments ;
- les conseils communaux ;
- les formations sanitaires publiques (HD, CSI, CS) et privées (cliniques, cabinets médicaux, cabinets de soins,...).
 - les activités éducatives dans les domaines de la santé de la reproduction en général et du SIDA en particulier ;
 - le dépistage des IST, de la séropositivité VIH et de la tuberculose ;
 - le suivi confidentiel, la prise en charge psychosociale et le conseil aux personnes séropositives,
 - le suivi des personnes séropositives ;
 - la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) ;
 - la prise en charge diagnostique et thérapeutique des malades du SIDA (ARV), des IST, de la tuberculose et des autres IO ;
 - le suivi et l'analyse des données sanitaires, et leur transmission aux institutions appropriées (DRSP, SNIS, ULSS) ;
 - le diagnostic et le traitement des IST ;
 - le traitement ambulatoire des malades tuberculeux et des autres infections opportunistes.

Chaque acteur devra planifier toutes les activités qu'il aura à réaliser et à déterminer les ressources nécessaires à leur réalisation. Ces plans devront s'inscrire à la fois dans le plan sous régional de lutte contre le SIDA et dans leur propre plan sectoriel.

Il devra par ailleurs programmer de façon précise les activités de ce plan qu'il aura à réaliser au cours de l'année à venir et à les inscrire dans le PAA de la lutte contre le SIDA pour l'année à venir.

L'extension des pôles à l'ensemble des 42 départements et communes urbaines se fera de façon progressive et pleinement maîtrisée, afin d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire national (couverture universelle), tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge et du soutien des PVAVS.

Il est en effet essentiel que toutes les familles puissent être concernées et que les PVAVS puissent continuer à vivre dans leur lieu de résidence afin de préserver leur vie familiale et leurs activités économiques.

3 Le cadre institutionnel de la lutte pour la période 2008 – 2012

La mise en œuvre d'un programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA requiert un dispositif institutionnel et organisationnel permettant :

- l'implication de tous les acteurs dont les apports sont reconnus nécessaires,
- une claire définition des domaines et des modes d'intervention de chaque acteur selon ses missions et son expérience,
- un établissement des liens organisationnels et hiérarchiques indispensables à une bonne orientation des actions et à leur bonne coordination en direction des publics cibles,
- des mécanismes de monitoring, de contrôle, d'évaluation et gestion des ressources.

3.1 Organes de mise en œuvre

3.1.1 Au niveau de la commune

Acteurs

- Formations sanitaires publiques et privées,
- Etablissements scolaires,
- ONG,
- OBC,
- Radios locales,
- Agents des autres secteurs publics,
- Commune,
- Secteur privé,
- Religieux.

3.1.2 Au niveau de la sous-région

Acteurs

- Formations sanitaires publiques et privées,
- Etablissements scolaires,
- ONGs,
- OBCs,

3.1.3 Au niveau régional

Acteurs

- Formations sanitaires publiques et privées,
- Etablissements scolaires,
- ONG,
- OBC,
- Radios locales,
- Agents des autres secteurs publics,
- Commune,
- Secteur privé,
- Religieux.

- Radios locales,
 - Agents des autres secteurs publics,
 - Commune,
 - Secteur privé,
 - Religieux.
- 3.1.4 Au niveau national** Acteurs
- Projets et programmes,
 - Privé.
- 3.2 Organes de coordination**
- 3.2.1 Au niveau régional**
- La Coordination Régionale Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CRISLS)
- Contexte et justification*
- La nature multisectorielle de la lutte contre le SIDA nécessite la présence d'une instance assurant la coordination des programmes et des actions des services déconcentrés et les organisations de la société civile présentes au niveau régional.
- Missions*
- Placée sous l'autorité directe du Gouverneur de Région, la CRISLS a pour mission d'assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA sur toute l'étendue de la région.
- Attributions*
- Coordonner l'élaboration des plans communaux, sous-régionaux, régionaux multisectoriels de lutte contre les IST/VIH/SIDA,
 - Veiller à la cohérence des plans communaux, sous-régionaux, régionaux multisectoriels de lutte contre les IST/VIH/SIDA,
 - Assurer la mobilisation et la coordination de l'aide au niveau régional,
 - Faciliter la concertation entre le secteur public et le secteur privé au niveau régional,
 - Assurer le suivi et l'évaluation du programme national multisectoriel au niveau régional,
 - Assurer le secrétariat exécutif du Conseil Régional de Lutte contre le SIDA.
- Composition*
- La Coordination Régionale Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CRISLS) forme une équipe pluridisciplinaire qui comprend :
 - Coordonnateur Régional,
 - Administrateur - Comptable,
 - Cellule Suivi et Appui à la mise en œuvre des interventions de la CRISLS,
 - Cellule Planification et Suivi-Evaluation.

3.2.2 Au niveau national

La Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CISLS)

Contexte et justification

La nature multisectorielle de la lutte contre le SIDA nécessite la présence d'une instance assurant la coordination des programmes et des actions des différents secteurs.

Missions

- 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.

Attributions

- Coordonner l'élaboration des politiques et des mécanismes de gestion de la lutte en collaboration avec les divers intervenants,
- Coordonner l'élaboration des plans communaux, sous-régionaux, régionaux, sectoriels et national multisectoriels de lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Veiller à la cohérence des plans communaux, sous-régionaux, régionaux, sectoriels et national multisectoriels de lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Faciliter la concertation entre le secteur public et le secteur privé,
- Mobiliser les ressources nécessaires au financement de la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Coordonner les contributions (nationales, bilatérales et multilatérales),
- Mettre à la disposition des opérateurs les ressources nécessaires à la mise en œuvre de leurs programmes,
- Appuyer la mise en œuvre des programmes sectoriels et régionaux de lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Assurer le suivi et l'évaluation du programme national multisectoriel,
- Faire rapport des activités du programme national multisectoriel au Comité de Pilotage,
- Assurer les secrétariats du CNLS et du CP.

Composition

- La Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CISLS) forme une équipe pluridisciplinaire qui comprend :
 - Coordonnateur National,
 - Cellule d'Assistance Technique,
 - Secrétariat,
 - Direction des Affaires Administratives et Financières,
 - Direction de la Planification et du Suivi/Evaluation,
 - Direction d'Appui et de Suivi au Secteur Santé,
 - Direction d'Appui et de Suivi au Secteur Non Santé,

- Direction d'Appui et de Suivi des Interventions des Organisations de la Société Civile,
- Direction de la Communication, des Relations publiques et de la Documentation.

Le Comité de Pilotage (CP) mis en place par décret du Président de la République

Contexte et justification

- Nécessité d'une concertation régulière entre les différents acteurs de la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Nécessité d'un suivi rigoureux et d'une évaluation de la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel.

Missions

- Assurer le suivi de la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel,
- Veiller à l'harmonisation des interventions dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Evaluer la Coordination Intersectorielle.

Attributions

- Assurer le plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires extérieurs pour le soutien à la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Conseiller le Gouvernement sur les différents aspects de la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Donner des directives en vue d'améliorer les performances des interventions.

Fonctionnement

- Le Comité de pilotage se réunit une fois par semestre ou exceptionnellement, sur convocation de son Président,
- Le Secrétariat du CP est assuré par la CISLS.

Composition

A. Bureau

- Présidence : Le Ministre de l'Economie et des Finances ou son Représentant,
- Vice-présidence : Le chargé du suivi-évaluation de l'agence du système des Nations Unis assurant la Présidence du Groupe Thématique ONUSIDA,
- Rapporteur général : Le Directeur de la Planification et Suivi-Evaluation de la CISLS.

B. Membres

- Le Conseiller VIH/SIDA à la Présidence,
- Le Coordonnateur National de la CISLS,
- Le Directeur des Etudes et de la Planification au Ministère en charge de la santé,
- Le responsable du volet suivi-évaluation de la SRP,
- Un représentant de l'Institut National de la Statistique,
- Un (1) représentant du réseau nigérien de suivi-évaluation,
- Quatre (4) représentants du Ministère en charge de la Santé (DPHL/MT, ULSS, DSR, SNIS),
- Un (1) représentant par Coordination sectorielle non santé,
- Un (1) point focal IST/VIH/SIDA par Agence membre du Groupe Thématique ONUSIDA,

- Un (1) responsable des volets suivi-évaluation des réseaux des OSC nationales intervenant dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Un (1) représentant des volets suivi-évaluation des ONG internationales intervenant dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA (tournante une fois par semestre),
- Un (1) représentant du secteur privé et entreprises,
- Un (1) représentant des associations de PVAVS,
- Un (1) représentant de la coopération bilatérale (tournante une fois par semestre).

Le comité peut faire appel à toute personne pouvant l'appuyer dans l'accomplissement de sa mission.

3.3 Organe d'orientation

3.3.1 Au niveau communal → Conseil Communal de Lutte contre le SIDA (CCLS)

Contexte et justifications

- Nécessité d'un engagement politique manifeste au niveau local,
- Nécessité de mobiliser l'ensemble des communautés au niveau communal dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Missions

- Apprécier les orientations proposées en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans la commune,
- Apprécier les impacts de la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans la commune,
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Attributions

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

Fonctionnement

- Le CCLS se réunit une fois par trimestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président,
- Le Secrétariat du CCLS est assuré par le responsable communal de la santé.

Composition

Bureau

- Présidence : Le Maire,
- Vice-présidence : Un (1) représentant du ministère de l'Education,
- Rapporteur général : Le responsable communal de la santé.

Membres :

- Le chef de service communal du développement communautaire,
- Un (1) représentant du collectif des ONG/Associations intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Un (1) représentant des associations des jeunes,

- Un (1) représentant par service communal,
- Deux (2) représentants des communautés religieuses,
- Un (1) représentant des opérateurs économiques,
- Un (1) représentant de l'association des chefs traditionnels,
- Deux (2) représentants des ONG/associations/OBC intervenant dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA présentes dans la commune,
- Un (1) représentant des ONG internationales présentes au niveau communal,
- deux (2) représentants des associations des personnes vivant avec le VIH
- Un (1) représentant des associations des jeunes,
- Une (1) représentante des associations féminines,
- Un (1) représentant des syndicats présent dans la commune,
- Un (1) représentant de l'association des droits de l'Homme,
- Un (1) représentant des associations de tradipraticiens,
- Deux (2) représentants des élus locaux,
- Un (1) représentant par partenaire présent au niveau local.

Le conseil peut faire appel à toute personne pouvant l'appuyer dans l'accomplissement de sa mission.

3.3.2 Au niveau sous-régional → Conseil Sous-Régional de Lutte contre le SIDA

Contexte et justifications

- Nécessité d'un engagement politique manifeste au niveau sous-régional,
- Nécessité de mobiliser l'ensemble des communautés au niveau sous-régional dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Missions

- Apprécier les orientations proposées en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le département,
- Apprécier les impacts de la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le département,
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Attributions

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

Fonctionnement

- Le CSRLS se réunit une fois par trimestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président,
- Le Secrétariat du CSRLS est assuré par le médecin chef du District Sanitaire.

Composition

Bureau

- Présidence : Le Préfet,

- Vice-présidence : Le maire de la commune du chef lieu de département,
- Rapporteur général : Le Directeur Départemental de la Santé Publique.

Membres

- Le chef de service départemental du développement communautaire,
- Un (1) représentant du collectif des ONG/Associations intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Un (1) représentant des associations de jeunes,
- Un (1) représentant de la chefferie traditionnelle,
- Un (1) représentant par service départemental,
- Un (1) représentant des opérateurs économiques,
- Deux (2) représentants des associations religieuses,
- Deux (2) représentants des ONG/associations/OBC intervenant dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA présentes dans le département,
- Un (1) représentant des ONG internationales présentes dans le département,
- Deux (2) représentants des associations de personnes vivant avec le VIH
- Un (1) représentant des associations de défense des droits de l'Homme,
- Une (1) représentante des associations féminines,
- Un (1) représentant des syndicats présent dans le département,
- Un (1) représentant des associations de tradipraticiens,
- Deux (2) représentants des élus locaux du département,
- Un (1) représentant par partenaire présent dans le département.

Le conseil peut faire appel à toute personne pouvant l'appuyer dans l'accomplissement de sa mission.

3.3.3 Au niveau régional
→ Conseil Régional de Lutte contre le SIDA (CRLS)

Contexte et justification

- Nécessité d'un engagement politique manifeste au niveau régional,
- Nécessité de mobiliser l'ensemble des communautés au niveau régional dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Missions

- Apprécier les orientations proposées par la Coordination Régionale,
- Apprécier les impacts de la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans la région,
- Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Attributions

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

Fonctionnement

- Le CRLS se réunit 1 fois par trimestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président,

- Le Secrétariat du CRLS est assuré par la Coordination Régionale de Lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Composition

Président : Gouverneur de la Région,

Vice-président : Le Président du Conseil Régional ou le Maire du chef lieu de Région.

Rapporteur général

- DRSP,
- Un représentant de la société civile.

Secrétaire : CRILS.

Membres

- Un représentant du Conseil de la région,
- Les Préfets,
- Tous les directeurs régionaux,
- Deux (2) représentants des associations de personnes vivant avec le VIH,
- Un (1) représentant de la chefferie traditionnelle,
- Un (1) représentant des associations musulmanes,
- Un (1) représentant des associations chrétiennes,
- Un (1) représentant des opérateurs économiques,
- Deux (2) représentants des ONG/associations/OBC intervenant dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA présentes dans la région,
- Un (1) représentant des ONG internationales présentes dans la région,
- Un (1) représentant des associations de défense des droits de l'Homme,
- Un (1) représentant des associations des jeunes,
- Une (1) représentante des associations féminines,
- Un (1) représentant des syndicats,
- Un (1) représentant des associations de tradipraticiens,
- Un (1) représentant par partenaire présent au niveau local.

Le conseil peut faire appel à toute personne pouvant l'appuyer dans l'accomplissement de sa mission.

**3.3.4 Au niveau national
→ Conseil National de
Lutte contre le SIDA**

Contexte/justification

- Engagement politique manifeste au plus haut niveau,
- Nécessité de mobiliser l'ensemble de la communauté nationale.

Missions

- Veiller à l'application de la Politique nationale de lutte contre le SIDA,
- Apprécier les impacts de la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Attributions

- 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.

Fonctionnement

- Le CNLS se réunit une fois par semestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président,
- Le Secrétariat Exécutif du CNLS est assuré par la CISLS.

Composition

Président : Président de la République, Chef de l'Etat,

Vice-président : Ministre de la Santé Publique,

Rapporteurs : Conseiller chargé du VIH/SIDA à la Présidence et un représentant de la société civile

Secrétariat : CISLS.

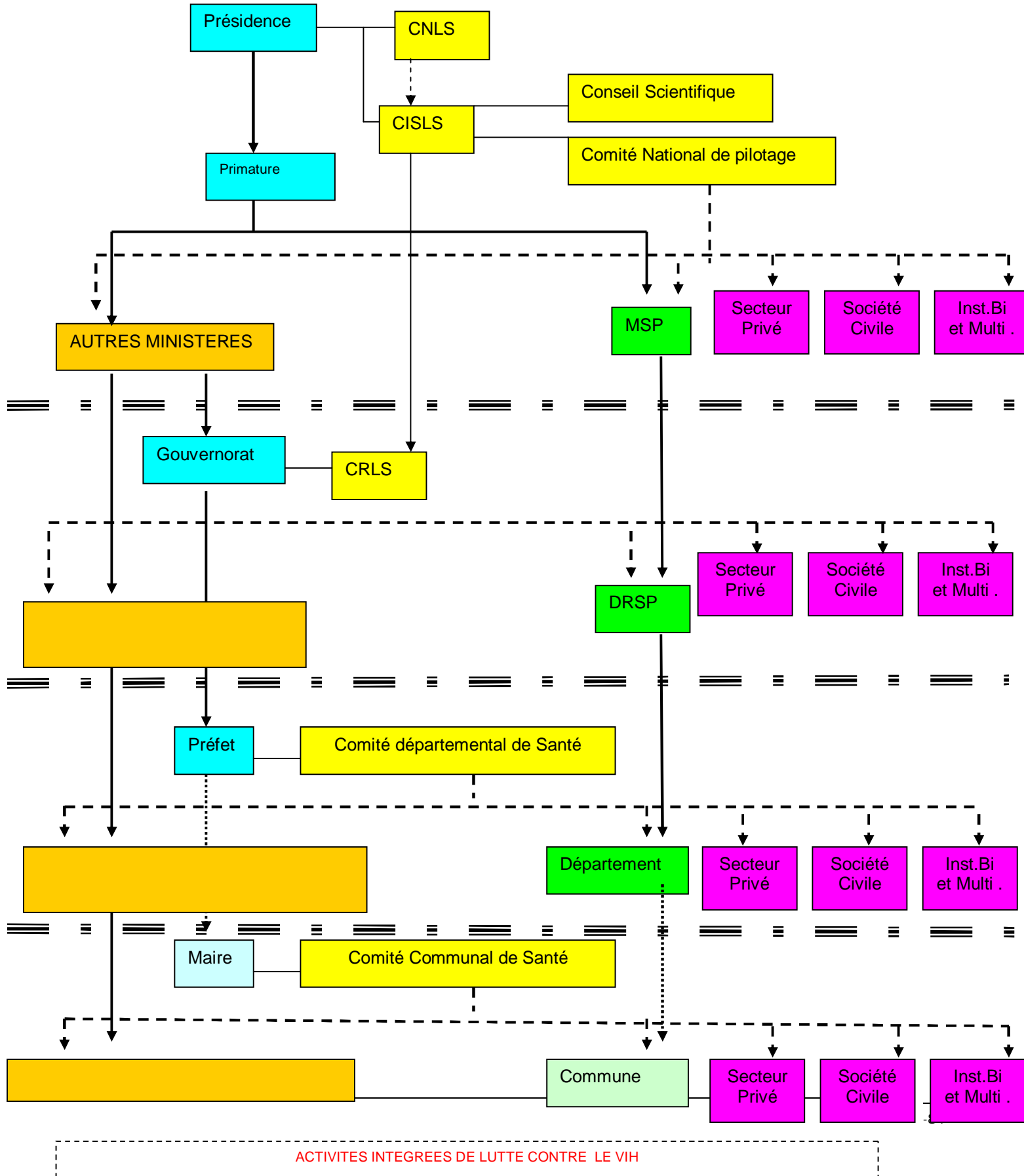
Membres :

- Le Premier Ministre,
- Deux (2) représentants de l'Assemblée Nationale dont un (1) représentant du Réseau des Parlementaires de lutte contre le SIDA,
- Un (1) représentant par institution de la République,
- Un (1) représentant du cabinet du Premier Ministre (SRP),
- Tous les membres du gouvernement,
- Deux (2) représentants des PVAVS,
- Un (1) représentant de la chefferie traditionnelle,
- Un (1) représentant des associations musulmanes,
- Un (1) représentant des associations chrétiennes,
- Un (1) représentant du patronat,
- Trois (3) représentants des ONG/associations/OBC intervenant dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA,
- Trois (3) représentants du Ministère de la santé publique (le Coordonnateur de l'ULSS, le DPHL, le DSNIS),
- Un (1) représentant par ministère autre que celui de la santé (le coordonnateur sectoriel)
- Deux (2) représentants par Région (Gouverneur et Coordonnateur Régional Intersectoriel de Lutte contre le SIDA),
- Trois (3) représentants du secteur privé et entreprises (un des entreprises, un du secteur privé de la santé et un du secteur informel),
- Un (1) représentants des ONG internationales,
- Un (1) représentant des associations de jeunes,
- Une (1) représentante des associations féminines,
- Un (1) représentant par centrale syndicale de travailleurs,
- UN (1) représentant des associations de défense des droits de l'Homme,
- Un (1) représentant des associations de tradipraticiens,
- Deux (2) représentants de l'Université (dont un de la faculté de sciences de la santé)
- Deux (2) représentants de l'association des municipalités du Niger,
- Deux (2) représentants des associations des journalistes du public et du privé,
- Les représentants du Système des Nations Unies,
- Deux (2) représentants de la coopération bilatérale,
- Un représentant du Fonds Mondial.

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA est mis en place par Décret du Président de la République, Chef de l'Etat.

Le conseil peut faire appel à toute personne pouvant l'appuyer dans l'accomplissement de sa mission.

Organigramme de la lutte contre le SIDA



EQUIPE D'ELABORATION

- Dr Idé Moussa,	Coordonnateur National CISLS
- Dr Moumouni Mintou	CISLS
- Ali Zourkaleini Amadou	CISLS
- Mme Harouna Aissatou	CISLS
- Mr Bako Bagassa	Projet de Marketing Social du Préservatif
- Mme Konaté Roukayatou	CCISD
- Mr Abdoua Kanta	Conseiller SIDA à la Présidence de la République
- Dr Djermakoye Fatimata	ULSS/MSP
- Mme Djibo Halimatou	CISLS
- Dr Daouda Hassane	SNIS/MSP
- Dr Abdoulaye Mariama	PTME/MSP
- Mme Moumouni Dioffo Haouaou	CRLS Niamey
- Mr Goundara Abdou Moumouni	CRLS Zinder
- Mr Ibrahim N'Gora	RAIL/SIDA/IST
- Mr Alhousseini A. Maiga	RENIP+

Assistance technique

- Dr Dieng Aissatou	GTZ/CISLS
- Dr Eric Verschueren	Coordonnateur ONUSIDA
- Dr Rabiou Sanata	UNFPA
- Dr Marie Claire Mutanda	UNICEF
- Dr Hama Balkissa	OMS
- Mme Tchiombiano Stephanie	SOLTHIS NIGER
- Dr Massaoudou Zeinabou	Projet SIDA 3
- Dr Hubert Balique	Coopération Française MSP
- Dr Albert Tshiula	Croix Rouge

Secrétariat

- Mme Souley Hadiza	CISLS
- Mr Mahamadou Issa Bello	CISLS