



THE WORLD BANK

IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP



Investissements ciblés

pour un

Avenir durable de la riposte au VIH du Niger

Résultats de l'étude de l'efficacité de
l'allocation et de la durabilité des
ressources financières au VIH

Juin 2014

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

République du Niger

Investissements ciblés pour un
Avenir durable de la riposte
au VIH du Niger

**Résultats de l'étude de l'efficacité
de l'allocation et de la durabilité
des ressources financières au VIH**

Juin 2014



Certains droits reserves :

1 2 3 4 16 15 14 13 Cet ouvrage a été établi par les services de la Banque mondiale avec la contribution de collaborateurs extérieurs. La Banque mondiale n'est pas nécessairement propriétaire de la totalité de son contenu. Elle ne garantit donc pas que l'utilisation du contenu de l'ouvrage ne porte pas atteinte aux droits de tierces parties. L'utilisateur du contenu assume seul le risque de réclamation ou de plainte pour violation desdits droits. Les observations, interprétations et opinions qui sont exprimées dans cet ouvrage ne reflètent pas nécessairement les vues de la Banque mondiale, de son Conseil des Administrateurs ou des pays que ceux-ci représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées dans cet ouvrage. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent ouvrage n'impliquent de la part de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que l'institution reconnaît ou accepte ces frontières. Aucune des dispositions précédentes ne constitue une limite ou une renonciation à l'un quelconque des privilèges et immunités de la Banque mondiale, et ne peut être interprétée comme telle. Tous lesdits privilèges et immunités de la Banque mondiale sont expressément réservés.

Droits d'auteur :

Le contenu de cette publication est protégé par le droit d'auteur. Copie et / ou transmission d'une partie ou de la totalité de ce travail sans autorisation peut être une violation des lois en vigueur. La Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale encourage la diffusion de ses travaux et, de manière générale, accorde rapidement la permission de reproduire une partie de ses travaux.

Afin d'obtenir la permission de photocopier ou réimprimer toute portion de ce travail, merci d'envoyer votre requête avec information complète au Copyright and Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA, telephone 978-750-8400, fax 978-750-4470, <http://www.copyright.com>

Toutes les autres requêtes sur les droits et licences, y compris les droits subsidiaires, doivent être adressées à l'Office de l'Éditeur, Banque mondiale, 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433, USA, fax 202-522-2422, e pubrights@worldbank.org.

Investissements ciblés pour un Avenir durable de la riposte au VIH du Niger

Résultats de l'étude de l'efficacité de l'allocation et de la durabilité des ressources financières au VIH

Banque mondiale : Nicole Fraser, Nejma Cheikh, Markus Haacker, Emiko Masaki, Djibrilla Karamoko, Marelize Gorgens

Université de New South Wales, sous contrat avec la Banque mondiale : Cliff Kerr, Richard Gray, Andrew Shattock, David Wilson

ONUSIDA : Luisa Frescura, Claude Konan

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

Table des matières

Annexes.....	ii
Figures.....	ii
Tableaux.....	iii
Acronymes	i
Remerciements	iii
Résumé analytique.....	v
1. Défis pour la santé et le développement au Niger.....	vi
2. Dynamique de l'épidémie.....	viii
3. Impact et efficacité par rapport au coût des investissements passés dans la lutte contre le VIH.....	ix
4. Améliorer l'impact futur de la riposte au VIH : vers un meilleur rapport coût-bénéfice	xi
5. Ciblage géographique de programmes prioritaires.....	xiii
6. Programmes pour les professionnelles du sexe : Améliorer l'efficacité de la mise en œuvre	xv
7. Programme de traitement antirétroviral : Améliorer l'efficacité de mise en œuvre du programme	xvii
8. Programme de prévention de la transmission mère-enfant : améliorer l'efficacité de la mise en œuvre à travers une meilleure intégration des services de santé	xix
9. Financement de la future riposte au VIH au Niger.....	xxii
Section 1. Introduction.....	1
Section 2. Contexte de développement, priorités pour la santé et défis du système de santé au Niger	9
Section 3. État de l'épidémie de VIH.....	21
Section 4. Efficacité du financement, des services et des programmes liés au VIH	33
Section 5. Investissements dans la lutte contre le VIH : impacts des dépenses passées et allocations optimales des ressources durant la période actuelle du plan stratégique	53
Section 6. Besoins de financement et implications des investissements dans la lutte contre le VIH pour l'espace budgétaire	61

Annexe

A1.1.	Optimisation des allocations budgétaires pour améliorer l'impact	67
A1.2.	Groupes de population et voies de transmission	67
A1.3.	Programmes sur le VIH inclus dans l'analyse	68
A1.4.	Présentation de la méthodologie Optima	68
A1.5.	C alibrage du modèle Optima à l'épidémiologie VIH au Niger.....	69
A1.6.	Comparaison entre les estimations Optima et Spectrum.....	72
A1.7.	Liens entre les coûts des programmes et l'impact sur le comportement et la couverture programme	73
A1.8.	Données de dépense NASA utilisées dans Optima.....	73

Figures

Figure 1.	Années de vie perdues pour raison d'invalidité, par cause et par âge. Niger (2010).....	vii
Figure 2.	Tendances de l'incidence du VIH estimées au moyen d'Optima par sous-population au Niger (2000-2020).	viii
Figure 3.	Nombre d'infections évitées par les dépenses effectuées pour la lutte contre le VIH de 2007 à 2012 au Niger.....	x
Figure 4.	Infections cumulatives pour la période 2013-2025 qui résulteraient de différents scenarios de dépenses au Niger	xi
Figure 5.	Comparaison des allocations budgétaires actuelles et optimales pour minimiser l'incidence du VIH (à gauche) et les AVAI (à droite) durant la période 2014-2025....	xii
Figure 6.	Dépenses de santé par source de financement au Niger (1995-2011).....	xxiii
Figure 7.	Évolution des principales causes d'AVAI au Niger (1990-2010)	1
Figure 8.	Dépenses de santé par source de financement au Niger (1995-2011).....	15
Figure 9.	Indicateurs sur la charge de morbidité au Niger (1990, 2010; rang parmi 46 pays de l'Afrique subsaharienne)	17
Figure 10.	Accès aux établissements de santé par district sanitaire au Niger (2011)	18
Figure 11.	Non utilisatrices de planification familiale : contacts avec les prestataires au Niger (2012).....	20
Figure 12.	Prévalence du VIH par groupe de population au Niger (2002-2012)	21
Figure 13.	Prévalence du VIH par sexe et lieu de résidence au Niger (2002, 2006, 2012)	22
Figure 14.	Nouvelles infections par VIH, mortalité liée au sida et TARV au Niger (1994-2013)	23
Figure 15.	VIH par âge de PS et ans d'expérience en travail du sexe au Niger (2011).....	24
Figure 16.	Prévalence du VIH par groupe d'âge au Niger (2002, 2006, 2012)	27
Figure 17.	de personnes vivant avec le VIH par région au Niger (2006, 2012).....	27
Figure 18.	Prévalence du VIH par les couches socio-économiques, Niger (2006, 2012)	28
Figure 19.	Incidence du VIH par âge et par sexe selon les estimations de Spectrum, Niger (2013).....	29
Figure 20.	Tendances de l'incidence du VIH estimées au moyen d'Optima par sous-population au Niger (2000-2020)	29
Figure 21.	Concentration du fardeau du VIH par région au Niger (2012).....	30
Figure 22.	Points chauds de transmission du VIH liés au commerce du sexe au Niger (2013).....	31
Figure 23.	Résumé des pertes d'efficacité dans la cascade de la PTME au Niger.....	41
Figure 24.	Hommes : Probabilité de dépistage récent du VIH par statut VIH dans les strates socio-démographiques d'hommes au Niger (2012)	44

Figure 25.	Nombre de patients sous TARV et estimations des besoins au Niger (2004-2012)	45
Figure 26.	Nombre d'infections évitées par les dépenses effectuées pour la lutte contre le VIH de 2007 à 2012 au Niger	54
Figure 27.	Évolution chronologique du nombre estimé d'infections par population au Niger (2000-2035)	54
Figure 28.	Comparaison des allocations budgétaires actuelles et optimales pour minimiser l'incidence du VIH (à gauche) et les AVAI (à droite) durant la période 2014-2025... ..	56
Figure 29.	Cascade de l'investissement dans la lutte contre le VIH au Niger (2014-2017)	57
Figure 30.	Infections cumulatives pour la période 2013-2025 qui résulteraient de différents scénarios de dépenses au Niger	58
Figure 31.	Budgets minimum requis pour atteindre les cibles de couvertures du PSN 2013-2017 au Niger	59
Figure 32.	Coûts financiers du VIH-sida au Niger (2010-2030, en millions d'euros, prix de 2013).....	62
Figure 33.	Coûts financiers du VIH-SIDA au Niger (2010-2030, en pourcentage du PIB).....	63
Figure 34.	Modélisation de l'incidence du VIH et de la mortalité du SIDA au Niger (2010-2030)	64
Figure 35.	Personnes vivant avec le VIH et sous TARV au Niger (2010-2030)	64
Figure 36.	Coûts projetés du VIH occasionnés par les infections passées et les nouvelles infections au Niger (2013-2030, en pourcentage du PIB)	65
Figure 37.	Coût d'une nouvelle infection survenant en 2013 au Niger (Euros).....	66
Annexe A1.	Calibration du modèle à l'épidémie de VIH au Niger (prévalence)	69
Annexe A2.	Calibration du modèle à l'épidémie de VIH au Niger (traitement).....	71
Annexe A3.	Comparaison des nouvelles infections VIH annuelles, des données annuelles de transmission de la mère à l'enfant, et des décès annuels dus au SIDA estimés par Optima et Spectrum, Niger (2000-2020).....	72

Tableaux

1.	Sélection de données macroéconomiques au Niger (2013)	10
2.	Dépenses liées au VIH-sida au Niger (2007-2012).....	34
3.	Nombres estimatifs des rapports sexuels protégés et non protégés au Niger (par an).....	38
4.	Lacunes et goulets d'étranglement clés à chaque stade de la cascade de la PTME et actions définies dans la stratégie d'e-TME du Niger	42
5.	Comparaison de certains coûts unitaires de services relatifs au VIH-sida (en euros).....	48
6.	Financements acquis, besoins et écarts financiers selon le PSN (2014-2017)	61
A1.	Projections des nouvelles infections du VIH par population pour la simulation la plus réaliste (2012-2035)	74

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

Acronymes

ARV	antirétroviral
AVAI	années de vie ajustées en fonction de l'incapacité
CCC	communication pour le changement de comportement
CD4	classe de différenciation 4
CDIS	conseils et dépistage à l'initiative des soignants
CDV	conseils et dépistage volontaire du VIH
CHLD	enfants de 0 à 14 ans / <i>children aged 0-14 years</i> (modèle Optima/Prevtool)
CISLS	Coordination intersectorielle de lutte contre le sida
CPN	consultation prénatale
EDS	enquête démographique et de santé
EDSN/EDS	Enquête démographique et de santé du Niger
e-TME	élimination de la transmission mère-enfant
FCFA	monnaie de l'Afrique de l'Ouest (franc)
FAD	sujets féminins de 25 à 49 ans / <i>females aged 25-49 years</i> (modèle Optima/Prevtool)
FBR	Financement basé sur les résultats
FMI	Fonds monétaire international
FOLD	sujets féminins de 50 ans et plus / <i>females aged 50+ years</i> (modèle Optima/Prevtool)
FYTH	sujets féminins de 15 à 24 ans / <i>females aged 15-24 years</i> (modèle Optima/Prevtool)
HSH	hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IDH	indice de développement humain
IEC	information, éducation, communication
IST	infection sexuellement transmissibles
KfW	<i>Kreditanstalt für Wiederaufbau</i>
MAD	sujets masculins de 25 à 49 ans / <i>males aged 25-49 years</i> (modèle Optima/Prevtool)
MBR	modèle des besoins de ressources / <i>resource needs model (RNM)</i>
MICS	enquête en grappes à indicateurs multiples
MIG	migrants et populations mobiles (modèle Optima/Prevtool)
MIN	travailleurs des mines (modèle Optima/Prevtool)

MOLD	sujets masculins de 50 ans et + / <i>males aged 50+ years</i> (modèle Optima/Prevtool)
MSP	ministère de la Santé publique
MYTH	sujets masculins de 15 à 24 ans / <i>Males aged 15 -24 years</i> (modèle Optima/Prevtool)
NASA	évaluation des dépenses nationales liées au sida (<i>National AIDS spending assessment</i>)
OEV	orphelins et enfants vulnérables
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	organisation non gouvernementale
ONPPC	Office national des produits pharmaceutiques et chimiques
PCR	réaction en chaîne de la polymérase
PDES	Plan de développement économique et social (2012-2015)
PDS	Plan de développement sanitaire (2011-2015)
PF	planification familiale
PFR	population à faible risque
PIB	produit intérieur brut
PPE	prophylaxie post-exposition
PRI	détenu(e)s / <i>prisoners</i> (modèle Optima/Prevtool)
PS	professionnelle du sexe
PSN	Plan stratégique national (2013-2017)
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	personne vivant avec le VIH
Q1-5	quintiles de richesse 1 à 5 (1 = 20 % les plus bas ; 5 = 20 % les plus hauts)
SDDCI	Stratégie de développement durable et de croissance inclusive 2035 (Niger)
SIDA-3	Programme régional de lutte contre les IST/le VIH dans 9 pays d'Afrique de l'Ouest
SMNI	santé maternelle néonatale et infantile
SR	santé de la reproduction
SSG	surveillance de seconde génération
SSR	santé sexuelle et reproductive
TARV	traitement antirétroviral
TB	tuberculose
TBFS	taux brut de fréquentation scolaire
TME	transmission mère-enfant
TRU	camionneurs / <i>truckers</i> (modèle Optima/Prevtool)
UNI	membres du personnel de sécurité en uniforme (modèle Optima/Prevtool)
VPP	mécanisme volontaire d'approvisionnement groupé (Fonds mondial)

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur sincère gratitude envers le gouvernement du Niger qui a confié à la Banque mondiale et à l'ONUSIDA la tâche de la réalisation de la présente étude analytique. Ils remercient tout particulièrement de son leadership le Dr. Zeinabou Alhousseini, coordonnatrice de la Coordination intersectorielle de lutte contre les IST, le VIH et le sida (CISLS) et de l'appui de M. Zakou Harouna, spécialiste en S&E à la CISLS, d'avoir partagé un vaste corpus de données épidémiologiques, comportementales et financières. Ils remercient également de leur appui le Dr. Azara Bamba-Louquet, Directrice Pays de l'ONUSIDA au Niger, et M. Adamou Dambagi, conseiller en informations stratégiques de l'ONUSIDA au Niger.

Nos sincères remerciements au groupe d'environ 45 parties prenantes clés de la riposte du Niger au VIH pour leur participation active aux travaux. Ce groupe d'acteurs s'est réuni en août 2013 lors de la présentation et du lancement de la présente étude, puis de nouveau en décembre 2013 pour en passer en revue les constats préliminaires. Les auteurs sont gré à ces acteurs d'avoir partagé leurs connaissances et leurs expériences des réalités locales.

Mme Mary Mahy, conseillère principale en épidémiologie de l'ONUSIDA-Genève, a apporté son concours à l'analyse en revoyant le modèle Spectrum sur lequel la présente analyse fait fond. Le modèle de viabilité financière a été alimenté par M. Michael Obst, de la Banque mondiale. Le rapport a bénéficié d'un examen mené par Mme Emiko Masaki de la Banque mondiale. La traduction a été assurée par Mme Pascale Ledeur-Kraus.

La présente étude a été financée par le Groupe de la Banque mondiale avec l'appui de l'ONUSIDA par deux conseillers techniques. Les vues exprimées dans le présent rapport ne représentent pas nécessairement les positions de la Banque mondiale ni celles de l'ONUSIDA.

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

Résumé analytique (avec les principales conclusions et l'ensemble des recommandations)

Le Niger a fait des progrès significatifs en termes de développement économique et de réduction du niveau d'extrême pauvreté. La croissance économique a été supérieure à 11% en 2012, grâce aux revenus du pétrole, de l'uranium et de la production agricole. Le pourcentage de la population vivant avec moins de \$1.25/jour est passée de 66% en 2005 à 44% en 2008, ce qui place le Niger au-dessus de la moyenne Sub-saharienne de 49% en 2008. Le revenu moyen est quant à lui passé de \$586 en 2000 à \$701 en 2012 (exprime en RNB par habitant, méthode PPA, \$ international constant de 2005). Ces changements positifs se reflètent dans l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance, qui est passée de 39.5 ans en 1980, à 48.3 en 2000 et 55,1 en 2012.

Malgré ces statistiques encourageantes, les conditions de vie de la population restent difficiles. L'insécurité alimentaire persiste y compris les années où la production agricole est en surplus. Environ 60% des ménages ne sont capables de couvrir leurs besoins en nourriture que pour trois mois, et en période de crise alimentaire, la moitié de la population souffre de malnutrition. La durée moyenne de scolarisation des adultes atteint à peine 1.4 années, ceci malgré une expansion massive du système éducatif. En conséquence, le Niger demeure un des pays au monde avec le taux d'alphabétisation le plus faible.

La fourniture de services de santé est dominée par le secteur public, avec 829 centres de santé intégrés qui sont reliés à plus de 2000 postes de santé gérés par des agents communautaires. Les services de soins intensifs sont fournis par 33 hôpitaux de districts repartis sur 42 districts de santé, 9 départements de santé régionaux avec 6 hôpitaux régionaux, ainsi que plusieurs hôpitaux de référence et centres de maternité. Environ 47% de la population vit à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé, mais dans certains districts ruraux, l'accessibilité est plus faible. À Niamey, près de 100% de la population a une bonne proximité géographique avec un centre de santé, ce qui se traduit par de meilleures statistiques d'utilisation des services que sur le reste du territoire. De manière générale, les capacités du secteur public sont insuffisantes, en particulier par rapport aux besoins d'une population qui double tous les 23 ans.

En 2011, les dépenses de santé ont atteint 5.1% du PNB (225 million euro, ou 303 million de USD), en très large majorité issues du secteur public (57% du total) et des dépenses de santé privées (39% du total). Les financements extérieurs représentent un tiers de l'ensemble des dépenses de santé (OMS, 2014). Les dépenses pour les soins et traitements VIH ont représenté environ 1.6% du total des dépenses de santé, et 2.7% des dépenses publiques en 2011, tandis qu'on estime que le VIH/SIDA est responsable de 1.4% de l'ensemble des années de vie perdues en 2010 selon l'étude de l'OMS sur la charge de morbidité.

Au moment où le Niger progresse sur le chemin du développement, il est opportun de revoir l'échelle et la trajectoire de l'épidémie de VIH, ainsi que les investissements nécessaires pour répondre aux coûts actuels et futurs de la charge de morbidité engendrée par le VIH/SIDA. Il est particulièrement important d'analyser comment le Niger peut s'assurer que ses investissements

sont pérennes et ont un fort impact, et comment ils peuvent soutenir au mieux le système de santé global et les priorités de développements. De la même manière, il est important d'identifier comment le gouvernement du Niger peut contribuer sa "part équitable" à la réponse VIH, en accord avec les résolutions de 2013 prises par les leaders politiques au sommet d'Abuja: augmenter la mobilisation des ressources domestiques pour renforcer le système de santé et assurer un financement diversifié et durable pour la santé.

L'étude de l'efficacité de l'allocation et de la durabilité des ressources financières au VIH

L'objectif premier de l'analyse était de fournir aux autorités nigériennes des données complètes concernant les besoins et les possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH dans le contexte du Plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida 2013-2017 (PSN), du financement de la santé et du développement du système sanitaire. Une telle analyse éclaire les décisions relatives aux options de politique et aux scénarios d'investissement, au ciblage et à la priorisation des programmes relatifs au VIH. Elle aide également le Niger à présenter des arguments pour appuyer les investissements en faveur de la lutte contre le VIH et d'interventions ayant un impact sur la santé, et elle fournit des estimations des économies en matière de soins de santé que ces investissements autoriseront.

La présente analyse a été réalisée par la Banque mondiale en collaboration avec l'ONUSIDA en réponse à une demande d'appui analytique émise par le gouvernement du Niger. Dans le cadre de l'étude, il a été procédé à un examen documentaire des données factuelles liées à la santé ou au VIH-sida, des tendances de l'épidémie et à des activités de modélisation financière. Les analystes ont employé le modèle Optima (précédemment appelé Prevtool) pour estimer l'allocation optimale des ressources au cours de la période du PSN ainsi que l'impact et la rentabilité des investissements passés dans la lutte contre le VIH. Ils ont eu recours à un cadre budgétaire pour estimer sur le long terme les coûts du programme de lutte contre le VIH ainsi que les économies autorisées par le programme et les dimensions budgétaires de la lutte contre le VIH au Niger.

Dans le présent résumé analytique nous résumons les principales conclusions et constatations de l'analyse ainsi que les recommandations politiques qui en découlent.

1. Défis pour la santé et le développement au Niger

Conclusion: La transition sanitaire au Niger en est à ses débuts, avec les maladies transmissibles dominant encore les statistiques, et la malaria et le VIH/SIDA identifiés comme principales maladies émergentes.

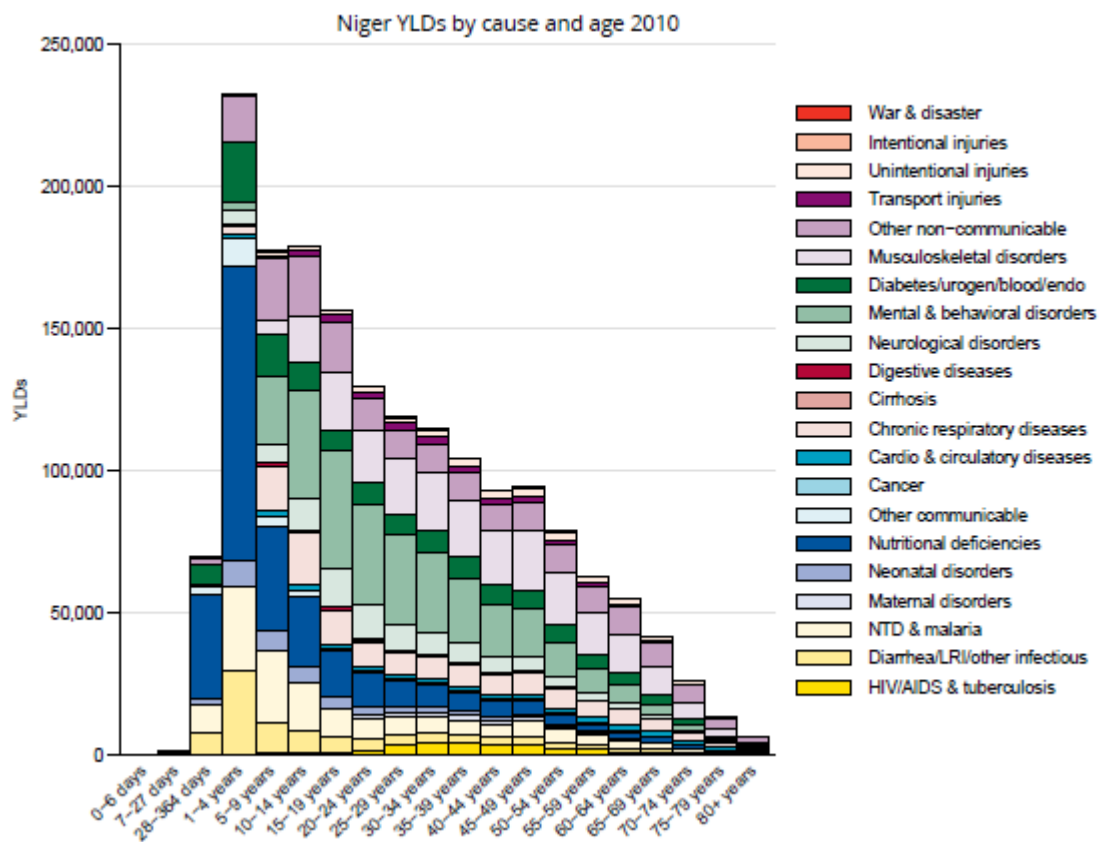
Les principaux facteurs de morbidité au Niger restent les maladies transmissibles - y compris la malaria, la méningite, la rougeole et le tétanos - les maladies néonatales, nutritionnelles et maternelles, telles que les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures, et la malnutrition protéocalorique. Les maladies non-transmissibles représentent un problème plus mineur mais malgré tout émergent, avec 18% des AVCI attribuables à des maladies non-transmissibles selon l'étude 2010 de l'OMS sur la charge globale de morbidité.

La croissance démographique rapide est un problème central pour le processus de développement du Niger. Le taux de croissance a à peine évolué au cours des 20 dernières années et était de 3.9% en 2012. Dans les zones rurales, les femmes donnent en moyenne

naissance à 8.1 enfants, dans les zones urbaines, 5.6 enfants. Les femmes ayant une éducation secondaire ont en moyenne 3.1 enfants de moins que les femmes sans éducation, ce qui souligne le rôle fondamental que joue l'éducation pour la démographie du Niger.

Selon l'analyse de la charge de morbidité, le VIH-sida est, avec le paludisme, la principale cause de la charge de morbidité *émergente* au cours des deux dernières décennies. Certes, comparé à d'autres pays africains le Niger n'a pas connu la même progression de l'épidémie et le VIH-sida y représente une charge plus limitée (cf 1, combinant VIH/SIDA et TB) et donc plus facile à circonscrire. Cependant, plusieurs grandes causes de la charge de morbidité – anémie ferriprive, malnutrition, tuberculose et maladies diarrhéiques – interagissent avec l'infection par le VIH chez les sujets séropositifs immunodéprimés et, selon toute vraisemblance, accélèrent la progression de la maladie. Dans ce contexte, étant donné les défis de santé majeurs rencontrés par le Niger, bien gérer le VIH et mettre en œuvre une gestion intégrée permettra de limiter les dépenses de santé.

Figure 1. Années de vie perdues pour raison d'invalidité, par cause et par âge. Niger (2010)



Source: IHME/World Bank; Niger profile: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20Niger.pdf>.

Note: Les années d'incapacité sont estimées selon la prévalence des différentes affections, en la pondérant sur la base de la gravité. La hauteur des segments en couleurs des barres de l'histogramme représente le nombre d'années d'incapacité attribuables à chaque cause. Les barres correspondent aux différents groupes d'âge et indiquent le nombre d'années d'incapacité en 2010, les causes d'incapacité étant agrégées.

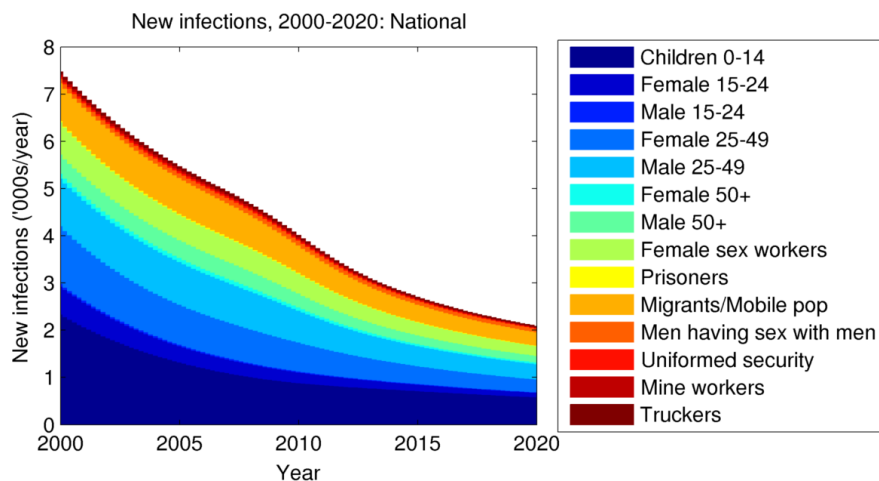
2. Dynamique de l'épidémie

Conclusion: L'épidémie de VIH est en régression, mais à moins que des actions fortes ne soient entreprises, il y a une possibilité que les récents cofacteurs de la croissance économique, notamment l'expansion du secteur minier, l'urbanisation, le développement économique et une migration accrue, puissent engendrer une recrudescence de l'épidémie dans les années à venir.

Les données empiriques issues des enquêtes sur le VIH indiquent une contraction de l'épidémie au Niger : la prévalence du virus a marqué une baisse rapide aussi bien dans la population générale que dans les populations clés. La réduction modeste de sa prévalence chez les femmes en milieu urbain peut être liée à une conjugaison des comportements à risque dans ce milieu (d'où de nouvelles infections) et de l'accès relativement bon au TARV (facteur de survie des femmes séropositives). La stabilité de la prévalence du VIH dans les populations carcérales est indicative d'une sous-épidémie dans les établissements correctionnels où les comportements à risque élevé persistent et avec l'influence possible de la fourniture de TARV. La pratique culturelle de la circoncision masculine vaut au Niger d'avoir échappé à une épidémie généralisée et elle continuera de réduire les probabilités de transmission du VIH dans le sens homme-femme (l'analyse a estimé à plus de 200 millions le nombre d'actes sexuels non protégés pratiqués chaque année, soit 90 % de tous les actes sexuels pratiqués au Niger).

La modélisation des trajectoires épidémiques – à partir de données empiriques de prévalence du VIH – indique que la transmission du virus a diminué notablement depuis un pic de 8.470 nouvelles infections en 2000 pour s'établir à 1.450 en 2013 (Spectrum 2013). Le modèle Optima prévoit que cette baisse passée de l'incidence du VIH se maintiendra à l'avenir à condition que les ripostes actuelles au VIH perdurent et qu'il n'y a pas de changement dans les facteurs exogènes qui pourraient avoir un impact sur la dynamique de transmission du virus (2, incidence par sous-population).

Figure 2. Tendances de l'incidence du VIH estimées au moyen d'Optima par sous-population au Niger (2000-2020).



Source: Application du modèle Optima (Prevtool) au Niger, janvier 2014.

Note: Le graphique représente les taux estimés de nouvelles infections par an.

Ceci étant dit, le contexte au Niger évolue :

- i. **Urbanisation** : L'épidémie nigérienne a toujours été de type urbain et la population urbaine augmente à un taux de 6,2 % (notamment supérieur au taux national de 3,9 %). l'urbanisation est souvent liée à des comportements à risque, plus strictement contrôlés dans un contexte villageois, à des perturbations de la vie familiale, à des conditions de

vie difficiles et à la pratique du commerce sexuel à des fins de survie ou pour se procurer des biens de consommation modernes, tout particulièrement chez les femmes jeunes.

- ii. **Croissance économique rapide** : le changement de niveau de revenus associés au taux de croissance économique de 11 % -- La croissance économique est associée à une hausse des niveaux de revenus et à l'apparition de revenus disponibles, lesquels sont liés chez les Nigériens de sexe masculin à l'achat de services sexuels (on notera que le VIH est actuellement concentré chez les hommes appartenant aux deux quintiles les plus riches).
- iii. **Développement du secteur minier** : le développement industriel a déjà eu pour effet une relocalisation des PS depuis Niamey – où elles disposent de prestations de services spécialisés – vers les zones minières et les champs de pétrole. La disponibilité d'emplois, le développement de l'infrastructure et l'accroissement des opportunités économiques encouragent la migration et la mobilité, lesquelles sont porteuses de risques de propagation du VIH (les données des enquêtes font apparaître un lien clair entre les comportements sexuels masculins à risque et la mobilité et l'éloignement du domicile familial).
- iv. **Faible niveau d'alphabétisation** : Par ailleurs, un important facteur de protection contre les risques d'infection par le VIH, l'éducation scolaire, donne des signes de stagnation au Niger, principalement sous l'effet de l'augmentation très rapide du nombre d'enfants en âge d'être scolarisés. En 2012, la prévalence VIH était la plus faible au sein des segments de population plus éduqués (éducation secondaire et plus) avec seulement 0.1% des hommes et 0.2% des femmes séropositifs.

Ces nouveaux facteurs pourraient mettre en péril les gains réalisés dans le passé face au VIH si des efforts concertés de prévention ne sont pas renforcés.

Actions politiques recommandées :

1. **Les autorités doivent continuer de mener des activités stratégiques de suivi du VIH, en particulier au sein des populations à risque élevé**, lesquelles comprennent les PS, les clients du commerce du sexe et les jeunes femmes en milieu urbain. Ce n'est que par un bon suivi de la prévalence du VIH dans ces populations que l'on pourra évaluer les risques posés par les industries extractives, l'urbanisation et le développement économique et concevoir des interventions spécifiques. Il faut faire preuve de vigilance et disposer d'informations stratégiques de haute qualité sur la dynamique de l'épidémie. La prévalence du VIH devrait constituer un indicateur de performance clé du programme de lutte contre le virus.
2. **Les investissements dans le secteur social, notamment dans le secteur de l'éducation et dans celui de la planification familiale/santé reproductive, seront particulièrement bénéfiques pour le programme de lutte contre le VIH et devraient être perçus comme une composante intégrale d'une riposte large et puissante visant à atténuer les risques futurs de propagation du VIH** ; les progrès de l'alphabétisation, l'accroissement des possibilités d'emploi pour les femmes, la réduction de la fécondité et l'amélioration de la santé reproductive sont autant des facteurs étroitement liés à la trajectoire future de l'épidémie.

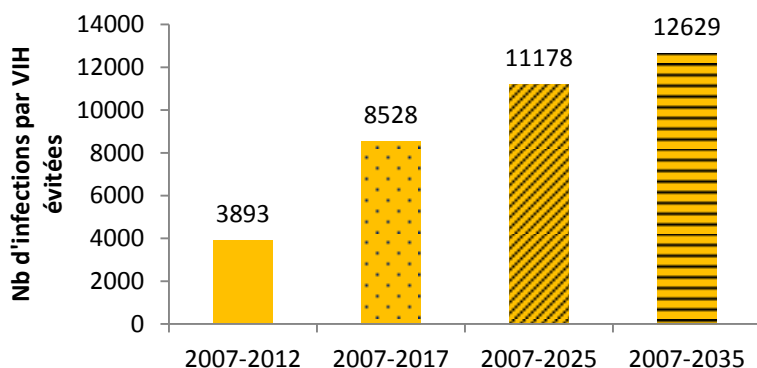
3. Impact et efficacité par rapport au coût des investissements passés dans la lutte contre le VIH

Conclusion : Les investissements passés dans la lutte contre le VIH ont un impact notable et durable et sont accompagnés d'importantes réductions de la prévalence du virus chez les professionnelles du sexe ainsi que d'une diminution de la transmission globale du virus.

L'impact des dépenses consacrées dans le passé à la prévention de nouvelles infections par le VIH a fait l'objet d'estimations au moyen du modèle Optima. On a ainsi estimé que les dépenses

effectuées de 2007 à 2012 avaient évité près de 3.900 infections durant ces six années (3). Toutefois, les effets aval de ces infections évitées sont bien plus importants, étant donné que des infections secondaires et la poursuite de la transmission du virus ont également été évitées. D'ici 2035, les dépenses effectuées de 2007 à 2012 auront évité au total, est-il estimé, 12.600 infections, d'un coût de 3.500 euros (4.700 dollars EU) par infection évitée si l'on considère les seules dépenses au titre du programme de lutte contre le VIH et d'un coût de 4.600 euros (6.200 dollars EU) si l'on considère toutes les dépenses de la lutte contre le VIH, y inclus les coûts d'administration et de coordination. Ce rapport coût-efficacité est légèrement supérieur à celui d'autres pays : il est par exemple de 890 à 1.200 dollars par infection évitée pour le programme de lutte contre le VIH du Viet Nam et de 1.600 à 6.400 dollars pour le programme HSH de la Thaïlande. Cela suggère qu'il serait possible à l'avenir de mettre en œuvre le même type de programme pour un coût plus réduit, sans compromettre leur efficacité.

Figure 3. Nombre d'infections évitées par les dépenses effectuées pour la lutte contre le VIH de 2007 à 2012 au Niger



Source : Rapport NASA 2007-2012, données épidémiologiques et comportementales disponibles fournies par le Niger et déductions des relations entre le financement, les résultats relatifs au VIH et la couverture du programme (annexe 1).

Compte tenu de ce que nous savons sur la propagation de l'épidémie à partir de groupes centraux, les avantages de second ordre échappant des investissements sont particulièrement grands quand les programmes ciblent de manière efficace les groupes de population à forte incidence du VIH tels que les PS. Les résultats de la modélisation indiquent que les réductions d'incidence ont effectivement été les plus fortes chez les PS (avec une réduction de l'incidence du VIH de 3,5 % en 2000 à environ 1,1 % en 2012), mais qu'elles touchaient également d'autres populations telles que les clients du commerce du sexe et même les groupes à faible risque. On peut supposer qu'une certaine réduction de l'incidence du VIH chez les PS après 2000 est attribuable aux programmes SIDA-3 conclu en 2007 et MAP I de la Banque mondiale clôturé en juin 2009 (l'impact de ces programmes au Niger n'a pas fait l'objet d'évaluations).

Actions politiques recommandées :

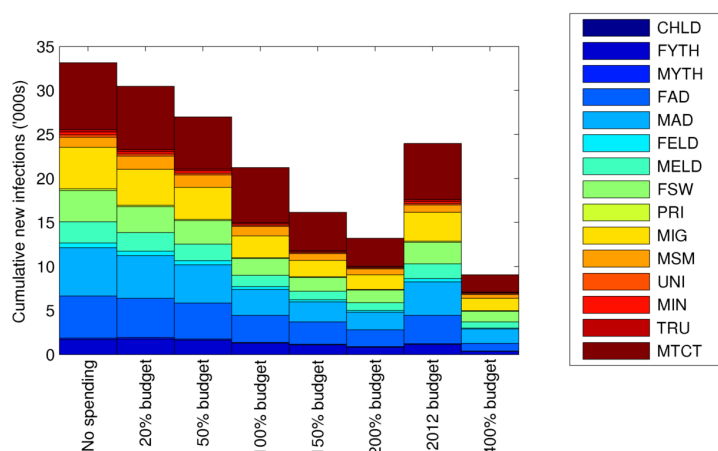
- Il faudrait renforcer le travail analytique portant sur l'impact et le coût-efficacité des investissements dans la lutte contre le VIH par le biais de partenariats et d'actions de renforcement des capacités.** Le Niger dispose d'un vaste corpus de données de surveillance du VIH et il doit prioriser l'évaluation et l'apprentissage pour s'efforcer de mettre en œuvre des stratégies à impact et à rendement élevés dans un contexte où le financement de la santé ne dispose que de ressources limitées. Les données relatives au coût-efficacité et au rendement des investissements constituent de puissants arguments économiques en faveur d'apport de ressources pour la lutte contre le VIH et permettent de mieux appréhender les choix optimaux à opérer en matière d'investissements dans une situation épidémique en évolution.

4. Améliorer l'impact futur de la riposte au VIH : vers un meilleur rapport coût-bénéfice

Conclusion: Le Niger peut améliorer le rapport coût-bénéfice de sa riposte au VIH ; au moyen des ressources déjà engagées jusqu'en 2017, le pays pourra obtenir une réduction supplémentaire de l'incidence du VIH de 12 % dans le moyen terme si ces ressources sont allouées de manière optimale

Une meilleure allocation des ressources pourrait réduire encore l'incidence du VIH : La modélisation relative à l'allocation optimale des ressources au cours de la période 2013-2017 du PSN pour obtenir la meilleure réduction possible de l'incidence du VIH s'est fondée sur le montant du financement déjà acquis à la fin 2013 pour les quatre ans du PSN restant à courir (moyenne annuelle de 4,8 millions d'euros / 6,5 millions de dollars EU). Bien que ce montant soit inférieur à celui des dépenses de 2012 (12,5 millions d'euros / 16,3 millions de dollars EU), le modèle d'optimisation prévoit qu'une réduction supplémentaire de 12 % des nouvelles infections par le VIH pourrait être obtenue de 2014 à 2025, si les ressources étaient allouées différemment d'en 2012 (4).

Figure 4. Infections cumulatives pour la période 2013-2025 qui résulteraient de différents scénarios de dépenses au Niger



Sources : Spending Données des dépenses d'après NASA ; Données épidémiologiques, démographiques, comportementales et de services au Niger provenant du modèle Optima (Prevtool) rempli.

Note : 2012 budget = 2012 dépenses. 100 % budget = 4,8 millions d'euros par an, fondé sur les financements acquis à la fin 2013. Le coût des traitements est gardé constant sur le long terme, les autres coûts augmentent en parallèle du PIB par habitant. CHLD = Enfants âgés de 0 à 14 ans, FYTH = Femmes âgées de 15 à 24 ans, MYTH = Hommes âgés de 15 à 24 ans, FAD = Femmes âgées de 25 à 49 ans, MAD = Hommes âgés de 25 à 49 ans, FELD = Femmes âgées de 50 ans et +, MELD = Hommes âgés de 50 ans et +, PS = Professionnelles du sexe, PRI = Détenus, MIG = Travailleurs migrants, HSH = Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, UNI = personnel de sécurité/de défense en uniforme, MIN = Mineurs, TRU = Camionneurs, MTCT = Transmission mère-enfant

L'analyse recommande un accroissement des fonds alloués aux programmes de TARV, de PTME et des professionnelles du sexe (PS) et une réduction de ceux alloués à des activités non ciblées en faveur de la population à faible risque (5). L'augmentation rapide des coûts de gestion prévue par le modèle de besoins de ressources au Niger est supérieure au taux d'inflation (taux d'inflation monétaire de 3 % plus taux de croissance démographique de 4%). On pourrait obtenir un gain d'efficacité d'un montant d'environ 1,7 million d'euros (2,3 millions de dollars EU) en maintenant l'augmentation des coûts de gestion au niveau de l'inflation seulement. Il a été estimé que l'initiation plus précoce du TARV à un taux de CD4 de 500 selon les nouvelles directives de l'OMS induirait une augmentation de 12 % des besoins de ressources, mais il faudrait procéder ici à une analyse plus

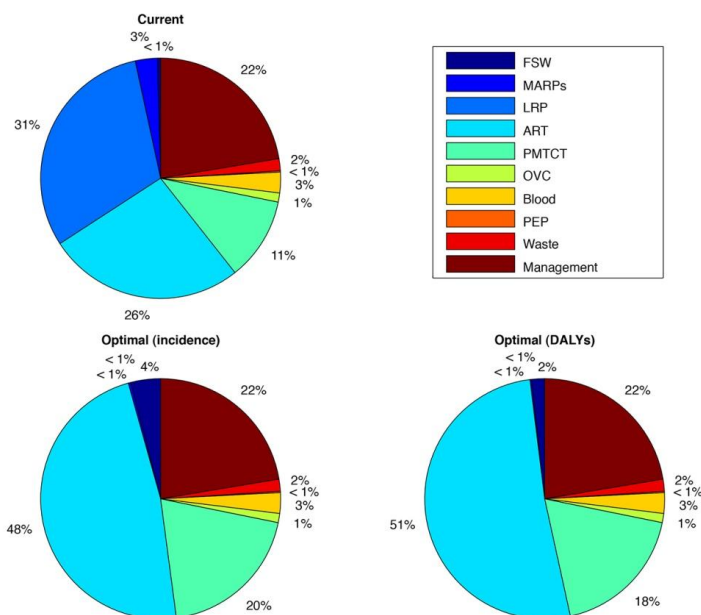
approfondie tenant compte des données détaillées des programmes, des coûts unitaires et de diverses hypothèses concernant les modèles de prestations.

Une réduction de l'incidence du VIH de 50% n'est atteignable qu'à plus long terme, selon cette analyse :

- Réduire de moitié l'incidence du VIH sur la période du PNS serait très coûteux. Il est estimé que pour atteindre cet objectif de prévention d'ici à la fin 2017, il en coûterait 24 million d'Euros (32.3 million USD) par an—soit 500% du budget actuellement acquis, qui est d'un montant annuel moyen de 4.8 million d'Euro (6.5 million de USD) pour la période 2014-2017, et ceci en prenant en compte une allocation des programmes optimisée.
- En revanche, diminuer de moitié l'incidence du VIH d'ici 2025 est plus atteignable. Il est estimé que cela coûterait 5.52 million d'Euros (7.42 million de USD) par an—soit 115% du budget moyen acquis pour la période 2014-2017, et significativement moins que le total des dépenses 2012 qui était de 12.5 million d'Euros (16.3 million de USD)

Une meilleure efficacité (technique) des programmes pourrait également permettre d'économiser encore plus de fonds: Il y a une différence importante de prix des antirétroviraux (ARV) acquis via les marchés d'approvisionnement du Fond Mondial et celui du gouvernement. Cela n'a toutefois pas un impact majeur sur les coûts à l'heure actuelle car la plupart des ARVs sont achetés via le processus d'achat Fond Mondial, et seul un faible volume des ARVs est acheté via le marché d'approvisionnement du gouvernement (le faible volume est d'ailleurs partiellement responsable du prix plus élevé).

Figure 5. Comparaison des allocations budgétaires actuelles et optimales pour minimiser l'incidence du VIH (à gauche) et les AVAI (à droite) durant la période 2014-2025



Sources : Spending Données sur les dépenses provenant du rapport NASA ; données épidémiologiques, démographiques, comportementales et de services au Niger provenant du modèle Optima (Prevtool) rempli.
 Note : « Current » = structure de dépenses de 2012. Les coûts pour les OEV, le sang, la PPE, les déchets et la gestion ont été maintenus à des niveaux fixes. Les préservatifs font partie des paquets d'interventions de lutte contre le VIH pour les différentes populations. FSW = Professionnelles du sexe, MARPs/groupes passerelles = Groupe combiné composé de détenus, de travailleurs migrants, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnel de sécurité ou de défense en uniforme, de mineurs et de camionneurs, LRP= Groupe combiné composé de femmes et d'hommes de la population générale âgés de 15 ans et +, ART = Traitement antirétroviral, PMTCT = Prévention

de la transmission mère-enfant (y inclu la mobilisation communautaire envers les femmes enceintes), OVC = Orphelins et enfants vulnérables, Blood = Sang, PEP = Prophylaxie post-exposition, Waste = Déchets.

Une plus grande efficacité des programmes pourrait réduire les coûts : Il existe une différence appréciable entre les prix des ARV selon le système d'achats du Fonds mondial et le système d'appel d'offres du gouvernement nigérien. Cela ne se traduit pas actuellement par des coûts supplémentaires notables, étant donné que la plupart des ARV sont achetés par le système VPP du Fonds Mondial et de petites quantités seulement par le système gouvernemental (le petit volume de ces commandes étant partiellement responsable de la hausse des prix).

Actions politiques recommandées :

4. **Il conviendra de s'efforcer d'accroître le rapport coût-bénéfice du programme de lutte contre le VIH, en tenant compte de renseignements sur l'épidémie et le programme et en appliquant des démarches analytiques pour repérer les économies, les gains d'efficacité et les scénarios à impact plus élevé.** Il est peu probable que le Niger soit en mesure de combler le déficit de ressources de son PSN qui s'élève à près de 45 millions d'euros (60 millions de dollars EU) pour les quatre années à venir de ce plan. Toutefois, la présente analyse indique que l'impact des interventions pourrait être accru au moyen d'une attribution optimale des ressources aux divers programmes prioritaires et d'un ciblage géographique fondé sur des données factuelles. L'allocation de ressources en faveur de la population à plus haut risque, celle des professionnelles du sexe, autorise incontestablement une telle amélioration de rendement. Les coûts de gestion et de coordination doivent également être maîtrisés par une intégration, lorsqu'elle est possible, de la lutte contre le VIH et de l'administration de la santé.
5. **Il y a lieu de transférer des ressources vers les interventions de TARV, de PTME et en faveur des PS.** Certains des fonds alloués à des activités non ciblées en faveur de la population à faible risque doivent être réattribués aux programmes de TARV, de PTME et en faveur des PS, la ventilation budgétaire dépendant des disponibilités totales de ressources. D'après les données empiriques et la modélisation des impacts, il faudrait augmenter considérablement les investissements en faveur des PS et y consacrer environ 4 % du budget annuel de la lutte contre le VIH ; ceci aura pour effet, selon toute vraisemblance, de prévenir 7.000 nouvelles infections supplémentaires en l'espace de 10 ans (au moyen des ressources du PSN déjà acquises de 4,8 millions d'euros par an / 6,5 millions de dollars EU par an).
6. **Il faut réviser le système gouvernemental d'achats d'ARV en vue d'en accroître l'efficacité.** Bien que la plupart des achats d'ARV se fassent actuellement par le biais du mécanisme volontaire d'achats groupés, il faut s'efforcer d'obtenir des réductions des prix obtenus par le système d'appel d'offres gouvernemental, étant donné que les besoins d'ARV s'accroissent à mesure que le nombre de gens sous TARV augmente.

5. Ciblage géographique de programmes prioritaires

Conclusion : Le Niger peut, dans sa riposte au VIH, tirer parti d'un ciblage de ses ressources vers les régions à forte incidence et vers les points chauds de transmission du virus

À mesure que l'épidémie de VIH se contracte, un ciblage des interventions fondé sur des données factuelles acquiert une importance primordiale pour continuer de réduire la transmission du virus. Bien que les sujets sous TARV soient dans l'ensemble moins infectieux (charge virale inférieure), ils n'en constituent pas moins un réservoir de VIH, lequel s'accroît du fait de

l'augmentation du nombre de gens sous traitement. Il faut donc allouer certaines ressources pour maximiser la suppression virale au sein de la population de patients sous TARV (par exemple à l'observance du traitement et au suivi de la pharmacorésistance). La présente analyse estime qu'en l'espace de six ans, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) habitant Niamey est passé de moins de 9.000 à environ 12.000, augmentation qui provient en partie de l'accroissement de l'espérance de vie des PVVIH dû au TARV.

S'agissant de la répartition géographique des PVVIH, la présente étude a estimé qu'un peu plus d'un quart d'entre elles habitent Niamey (environ 26 % en 2012) et que plus de la moitié de toutes les PVVIH habitent Niamey, Dosso ou Tahoua. Quelque 70 % des PVVIH se trouvent dans les quatre régions du sud-ouest, dont la superficie n'est que d'un quart de celle du pays. En 2012, les régions d'Agadez et de Diffa avaient probablement le plus petit nombre de PVVIH par comparaison aux autres régions. Lors du renforcement de la PTME, une démarche en plusieurs phases sera sans doute à conseiller, vu la répartition régionale des PVVIH et la nature urbaine de l'épidémie. Les données recueillies militent en faveur d'un renforcement de la PTME dans un premier temps dans le sud-ouest du pays et dans les villes.

Étant donné que la prévalence du VIH s'établit à 17 % chez les PS alors qu'elle est de moins de 1 % dans la plupart des autres populations, le ciblage des zones et régions où se pratique le commerce du sexe constitue une condition préalable du succès de la prévention de l'infection par le VIH au Niger (villes, zones pétrolières/minières, zones de construction d'ouvrages d'infrastructure, etc.). On estime à 2,3 millions par an le nombre d'actes sexuels commerciaux/rémunérés non protégés au Niger (contre plus de 200 millions d'actes sexuels sans composante commerciale). Il faut remédier à cette lacune des programmes et faire une priorité de premier plan de la promotion du préservatif dans les zones et régions concernées, vu la contribution disproportionnée du commerce sexuel à la transmission actuelle du VIH.

Les données épidémiologiques recueillies en milieu carcéral indiquent l'existence d'une transmission accrue du VIH dans ce milieu. Il est important de cibler des ressources de lutte contre le VIH et de santé en faveur des populations carcérales, chez lesquelles le taux de prévalence du VIH s'élève à 2,7 %. S'agissant des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), un ciblage des services n'est pas possible, étant donné le manque de données sur cette population. Un meilleur ciblage des travailleurs du sexe masculins pourrait constituer une première étape. Le cadre d'investissement de l'ONUSIDA reconnaît que ce ciblage se fait dans un contexte plus large de réduction de la stigmatisation et de la discrimination. C'est un des facteurs déterminants à la réponse qui sont nécessaires pour soutenir l'efficacité et l'efficience des activités programmatiques en éliminant les principaux obstacles à l'utilisation des services, notamment l'exclusion sociale, la marginalisation, la criminalisation¹.

Actions politiques recommandées :

- 7. Il conviendrait de réduire les fonds alloués aux activités non ciblées visant la population en grande partie séronégative et de réaffecter ces fonds en faveur des populations où l'on pourra obtenir un impact sur le VIH.** Parmi les populations cibles les plus importantes sont les PS de toutes les catégories, les HSH à risque élevé, les patients sous TARV, les PVVIH diagnostiquées mais pas encore en traitement, les populations carcérales et les femmes enceintes dans les zones à forte prévalence du VIH. Ce ciblage devrait prendre en compte les actions nécessaires pour optimiser l'accès aux services telles que la

¹ ONUSIDA (2012) Investir pour des résultats au bénéfice des individus

réduction de la stigmatisation et la discrimination, et la mobilisation communautaire qui sont des modes efficaces et efficaces de prestation de services².

8. **Le dépistage du VIH doit être axé sur les lieux où l'on peut s'attendre à des résultats positifs fréquents** ; on y procèdera, par exemple, dans les activités de diffusion auprès des populations clés et dans les interventions en faveur de ces populations, dans les établissements de traitement des IST, auprès des conjoints et conjointes de PVVIH et avec le dépistage de la malnutrition chez les nourrissons. Pour plus d'efficacité, la diffusion de ces activités devrait aussi comprendre un renforcement des professionnels de la santé sur des sujets tels que la non-discrimination, le consentement éclairé, l'obligation de traiter et de la confidentialité. Surtout pour les populations clés, il est important que les services de santé soient accueillants et fassent preuve de soutien envers les bénéficiaires.
9. **Les entreprises, tout particulièrement celles qui attirent une main-d'œuvre migrante et celles du secteur pétrolier/minier, devraient être tenues, par voie de règlement, de fournir à leur personnel un paquet minimum de services de lutte contre le VIH et de santé.** Dans certains cas, elles devraient aussi être dans l'obligation d'appuyer les interventions mises en œuvre dans les communautés environnantes.

6. Programmes pour les professionnelles du sexe : Améliorer l'efficacité de la mise en œuvre

Conclusion : Les interventions en rapport avec le commerce du sexe souffrent d'un manque de focalisation et d'investissement, malgré leur importance sur le plan de l'épidémiologie, de la prévention des coûts et de l'action humanitaire. La mise en œuvre des programmes destinés aux professionnelles du sexe peut être améliorée pour en accroître la qualité, la couverture et la portée.

Quelque 28.000 PS (estimation) sont actives au Niger, mais il est probable, et il y a consensus sur ce point, que le chiffre réel est de loin supérieur à celui-là, vu les PS clandestines qui échappent au décompte (la cartographie de quatre régions n'a dénombré que 3.200 PS, ce qui illustre bien les difficultés de la détermination de la taille réelle de cette population hétérogène). Les PS risquant 43 fois plus d'être infectées par le VIH que les femmes de la population générale, il apparaît clairement que les services de prévention doivent s'attacher à attirer cette population vers les services de santé. Les statistiques des dépenses indiquent que moins de 1 % des ressources financières allouées à la lutte contre le VIH l'ont été à des interventions liées au commerce du sexe. La modélisation d'optimisation budgétaire réalisée au moyen du modèle Optima suggère que si l'on pouvait attribuer environ 4 % du budget annuel à des services complets et de qualité pour les PS, l'incidence du VIH ainsi que la morbidité et la mortalité dues au sida pourraient être minimisées, et les objectifs VIH du gouvernement pourraient être atteints.

Dans le passé, en particulier dans le cadre du projet régional SIDA-3, les prestations de services et le suivi médical des PS étaient assurés par le biais de services spécialisés et adaptés. Il ne reste qu'un seul de ces centres de services, et bien que l'intégration des services dans les soins généraux pour les populations clés soit une politique raisonnable, elle n'a pas donné de bons

² PNUD (2012). Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement Pour réaliser des investissements stratégiques

résultats au Niger. À Niamey, 41 % seulement des PS sont inscrites au « Suivi médical », et ce sont pour la plupart des étrangères qui s'y inscrivent pour des raisons administratives. L'ampleur des variations des taux de prévalence du VIH chez les PS d'une région géographique à l'autre, taux allant de 0 % à 31 %, reste essentiellement inexpliquée, bien que la proximité du Nigéria semble constituer un facteur de risque important. Les antécédents de violence sont associés à un risque accru d'infection par le VIH (32 %), et les auteurs des faits peuvent comprendre certains des fonctionnaires chargés de la protection des PS. Parmi les PS enquêtées, bien plus de la moitié sont divorcées (et d'autres veuves ou séparées), ce qui indique que le commerce du sexe constitue un moyen d'existence pour les femmes sans protection ou appui familial.

Phénomène important, l'échange de faveurs sexuelles contre de l'argent ou des cadeaux ne se limite pas aux PS et peut être pratiqué fréquemment parmi les femmes d'autres populations clés : les personnels féminins des forces de défense et de sécurité risquent bien davantage d'être infectées par le VIH que leurs homologues masculins (7,7 % contre 0,1 %³), et l'on constate la même élévation du risque d'infection par le VIH chez les femmes dans l'enseignement, la population carcérale et la main-d'œuvre migrante. Alors que la circoncision masculine offre aux hommes une protection partielle contre l'infection, les femmes présentent une vulnérabilité biologique à l'infection de beaucoup supérieure. La circoncision chez les femmes (excision, à 2 % selon l'EDSN 2012) favorise la propagation du VIH à travers l'utilisation des objets souillés, et un risque accru de saignement lors des rapports sexuels qui peut augmenter le risque de transmission du VIH. La prévalence accrue de l'herpès chez les femmes qui ont subi une mutilation génitale pourrait également augmenter le risque d'infection au VIH.

Les données relatives aux PS indiquent une acquisition rapide du VIH après leur entrée dans l'industrie du sexe, les risques d'infection étant plus élevés dans la prostitution de rue que dans les maisons closes. Le commerce sexuel masculin est peu documenté, mais plus de la moitié des HSH enquêtés déclarent avoir des rapports sexuels rémunérés. Cette population clé est celle sur laquelle on dispose du moins d'information au Niger. Certains HSH sont mariés et d'autres s'identifient comme bisexuels. L'épidémie chez les HSH, d'ampleur inconnue, n'est pas confinée à cette population et la transmission du virus liée aux HSH s'étend à la population générale par le biais des réseaux sexuels.

La présente analyse démontre et conclut que des investissements supplémentaires sont nécessaires pour les interventions en rapport avec les PS, celles-ci étant actuellement une population gravement sous-desservie. Ces investissements, axés sur la prévention directe mais aussi sur la propagation en aval des infections liées au commerce du sexe, auront un impact notable sur l'évolution future de l'épidémie de VIH ainsi que sur les coûts humains et financiers du sida.

Actions politiques recommandées :

10. **Il faudrait, afin de guider la programmation et le ciblage des interventions en faveur des PS, recueillir de meilleures informations stratégiques sur celles-ci, sur les membres féminins des populations clés et sur les HSH à risque élevé ;** les travaux en cours de cartographie des PS et de repérage des sites prostitutionnels devront être encore renforcés en adoptant une approche scientifique du programme. Des connaissances supplémentaires sont nécessaires sur la typologie des PS, les caractéristiques des lieux où elles trouvent leurs clients, le profil des PS difficiles à atteindre, et les comportements sexuels à risque, notamment les rapports sexuels transactionnels chez les personnels féminins des

³ La petite taille des échantillons justifie des compléments d'enquête et un suréchantillonnage des femmes dans les futures enquêtes de surveillance comportementale.

forces de défense et de sécurité ainsi que les femmes dans l'enseignement, la population carcérale et la main-d'œuvre migrante (au moyen d'un suréchantillonnage des femmes dans les enquêtes bio-comportementales et les études qualitatives), ainsi que chez les femmes jeunes en milieu urbain.

11. **Les instances gouvernementales, en partenariat avec les ONG et le secteur privé, devraient offrir des services éclairés par les faits et qui répondent aux besoins spécifiques des PS** ; une composante importante de l'amélioration des prestations de services réside dans la création de la demande chez les PS par le biais de diverses stratégies telles que celle de paires éducatrices formées à cette tâche qui peuvent avoir accès aux PS difficiles à atteindre (et qui peuvent être exposées à des risques très élevés en raison de leur jeunesse, de leurs conditions de travail dans la clandestinité ou du manque de protection). Il faut, dans le développement actuel des interventions en faveur des PS, fixer des cibles de service ambitieuses allant au-delà du nombre de PS connues au départ et reflétant une création efficace de la demande et une bonne diffusion auprès des clandestines. La police, et les forces de l'ordre ont un rôle important à jouer dans la mise-en œuvre des services en assurant la protection des PVVIH contre les actes de discrimination et de violence, et un accès équitable aux services de santé, de soin et de soutien. Il est cependant important que la police et les forces de l'ordre soient sensibilisées sur le VIH et leur rôle dans la réponse à l'épidémie, y compris dans le traitement des cas de violence sexuelle.

7. Programme de traitement antirétroviral : Améliorer l'efficacité de mise en œuvre du programme

Conclusion : L'accès au TARV est insuffisant et la mortalité due au sida élevée ; une réaffectation des ressources en faveur du programme de TARV réduira la mortalité et la morbidité liées au sida et les nouvelles infections par le VIH.

À la fin 2012, on estimait la couverture du TARV à 13 % chez les enfants et à 51 % chez les adultes, ce qui signifie qu'environ 14.000 à 15.000 Nigériens infectés par le VIH devraient être traités aux ARV mais ne le sont pas. Les hommes sont plus susceptibles de ne pas être traités, la couverture étant estimée pour eux à 45 % seulement, contre 57 % pour les femmes. Ceci tient au niveau très bas des taux de dépistage du VIH chez les hommes : 2 % à 3 %. Dans certains groupes démographiques, le dépistage du VIH est particulièrement bas malgré des taux de prévalence du VIH élevés : les hommes des régions de Diffa et de Dosso et les hommes de plus de 30 ans.

L'accès limité au TARV est cause de décès liés au sida. La réduction rapide de la prévalence du VIH enregistrée de 2006 à 2012, en particulier chez les hommes en milieu urbain (de 1,3 % à 0,5 %) mais aussi chez les femmes et les hommes en milieu rural (de 0,5 % à 0,2% et de 0,6 % à 0,3 % respectivement), est indicative d'une forte mortalité liée au sida. Dans les pays à taux élevés d'accès au TARV et de rétention, la prévalence du VIH tend à se stabiliser, voire à augmenter. La réduction, souhaitable, de la prévalence du VIH ne doit pas provenir d'une mortalité excessive liée au sida. Des preuves anecdotiques indiquent que les gens, en particulier les hommes, dont les contacts avec les services de santé sont moins fréquents, accèdent au TARV très tardivement. La rétention des patients sous TARV peut présenter des difficultés (absence de documentation) et la disponibilité des ARV au niveau décentralisé n'a pas toujours été maintenue (malgré un excédent d'ARV au niveau central). Un nombre important de patients sous TARV connaissent l'insécurité alimentaire et la malnutrition, dues au cercle vicieux de l'absence d'activité agricole, cause d'absence de récolte, ce qui peut faire obstacle à l'observance

du traitement et à l'efficacité de celui-ci. Selon Spectrum, 3.360 PVVIH (estimation) sont décédées en 2012 de causes liées au sida, et le nombre total de décès dus au sida enregistré au Niger jusqu'à la fin 2012 est estimé à 68.730.

Le développement insuffisant du programme de TARV et les faiblesses du dépistage du VIH doivent se comprendre dans le contexte du système sanitaire nigérien. Plus de la moitié des habitants vivent à plus de 5 km de distance d'un établissement de santé ; à Niamey, en revanche la quasi-totalité des habitants se trouvent à moins de 5 km de l'un de ces établissements. Les premières causes de morbidité et de mortalité sont celles qui concernent les nouveau-nés, la nutrition et la santé maternelle, telles que les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures et la malnutrition protéino-énergétique, ainsi que plusieurs maladies transmissibles, telles que le paludisme, la méningite, la rougeole et le tétanos. La capacité du secteur sanitaire est insuffisante, le problème étant aggravé par la rapidité de la croissance démographique qui se traduit par un doublement de la population tous les 23 ans. Toutefois, selon l'étude sur la charge de morbidité dans le monde, ce sont le sida et le paludisme qui sont les principales maladies émergentes, et il convient donc d'y prêter attention.

L'analyse d'optimisation par Optima préconise l'allocation de 50 % du montant du budget de la lutte contre le VIH au programme de TARV (qui comprend les ARV, la surveillance des laboratoires, l'appui psychologique et nutritif et les services aux patients ambulatoires et hospitalisés), soit près du double des 26 % qui y étaient alloués en 2012. Bien que le programme de TARV à mettre en place doive couvrir toutes les régions, un développement par phases successives pourra être justifié étant donné la forte concentration des PVVIH dans quatre régions qui couvrent un quart de la superficie du pays mais où résident quelque 70 % des PVVIH..

Actions politiques recommandées :

12. **Il faut allouer davantage de ressources au TARV de façon à optimiser les impacts du programme sur la réduction de l'incidence du VIH et des AVAI ;** l'attribution de la moitié de l'enveloppe budgétaire au programme de TARV autoriserait des investissements dans l'infrastructure du programme (matériel de diagnostic par exemple), dans les ressources humaines (notamment les activités de renforcement des capacités et de redistribution des tâches), dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement (notamment les systèmes de gestion de l'information et la décentralisation de la prescription des ARV), et dans le suivi des patients et de l'observance du traitement par des agents de santé communautaires. L'élimination de ce déficit de ressources contribuera notablement à l'amélioration de l'efficacité du programme de TARV et à l'obtention de meilleures données tout au long de la cascade du TARV.
13. **L'apport de ressources accrues au programme de TARV permettrait de renforcer les services de pré-TARV et d'innover dans ce domaine, et le seuil de traitement pourrait être relevé de manière à ce que davantage de PVVIH, en particulier de sexe masculin, en bénéficient ;** le fait de diagnostiquer la séropositivité puis de perdre les sujets de vue jusqu'à ce que leur état de santé se soit gravement détérioré est un facteur de grande inefficacité et contribue à la transmission constante du VIH. Il existe des bonnes pratiques documentées, ayant cours dans divers pays, concernant les liens et la rétention en soins de pré-TARV⁴ qui peuvent être appliquées dans le contexte nigérien. Le passage progressif des options A et B de la PTME à l'option B+ pourra lui aussi contribuer à renforcer le TARV.

⁴ http://www.aidstar-one.com/focus_areas/care_and_support/resources/report/PreART_Linkage_Retention

14. **Il sera utile d'assurer un suivi systématique du compte CD4 à l'instauration du traitement, distinct chez les hommes et les femmes, pour surveiller le progrès de la mise en œuvre de la politique de traitement (avec un seuil de 350 ou peut-être de 500) ;** bien que la capacité en matière de numération CD4 fasse toujours l'objet d'un renforcement (et constitue une action prioritaire), l'enregistrement systématique de cet indicateur clé de l'accès au TARV doit commencer au moment du dénombrement des CD4 à l'instauration du traitement et l'indicateur doit être utilisé pour surveiller les performances (l'augmentation du compte CD4 à l'instauration du traitement reflète un accès plus large et plus précoce au traitement). Pour plus d'efficacité, il est important de résoudre les goulots liés à la faible réalisation de tests tels que la manutention des machines.
15. **Le conseil et dépistage à l'initiative des soignants doit faire l'objet d'un renforcement sélectif ;** il s'agit avant tout ici des services aux clients porteurs d'IST, chez lesquels l'infection par le VIH est plus fréquente que dans la population générale (les clients tuberculeux subissent déjà des tests de dépistage de co-infection). Une fois qu'il a été déterminé qu'un sujet est séropositif, les conseils de post-test devraient se concentrer sur l'obtention de son engagement de se présenter pour des visites périodiques, de manière à pouvoir instaurer le traitement conformément aux directives d'admissibilité au TARV. Le relèvement du compte CD4 en tant que seuil de traitement permettrait aux prestataires de soins de mettre plus de PVVIH sous traitement à un stade plus précoce).

8. Programme de prévention de la transmission mère-enfant : améliorer l'efficacité de la mise en œuvre à travers une meilleure intégration des services de santé

Conclusion : L'élimination de la transmission verticale se heurte à un comportement sanitaire médiocre chez les femmes enceintes et aux multiples limitations des systèmes sanitaires.

Environ la moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH sont transmises verticalement de la mère à l'enfant. Le Niger est déterminé à éliminer cette transmission du virus et à assurer la survie de la mère. La réalisation de cet objectif mondial exige un renforcement notable des services de lutte contre le VIH, accompagné par des interventions intensifiées dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, une mobilisation communautaire et un déploiement des services en milieu rural, au Niger ainsi qu'ailleurs.

L'élimination pratiquement entière de la TME au Niger présente des difficultés considérables : il s'agit de réduire le taux de TME qui se situait à environ 27 % en 2013 pour le ramener à moins de 5 %. Bien que le Niger ait enregistré des progrès appréciables en matière d'utilisation des services de soins prénatals (CPN1 = 83 %) et d'accouchements assistés (29 %), et bien qu'il y ait eu 651 sites de PTME en 2012, moins de la moitié des femmes enceintes ayant besoin d'ARV en ont reçu en 2013. Le diagnostic des nourrissons exposés est pratiquement inexistant (1 %). Il y a de nombreuses occasions manquées de planification familiale, qui sont aussi des occasions manquées de réduction de la transmission verticale du VIH. Plus d'un tiers des femmes ne pratiquant pas la PF se sont rendues dans un établissement de santé au cours des 12 mois écoulés, mais elles n'ont pas abordé la question de la PF lors de leur visite. Ces occasions manquées de PF sont particulièrement préoccupantes chez les femmes de 30 à 44 ans (chez

lesquelles la prévalence du VIH est élevée par rapport à leurs consœurs des groupes d'âge inférieur) et chez les femmes vivant à Niamey (prévalence du VIH chez les femmes de 1,5 %).

Le succès de la PTME au Niger dépend dans une grande mesure de l'accroissement de la demande de services de santé maternelle et néonatale de la part des femmes enceintes. La perte de vue d'un nombre élevé de femmes lors du suivi a des causes multiples et complexes. Nombreuses sont les femmes qui doivent obtenir l'autorisation de leur mari pour demander et obtenir des services de santé et pour lesquelles la question du transport pour se rendre jusqu'à l'établissement pose problème. Des raisons culturelles peuvent empêcher les hommes ainsi que les femmes de percevoir la grossesse comme un état « pathologique » qui justifie l'intervention de prestataires de soins de santé. L'opprobre lié à la divulgation de la séropositivité peut empêcher les femmes d'obtenir les résultats de leur test de dépistage ou de se faire traiter ainsi que leur enfant. Le coût de l'accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté, même lorsqu'il est limité aux frais de transport ou à la perte d'une journée de travail, peut être prohibitif, en particulier si les avantages de ces services sont perçus comme limités. Par ailleurs, une étude de terrain sur les services de santé maternelle réalisée au Niger fait état d'attitudes souvent humiliantes du personnel envers les patientes⁵.

Les autorités nigériennes ont examiné la situation de la PTME en détail ; elles ont repéré des inefficacités et des contraintes et ont formulé des actions prioritaires. L'une des principales solutions appliquées au niveau des prestations se situe au niveau des communautés, où l'on a recouru à des agents de santé de sexe féminin, les « médiatrices communautaires », par exemple dans le district d'Arlit. L'expérience positive récente réalisée au Rwanda avec 15.000 agents de santé communautaires indique que les investissements visant à relier les gens aux services donnent des résultats directs en matière de santé. Les travailleurs communautaires et les réseaux communautaires peuvent jouer un rôle dans les domaines de l'information, de l'éducation, de la création de la demande, de la mobilisation et des prestations de services simples.

L'analyse d'optimisation suggère qu'une augmentation des investissements contribuera à réduire le nombre des nouvelles infections par le VIH ainsi que la mortalité et la morbidité liées au sida. L'attribution d'une part de 18 à 20 % du budget de la lutte contre le VIH à la PTME, au lieu des 11 % qui y étaient alloués en 2012, se traduira par des réductions optimales de la transmission verticale de l'infection et évitera un maximum d'AVAI. Il est estimé que 1.400 cas de transmission verticale du VIH pourraient être évités sur 10 ans si les ressources dont dispose actuellement le PSN étaient allouées de manière optimale. Le choix de l'option B+ pour la PTME pourrait simplifier la cascade des services et accroître l'utilisation de la PTME en supprimant l'exigence du décompte des CD4 pour l'instauration du traitement. La réduction du nombre d'interactions nécessaires avec le système de santé contribue théoriquement à développer la PTME (et contribuerait directement à la réalisation des cibles de TARV). Le protocole simplifié de prophylaxie infantile et l'emploi d'un schéma thérapeutique unifié applicable à l'ensemble de la population adulte simplifieraient les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement⁶. À l'évidence, le choix de l'option B+ implique également des investissements financiers et organisationnels substantiels qu'il faut évaluer en détail et dont il faut déterminer les coûts.

⁵ Chambers V & Booth D (2012). Delivering maternal health - Why is Rwanda doing better than Malawi, Niger and Uganda? ODI briefing paper 74, May 2012; Olivier de Sardan, J.-P. (2012). Providing public goods: local responses to policy incoherence and state failure in Niger. APPP Policy Brief 4. London: APPP.

⁶ UNICEF, Key considerations for options B and B+, July 2012, Chewe Luo, http://www.unicef.org/aids/files/hiv_Key_considerations_options_B.pdf/

Actions politiques recommandées :

16. **Il convient d'allouer à la PTME davantage des ressources attribuées à la lutte contre le VIH, conformément à l'analyse d'optimisation, et d'employer ces ressources pour renforcer les systèmes partagés entre la PTME, la santé maternelle et la planification familiale.** Les progrès de la PTME dépendent dans une grande mesure de ceux de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de la planification familiale. Si les femmes ne sont pas plus nombreuses à faire usage des services de CPN et d'accouchement, il ne sera pas possible de renforcer notablement la PTME. Il faut donc que les ressources de la PTME contribuent à cet effort général de mise en place de meilleurs services et d'accroissement de la demande. Une ressource particulièrement prometteuse est celle des travailleuses de santé communautaires, les médiatrices, qui sont chargées de tâches telles que le repérage des grossesses à risques et l'accompagnement des femmes, des enfants et des familles suivant un traitement (PTME, TARV, PF, traitement antituberculeux, etc.). L'expérience du Malawi a montré l'importance du soutien des pairs et du suivi des cas d'abandon pour minimiser le nombre de sujets perdus de vue, de même que celle des conseils de longue durée et de l'accompagnement des femmes et de l'utilisation efficace des données de suivi des patients⁷.
17. **Il faut, compte tenu de la compréhension des obstacles, des goulets d'étranglement et des inefficacités des interventions actuelles de PTME, réaliser des investissements stratégiques et notamment procéder graduellement à l'adoption de l'option B+.** Il faudra mener des travaux supplémentaires pour évaluer les stratégies de création de demande dans les domaines de la SMNI et de la PF, en se rappelant que les effets des interventions seront hétérogènes⁸ (à savoir par exemple selon le niveau d'alphabétisation, l'ordre des grossesses, l'expérience précédente d'utilisation des services). Une surveillance en continu de la qualité des services est essentielle pour assurer la rétention des femmes au cours des soins prénatals et tout au long de la période procréative de leur vie. L'option A de la PTME devra être remplacée progressivement et entièrement par l'option B, plus efficace. Des initiatives pilotes appliquant l'option B+, prometteuse dans les contextes où la capacité de numération CD4 est faible et où les taux de fécondité sont élevés, devront être menées et faire l'objet d'un suivi systématique de la rétention sur la base des données des dossiers médicaux. Le coût total de l'option B+ doit être évalué, y compris en incluant les activités communautaires jugées nécessaires pour assurer le traitement à vie des mères séropositives.
18. **L'intégration du programme de PTME doit être accrue à tous les niveaux ;** la présente étude a conclu que les services de PTME bénéficieraient d'un niveau d'intégration accru avec les autres services et initiatives, tout particulièrement au niveau communautaire, afin d'améliorer l'accès aux services pour les femmes, de faciliter l'orientation vers d'autres services, d'assurer le suivi entre les prestations de services et d'accroître l'efficacité tout au long de la cascade de la PTME. La PTME doit également être pleinement intégrée dans la supervision générale des services de santé et dans les visites effectuées aux fins de supervision. Enfin, une amélioration et une intégration de la chaîne d'approvisionnement en ARV et en réactifs pour les tests de dépistage du VIH s'imposent pour que les clientes des soins prénatals puissent bénéficier dans tous les centres de PTME d'un dépistage du VIH et d'un traitement sans interruptions causées par des ruptures de stocks.

⁷ Shaffer N et al. (2014). Option B+ for prevention of mother-to-child transmission of HIV in resource-constrained settings: great promise but some early caution. *AIDS* 28:599–601; Tenthani L et al. (2014). Retention in care under universal antiretroviral therapy for HIV-infected pregnant and breastfeeding women ('Option BR') in Malawi. *AIDS* 28:589– 598.

⁸ Takasaki Y & Sato R. (2013). Why don't the poor receive antenatal care? Evidence from incentive and information experiments in rural Nigeria. Takasaki Y & Sato R. June 21, 2013.

9. Financement de la future riposte au VIH au Niger

Conclusion : les ressources sont insuffisantes pour mettre en œuvre la stratégie nationale de lutte contre le VIH. Cependant, le financement total requis ne devrait pas être aussi élevé que prévu, tant que les fonds sont alloués aux programmes les plus efficaces et que les services sont intégrés dans le système de santé.

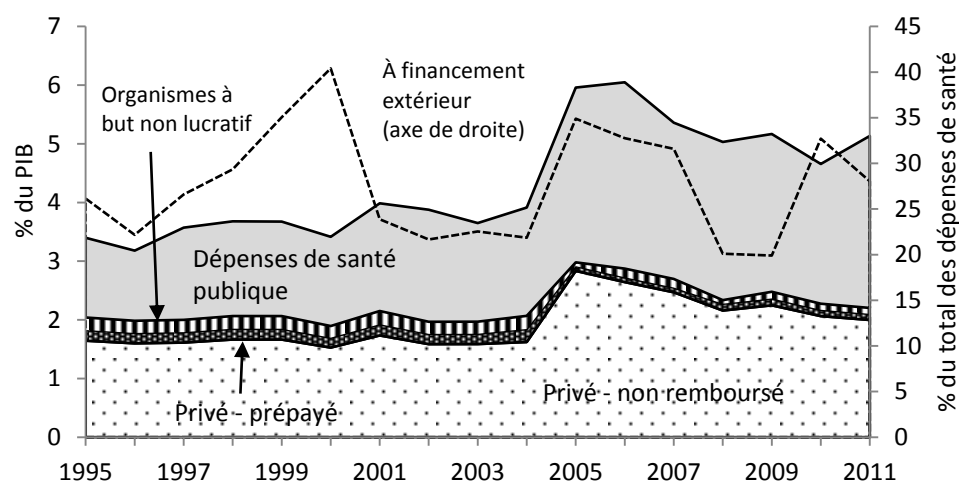
Même si les ressources dédiées au VIH étaient allouées de manière optimale, un déficit financier serait maintenu. Pour le PSN nigérien, l'écart de financement s'élève à 44,9 millions d'euros (60,4 millions de dollars EU) pour la période restant à couvrir (2014-2017). Cela signifie que seulement 35 % des financements totaux projetés du PSN pour les quatre années de 2014-2017 étaient engagés par des sources externes ou internes en décembre 2013. Mais si les financements sont alloués de manière optimale, le gouvernement pourrait ne pas avoir besoin de la totalité de ce montant à l'avenir.

Dans le passé, le financement de la riposte au VIH a été dominé par les apports extérieurs qui, de 2007 à 2011, représentaient près de 90 % des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH. Les sources d'appui extérieures les plus importantes ces dernières années ont été le Fonds mondial, l'UNICEF, le gouvernement de l'Allemagne (Kreditanstalt für Wiederaufbau, KfW) et la Banque mondiale. En 2012, le financement extérieur a diminué, sa part s'établissant à 67 %, et les dépenses publiques se sont considérablement accrues grâce à une subvention de la Banque mondiale. Le coût moyen de la riposte nationale au VIH (données 2007-2012) était de 9,7 millions d'euros (12,6 millions de dollars EU), soit 0,24 % du PIB, mais avec d'amples fluctuations interannuelles.

Les dépenses annuelles selon le budget prévisionnel du PSN et le modèle de besoins de ressources de 2012 doivent augmenter notablement et passer de 10,5 millions d'euros en 2014 (14,1 millions de dollars EU) à 20,2 millions d'euros en 2017 (27,2 millions de dollars EU). Le renforcement de la prévention de l'infection par le VIH et du traitement envisagé selon ces plans d'investissement prévisionnels aurait pour effet une forte réduction de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au VIH, et une augmentation du nombre de personnes sous TARV. La baisse de l'incidence du VIH contribuerait notablement à maîtriser les coûts à long terme du programme de lutte contre le VIH. Il est estimé qu'une nouvelle infection survenant en 2013 se traduit par des coûts futurs d'environ 2.500 euros (3.400 dollars EU). Ce coût est appelé à varier selon le niveau de mortalité des sujets sous TARV. La baisse de l'incidence du VIH sur la seule période 2013-2017 résulterait en une réduction des engagements de dépense à long terme équivalente à une économie de 6,3 millions d'euros (8,4 millions de dollars EU). Les estimations de la présente analyse indiquent qu'outre les avantages sanitaires et sociaux évidents, les économies réalisées du fait de l'augmentation des investissements dans la lutte contre le VIH selon l'actuel PSN compenseraient environ un tiers des coûts additionnels de l'intensification des efforts de prévention et de traitement. Si les coûts de la riposte nationale au VIH prévue par PSN doivent, selon les projections, augmenter en termes absolus, on s'attend à qu'ils atteignent un maximum de 0,29 % du PIB en 2017 pour revenir à 0,22 % du PIB en 2030.

Les frais à la charge des patients représentent une part relativement importante des dépenses de santé, vu le faible revenu du Niger. En 2011, les dépenses de santé s'élevaient à 5,1 % du PIB (225 millions d'euros / 303 millions de dollars EU), étant dominées par le secteur public (57 % du total) et par les frais à la charge des patients (39 % du total) (6). Ces frais représentent 95 % des dépenses totales de santé des ménages. Les dépenses de santé du Niger sont financées à hauteur d'environ un tiers par des apports extérieurs (dépendance du financement extérieur inférieure à celle des dépenses pour la lutte contre le VIH).

Figure 6. Dépenses de santé par source de financement au Niger (1995-2011)



Source : OMS (2012)

Note : en % du PIB (abscisse) sauf indication contraire

En 2011, les dépenses consacrées aux soins et au traitement du VIH représentaient environ 2,7 % des dépenses publiques de santé (1,6 % des dépenses totales de santé), ce qui est une part considérable vu les multiples besoins de financement en concurrence dans le secteur sanitaire nigérien. Un rapport récent du Groupe de la Banque mondiale sur le financement du développement dans l'après-2015⁹ décrit quatre piliers fondamentaux du financement du développement : la mobilisation des ressources intérieures ; une aide améliorée et plus judicieuse ; le financement intérieur privé ; et le financement extérieur privé.

Actions politiques recommandées :

19. **Il s'agira de revoir le budget du PSN à la lumière de la présente analyse et des financements acquis pour la lutte contre le VIH. Il est recommandé d'effectuer des réallocations budgétaires de manière à assurer le financement des interventions à fort impact.** Le gouvernement devrait se fonder sur l'année 2014 pour planifier les réallocations budgétaires et déterminer les économies réalisables et les autres mécanismes de financement possibles. Le gouvernement doit prévoir une réduction progressive du financement des interventions à faible impact sur l'épidémie de VIH.
20. **On évaluera d'autres sources de financement, en particulier celles qui dégagent des flux permanents de ressources et qui font appel au secteur privé.** Il conviendrait de déterminer la faisabilité et les revenus potentiels des flux de ressources supplémentaires, tels que ceux provenant : d'une meilleure implication du secteur privé (programmes globaux de lutte contre le VIH-sida sur les lieux de travail mis en œuvre par des membres d'une coalition du monde des affaires contre le VIH) ; ou envisager l'expansion de l'assurance-maladie sociale existante, là où cela fait sens, pour créer une marge de manœuvre budgétaire par un report des dépenses du budget de l'État (près de 3 % des habitants de Niamey appartiennent déjà à un régime social d'assurance maladie) ; et du renforcement de l'implication du secteur public ainsi que d'autres mesures. Le système de financement basé sur les résultats (FBR)

⁹

Banque mondiale (2013) *Financing for development post-2015*, Octobre 2013.

<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Poverty%20documents/WB-PREM%20financing-for-development-pub-10-11-13web.pdf>

prévu pour le secteur de la santé représente une opportunité importante d'assurer le financement des ARV, et de stimuler la demande ainsi que l'offre pour ces services (voir expérience du Burundi¹⁰).

21. **Vu les contributions fiscales du secteur privé naissant (mais aussi l'apparition de nouveaux risques ou l'augmentation de risques existants), les autorités gouvernementales devraient envisager de réinvestir une part de ces apports dans les programmes de lutte contre le VIH et de santé.** Ce processus est déjà en cours et la présente analyse montre l'importance d'une base de ressources prévisibles et durables pour les services relatifs au VIH. Le Niger impose déjà une taxe sur les compagnies aériennes, mais d'autres modalités de financements innovants pour augmenter les revenus domestiques pourraient être examinées dans l'optique de la pérennisation de la réponse au VIH.
22. **Il faudrait intégrer les programmes de lutte contre le VIH-sida dans tout programme futur du secteur de la santé, tels que le financement axé sur les résultats (où les programmes de TARV et de PTME sont compris dans l'ensemble de services essentiels) ou la couverture de santé universelle.** Bien que le VIH-sida ne soit pas une cause principale de la charge de morbidité au Niger, c'est cependant l'une des principales causes émergentes et des services doivent être disponibles pour gérer de manière intégrée le VIH-sida et ses comorbidités, telles que le mauvais état nutritionnel. Une démarche verticale dans la lutte contre le VIH est peu efficace dans un tel contexte et les investissements dans cette lutte et dans le secteur de la santé doivent être effectués de manière concertée et intégrée.
23. **Dans leurs actions de plaidoyer en faveur d'investissements dans la lutte contre le VIH, les autorités nigériennes devraient tenir compte de l'évolution potentielle de l'épidémie due aux changements démographiques et socioéconomiques en cours.** Les moteurs et cofacteurs de l'épidémie, tels que la croissance rapide de la population urbaine, l'augmentation des migrations de main-d'œuvre et les taux de fécondité élevés peuvent éroder certains des progrès passés de la lutte contre le VIH-sida, et le pays ne peut pas relâcher sa vigilance face à l'épidémie.

¹⁰ Base de données: Site web <http://www.fbpsanteburundi.bi/>, Description : 'Burundi's national performance based financing program' sur http://www.rbhealth.org/system/files/Burundi_country_example.pdf

Section 1. Introduction

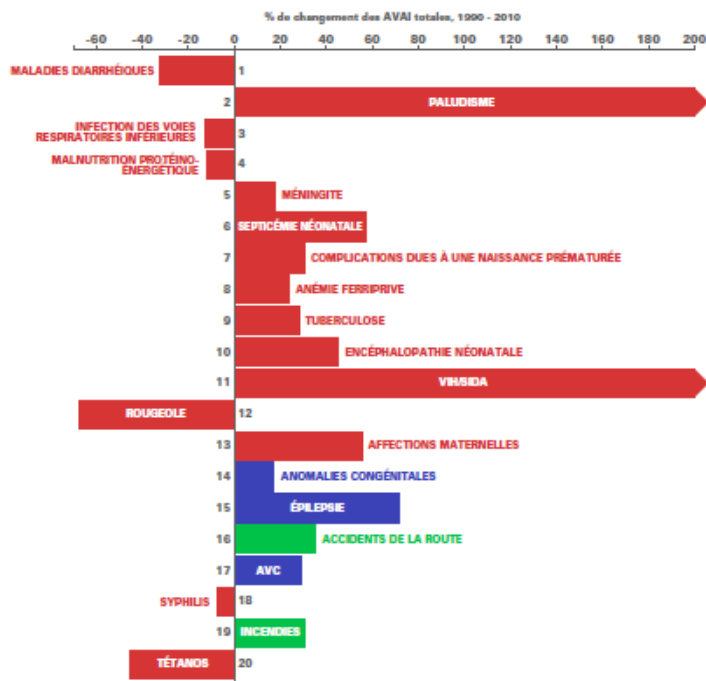
Contexte de cette analyse

- Les statistiques de morbidité et de mortalité au Niger sont encore dominées par les maladies transmissibles, avec jusqu' à aujourd'hui un poids relativement faible attribuable aux maladies non-transmissibles. Bien qu'on puisse une certaine amélioration de la situation macroéconomique, une large part de la population vit toujours en dessous du seuil de pauvreté (56% de la population vit avec moins de \$1.25/jour en 2008). La majorité de la population a un faible accès aux services de santé (53% de la population vit à plus de 5km de ces services). Près de 40% des dépenses de santé sont privées, malgré le niveau de revenu très faible de la majorité de la population.

Malgré la faible prévalence du VIH et la charge relativement basse du VIH-sida dans le pays, le VIH-sida constitue depuis quelques années une cause émergente significative d'AVAI – voir la 7.

- La seule autre cause d'AVAI en croissance rapide de 1990 à 2010, après le VIH-sida, est le paludisme.
- La tuberculose reste un problème de santé publique, mais les statistiques de l'OMS les plus récentes font apparaître une tendance à la baisse, son incidence étant en 2012 de 104/100.000¹¹.

Figure 7. Évolution des principales causes d'AVAI au Niger (1990-2010)



Source : Institute of Health Metrics and Evaluation, Human Development network, The World Bank. La charge mondiale de la morbidité : Génération de données factuelles, orientation des politiques. Édition régionale pour l'Afrique Subsaharienne. Seattle, WA: IHME, 2013.

¹¹ <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

: Note AVAI = années de vie ajustées en fonction de l'incapacité

En 2011, le VIH/Sida a engendré des dépenses estimées à 2.7% du total des dépenses publiques de santé (données 2011), et est donc devenu une cause significative de dépenses au Niger.

Au niveau international, le contexte et, en fait, le paradigme du financement de la lutte contre le VIH ont changé

- Après une décennie marquée par des investissements sans précédents, le financement extérieur de la lutte contre le VIH s'est stabilisé et les ressources intérieures devraient dorénavant contribuer à entretenir et à amplifier les ripostes nationales¹².
- Au fil des trois décennies, il s'est avéré que des facteurs structurels, tels que la pauvreté, les limitations en matière de moyens d'existence, l'inégalité et la violence, ainsi que les limitations des systèmes de santé, alimentent et entretiennent l'épidémie de VIH et réduisent l'efficacité et l'élargissement d'interventions de lutte contre le VIH qui ont fait leurs preuves¹³.
- Dans le même temps, on a pu constater que les investissements consentis pour lutter contre le VIH ont des retombées bien au-delà de cette seule lutte et qu'ils ont contribué à un renforcement des systèmes de santé ainsi qu'à l'obtention d'améliorations de la santé non liées au VIH¹⁴.
- En conséquence, le débat actuel s'est élargi pour prendre en considération non plus la seule question de savoir si un investissement donné se situe dans le cadre ou hors du cadre du programme de lutte contre le VIH, mais les multiples interactions qui se font jeu entre la lutte contre le VIH et leurs effets dans les domaines de la santé ainsi que du développement.
- Les efforts internationaux de l'après-2015 viseront de plus en plus en plus à l'application des meilleurs résultats réalisables en matière de santé –de manière équitable, par le biais d'approches fondées sur la couverture universelle. Une intégration efficace des ripostes au VIH dans les grandes priorités nationales est, estime-t-on, apte à encourager encore l'appropriation nationale et la durabilité desdites ripostes¹⁵.
- Le présent rapport a fait siennes certaines de ces nouvelles perspectives en situant la riposte et le financement du Niger dans le contexte global du secteur de la santé et de son financement, en incluant le paramètre AVAI¹⁶ dans les modèles d'allocation optimale des ressources de lutte contre le VIH.

¹² Voir par exemple ONUSIDA. (2012), Meeting the investment challenge: tipping the dependency balance. Genève : ONUSIDA ; 2012; Hecht R et al (2010), Financing of HIV/AIDS programme scale-up in low-income and middle-income countries, 2009–31. Lancet 2010 ; 376:1254–1260 ; Lule E & Haacker M (2012), The fiscal dimension of HIV/AIDS in Botswana, South Africa, Swaziland, and Uganda, Washington, DC: Banque mondiale ; 2012.

¹³ Remme M et al. (2014), Financing structural interventions: going beyond HIV-only value for money assessments. AIDS, 28:425-434.

¹⁴ Voir par exemple Walensky RP & Kuritzkes DR (2010). The impact of the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) beyond HIV and why it remains essential. Clin Infect Dis; 50:272–275; Samb B et al. (2009), An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. Lancet, 373:2137–2169.

¹⁵ Conférence « Global Health 2035: a world converging within a generation », 16 janvier 2014, New York.

¹⁶ L'AVAI (années de vie ajustées en fonction de l'incapacité) est un paramètre qui autorise les comparaisons entre différentes maladies. Une AVAI est égale à la perte d'une année de vie en bonne santé. La méthode fait intervenir dans les calculs des facteurs de pondération liés à l'invalidité et à l'âge, ainsi que des formules d'actualisation.

Justification de l'analyse

Bien que le VIH ne soit pas la principale cause de morbidité, c'est une importante source émergente de morbidité. Une meilleure mise en œuvre, intégration et allocation des ressources ont le potentiel d'épargner du temps et du budget, et de libérer des ressources pour adresser d'autres défis de développement au Niger.

La riposte du Niger face au VIH dépend dans une grande mesure des financements extérieurs

- Le Niger dépend fortement des apports internationaux pour financer ses programmes de lutte contre le VIH ; la part de ces apports était de 95 % en 2009, de 93 % en 2010 et 2011, et de 67 % en 2012 (la réduction enregistrée en 2012 étant due en grande partie au prêt Banque mondiale).
- La principale source internationale de financement était le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose ; toutefois, en 2012, 18 % seulement des dépenses du Niger en matière de VIH étaient couverts par le Fonds mondial, contre 37 % à 51 % les trois années précédentes.

Le Niger risque de connaître des pénuries de financement durant la période du PSN actuel

- Le Sommet spécial de l'Union africaine ayant eu lieu à Abuja en juillet 2013 a produit une réaffirmation de la part des États membres de leur volonté de prendre des mesures décisives en vue de l'éradication du VIH-sida d'ici 2030, par l'élimination de la transmission mère-enfant du virus et le maintien en vie de la mère, ainsi qu'en honorant les « engagements d'Abuja » antérieurs.¹⁷
- Conformément à l'engagement mondial en la matière, le PSN 2013-2017 du Niger prévoit une mise-à échelle de certains services en vue d'atteindre des cibles de couverture ambitieuses en matière de VIH ; toutefois, les ressources actuellement assurées se situent considérablement en-deçà des besoins estimés.
- L'appui octroyé au Niger par le Fonds mondial se fonde sur le Mécanisme de financement de transition jusqu'en 2015 et le financement de la KfW n'est assuré que jusqu'en 2014. Le concours de la Banque mondiale dans le cadre de son projet d'appui 2012-2016 se concentre dans des domaines géographiques et de services spécifiques (prévention du VIH entre travailleurs du sexe et leurs clients, tests de dépistage et traitement du VIH, PTME et gestion et coordination de la riposte au VIH, et mise en place d'un financement pilote des services liés au VIH fondé sur les résultats).

Malgré la chute de l'incidence du VIH, les coûts des soins et du soutien relatifs au sida sont considérables dans un système sanitaire faisant face à de multiples priorités en matière d'investissement

- En 2011, les dépenses de santé s'élevaient à 5,1 % du PIB (225 millions d'euros / 303 millions de dollars EU) et environ un tiers du total de ces dépenses était financé par des sources extérieures (OMS, 2014).

¹⁷ En avril 2001, les chefs d'État des pays de l'Union africaine, réunis à Abuja, se sont engagés à fixer un objectif d'allocation d'au moins 15 % de leur budget annuel total à la santé. Ils ont également exhorté les pays bailleurs de fonds à « s'acquitter de l'engagement toujours insatisfait de consacrer 0,7 % de leur produit national brut au titre de l'aide publique au développement aux pays en développement ».

- En 2011 également, les dépenses relatives aux soins et au traitement de l'infection par le VIH représentaient environ 2,7 % des dépenses publiques de santé du Niger.
- Le Niger connaît un flux continu de nouvelles infections par le VIH ; il comptait en 2012, selon les estimations, 46.910 personnes vivant avec le virus (Spectrum, 2013) et a dépensé la même année 3,38 millions d'euros (2,22 milliards de francs CFA) pour le traitement du VIH-sida.
- L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, objectif mondial, exige un accroissement substantiel des services de lutte contre le VIH, doublé d'une intensification des interventions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, de la mobilisation communautaire et du déploiement des services en milieu rural.

Il est temps de réaliser au Niger des investissements judicieux et soutenus dans la riposte au VIH d'une manière qui soit intégrée aux priorités de santé élargies du Niger et qui permette de les renforcer et de les compléter

- Au plan mondial, la notion de « responsabilité partagée » pour le financement de la riposte au VIH gagne du terrain¹⁸. D'une part, le Fonds mondial a restructuré ses mécanismes d'octroi de subventions en vue d'investissements stratégiques à impact maximal, et les dirigeants politiques, d'autre part, ont convenu d'accroître la mobilisation de ressources intérieures pour renforcer le système sanitaire et assurer un financement de la santé diversifié et durable (19^{ème} sommet d'Abuja de juillet 2013)

Le nouveau modèle de financement du Fonds mondial est conçu de manière à assurer un impact plus important sur les trois maladies, améliorer la prévisibilité des financements et récompense les visions ambitieuses. L'éligibilité au financement est déterminée par le niveau des revenus du pays concerné et les données officielles relatives à sa charge de morbidité. Le niveau des allocations est prédéterminé en fonction de la charge de morbidité, des niveaux de revenus et d'autres critères, notamment les résultats de financements antérieurs, l'impact, l'augmentation des taux d'infection, la capacité d'absorption et le risque.¹⁹

- En 2012, le Niger a déjà accru son investissement dans la lutte contre le VIH, ses dépenses étant du triple du total investi pour les cinq années précédentes.
- Sur un arrière-plan mondial de stagnation économique, le Niger a enregistré en 2012 un taux de croissance économique de plus de 11 %, grâce à sa production d'hydrocarbures, d'uranium et de denrées agricoles (données du FMI). Ses recettes budgétaires ont augmenté cette année par rapport à l'année précédente. Dans le cadre de sa stratégie économique actuelle, le gouvernement du Niger entend créer un espace fiscal pour les dépenses de développement (FMI, avril 2013). La nouvelle stratégie nationale de lutte contre le VIH souligne la nécessité de flux de revenus diversifiés pour financer le coût croissant de la

¹⁸ Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour le sida, la tuberculose et le paludisme (2012).
<http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/september/20120926prshar edresp/>

¹⁹ http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/updates/2014-02-04_Eligibility_List_for_2014_now_available/;
<http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/allocationprocess/>

riposte au VIH, ce financement étant toutefois appelé à dépendre en grande partie des décisions concernant le caractère judicieux des investissements pour la prévention et le traitement de l'infection par le VIH et le sida et pour les appuis y relatifs.

Objectifs de l'analyse

L'objectif premier de l'analyse était de fournir au gouvernement du Niger des données complètes concernant les besoins et les possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH, dans le contexte des priorités de la charge de morbidité, du financement de la santé et du renforcement du système sanitaire, aux fins d'éclairer les décisions pour monter une riposte au VIH qui soit efficace, porteuse d'impact, économiquement rentable et financièrement viable.

Les objectifs spécifiques de l'analyse étaient les suivants :

- Comprendre les priorités de santé globales et le contexte de financement de la santé
- Dans le contexte de ces priorités de santé, estimer les impacts, la rentabilité et le rendement des investissements consentis dans le passé pour la lutte contre le VIH ;
- Examiner les données relatives à l'efficacité de la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et déterminer les domaines où des gains d'efficacité et des économies de coûts seraient possibles ou une étendue renforcée sans porter préjudice à la qualité ;
- Fournir une analyse intégrée de l'allocation optimale des ressources pour la lutte contre le VIH dans le cadre de l'actuel PSN pour minimiser l'incidence du VIH ainsi que la morbidité et la mortalité liées au sida et pour atteindre les cibles de 2017 relatives à l'épidémie et à la santé ;
- Relier les données factuelles concernant l'efficacité de l'allocation des ressources et des programmes et l'efficacité des interventions à une analyse de la viabilité financière de la riposte au VIH, compte tenu des ressources budgétaires intérieures et de l'évolution de la disponibilité de ressources extérieures ;
- Déterminer les conséquences financières et les économies à long terme des interventions de lutte contre le VIH au Niger et les économies potentielles réalisables dans le domaine des soins de santé selon divers scénarios de politiques, afin de guider les décideurs politiques.

Lors de l'analyse, effectuée au moyen du modèle Optima (voir ci-dessous), les questions suivantes ont été posées :

1. Quel est le coût de la réalisation des cibles de couverture du Niger d'ici 2017 ?
2. Quel est le montant nécessaire, avec une allocation optimale des ressources entre les programmes de base, pour réduire l'incidence du VIH de 50 % à moyen terme ?
3. Avec les disponibilités budgétaires 2014-2017, quelle est l'allocation optimale des ressources entre les programmes de base de lutte contre le VIH pour obtenir une réduction maximale de l'incidence du VIH et des AVAI au cours de cette période et pour bénéficier d'effets de suivi jusqu'en 2025 ?
 - a. Une accélération de l'accroissement de l'accès aux TARV pourrait-elle contribuer à la réalisation de l'objectif de 2017 ?
 - b. Une modification du protocole de PTME consistant en l'adoption de l'option B+ pourrait-elle contribuer à la réalisation de l'objectif de 2017 ?

Méthodes appliquées

- Examen des données et publications disponibles, comprenant notamment les données relatives au suivi des ressources liées à la lutte contre le VIH (NASA/REDES), les données des comptes nationaux de la santé, les données macroéconomiques, les rapports concernant la prévalence du VIH et les comportements sexuels, les estimations de Spectrum, les données des études de modélisation des besoins de ressources, les rapports sur les populations clés, les documents de politique relatifs au VIH et les données de mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH.
- Application du modèle Optima, modèle mathématique conçu pour estimer l'incidence du VIH dans les sous-populations, l'impact du VIH, la rentabilité et le rendement de l'investissement dans la lutte contre le VIH, ainsi que l'allocation optimale des ressources pour obtenir les meilleurs résultats possibles en matière de prévention des nouvelles infections par le VIH et de la morbidité et de la mortalité liées au VIH. Voir l'**annexe 1** pour plus de détails.
- Application du *modèle d'analyse des engagements financiers* de la Banque mondiale comportant trois composantes : un modèle épidémiologique, un cadre de calcul des coûts pour établir les coûts projetés de la riposte nationale au VIH, et un cadre économique pour estimer les coûts encourus du fait des nouvelles infections. Le modèle épidémiologique est harmonisé avec les données de Spectrum et d'Optima à des fins de cohérence. Le cadre de calcul des coûts sert à projeter les coûts de la riposte nationale au VIH-sida, à partir du nombre de gens recevant des services liés au VIH-sida, sur la base des estimations épidémiologiques et des taux de couverture prévus. Les coûts unitaires sont calculés d'après les dépenses passées (documentés dans le rapport NASA), les données budgétaires et les données provenant du modèle de besoins en ressources. Voir l'**annexe 2** pour plus de détails.
- Les montants monétaires sont exprimés en euros, au taux de change fixe de 1 euro pour 655,957 francs CFA et de 503,1 francs CFA pour 1 dollar EU.

Exposé des constats de l'étude dans le présent rapport

- Le *Résumé analytique* présente les principales conclusions de manière thématique, ainsi que les conclusions et recommandations finales découlant de l'analyse. Ces recommandations se répartissent en plusieurs domaines de : Dynamique de l'épidémie ; Impact, efficacité et coût-bénéfice de la riposte au VIH; Ciblage géographique ; Programmes pour les professionnelles du sexe, de traitement antirétroviral et de prévention de la transmission mère-enfant ; et Financement de la riposte
- *La section 1 (Introduction)* présente le contexte et la justification de l'analyse, les objectifs de celle-ci et l'approche méthodologique adoptée ;
- *La section 2 (Contexte de développement, priorités pour la santé et défis du système de santé au Niger)* résume la situation de l'économie et du développement humain, des dépenses de santé, du fardeau de la maladie et des objectifs nationaux, ainsi que la disponibilité et la couverture des services sanitaires pertinents et des interventions liées au VIH.
- *La section 3 (État de l'épidémie de VIH)* passe en revue la situation, l'évolution et les facteurs de l'épidémie ainsi que la répartition de l'infection par le VIH dans les différentes strates de population. Elle décrit brièvement les caractéristiques des populations clés, dont elle précise

le nombre, la localisation, les facteurs de risque et les vulnérabilités. Elle indique aussi les estimations de modèles concernant l'incidence du VIH et les sources des nouvelles infections.

- *La section 4 (Efficacité du financement, des services et des programmes liés au VIH)* porte sur les dépenses liées au VIH et aux sources de financement, ainsi qu'à ce que ces financements ont apporté en termes de développement et de couverture des programmes VIH. Elle s'intéresse à l'intégration des services et aux liens entre coûts unitaires et utilisation des services.
- *La section 5 (Impacts des dépenses passées liées au VIH et allocation optimale des ressources durant la période actuelle du plan stratégique)* présente les résultats d'exercices de modélisation de l'impact du VIH et de l'efficacité par rapport au coût de six années d'investissements dans la lutte contre le VIH (période 2007-2012). Elle indique ensuite les résultats d'exercices de modélisations sur une allocation optimisée des ressources jusqu'en 2017 avec des scénarios de réduction maximale de l'incidence du VIH et de nombre maximal d'AVAI évitées. L'analyse examine diverses hypothèses concernant le montant total de ressources disponibles pour la lutte contre le VIH et tient compte des économies possibles résultant de gains d'efficacité.

La section 6 (Besoins de financement et implications des investissements dans la lutte contre le VIH pour l'espace budgétaire) présente les résultats du modèle budgétaire appliqué au Niger. Elle résume les besoins de financement et les lacunes jusqu'en 2017, les impacts des investissements au titre de l'actuel PSN sur la prévention de l'infection par le VIH et la mortalité y relative, et les effets budgétaires à long terme des investissements dans la lutte contre le VIH.

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

Section 2. Contexte de développement, priorités pour la santé et défis du système de santé au Niger

État du développement économique et humain

Situation macroéconomique

Le Niger est l'un des pays les plus pauvres au monde, ayant une économie en grande partie agraire et de subsistance fréquemment perturbée par les sécheresses prolongées qui surviennent fréquemment dans le sahel africain

- Le Niger est un vaste pays sans littoral, aride, d'une superficie de 1.267.000 km². Le port maritime le plus proche est celui de Cotonou situé à environ 1.000 km de distance. La plupart des échanges commerciaux du Niger avec l'étranger se font donc par voie terrestre et le principal couloir de transport passe par le Bénin, le Togo et la Côte d'Ivoire via le Burkina Faso.
- L'économie repose sur le secteur agro-pastoral (40 %) et le secteur tertiaire (43 %).
- Après une année de pénuries alimentaires, l'activité économique a connu un relèvement en 2010 grâce à de bonnes récoltes. Une nouvelle période de sécheresse survenue à la fin 2011 a affecté la croissance, mais celle-ci s'est maintenue grâce à des investissements substantiels dans les secteurs des industries extractives et des hydrocarbures.

Dans le droit fil de la tendance observée dans la région, le Niger a enregistré une croissance économique positive et une augmentation de ses recettes fiscales grâce aux nouvelles ressources minérales

- Au cours de la dernière décennie, les industries extractives ont alimenté la croissance économique de l'Afrique grâce à l'augmentation des prix à l'exportation attribuable à la demande continue de la Chine²⁰. En 2011, l'Afrique était responsable de la production des trois quarts de l'offre mondiale de platine, de la moitié de l'offre mondiale de diamants et de chrome, et de près d'un cinquième de celles d'or et d'uranium²¹. Les nouvelles explorations ont révélé des réserves plus importantes que celles connues auparavant, et continuent d'attirer de nouveaux investissements étrangers.
- En 2012, selon le FMI, la croissance économique du Niger a dépassé 11 % grâce au démarrage d'un projet d'hydrocarbures, à une augmentation de la production d'uranium et à une reprise de la production agricole. Au cours des 5 années à venir, la croissance réelle moyenne du PIB devrait se situer selon les projections à 6,3 % par an (et celle du PIB par habitant à 3,1 %) – voir le tableau 1.

²⁰ Africa progress report 2013: Equity in Extractives: Stewarding Africa's natural resources for all. http://africaprogresspanel.org/wpcontent/uploads/2013/08/2013_APR_Equity_in_Extractives_25062013_ENG_HR.pdf

²¹ Mineral Yearbooks, USGS (2011). <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/country/2011/myb3-sum-2011-africa.pdf>

- Les recettes budgétaires de 2012 ont augmenté par rapport à 2011 mais, en raison des faiblesses des recettes douanières et des hydrocarbures, devraient ne pas atteindre les cibles des programmes (FMI, avril 2013).

Le PIB par habitant progresse et l'inflation est à moins de 3 %

- En 2013, le PIB par habitant s'établit à 440 dollars EU, soit 330 euros.
- Malgré les fluctuations de la production agricole, l'inflation est maîtrisée en moyenne et, à 2,1 %, en dessous de la limite régionale de 3 %.
- Le FMI et la Banque mondiale (2013) indiquent que le Niger fait face à un risque modéré de surendettement. La dette publique se réduit depuis 2006 du fait d'arrangements de restructuration consentis par les membres créanciers du Club de Paris dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'Initiative d'allégement de la dette multilatérale. Ces dernières années, toutefois, la dette publique extérieure a augmenté sous l'effet du financement de grands projets d'extraction de ressources.
- Dans le cadre de la stratégie économique actuelle du Niger, le gouvernement entend créer un espace budgétaire pour les dépenses de développement, tout en s'attaquant aux faiblesses des recettes et en appliquant de multiples mesures pour reconstituer les dépôts des administrations publiques, mettre en œuvre des réformes structurelles, améliorer le développement financier et maintenir un niveau d'endettement viable.

Tableau 1. Sélection de données macroéconomiques au Niger (2013)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (Proj.)	2013 (Proj.)
Croissance du PIB réel	0,6	9,6	- 0,1	10,7	2,2	11,2	6,2
Croissance du PIB réel par habitant	-2,9	5,8	- 4,3	7,3	- 0,9	7,9	3,0
Inflation IPC (moyenne annuelle)	0,1	10,5	1,1	0,9	2,9	0,5	2,1
PIB par habitant (en euros)	226,1	257,7	260,6	284,5	292,0	317,5	333,4
PIB par habitant (en dollars EU)	310,0	379,3	363,0	377,5	406,3	408,3	440,0
PIB (en milliards d'euros)	3,1	3,7	3,8	4,3	4,6	5,1	5,5
(En pourcentage du PIB)							
Recettes de l'État	22,4	24,3	18,9	18,2	18,1	22,5	24,3
Dépenses de l'État	23,4	22,8	24,3	20,7	19,6	25,1	28,6
Solde budgétaire	- 1,0	1,5	- 5,4	- 2,4	- 1,5	- 2,6	- 4,4
Dette publique	25,4	21,3	28,1	24,0	27,7	28,8	38,7

Source : IMF (2013)

Sur le plan politique et administratif, le Niger se caractérise par un régime multipartite et par la décentralisation.

- On compte dans le pays 10 grands partis politiques. Le président est élu au suffrage populaire et le premier ministre est nommé par le président. La nouvelle constitution a été adoptée en octobre 2010.
- Le Niger a entrepris un processus de décentralisation qui a transformé les structures administratives en place dans les régions (départements, arrondissements) et a créé des communes en vue d'améliorer la gouvernance locale.

- Le pays est maintenant divisé en huit régions administratives, 36 départements et 266 communes dont 52 sont urbaines et 214 rurales.

Développement humain

La population nigérienne, estimée à 17,13 millions d'habitants en 2012, continue d'augmenter très rapidement au taux de 3,9 % (taux annuel moyen par période intercensitaire décennale); l'indice synthétique de fécondité était de 7,6 enfants par femme en 2012.

- Au taux de croissance démographique actuel, pratiquement inchangé depuis 20 ans, la population devrait doubler tous les 23 ans.
- Les femmes donnent naissance en moyenne à 8,1 enfants en milieu rural et à 5,6 enfants en milieu urbain (EDSN 2012). L'indice de fécondité est particulièrement élevé dans les régions de Zinder et de Maradi, où il est de 8,5 et de 8,4 naissances par femme respectivement. Les femmes qui ont une éducation secondaire donnent naissance en moyenne à 3,1 moins d'enfants que les femmes sans éducation.
- Vingt-trois pour cent des naissances sont espacées de moins de 24 mois (EDSN 2012).
- Les femmes ont leur premier enfant en moyenne à l'âge de 18,6 ans, soit 2,9 ans en moyenne après la date de leur première union.

Les indicateurs de pauvreté de la Banque mondiale révèlent une tendance positive en matière de réduction de la pauvreté

- Le pourcentage de personnes vivant avec 1,25 dollar EU par jour passant de 65,9 % de la population en 2005 à 43,6 % en 2008, ce qui place le Niger au-dessus de la moyenne en Afrique subsaharienne (49,2 % en 2008).
- Ce nonobstant, les conditions de vie demeurent difficiles.

Du fait des crises alimentaires récurrentes, de nombreux ménages, en particulier en milieu rural, souffrent gravement de sous-alimentation

- L'insécurité alimentaire persiste, même les années de production excédentaire. Seuls quelque 60 % des ménages sont en mesure de couvrir leurs besoins alimentaires sur trois mois. En période de pénurie alimentaire, la moitié de la population souffre de malnutrition.
- La situation est souvent dramatique pour les enfants de moins de 5 ans : environ 4 enfants sur 5 souffrent de sous-nutrition chronique et un sur dix de sous-nutrition aiguë. Durant la crise alimentaire de 2009-2010, quelque 7,1 millions de personnes ont eu besoin d'aide alimentaire.
- Le principal défi à relever est celui de la transition qui mènera d'une situation de gestion cyclique des crises alimentaires récurrentes à des ripostes plus structurales, notamment par l'initiative « Les Nigériens nourrissent les Nigériens » (3N), visant à promouvoir la sécurité alimentaire et le développement agricole durables.

Les centres urbains se développent et les normes de logement et de niveau de vie sont généralement insuffisantes

- Le taux d'urbanisation est passé de 16,3 % en 2001 à 17,5 % en 2005 et à 20,4 % en 2010. La ville de Niamey comptait 1,3 million d'habitants en 2011, soit près du double du chiffre de

2001 (708.000).²² La population de Niamey représente, estime-t-on, 57 % de la population urbaine du pays.

- Le taux annuel de croissance des zones urbaines (6,2 %) est environ du double du taux de croissance de l'ensemble de la population. Si la tendance actuelle se maintient, la population urbaine représentera plus de 40 % de la population totale d'ici 2030.
- Les dix dernières années ont été marquées par des progrès réalisés dans l'établissement d'un cadre institutionnel et juridique du développement urbain dans la cadre d'une gestion décentralisée. Il reste toutefois des défis majeurs à relever dans les domaines de la planification urbaine, du logement urbain et de l'habitat urbain.

L'accès durable à l'eau potable continue de poser un problème, en particulier dans les zones rurales et périurbaines, et l'on note un sous-investissement considérable dans les installations d'assainissement en milieu urbain

- Le pourcentage de la population nigérienne disposant d'une source d'eau potable est passé de 22,3 % en 1992 à 50,1 % en 2008 (Enquête nationale sur le budget et la consommation des ménages).
- La couverture des besoins d'eau potable s'est élevée progressivement pour se situer à 66,5 % en 2011, taux qui se situe encore bien en dessous de la cible des OMD pour 2015, fixée à 80 %.
- Les principales contraintes dans ce secteur important sont la faiblesse des investissements, l'insuffisance des efforts d'entretien, et la mauvaise qualité de l'eau ou la grande profondeur à laquelle elle se trouve dans certaines régions.
- Globalement, on note l'existence d'un immense besoin non satisfait en matière de services d'hygiène et d'assainissement, notamment pour le ramassage des ordures et l'évacuation de l'eau de pluie et des eaux usées.

La radio est le seul média qui atteint un part importante de la population

- Selon les enquêtes, 42 % des hommes et 36 % des femmes écoutent la radio au moins une fois par semaine, ces proportions étant respectivement de 61 % et 53 % en milieu urbain (EDSN 2012).
- De même, 53 % des hommes et 59 % des femmes ne consultent régulièrement aucun des principaux médias, radio, presse écrite, télévision, ces proportions étant respectivement de 63 % et 66 % en milieu rural.

L'Indice de développement humain (IDH) du Niger était de 0,304 en 2012, ce qui classe le pays en 186e place pour cette année dans cette comparaison mondiale (PNUD, 2013).

L'IDH est un indicateur composite reflétant les niveaux d'éducation, l'espérance de vie et le revenu, selon lequel les pays sont classés en fonction de leurs progrès dans le domaine du développement humain. L'IDH du Niger s'est accru progressivement pour passer de moins de 0,2 en 1980 à plus de 0,3 en 2010.

²² <http://www.citypopulation.de>

IDH/Éducation : Le système d'éducation du Niger a connu une expansion massive, mais la durée moyenne de la scolarisation des adultes n'est que de 1,4 an, ce qui se répercute négativement sur le classement du pays selon le niveau de développement humain.²³

- Dans le premier cycle de l'enseignement primaire, le nombre d'élèves est passé de 210.000 en 1979 à 1.901.115 en 2010. Le taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) s'est élevé pour atteindre 76 % en 2010/11, avec des disparités marquées entre les garçons (85 %) et les filles (67 %) et entre le milieu urbain (99 %) et le milieu rural (70 %).
- Dans le second cycle de l'enseignement primaire, le TBFS accuse une réduction, notamment chez les filles (environ 18 % en 2010) et il se présente de larges disparités entre les différentes régions du Niger.
- La fréquentation reste faible de même dans l'enseignement secondaire. Le TBFS était de 4 % en 2010, soit 5,3 % pour les garçons et 2,5 % pour les filles (alors que le TFBS moyen pour les pays de la sous-région était de 16 % en 2006).
- Selon l'Enquête nationale démographique et de santé de 2012, 80 % des femmes et 60 % des hommes n'avaient aucune éducation et seuls 8,5 % des femmes et 19,5 % des hommes avaient commencé ou achevé leurs études secondaires.

Les taux d'alphabétisation nigériens sont stables mais se situent à des niveaux extrêmement bas en raison de la faiblesse de la scolarisation et de la piètre qualité de l'enseignement, seule une minorité des enseignants ayant reçu une formation appropriée.

- En 2012, 42 % des hommes et 14 % des femmes étaient classés dans la catégorie des personnes alphabétisées (EDSN 2012). Ces proportions étaient respectivement de 32 % et de 7 % seulement en milieu rural et de 70 % et 45 % en milieu urbain. Le taux d'alphabétisation du Niger est l'un des plus bas au monde.
- L'accès limité des filles à l'éducation et leur rétention limitée dans les établissements d'enseignement réduisent les possibilités qui leur sont ouvertes dans la vie économique et leur pouvoir décisionnel.
- Il est urgent de stimuler la demande au sein des groupes vulnérables (filles, femmes, ruraux, etc.) et de promouvoir une instruction de qualité notamment par le biais de politiques, de la gestion des ressources humaines, de l'adaptation des programmes d'enseignement et de la mise en place progressive d'une infrastructure d'enseignement appropriée (FMI avril 2013).

Espérance de vie à la naissance : cet indicateur, composante santé de l'IDH, fait apparaître une tendance positive au cours des 30 dernières années

- L'espérance de vie à la naissance, qui était au Niger de 39,5 ans en 1980, est passée à 48,3 ans en 2000 et à 55,1 ans en 2012.

Le revenu moyen par habitant (composante économique de l'IDH) connaît une évolution positive mais se situe toujours à des niveaux modestes.

- Selon la base de données du PNUD, le revenu moyen (exprimé par le RNB par habitant basé sur les taux de PPA, en dollars internationaux constants 2005) est passé de 586 dollars en 2000 à 701 dollars en 2012. Le coefficient de Gini, qui mesure l'inégalité des revenus, était de 34,6 en 2008, comparable à celui du Togo et de l'Algérie.

²³ <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/NER.html>

- Deux profils de la pauvreté récents indiquent que la pauvreté touche les régions rurales davantage que les régions urbaines et qu'elle est plus prononcée dans la population féminine. En outre, ce phénomène a des dimensions endémiques dans les régions de Maradi, de Dosso et de Tillabéri. Bien que la profondeur et la gravité de la pauvreté ainsi que des inégalités sociales aient diminué légèrement ces dernières années, elles se situent toujours à des niveaux élevés.

Cadre politique du développement national

La future stratégie d'investissement du Niger dans la lutte contre le VIH et le développement du secteur social dans son ensemble est déterminée par les dispositions de trois grands documents stratégiques : la Stratégie de développement durable et de croissance inclusive (SDDCI NIGER 2035), le Plan de développement économique et social 2012-2015 (PDES) et le Plan de développement sanitaire 2011-2015 (PDS).

Le PDES, adopté en septembre 2012, est le cadre de référence des interventions relevant du programme nigérien de développement à moyen terme et il est aligné sur les OMD.

- Il repose sur les objectifs et les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie accélérée de développement et de réduction de la pauvreté, des stratégies sectorielles et des plans d'action ministériels.
- Il fait également fond sur l'exécution d'importants projets structurels, notamment ceux du barrage hydroélectrique de Kandadji et de l'exploitation et du traitement du charbon des mines de Salkadamna, ainsi que des investissements dans l'infrastructure des transports.
- Grâce à l'amélioration de son réseau ferroviaire et routier, le Niger sera moins isolé et mieux relié aux pays voisins. *S'agissant de la transmission du VIH, de tels progrès peuvent porter atteinte aux succès remportés par le Niger dans la réduction de l'épidémie, du fait de la création de points chauds sur les sites de construction de l'infrastructure et de l'intensification des déplacements de gens entre les zones à faible prévalence du VIH et les zones à forte prévalence.*

L'un des objectifs fondamentaux du PDES est le relèvement du niveau de vie par le biais de la réduction des inégalités et par le développement de la classe moyenne.

- Cette classe sociale est considérée comme le segment le plus actif de la population en termes de main-d'œuvre spécialisée disponible et d'augmentation de la demande intérieure, en particulier par le biais de la consommation des ménages.
- *Toutefois, les statistiques relatives à l'épidémie indiquent également que c'est dans les segments aisés de la population que le VIH se propage. Ceci est vraisemblablement dû à la disponibilité de revenus pouvant être consacrés à la quête du plaisir, notamment dans l'industrie du sexe.*

Le Plan de développement sanitaire 2011-2015 (PDS) adopté en janvier 2011 a pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la santé de la population et la réalisation des OMD en rapport avec la santé.

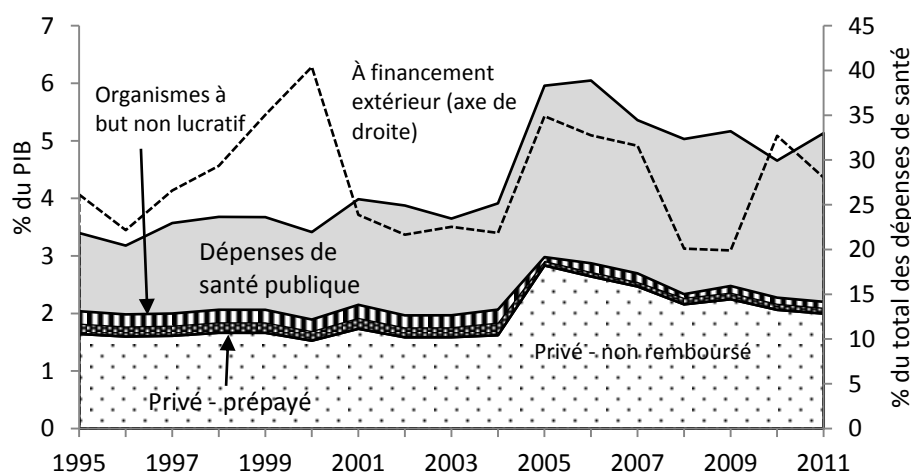
- Le PDS est basé sur une analyse détaillée des carences et des faiblesses du secteur de la santé publique. L'insuffisance de la couverture de services de SSR de qualité est signalée comme une déficience majeure et des mesures d'amélioration urgente des services de planification familiale, de santé maternelle et de vaccination, de la gestion intégrée des maladies infantiles, de la nutrition et de la PTME nt en bonne place dans le plan.

- La prévalence du VIH est un indicateur de résultats clés du cadre de résultats du PDS : le niveau cible est fixé à moins de 0,7 %, niveau qui a été atteint en 2012 et qui doit être maintenu.
- Le PTME est présentée comme une intervention à impact élevé tant pour la santé maternelle/néonatale que pour la santé infantile ; la cible de couverture prévue pour 2015 est fixée à 65 %.
- Les cibles de couverture du TARV sont de 30 % pour les enfants et de 75 % pour les adultes porteurs d'infection à un stade avancé, et de 30 % pour les femmes enceintes dont la séropositivité a été établie.

Montants des dépenses de santé et sources de financement

- En 2011, les dépenses de santé s'élevaient à 5,1 % du PIB (225 millions d'euros / 303 millions de dollars EU), étant dominées par le secteur public (57 % du total) et par les frais à la charge des patients (39 % du total) – voir la 8.
- Selon l'ENDS 2012, seuls 2 % des hommes et des femmes sont couverts par une assurance maladie ou une assurance sociale ; toutefois, dans les régions d'Agadez et de Niamey, 10 % des femmes signalaient avoir une assurance médicale/sociale.
- Les frais à la charge des patients représentent 95 % des dépenses totales de santé des ménages.
- Le financement extérieur représente environ un tiers des dépenses totales de santé (WHO, 2014).
- Les dépenses consacrées aux soins et au traitement du VIH représentaient environ 1,6 % des dépenses totales de santé et 2,7 % des dépenses publiques de santé en 2011.

Figure 8. Dépenses de santé par source de financement au Niger (1995-2011)



Source : OMS (2012).

Note ; en % du PIB (abscisse) sauf indication contraire

- Selon le PDS, l'État entend développer d'autres mécanismes de financement de la santé et prévoit notamment de promouvoir l'assurance maladie sociale (mutuelles de santé) et des allocations sociales de soutien pour les personnes âgées et les économiquement faibles.
- La gratuité de certains services est prévue par la loi : services pédiatriques pour les enfants de 0 à 5 ans, services de prévention (planification familiale, soins prénatals), services aux cancéreux, aux tuberculeux et aux personnes vivant avec le VIH-sida, et césarienne (kits payants). Les montants minimaux et maximaux à percevoir pour les services sont également réglementés.
- Dans trois régions, les accouchements en milieu hospitalier sont également gratuits (appui du FNUAP). Dans quatre régions, les services fournis aux professionnels du sexe sont gratuits (appui de la Banque mondiale).

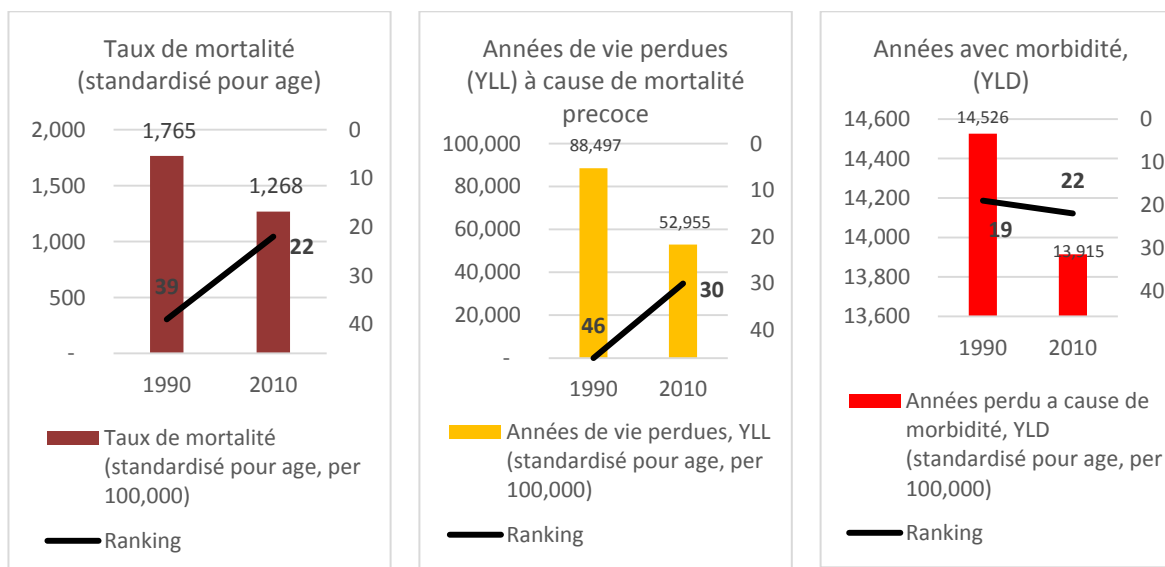
Priorités pour la santé

Charge de morbidité

Les principaux facteurs de morbidité au Niger restent les maladies communicables, néonatales, nutritionnelles et maternelles, telles que les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures et la malnutrition protéocalorique (IHME/BM).

- Cependant, dans une comparaison avec 46 pays d'Afrique subsaharienne, le Niger affiche des progrès notables des indicateurs de charge de morbidité et du classement régional – voir la 9 (à gauche et au milieu, à noter que la première place indique les meilleurs résultats et la 46^e les pires).
- Le Niger est, de toute la région, le pays qui a le plus bas pourcentage d'AVAI attribuables à des maladies non communicables (18 % seulement) ; toutefois, les résultats de l'étude STEPS indiquent une augmentation rapide de l'hypertension et du diabète ces dernières années (PDS p. 29).
- Malgré des progrès, le Niger se classait très mal en 2010 dans la comparaison régionale portant sur les années de vie perdues en raison de la méningite, de la rougeole, du tétanos, des maladies diarrhéiques et des infections des voies respiratoires inférieures.
- Dans la comparaison régionale, le pays se classait relativement mieux pour les accidents de la route, la violence interpersonnelle, le diabète, les actes autodestructeurs, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le VIH-sida.

Figure 9. Indicateurs sur la charge de morbidité au Niger (1990, 2010; rang parmi 46 pays de l'Afrique subsaharienne)



Source: Institute of Health Metrics and Evaluation, Human Development Network; The World Bank; The global burden of disease: Generating evidence, guiding policy—Sub-Saharan Africa Regional Edition. Seattle, WA: IHME, 2013.

Note : Ranking - la première place indique les meilleurs résultats et la 46^e les pires.

Fourniture et portée des services de santé au Niger

Le Niger pratique une politique des soins de santé primaire se concentrant sur le système de santé de district. La fourniture de services de santé est dominée par le secteur public (Stratégie sectorielle de la santé, SSS), avec:

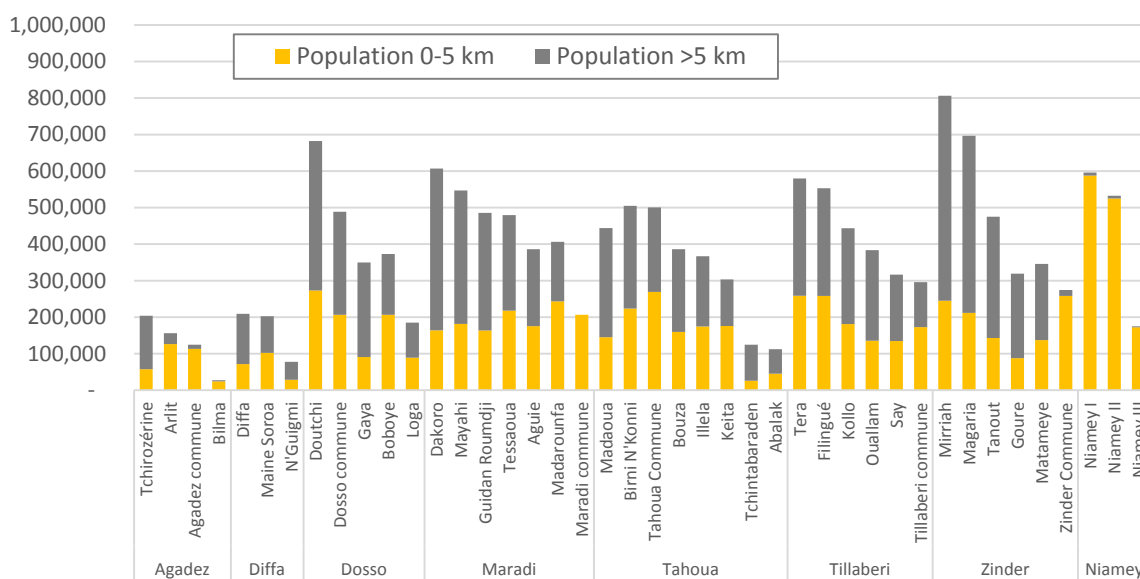
- Huit cent vingt-neuf centres de santé intégrés dirigés chacun par un infirmier, auxquels sont rattachées 2.160 cases de santé administrées par des agents de santé communautaires ;
- Trente-trois hôpitaux de district, répartis sur 42 districts sanitaires ;
- Neuf Directions régionales de la santé publique avec 6 hôpitaux régionaux, deux maternités régionales de référence et 7 centres mères-enfants ;
- Trois hôpitaux de référence nationaux et une maternité de référence nationale (trois à Niamey et un à Zinder).

Environ 47 % de la population vivent à 5 km d'un établissement de santé (10).

- En milieu rural, les frais de transport occasionnés par les urgences médicales dans les régions isolées posent des problèmes considérables.

Les prestations de services par des infirmiers de sexe masculin sont considérées comme faisant obstacle à l'utilisation des services de santé par les femmes.

- Cependant, selon le Plan de développement des ressources humaines du ministère de la Santé (2011-2020), un pourcentage croissant de travailleurs du secteur santé sont des femmes – 75 % des moins de 35 ans et 85 % des personnes en formation.

Figure 10. Accès aux établissements de santé par district sanitaire au Niger (2011)

Source: Annuaire MSP, 2012

La fourniture effective de services est considérablement limitée du fait de contraintes provenant de l'infrastructure et des ressources. Les niveaux de couverture signalés en 2011 étaient les suivants :

- Couverture géographique des soins de santé de base : 71 % (estimation HSS)²⁴ ;
- Traitement de la malnutrition : 22 % (estimation HSS) ;
- Consultations pour soins de santé prénatals (CPN4+) : 26 % ;
- Traitement antiparasitaire pour les femmes enceintes : 21 % (estimation) ;
- Dépistage et traitement de la syphilis durant la grossesse : 6 % ;
- Accouchements assistés : 29 % en 2012 (plan eTME) ;
- Prise en charge des infections néonatales : 11 % ;
- Diagnostic et le traitement des IST : 37 % ;
- Traitement de la tuberculose sous supervision directe : 58 %.

La prévalence de l'emploi de contraceptifs modernes s'est accrue d'environ 1 % tous les 5 ans chez les femmes habitant Niamey, dans les autres régions urbaines et dans in les régions rurales, mais reste faible (EDSN 1998, 2006, 2012).

- La prévalence globale de l'emploi de contraceptifs modernes était de 11 % en 2012 et de 12 % chez les femmes vivant en ménage. Elle était de 27 % en milieu urbain et de 10 % en milieu rural. Sur le plan régional, elle était à son niveau le plus élevé à Niamey (32 %) et le plus bas dans la région de Tahoua (6 %).

²⁴ Cet indicateur n'inclut pas les services spécifiques à la riposte au VIH tels que la PTME, les TARV et les tests de dépistage du VIH

- Les femmes s'achètent leurs moyens de contraception moderne auprès de centres de santé intégrés et de cases de santé du secteur public, mais aussi de pharmacies et de pharmaciens ambulants du secteur public et du secteur privé (en particulier la pilule) ; le préservatif joue un rôle infime en matière de contraception, moins de 0,1 % des femmes en union déclarant s'en servir à des fins contraceptives (EDS 2012).
- La majorité des femmes prenant la pilule utilisent des produits faisant l'objet d'un marketing social.

Trente pour cent de toutes les femmes de 15 à 49 ans vivant en ménage expriment une demande de planification familiale (PF) ; moins de la moitié (14 %) de la demande est satisfaite (emploi de contraceptifs) et un peu plus de la moitié (16 %) ne l'est pas (besoin non satisfait) (EDSN 2012)

- En 2012, on comptait environ 3,1 millions de femmes de 15 à 49 ans vivant en ménage (mariées ou en concubinage), et 930.000 (estimation) considéraient avoir besoin de PF ;
- Environ 498.000 femmes vivant en ménage ont un besoin non satisfait de PF (estimations basées sur EDSN 2012) ;
- Quelque 55 % des femmes 59 % des hommes ont entendu un message sur la PF diffusé à la radio au cours du mois écoulé (41 % seulement chez les femmes rurales) (EDSN 2012).

Il y a d'importantes occasions manquées de contact avec les non utilisatrices de PF (EDSN 2012).

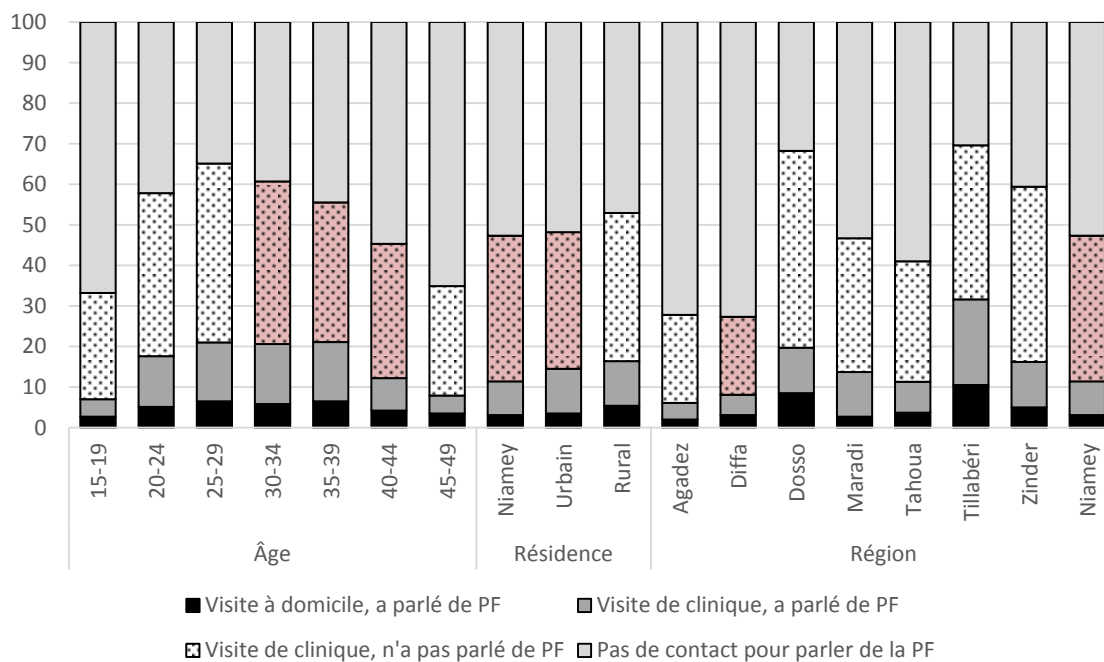
- **Quelque 86 % des non utilisatrices de PF signalent ne pas avoir parlé de PF au cours des 12 mois écoulés, que ce soit avec un agent de santé communauté ou avec un membre du personnel d'un établissement de santé ;**
- **Quelque 36 % de toutes les non utilisatrices de PF se sont rendues dans un établissement de santé au cours des 12 mois écoulés mais n'ont pas parlé de PF durant leur visite (occasion manquée de PF) – voir la 11 (zones en pointillés)**

Ces occasions manquées de PF sont également des occasions manquées de réduction de la transmission du VIH (composante PTME de la planification familiale) – voir la 11 (les zones roses en pointillés indiquent les strates à plus forte prévalence du VIH).

Les risques peuvent être plus élevés au sein des groupes suivants :

- **Femmes de 30 à 44 ans** (taux de prévalence plus élevé que chez les femmes plus jeunes, et beaucoup de femmes ayant enregistré cinq naissances ou plus) ;
- **Femmes vivant dans la ville de Niamey et les autres zones urbaines/villes** (taux de prévalence du VIH chez la femme de 1,5 % et 0,7 % respectivement)
- **Femmes des régions de Niamey et Diffa** (taux de prévalence du VIH chez la femme de 1,5 % et 0,8 % respectivement).

Figure 11. Non utilisatrices de planification familiale : contacts avec les prestataires au Niger (2012)



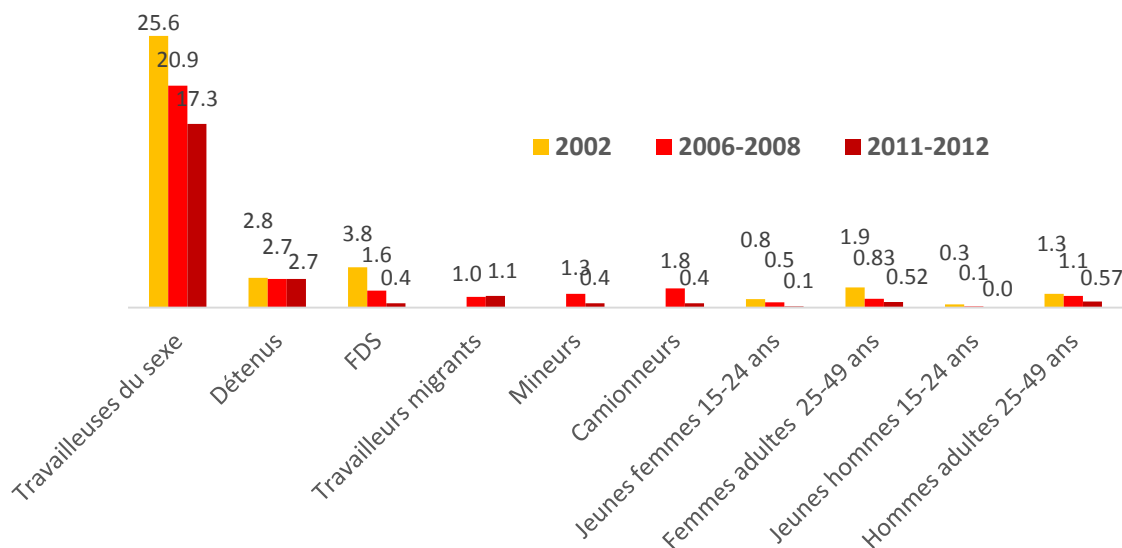
Source: EDSN 2012, tableaux 5.12 et 15.4

Section 3. État de l'épidémie de VIH

Évolution historique et ampleur de l'épidémie

- L'épidémie de VIH marque une contraction au Niger.** Les données sur la prévalence du VIH dans le grand public et les populations clés à risque élevé indiquent que l'épidémie s'est concentrée au cours de la décennie écoulée. Les taux de prévalence du VIH accusent une réduction dans pratiquement toutes les populations étudiées (12). Les données de surveillance sentinelle des services de soins prénatals corroborent cette contraction de l'épidémie, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes étant passée de 1,7 % en 2009 à 0,9 % en 2012.

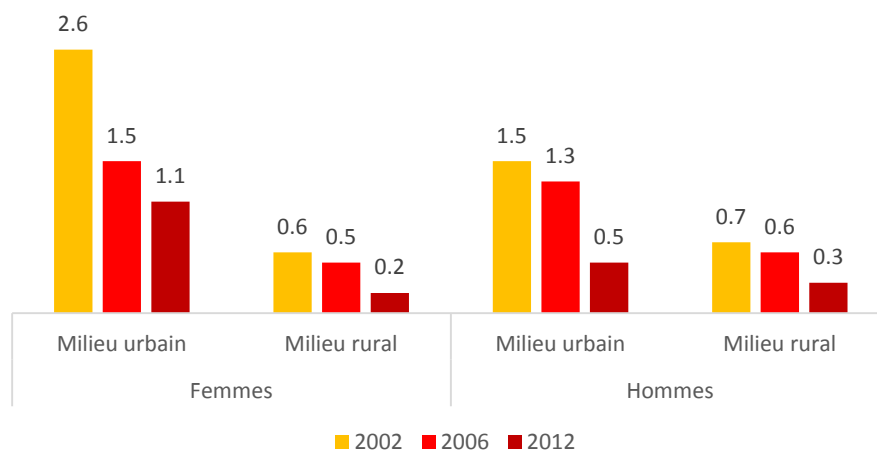
Figure 12. Prévalence du VIH par groupe de population au Niger (2002-2012)



Sources : Sero Rapport Care sur la séroprévalence 2002, SSG 2008, SSG 2011, EDS 2006, EDS 2012..

- L'épidémie évolue dans le sens d'une réduction, en milieu tant urbain que rural (13).** C'est chez les femmes urbaines que la prévalence du VIH a le moins diminué, celles-ci risquant cinq fois plus d'être séropositives que leurs homologues rurales (la principale contribution aux taux de prévalence du VIH provenant des femmes de Niamey). Le TARV peut jouer un rôle dans les taux de prévalence féminins élevés, en particulier à Niamey où l'on compte six centres de TARV. En 2012, dans l'ensemble du pays, il y avait 40 % plus de femmes que d'hommes sous TARV (Rapport annuel ULSS 2012, T8, page 21).

Figure 13. Prévalence du VIH par sexe et lieu de résidence au Niger (2002, 2006, 2012)

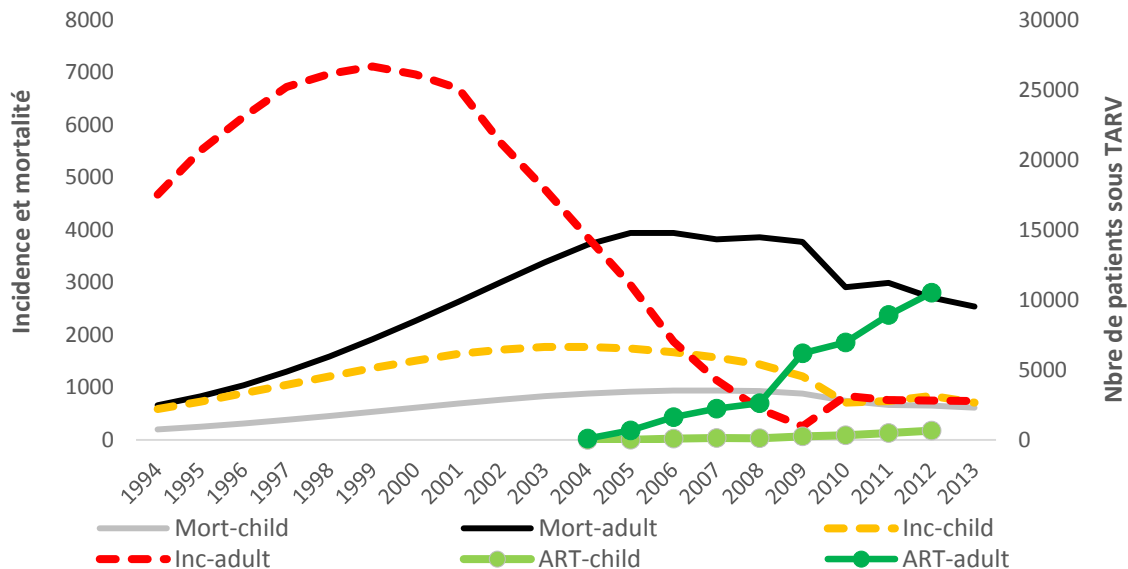


Sources : Rapport Care 2002 sur la séroprévalence, EDS 2006, EDS 2012.

- **Le Niger partage ses frontières avec plusieurs pays ayant des niveaux de prévalence du VIH plus élevés au sein de leur population** : Nigeria, Mali, Benin et Burkina Faso. Les 3 premiers ont également des niveaux de prévalence plus élevés parmi les travailleuses du sexe (Rapport global ONUSIDA 2013 et aidsinfo.com, statcompiler pour les données DHS, rapports pays UNGASS 2012). Les interactions entre les populations, via les échanges transfrontaliers et les populations mobiles, impacteront la dynamique de l'épidémie au Niger.
- **Une circoncision masculine quasi universelle (99 %) endigue l'épidémie** (données sur la circoncision masculine de l'EDS 2006). Le rôle majeur de la circoncision masculine dans la réduction de la transmission du VIH dans le sens femmes-hommes ne fait plus aucun doute. L'exemple du Niger confirme le fait que des taux très élevés de circoncision masculine préviennent une épidémie généralisée, malgré les comportements sexuels à haut risque et la vulnérabilité de sa population. Les infections par le VIH restent dans une grande mesure chez les sujets féminins en raison de la faible efficacité de la transmission du virus à leurs partenaires masculins, attribuable à la circoncision masculine.
- **L'incidence du VIH, selon les estimations issues de modélisations, a diminué progressivement : elle avait atteint son maximum en 2000, avec 8.470 nouvelles infections et n'était plus que de 1.447 en 2013** (Spectrum 2013). Le résultat en est une réduction de la prévalence du VIH, qui est déterminée par l'incidence des nouvelles infections par le VIH et par la mortalité liée au sida.
- **Jusqu'à une date récente, la réduction de l'incidence du VIH s'est accompagnée d'une forte mortalité liée au sida, en raison de l'accès limité aux TARV (14)**
 - La couverture des TARV s'est accrue depuis 2004 pour atteindre en 2012 51 % chez les adultes et 13 % chez les enfants de moins de 15 ans (Spectrum 2013).
 - Quelque 3.360 PVVIH (estimation) sont décédées en 2012 d'une cause liée au sida et le total cumulatif des décès liés au syndrome survenus au Niger à la fin 2012 était estimé à 68.730. Les données des EDS successives indiquent également une forte mortalité liée au sida, une grande partie des cas de prévalence du VIH recensés dans l'enquête de 2006 n'étant plus présents dans la cohorte d'âge correspondante dans l'enquête de 2012 (voir aussi la 16).

- Des conditions telles l'anémie ferriprive, la malnutrition et les maladies diarrhéiques et la TB (cf. le graphique dans le Résumé analytique) sont susceptible d'accélérer la progression au sida et à la mort des personnes vivant avec le VIH et qui ne sont pas sous traitement

Figure 14. Nouvelles infections par VIH, mortalité liée au sida et TARV au Niger (1994-2013)



Source: Spectrum 2013 (version révisée)

Répartition du VIH dans la population nigérienne

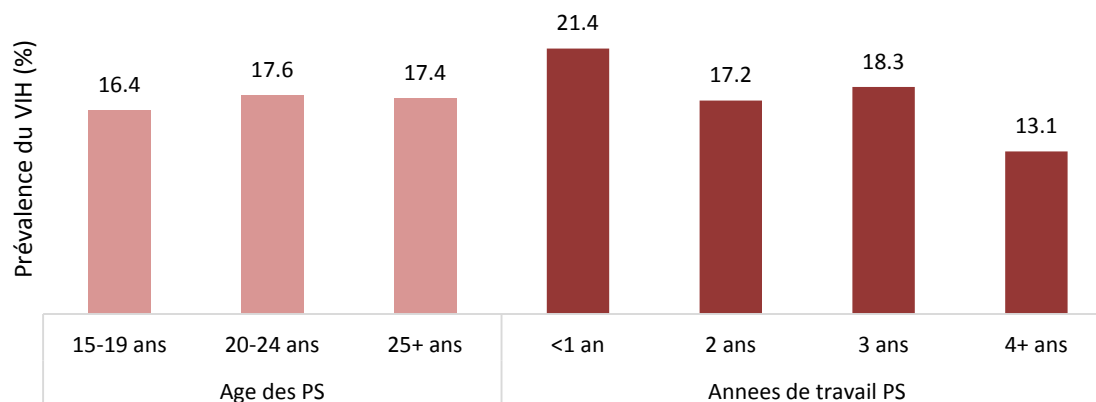
- Les deux populations clés dans lesquelles la prévalence du VIH reste élevée sont les professionnelles du sexe (PS) et la population carcérale.
- Les infections par le VIH sont globalement concentrées dans certains segments de la population féminine : chez les PS, les membres féminins des groupes de population clés à risque élevé (notamment les femmes incarcérées) et certains sous-groupes démographiques du grand public (voir ci-dessous). Le corpus de données épidémiologiques indique que la circoncision masculine est susceptible de prévenir la transmission du VIH dans le sens femme-homme (y inclus des PS à leurs clients).

Professionnelles du sexe

- Le Niger compte, estime-t-on, 28.000 PS qui sont concentrées dans les agglomérations urbaines et les zones industrielles telles que les zones minières et les champs de pétrole (SSG 2011). Malgré la baisse des taux d'infection par le VIH chez les PS, la différence entre celles-ci et les femmes de l'ensemble de la population reste importante (17,3 % contre 0,4 % ; voir la 12). En 2011/12, la probabilité d'infection par le VIH était de 43 fois plus élevée chez les PS que chez les femmes de l'ensemble de la population. Elle était également 20 fois plus élevée que chez les clients (celle-ci étant estimée à 0,8 % d'après SSG 2011), ce qui indique une forte exposition des PS aux rapports sexuels non protégés et leur forte sensibilité à l'infection par le VIH.

- **Les données des enquêtes suggèrent d'amples variations régionales de la prévalence du VIH chez les PS.** En 2011, les niveaux les plus élevés ont été enregistrés chez les PS enquêtées à Tahoua et Maradi (31 %), ces localités étant suivies par Agadez (23 %), Zinder (21 %) et Niamey (19 %). Les PS de Dosso et de Tillabéri présentaient des taux de prévalence du VIH inférieurs à la moyenne (16 % et 12 %), et il n'y avait pas d'infections par le VIH diagnostiquées chez les 71 PS enquêtées de Diffa (également 0 % dans l'enquête de 2009).
- **Les PS sont infectées rapidement une fois qu'elles entrent dans l'industrie du sexe.** Les PS de moins de 20 ans étaient aussi susceptibles d'être infectées par le VIH que les PS plus âgées ($p = 0,98$) et celles qui avaient moins d'un an d'expérience en travail du sexe avaient la plus forte prévalence d'infection par le VIH sur toutes les personnes interrogées dans l'enquête 2011 – voir la 15. Une étude de 2010 (CISLS, Cartographie des sites prostitutionnels et MSM, 2010) indique que les PS les plus jeunes tendent à travailler dans la rue alors que les maisons closes emploient des femmes âgées de jusqu'à 50 ans. Le nombre de clients semble également varier selon le site de prostitution, les bars et les restaurants ayant la plus forte proportion de PS déclarant avoir plus de 20 clients par jour.
- La durée moyenne de travail du sexe est de 3 ans, 41 % des PS travaillant de 1 à 4 ans et 28 % plus de 4 ans²⁵.
- **Les femmes pratiquant le travail du sexe sont en majorité divorcées** (63 % selon l'étude de cartographie de 2010). Certaines femmes se trouvent poussées à l'activité sexuelle commerciale après un veuvage, un divorce ou une séparation.

Figure 15. VIH par âge de PS et ans d'expérience en travail du sexe au Niger (2011)



Source : SSG 2011, Tableau 4.6b et annexe 13.

- **Les cas de violence signalés sont fortement associés à l'infection par le VIH.** En 2011, il y avait chez les PS ayant signalé des violences à leur égard un taux de prévalence du VIH de 32 %, contre 14 % chez les PS n'en ayant pas signalé. Il n'a pas été constaté d'association entre la consommation de drogues et/ou d'alcool et le statut sérologique VIH.

²⁵ Animas-sutura- SongES – RENIP. Résultats de l'étude de cartographie des sites prostitutionnels de la communauté urbaine de Niamey, 2013.

Population carcérale

- **Il y a environ 11.600 personnes incarcérées dans les établissements correctionnels du Niger**, dont 3,2 % seraient des femmes²⁶. La durée moyenne de l'incarcération est de 1 à 2 ans. Le milieu carcéral est porteur de risques de contamination par le VIH, de tuberculose et d'autres affections, et une source officielle signale une ventilation insuffisante, un surpeuplement et des décès attribuables au sida, au paludisme et à la tuberculose.²⁷
- **La prévalence du VIH dans la population carcérale est restée stable au cours de la décennie écoulée.** Elle s'est stabilisée à 2,7-2,8 % et n'a pas diminué comme elle l'a fait dans les autres groupes de population clés. À Niamey, 6,0 % des détenus objets d'une enquête en 2011 étaient infectés par le virus, et 4,3 % à Diffa (ce qui constitue un rappel des flambées possibles d'une épidémie localisée dans un environnement porteur de risques tels que le milieu carcéral).
- **Les connaissances relatives au VIH ont toujours été faibles chez les détenus et elles sont peut-être en baisse** (SSG 2011). Il existe un lien entre les antécédents d'IST et l'infection par le VIH.

HSH et prostitution masculine

- **L'homosexualité n'est pas acceptée dans la société nigérienne et les relations sexuelles entre hommes sont donc dissimulées²⁸.** On ne dispose pas de données épidémiologiques sur les HSH au Niger. Les études de cartographie et les estimations ont permis d'établir les chiffres suivants concernant les HSH : ceux-ci sont environ 200 à Tahoua, environ 150 à 200 à Zinder et 89 à Niamey, notamment dans les bars, les maisons closes et les cinémas (Animas 2013). On a pu identifier une dizaine d'HSH mais ils n'ont pas pu être interviewés.
- **Selon une étude, une forte proportion des HSH interrogés ont déclarés se livrer à des activités sexuelles commerciales** (données de 2012, HSH identifiés par sondage en boule de neige). En 2010, 64 % des HSH interviewés ont déclaré être rémunérés par leurs partenaires sexuels. Il existe également certains HSH qui s'identifient comme étant bisexuels, et dont certains sont mariés, ce qui relie la transmission du VIH par les HSH à la population générale des femmes.

Autres populations clés, notamment les clients de l'industrie du sexe

- **VIH dans les populations de clients des PS :** Des enquêtes périodiques ont également été menées auprès d'enseignants, de camionneurs, de mineurs, de travailleurs migrants et de membres des forces armées (voir la 12 pour les données de prévalence du VIH). Chez tous les hommes des populations clés confondues, la prévalence du VIH était de 0,8 % en 2011 (24 infections chez 2.943 hommes sur lesquels on dispose de données bio-comportementales). Ce taux de 0,8 % peut être considéré comme le taux de prévalence du VIH chez les « clients de l'industrie du sexe ».
- **VIH chez les femmes appartenant aux populations clés :** Chez toutes les femmes des populations clés confondues (PS exclues), la prévalence du VIH était de 1,7 % en 2011 (7 infections chez 405 femmes sur lesquelles on dispose de données bio-comportementales).

²⁶ International Centre for Prison Studies (2012). World female imprisonment list, second edition. http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/wfil_2nd_edition.pdf

²⁷ Bureau of Democracy, Human Rights and Labor (2012), Niger country report. <http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/humanrightsreport/index.htm?year=2012&dliid=204151#wrapper>

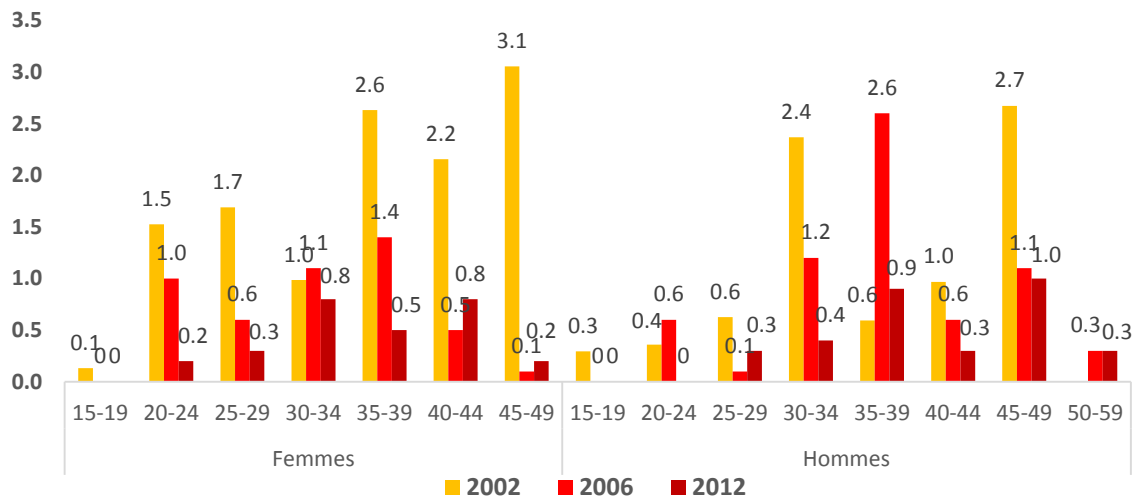
²⁸ CISLS (2010). La cartographie des professionnelles du sexe et des homosexuels. 17 février 2010.

- **Le taux de prévalence du VIH est notablement plus élevé chez les femmes que chez les hommes appartenant aux populations clés.** Toutefois, les échantillons de population des femmes sont de taille limitée :
 - Forces armées : 7,7 % (F – 2/26) contre 0,1 % (M – 1/746)
 - Travailleurs migrants : 2,9 % (F – 1/35) contre 1,0 % (M – 6/600)
 - Population carcérale : 3,6 % (F – 2/55) contre 2,6 % (M – 14/548)
 - Enseignants : 0,7 % (F – 2/289) contre 0,0 % (M – 0/226)
- **Chez les hommes, les comportements sexuels à risque et les rapports avec les PS sont liés aux déplacements loin du domicile, à l'existence d'un revenu disponible et à la mobilité** (EDS 2012).
- **Dans l'ensemble, rares sont les homes interrogés dans le cadre d'un sondage qui ont déclaré avoir payé pour des actes sexuels** – 1,3 % des hommes âgés de 15 à 59 ans signalent avoir jamais payé pour des actes sexuels, et 0,5 % déclarent l'avoir fait au cours des 12 derniers mois. Des antécédents d'actes sexuels commerciaux sont plus fréquents chez les hommes vivant à Niamey (4,6 % ont déclaré avoir jamais payé pour des actes sexuels), les hommes divorcés ou séparés (3,0 %), les hommes du quintile le plus riche (2,9 %), les hommes vivant dans la région de Tillabéri (2,8 %) et les hommes ayant une éducation secondaire ou supérieure, ou vivant dans une région urbaine (2,7 % dans les deux cas).

Population générale

- **La prévalence du VIH a diminué dans presque tous les groupes d'âge quinquennaux définis par les EDS et**, en 2012, se situait à son niveau le plus élevé chez les femmes âgées d'une trentaine d'années et du début de la quarantaine (jusqu'à 0,8 %) et chez les hommes âgés de la fin de la trentaine d'années et de la quarantaine (jusqu'à 1,0 %) – voir la 16. Certains des cas de VIH dans ces groupes d'âge plus avancés pris en compte dans les taux de prévalence correspondent à des personnes porteuses d'infection par le VIH à un stade avancé et sous TARV. Par ailleurs, les caractéristiques démographiques des PS et leur taux de remplacement dans l'industrie du sexe permettent de déduire que certaines femmes séropositives ont exercé des activités sexuelles commerciales.
- **Les caractéristiques d'âge et de sexe de l'infection par le VIH reflètent le mélange des âges dans les relations sexuelles au Niger.** Très peu de jeunes hommes sont infectés par le virus par comparaison aux jeunes femmes (qui tendent à avoir des partenaires/époux bien plus âgés)

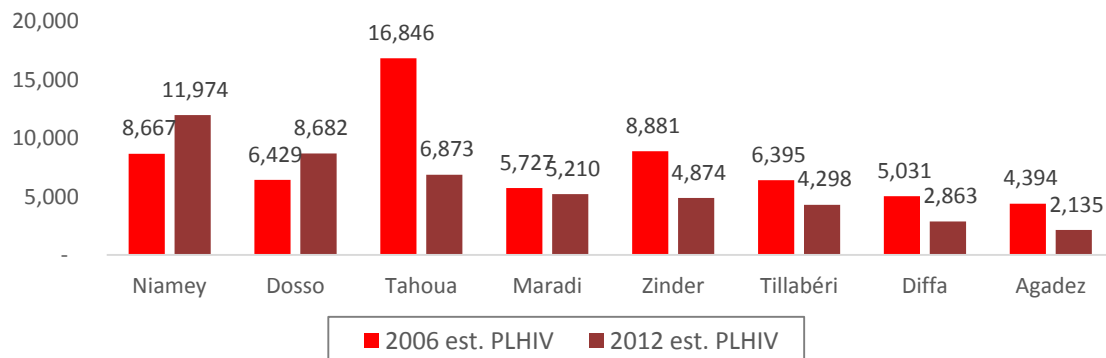
Figure 16. Prévalence du VIH par groupe d'âge au Niger (2002, 2006, 2012)



Sources: Care Rapport Care 2002, EDSN 2006, EDSN 2012 (données préliminaires).

- On estime qu'un peu plus d'un quart des personnes vivant avec le VIH habitent Niamey (26 % en 2012) et que plus de la moitié des PVVIH du pays habitent Niamey, Dosso et Tahoua (d'après les chiffres de population régionaux et les niveaux régionaux de prévalence du VIH de 2012 – voir la 17). Le nombre de PVVIH s'est accru dans deux régions depuis 2006 : Niamey et Dosso. C'est, estime-t-on, à Tahoua que le nombre de PVVIH a le plus diminué et à Agadez et à Diffa que le nombre de PVVIH était le plus bas en 2012 par comparaison aux autres régions.

Figure 17. Nombre de personnes vivant avec le VIH par région au Niger (2006, 2012)



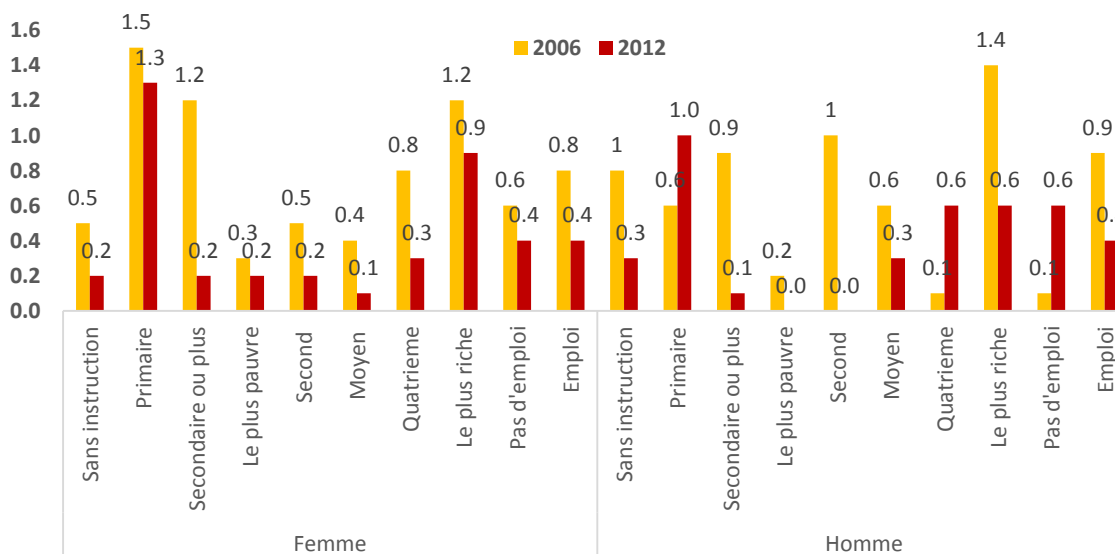
Sources: Estimations démographiques sur la base des données de recensement régionales, EDS 2006 & 2012, Spectrum 2013 (révision).

- Les groupes de population à forte prévalence du VIH sont les suivants (taux de prévalence selon l'EDS 2012 indiqués entre parenthèses) :
 - Habitantes de Niamey (1,5 %)
 - Femmes divorcées/séparées (1,7 %), ou veuves (3,2 %) ²⁹

²⁹ À noter que dans le sondage sur les travailleuses du sexe de 2010, 63 % d'entre elles ont déclaré être divorcées et 4 % être veuves.

- Femmes vivant loin de leur domicile au moins 1 mois par an (1,1 %)
- **Les groupes suivants présentaient également des taux élevés de séroprévalence en 2012:**
 - Femmes indiquant ne pas avoir eu de partenaire sexuel au cours de l'année écoulée (1,7 %)
 - Femmes devenues sexuellement actives à l'âge de 20 ans ou plus (1,7 %)
 - Hommes indiquant ne pas avoir eu de partenaire sexuelle au cours de l'année écoulée (1,1 %)
 - Personnes ayant une éducation primaire, par comparaison à celles sans éducation ou ayant une éducation supérieure (F = 1,3 %, H = 1,0 %)
- **Les changements de la prévalence du VIH de 2006 à 2012 dans les couches de population à différents niveaux d'éducation, de richesse et d'activité économique sont indicatifs d'une situation épidémique en rapide évolution (18).** Même dans la couche de population à niveau d'éducation le plus élevé, la prévalence du VIH a diminué notablement chez les femmes et les hommes, sans doute du fait de la convergence d'une baisse de l'incidence du VIH et d'une augmentation de la mortalité liée au sida (l'étendue du programme des TARV est restée modeste jusqu'aux environs de 2009)

Figure 18. Prévalence du VIH par les couches socio-économiques, Niger (2006, 2012)



Sources: DHS EDS 2006 et 2012.

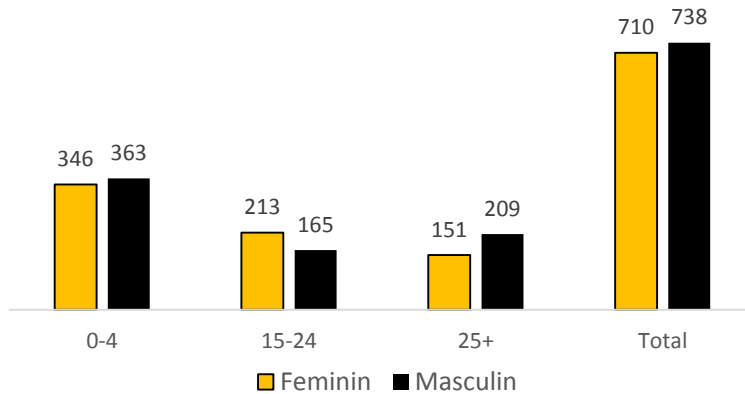
Survenue des nouvelles infections par le VIH

Infections incidentes par âge et par sexe

- L'épidémie est alimentée au Niger par une transmission à la fois verticale et sexuelle. Il est estimé qu'en 2013, 709 nouvelles infections par le VIH sont survenues chez des enfants par transmission de la mère à l'enfant et que 738 nouvelles infections sont survenues chez des adultes (Spectrum 2013) – voir la 19.

- L'incidence du VIH estimée est semblable chez les hommes et chez les femmes, mais elle est légèrement plus élevée chez les jeunes femmes et les hommes plus âgés en raison des schémas tenant aux différences d'âge entre partenaires sexuels.

Figure 19. Incidence du VIH par âge et par sexe selon les estimations de Spectrum, Niger (2013)

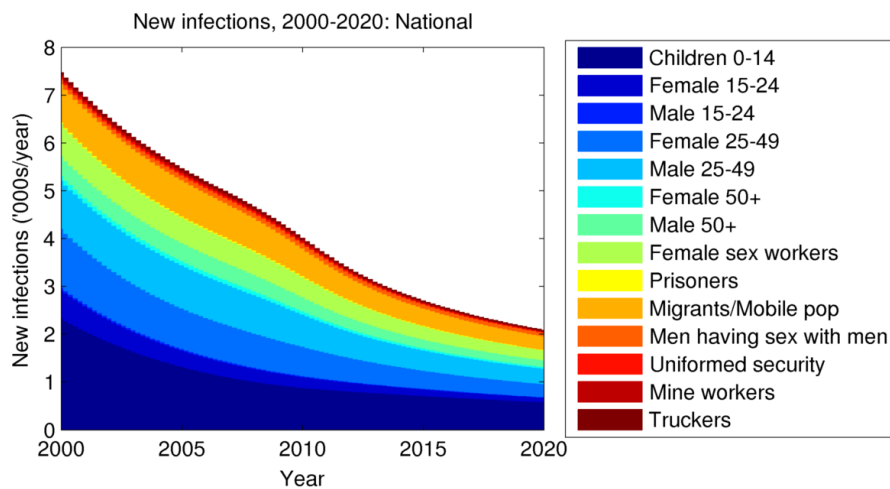


Source : Spectrum 2013 (version révisée). Note : erreurs d'arrondi possible.

Infections incidentes par sous-populations

- Au moyen d'Optima et en stratifiant la population par caractéristiques démographiques, épidémiologiques et comportementales selon 14 sous-populations, on a établi des estimations des nouvelles infections annuelles dans chacun de ces groupes (20). **En 2012, la TME et les nouvelles infections chez les adultes de 25 à 49 ans, les migrants et les PS représentaient, estime-t-on, 80 % de l'incidence du VIH. Le facteur contributif des nouvelles infections le plus important était la TME.**

Figure 20. Tendances de l'incidence du VIH estimées au moyen d'Optima par sous-population au Niger (2000-2020)



Source : Optima Application du modèle Optima (Prevtool) au Niger, janvier 2014.

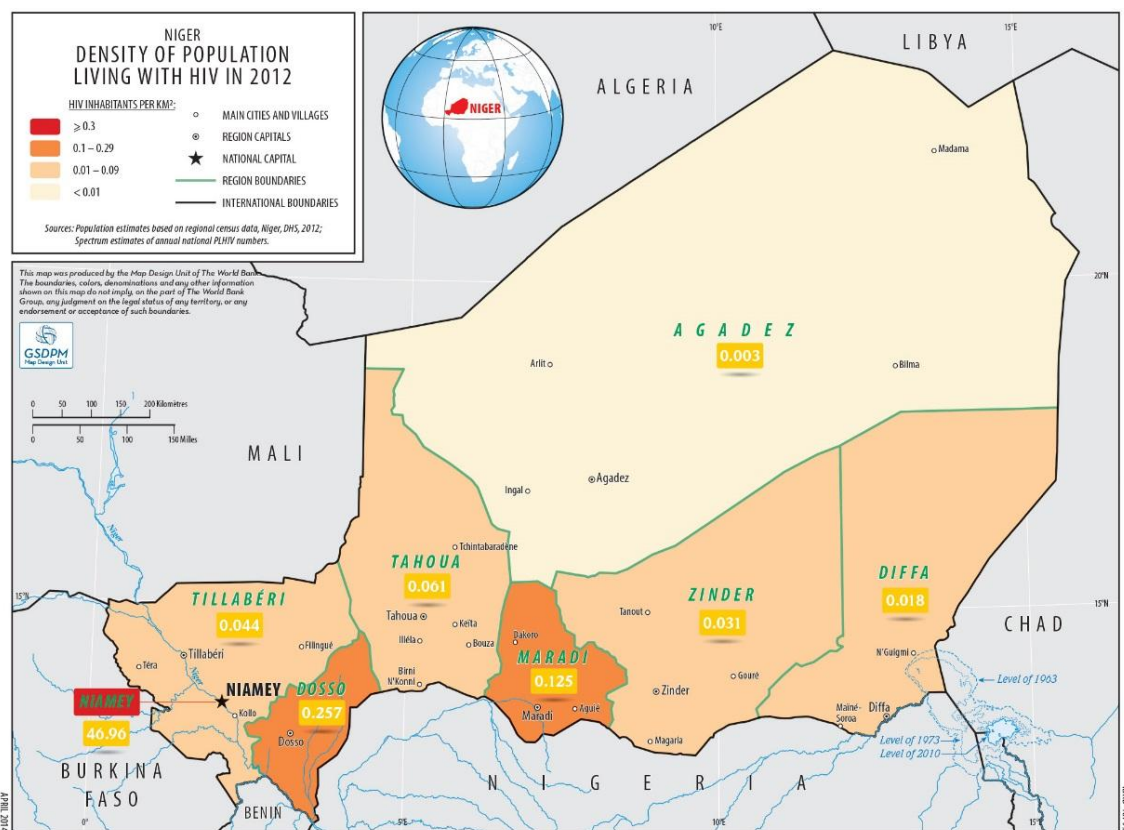
Note : Le graphique représente les taux estimés de nouvelles infections par an.

Infections incidentes par localisation

On ne dispose pas d'estimations directes de la répartition de l'incidence du VIH, mais il existe certains indices concernant les lieux où le VIH peut se transmettre.

- La répartition géographique des PVVIH indique qu'une proportion importante de la transmission du VIH se produit sans doute dans le sud-est du pays ; en 2012, **70 % (estimation) des PVVIH habitaient l'une des quatre régions du sud-ouest qui ne couvrent qu'un quart de la superficie du pays (Niamey, Dosso, Maradi, Tahoua)** – voir la 21. L'absence de traitement de l'infection chez les PVVIH parvenues à un stade avancé de la maladie peut favoriser la transmission du virus par voie sexuelle

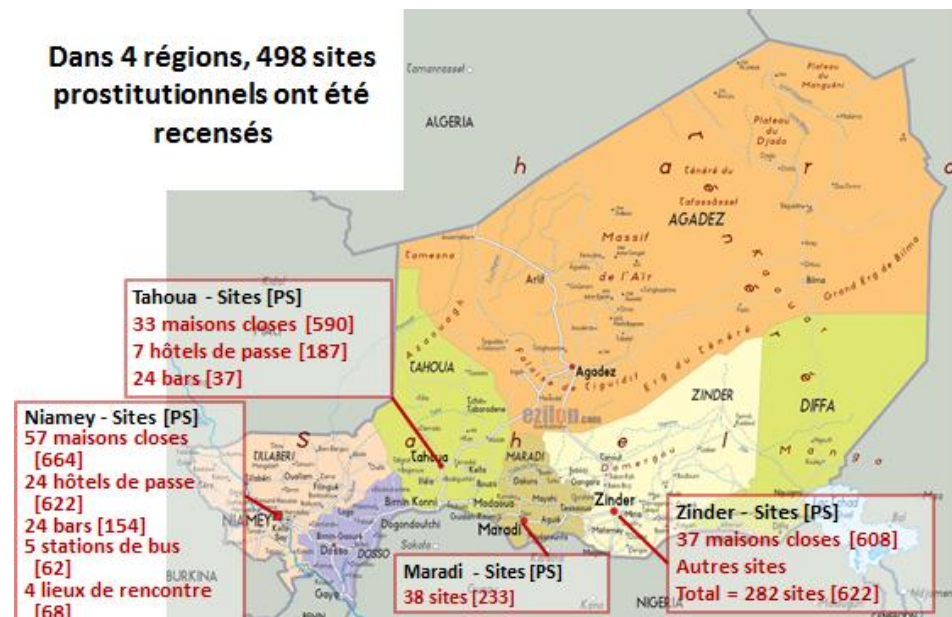
Figure 21. Concentration du fardeau du VIH par région au Niger (2012)



Source : Estimations démographiques sur la base des données de recensement régionales, EDS 2012, Spectrum 2013 (version révisée).
 Note : People Densité de la population vivant avec le VIH par kilomètre carré ; ≥ 0.3 , 0.1-0.29, 0.01-0.09, et < 0.01 .

- Les données relatives à la contribution des PS à la transmission actuelle du VIH (20), à la répartition géographique des sites de prostitution (22) et à l'existence patente d'une épidémie de VIH urbaine (13) corroborent l'idée que les zones urbaines et industrielles du Niger restent des zones de transmission élevée du VIH. Les sites de prostitution ont fait l'objet d'une cartographie et d'analyses en 2013, afin de mieux comprendre les caractéristiques des foyers de transmission du VIH en rapport avec le commerce du sexe. Plus de 3.200 PS ont été dénombrées dans les 498 sites repérés.

Figure 22. Points chauds de transmission du VIH liés au commerce du sexe au Niger (2013)



Source : Cartographie de la prostitution, Animas, 2013.

Note : PS = nombre de professionnelles du sexe.

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

Section 4. Efficacité du financement, des services et des programmes liés au VIH

Modalités de financement de la riposte au VIH et montants alloués aux divers services et programmes relatifs au VIH

Les dépenses nationales consacrées au VIH et au sida sont bien documentées dans les rapports d'évaluation dits rapports NASA couvrant les années 2007 et 2008 (CISLS, 2009) et 2009-12 (CISLS, 2013), qui sont résumés au tableau 2.

Les coûts de la riposte nationale au VIH se sont élevés, sur une période de six ans, à 58 millions d'euros (78 millions de dollars EU), soit une moyenne annuelle de 9,7 millions d'euros (12,6 millions de dollars EU) ou 0,24 % du PIB au cours de cette période.

- On ne discerne pas de tendance claire des dépenses liées au VIH-sida : elles ont diminué presque de moitié entre 2007 (11,4 millions d'euros / 14,8 millions de dollars EU) et 2010 (5,9 millions d'euros / 7,7 millions de dollars EU), mais ont augmenté considérablement depuis pour se situer en 2012 à leur niveau le plus élevé observé jusqu'ici (12,5 millions d'euros / 16,3 millions de dollars EU).

Le financement de la riposte au VIH est dominé par les apports de sources extérieures qui, de 2007 à 2011, représentaient près de 90 % des dépenses liées à la lutte contre le VIH.

- Toutefois, une bonne part de l'augmentation des dépenses de la lutte contre le VIH-sida en 2012 est provenue des finances publiques (3,4 millions d'euros de plus, ou 4,5 millions de dollars EU) attribuables essentiellement à un nouveau prêt de la Banque mondiale, alors que les apports de sources extérieures ont diminué de 1,4 million d'euros (1,8 millions de dollars EU).
- En conséquence, en 2012, **la part des financements extérieurs n'était plus que de 67 % des dépenses totales, alors que les fonds publics représentaient 30 % de celles-ci.**
- Les sources les plus importantes d'appuis extérieurs ont été le Fonds mondial (29 % du financement total en 2007-2012), l'UNICEF et le gouvernement allemand (Kreditanstalt für Wiederaufbau), puis, à compter de 2012, le prêt de la Banque mondiale (2012-2016).
- Au 1^{er} janvier 2014, certaines incertitudes pèsent sur l'avenir concernant le niveau de soutien que le Niger pourra obtenir du Fonds mondial. L'accord en vigueur avec la KfW expire en avril 2014 et, à la date de rédaction du présent rapport, environ 2,6 millions de dollars EU seulement des engagements du Fonds mondial en faveur de la riposte nationale au VIH-sida n'avaient pas été décaissés.

Au moins depuis 2009, la plupart des services relatifs au VIH-sida sont fournis par le secteur public (environ deux tiers des dépenses totales), alors que le secteur privé et les ONG internationales ne représentaient respectivement qu'environ un quart et un dixième des dépenses en 2009-2012.

- Le rôle du secteur non public intérieur dans la mise en œuvre des interventions reflète en grande partie les dépenses de prévention financées par le gouvernement allemand (Kreditanstalt für Wiederaufbau), acheminées par l'entremise d'Animas-Sutura.³⁰

En 2009-2012, la plupart des dépenses de prévention du VIH ont été consacrées au marketing social et à la distribution de préservatifs (37 %), à la prévention de la transmission mère-enfant (19 %), aux conseils et dépistage volontaire (15 %) et aux mesures ciblant les jeunes (13 %).

- S'agissant des dépenses de prévention, 7 % ciblaient les « populations à risque accessibles » et 1 % les professionnel(le)s du sexe.
- Les dépenses en faveur des programmes visant l'industrie du sexe sont restées faibles et variables, la majorité des fonds provenant de sources internationales (1,9 % des dépenses totales de prévention en 2009 et 0,9 % en 2012). Ceci soulève des questions concernant l'efficacité de la répartition des ressources, étant donné que la prévalence du VIH reste très élevée chez les PS. Se pose également la question de la durabilité et de l'appropriation, vu la très importante réduction des investissements en faveur des professionnel(le)s du sexe (65 %) survenue entre 2007 et 2008 à l'achèvement du projet régional de coopération bilatérale SIDA-3³¹.

Tableau 2. Dépenses liées au VIH-sida au Niger (2007-2012)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
(En millions de francs CFA, sauf indication contraire)						
Total	7495,3	6420,7	5377,9	3862,3	6897,5	6216,8
Prévention	2507,3	1473,1	2089,8	1796,8	3719,5	3791,8
Traitement et soins	2420,1	170,2	1440,6	687,0	1920,8	2226,7
Atténuation sociale	296,3	327,6	402,9	292,8	130,1	130,9
Gestion, coordination, appui	2271,7	2849,7	1444,6	1085,7	1127,1	2067,5
Par source de financement						
Sources publiques intérieures	286,9	253,5	37,2	53,0	200,5	2443,9
Sources extérieures	6247,9	5352,1	5134,7	3583,3	6434,3	5493,7
Institutions multi-/ bilatérales	5689,3	4693,2	4469,1	2833,1	5777,8	4918,9
dont : Fonds mondial	1500,3	1428,3	2757,1	1216,9	2538,2	1494,0
dont : UNICEF	105,8	99,9	142,2	133,9	1479,6	953,9
ONG internationales	556,1	658,8	665,6	750,1	658,5	574,8
Sources privées	960,5	815,1	206,0	2267,0	262,7	279,2

³⁰ Animas-Sutura est une ONG et une organisation de marketing sociale établie grâce au soutien de KfW. Elle sert maintenant d'instrument à la mise en œuvre de la politique de population et la stratégie de riposte au VIH du pays. Son objectif est d'assurer la distribution de préservatifs et d'autres contraceptifs de manière à y assurer l'accès en tout point du pays.

³¹ Batona, G. et al (2011). Challenges and barriers for conducting STI/HIV. Prevention projects targeting female sex workers within national programs in Benin and Niger. Sex Transm Infect 2011 87: A354.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
(En millions de francs CFA, sauf indication contraire)						
Par organisme/secteur d'exécution						
Secteur public	2553,1	2693,7	3498,0	1904,8	4624,6	5600,7
Secteur privé	3841,1	2657,2	1157,6	1312,8	1775,0	2109,0
ONG internationales ou autres	1101,1	1069,7	722,3	644,7	497,9	507,2
Dépenses totales (en % du PIB)						
dont : Sources publiques	0,37	0,27	0,21	0,14	0,23	0,25
intérieures	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,07
Dépenses totales (en millions d'euros)	11,4	9,8	8,2	5,9	10,5	12,5

Source : CISLS (2009, 2013) pour des dépenses de la lutte contre le VIH/sida. IMF (2013) pour le PIB

Services et programmes de lutte contre VIH ayant été développés

Les services de prévention au Niger se sont concentrés sur la réduction des actes hétérosexuels non protégés et l'atténuation du risque de transmission verticale pendant la grossesse et à l'accouchement.

- *La transmission homosexuelle* du virus a fait l'objet de moins d'attention. Bien que des données indiquent qu'il se produit une transmission sexuelle du virus entre hommes, il n'y a pas à ce jour de couverture assurée ou amplifiée de services adaptés à la situation des HSH.
- *La transmission du VIH entre consommateurs de drogues injectables* n'est pas considérée jusqu'à présent comme un problème de santé publique et il n'est pas offert de services correspondants. Le trafic et le transport de drogues est une réalité et des premières consultations ont eu lieu (notamment à Agadez) sur la menace de la consommation de drogues illicites au Niger.

Services pour les professionnelles du sexe et leurs clients

Depuis la fin de SIDA-3 en 2007, projet régional de coopération bilatérale, le suivi médical des professionnelles du sexe relève de la compétence du Centre national de référence des IST). L'approche de prestation de service retenue consiste essentiellement en des activités à base communautaire (éducation par les paires, distribution de préservatifs), en la création de liens avec les établissements de santé (IST, CDV), surveillance médicale des PS et activités de communication avec les clients des PS. La mise en œuvre des initiatives s'est révélée, à ce jour, ponctuelle et d'ampleur limitée :

- **On ne connaît pas le taux effectif de couverture du programme** : il était estimé que des activités de prévention atteignaient 75 % des PS en 2008 et 54 % en 2011 (SSG 2011). **On ne connaît pas non plus la couverture du TARV chez les PS séropositives.**

- Il n'existe pas d'ensemble global à normes définies et à procédures opérationnelles permanentes pouvant être appliqué, avec vérification de la qualité, dans toutes les régions du pays (sous pour l'éducation par les paires chez les PS, qui est une activité bien définie³²).
- **La planification des interventions n'était pas fondée suffisamment, dans le passé, sur des informations stratégiques** (telles que la migration des PS, les caractéristiques des sites et la nature dynamique des points chauds).
- **Les interventions sont irrégulières et certains services adaptés ont cessé de se concentrer spécifiquement sur les PS** (le seul service adapté restant est le Centre national de référence des IST, qui assure le suivi médical des PS).
- **Les PS doivent s'acquitter d'une redevance pour obtenir leur carte médicale et de frais pour chaque consultation**, même au centre de services adaptés. Le coût de la consultation est passé de 200 FCFA à 1.500 FCFA, mais ce règlement ne s'applique pas dans les quatre régions appuyées par la Banque mondiale, où la consultation est gratuite pour les PS.

Seules 4 professionnelles du sexe à Niamey sur 10 participent au programme de suivi médical, qui consiste en des services de dépistage et de traitement dispensés dans un centre sanitaire³³.

- Le service de suivi médical mensuel n'est disponible que pour les PS de Niamey. La majorité des PS qui accèdent aux services sont des étrangères (non nigériennes).
- Les obstacles s'opposant à l'utilisation des services mentionnés par les personnes ayant participé à l'étude de cartographie sont l'éloignement du centre de santé, la réception peu conviviale, la lenteur des services et le manque de respect de la vie privée. Un obstacle supplémentaire cité anecdotiquement dans l'étude est la nécessité d'acheter un nouveau carnet médical après chaque visite manquée.
- Les informateurs clés soulignent le fait qu'un obstacle majeur tient à ce que la **grande majorité des PS travaillent dans la clandestinité**, à l'insu des autorités, et qu'il est donc difficile de les servir et de les protéger.

Le pays a commencé à décrire systématiquement les sites prostitutionnels et les profils des PS, ce qui constitue des informations stratégiques indispensables pour adapter les services à la localité et aux besoins.

- Les lieux et sites de prostitution sont³⁴ les bars, les buvettes, les camps de touristes, les boîtes de nuit, les restaurants, les marchés, les hôtels, les maisons closes et la rue.
- Les PS de moins de 30 tendent à travailler dans la rue, alors que l'on trouve dans les maisons closes des femmes dont l'âge va jusqu'à 50 ans.
- Le nombre de clients varie selon le type de site ; il se situe à son niveau le plus élevé dans les bars et les restaurants où les PS ont plus de 20 clients par jour.

L'utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe dépend de multiples déterminants et connaît de multiples obstacles.

³² CISLS (2011). Directives sur l'identification et la formation des paires éducatrices. Version de février 2011.

³³ Animas-sutura- SongES – RENIP. Résultats de l'étude de cartographie des sites prostitutionnels de la communauté urbaine de Niamey. 2013

³⁴ CISLS. Cartographie des sites prostitutionnels et MSM.2010

- Le refus du client est la principale raison qui explique les rapports sexuels commerciaux non protégés : 85 % dans une étude de 2010 sur tous les actes sexuels non protégés à Niamey³⁵. Ce taux de refus d'utilisation du préservatif de la part des clients souligne la nécessité d'accroître la perception des risques chez les hommes à risque élevé (les PS de la région de Maradi signalent que 65 % des clients refusent d'utiliser le préservatif ; 72 % des PS acceptent d'avoir des rapports sexuels non protégés avec les clients qui refusent d'utiliser le préservatif³⁶).
- Les caractéristiques des PS, telles que l'âge, l'ancienneté dans la pratique du sexe commercial, l'éducation et l'affiliation aux divers établissements, déterminent la force de la motivation chez elles d'utiliser le préservatif et l'efficacité avec laquelle elles imposent leurs souhaits à cet égard.
- Les préservatifs sont souvent disponibles, mais pas toujours : 86 % des PS interrogées dans une récente étude de cartographie indiquent que les préservatifs étaient toujours disponibles.
- Le type de partenaire sexuel est un facteur prédictif de l'utilisation du préservatif : cette utilisation est la plus fréquente avec les partenaires commerciaux et la moins fréquente avec les partenaires habituels (environ 23 % des PS déclarent utiliser le préservatif à chaque rapport sexuel³⁷) et cette différence indique la nécessité de dispenser des conseils sur les risques aux PS.

Les interventions auprès des PS semblent présenter un potentiel appréciable de renforcement pour parvenir à l'ampleur, la couverture et l'impact voulus.

- Peu de PS nigériennes bénéficient du suivi médical.
- Vu les taux de prévalence du VIH plus élevés observés sur les sites à la frontière du Nigéria, en raison des activités de migration associées et de la présence de populations de clients des PS, le ciblage de ressources sur ces sites de PS semble particulièrement prometteur.
- Le suivi des programmes doit, lui aussi, être renforcé afin d'informer les responsables, de favoriser l'apprentissage et de contribuer aux activités d'évaluation.

Services de promotion et de distribution de préservatifs

La promotion de l'utilisation des préservatifs pour la prévention de la transmission du VIH et des IST fait l'objet d'efforts depuis plusieurs années ; elle comporte notamment des distributions gratuites de préservatifs et des activités de marketing social, et les préservatifs sont disponibles dans le commerce.

Les résultats obtenus peuvent se résumer comme suit :

- L'utilisation du préservatif n'est vraiment importante que dans les rapports sexuels rémunérés (dans environ 87 % des cas selon plusieurs enquêtes) et occasionnels (dans environ 40 % des cas selon plusieurs enquêtes) ; le préservatif n'est pratiquement pas utilisé entre

³⁵ Barakatou Adamou Yahaya et Gado Moussa, Séroprévalence de la syphilis et du VIH chez les patients IST et les professionnelles du sexe du Centre national de référence des IST et du Centre national de Dermato-Lèpre de Niamey, du 24 mai au 5 juillet 2010, 2010, Mémoire de fin d'étude, IPSP, 2010.

³⁶ Souleymane Hamidou Garito, et al., Évaluation de la prévention des IST/VIH-sida en milieu des professionnelles du sexe dans la commune urbaine de Maradi, 2010, mémoire de fin d'étude, IPSP, 2010

³⁷ CISLS et Cabinet national d'expertise en sciences sociales (CNESS-Bozari), Enquête nationale de surveillance de seconde génération sur les IST/VIH-sida au Niger, rapport d'indicateurs 2008, 2008.

partenaires réguliers (dans environ 3 % des cas) et il n'occupe qu'une place minimale dans la PF.

- **Il se produirait environ 2,32 millions d'actes sexuels commerciaux non protégés chaque année au Niger, ce qui en fait une haute priorité pour le ciblage des préservatifs** (voir le tableau 3). On estime en outre à plus de 3 millions le nombre des rapports sexuels occasionnels non protégés, ce qui en fait une deuxième priorité pour les activités de promotion de l'emploi du préservatif pour la prévention de la transmission du VIH et des IST.
- Les jeunes hommes sont plus nombreux à déclarer faire usage du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels : 38 % en 2006 (EDS) et 66 % en 2011 (SSG) ; très peu de jeunes femmes déclarent avoir des rapports sexuels occasionnels.
- Les données relatives à l'utilisation du préservatif provenant des populations clés indiquent que l'on pourrait en faire davantage pour la réduction des risques liés aux rapports sexuels : chez les personnes déclarant avoir 2 ou plus de 2 partenaires sexuel(le)s, 40 % des détenus, 45 % des migrants, 51 % des militaires, 43 % des mineurs et 64 % des camionneurs ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (SSG 2011).
- **Le taux déclaré d'utilisation du préservatif avec les clients payants chez les professionnel(le)s du sexe se situe ces dernières années entre 85 % et 95%** ; en revanche, il n'est que de 64 % avec les « petits amis » (cartographie PS/HSH), qui peuvent souvent être des hommes en partenariat stable avec des femmes à faible niveau de risque, ce que relie celles-ci par inadvertance à des réseaux à comportement sexuel à niveau de risque élevé.

Tableau 3. Nombres estimatifs des rapports sexuels protégés et non protégés au Niger (par an)

	Nombre estimatif total de rapports sexuels	Pourcentage estimatif de rapports protégés	Nombre estimatif de rapports protégés	Nombre estimatif de rapports non protégés
Rapports réguliers	210,46 m	3 %	6,31 m	204,14 m
Rapports occasionnels	5,47 m	40 %	2,19 m	3,28 m
Rapports commerciaux (rémunérés)	17,91 m	87 %	15,58 m	2,33 m
Total	233,84 m	10 %	24,08 m	209,75 m

Sources : Valeurs estimatives basées sur les rapports relatifs à l'emploi du préservatif (EDS 2012, SSG 2011), la taille des sous-populations (données de recensement) et la fréquence estimative de rapports sexuels selon le type de partenariat.

Le marketing social des préservatifs, lancé en 2003, a abouti à la situation suivante :

- L'Association nigérienne de marketing social, dont Animas-Sutura est l'acteur principal, est financée dans le moyen terme par la KfW (phase 1 : 2003-2008 ; phase 2 : 2008-2012 ; phase 3 : 2013-2017) ;
- Au moins 44 grossistes fournissent des préservatifs objets du marketing social aux points de distribution de préservatifs ;
- Le marché est dominé par les préservatifs « Foula » ; Animas-Sutura a distribué 30 millions de ces préservatifs, vendus en paquets de trois à 75 F CFA ;

- Le marketing et la distribution ciblée de préservatifs le long des axes routiers se font par le biais de kiosques et de vendeurs ambulants ;
- La promotion et la vente sont intégrées avec les produits antipaludéens et de SR faisant l'objet d'un marketing social (distribution de contraceptifs oraux « Sutura » depuis 2010).

Certaines limitations s'opposent au développement des activités de programme relatives aux préservatifs :

- De nombreux adultes ne sont pas d'accord de promouvoir le préservatif auprès des jeunes de 12 à 14 ans ; seuls 32 % des femmes adultes et 48 % des hommes adultes y sont favorables (environ la moitié en milieu urbain) ;
- Dans les sociétés pro-natalistes, il existe souvent des obstacles tenant à la culture et aux perceptions qui s'opposent à l'utilisation du préservatif ;
- Dans les établissements de santé, les préservatifs sont souvent stockés en tant que produits de PF et, la demande de préservatifs en tant que contraceptifs étant très faible, leur date de péremption peut survenir lorsqu'ils sont en stock, avant d'avoir été distribués pour la prévention de l'infection par le VIH/les IST ;
- En particulier dans les régions éloignées, la distribution des préservatifs, par le système de santé publique (préservatifs gratuits) ou par les réseaux commerciaux (préservatifs de MS) présente des difficultés dans un pays de grande superficie en présence de facteurs incitatifs et dissuasifs généralement faibles).

Services de prévention de la transmission mère-enfant

En 2011, le Niger s'est engagé à accélérer les progrès en matière de PTME, dans l'objectif de l'élimination pratique des nouvelles infections pédiatriques par le VIH d'ici 2015. La stratégie e-TME pour 2013-2015 présente une analyse claire des goulets d'étranglement et décrit en détail une série d'actions visant à réduire le taux de TME qui était de 27 % en 2013 (données Spectrum révisées 2013) pour le situer à moins de 5 % en 2015. Les principaux résultats obtenus à ce jour sont les suivants :

- Passage de 7 sites pilotes de PTME en 2003 à 651 sites en 2012³⁸.
- Augmentation du nombre d'accouchements assistés, un objectif de SSR, qui a atteint 29,3 % en 2012 (contre 18 % en 2006), ce qui peut aider les femmes à accéder à la PTME offerte dans les soins de maternité.
- Augmentation de la présentation à la première visite prénatale (CPN1 = 83 %, contre 46 % en 2006) ; toutefois les CPN4 se situaient encore à moins de 26 % en 2012, ce qui limite gravement l'utilisation des services de PTME.
- En 2012, 47 % des femmes enceintes en ayant besoin ont reçu des ARV par le biais du programme de PTME (données Spectrum révisées 2013 ; sur 2.847 mères en ayant besoin, 1.334 ont reçu des ARV, dont 895 selon l'option A et 439 selon l'option B).
- Le diagnostic des enfants exposés reste pratiquement non existant, à environ 1 %.

³⁸ Un site de PTME signifie un endroit où sont fournis des services de PTME dans un centre médical intégré, un hôpital, une maternité ou un autre établissement de santé

- Le programme de « l'école des maris » mis à l'essai avec le concours de l'UNFPA à des fins de renforcement de la SSR et développé comporte un volet PTME ; il devrait contribuer à relever certains des défis associés à l'amplification d'échelle de la PTME étant donné que l'accès à l'accouchement assisté dépend dans une grande mesure de l'approbation du mari.

Le lancement de l'offre de service de PTME correspond relativement aux données relatives à l'épidémie

- **Niamey** – où selon l'EDS on enregistre le taux le plus élevé de séroprévalence des femmes – est arrivé au plus fort niveau de couverture des sites de PTME en 2012 (mise en œuvre des services dans 89 % des établissements de santé éligibles) (stratégie e-TME 2013)
- **Diffa** – où, toujours selon l'EDS on enregistre le 2e niveau le plus élevé de séroprévalence chez les femmes et le troisième niveau le plus élevé de séroprévalence des femmes enceintes – est parvenu à mettre en place les services dans 82 % des établissements de santé éligibles
- **Tillabéri** – où les taux de séroprévalence des femmes et de femmes enceintes sont peu élevés – a enregistré, avec 44 %, le plus faible taux de mise en œuvre des services de PTME ; de même pour Zinder le taux de mise en œuvre été relativement lent –71 %-- avec des taux de séropositivité relativement moins élevés ; dans le cas d'**Agadez**, le taux de mise en œuvre –76 % - était proportionnel à ses niveaux moyens de séropositivité féminine

Toutefois,

- **Dosso** – qui avait le taux de séroprévalence des femmes enceintes le plus élevé (1,3 %) n'a atteint qu'un taux de mise en œuvre des services de 70 %
- **Tahoua** – avec le 2e taux de séroprévalence des femmes enceintes le plus élevé (1,1 %), n'a atteint qu'un taux de mise en œuvre des services de 71 %
- **Maradi** – avec un taux de séroprévalence DHS de 0 % et un taux de séroprévalence et de soins prénatals <1 % – a atteint un taux de mise en œuvre élevé des services : 85 %

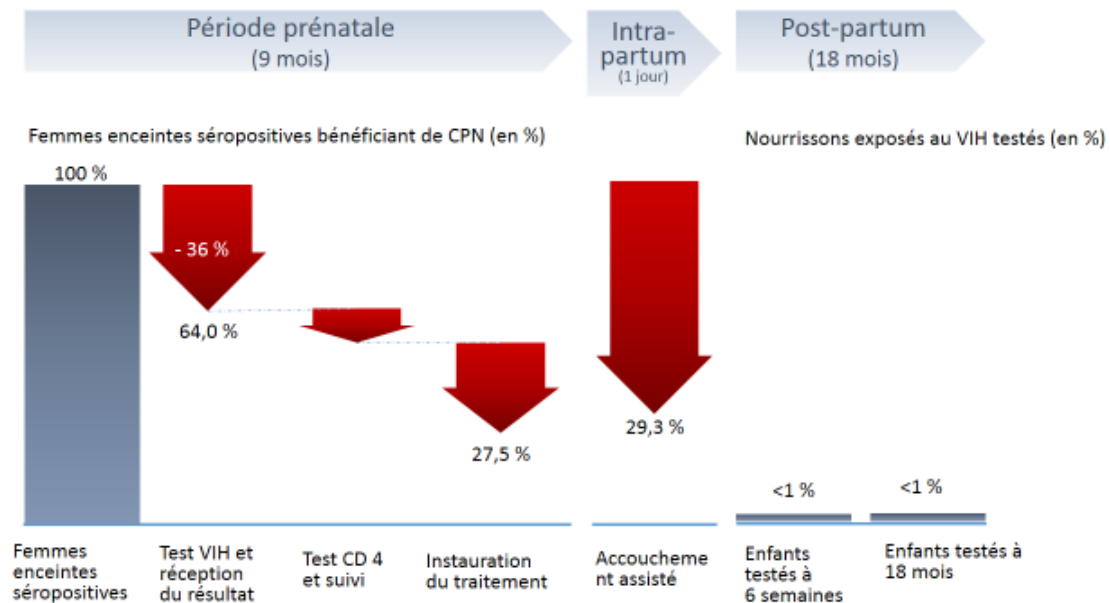
L'efficacité des sites actuels de PTME est limitée par de nombreuses difficultés organisationnelles, techniques et financières.

- Bien que 176 nouveaux sites de PTME (établissements de santé intégrés offrant des services de PTME) aient été créés en 2011, le nombre de femmes enceintes ayant subi un test de dépistage du VIH a diminué cette année-là en raison d'une pénurie de kits de tests et de réactifs d'une durée de 6 mois.
- Le développement des services de PTME souffre de la disponibilité limitée et inégale de ressources humaines / spécialistes formés et de l'insuffisance du nombre d'outils de diagnostic des CD4 et de PCR.
- Le taux élevé d'utilisation des services de CPN1 (83 %) s'explique par les avantages supplémentaires de cette première visite : enregistrement de la naissance dans les registres de l'administration, et réception d'une moustiquaire pour la prévention du paludisme. Les taux de présentation aux visites prénatales suivantes diminuent progressivement.
- Des efforts redoublés de fourniture d'une assistance gratuite à l'accouchement ont accru l'utilisation de ce service, mais celle-ci est encore trop faible et le suivi des nourrissons

exposés au VIH s'en ressent : en 2012, seuls 1 % des enfants, soit 669 sur 5.117, recevaient le TARV dont ils avaient besoin (données Spectrum révisées).

- La « cascade de la PTME », illustrée à la 23, met en évidence l'effet massif de la faiblesse de l'utilisation des services de soins prénatals et d'accouchement en milieu hospitalier sur la couverture de la PTME.

Figure 23. Résumé des pertes d'efficacité dans la cascade de la PTME au Niger



Sources: Données de l'EDSN 2012, PDS, Surveillance Sentinelle/Spectrum 2013; illustration par les auteurs

Les inefficacités et les goulets d'étranglement des programmes ont été repérés (voir la présentation dans la stratégie d'e-TME) et une série d'actions visant à y remédier a été définie (mesures résumées au tableau 4). Les deux principaux axes d'interventions qui permettront de continuer de développer la PTME sont les suivants :

- Amélioration de l'accès au traitement par l'intégration et la décentralisation des services, la délégation de l'autorité de prescription des TARV aux prestataires de soins primaires et amélioration de la plate-forme technique (pour les tests par PCR et CD4).
- Mobilisation communautaire fortement axée sur la participation des hommes (potentiellement par la généralisation des « écoles des maris ») pour favoriser un accroissement de l'utilisation des services par les femmes, l'amélioration du continuum de soins et la réduction du nombre de patients perdus de vue.

Tableau 4. Lacunes et goulets d'étranglement clés à chaque stade de la cascade de la PTME et actions définies dans la stratégie d'e-TME du Niger

Cascade de la PTME	Situation actuelle	Goulets d'étranglement repérés	Actions prévues
Amélioration de l'utilisation des CPN	CPN 1 > 85 %, CPN 1-4 < 45 %.	Obstacles culturels, piètre qualité des services fournis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'appui des réseaux communautaires, y inclus des hommes (école des maris) ▪ Améliorer les services par une décentralisation des tâches et une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement
Amélioration du dépistage du VIH	Couverture de moins de 40 %	Manque de personnel formé ; faible couverture de la plate-forme technique pour la numération CD4 ; nombre limité de centres de prescription et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la plate-forme technique ▪ Améliorer les services aux patients par un renforcement des capacités des prestataires de soins de santé et un appui des réseaux de PVVIH. ▪ Accélérer la décentralisation et la délégation des tâches aux sites de prescription au niveau des districts ainsi que pour la numération CD4. ▪ Améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les traitements et les matériels de test.
Amélioration des tests CD4 et du processus de démarrage du traitement	Moins de 25 % des femmes séropositives sous traitement par ARV		
Amélioration de l'utilisation de l'accouchement assisté	Moins de 30 % des femmes enceintes accouchent avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié	Obstacles culturels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Généraliser l'expérience du district d'Arlit où des médiatrices communautaires facilitent l'accès à la PTME ▪ Promouvoir l'implication des hommes dans le domaine de la SSR/des services liés au VIH, en particulier par le développement de l'école des maris.
Amélioration du suivi des enfants exposés	CPN = 24 %	Manque de communication entre les différents acteurs (PTME- maternité – site prescripteur)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre le processus de suivi de la mère et de l'enfant depuis le dépistage jusqu'après l'accouchement ▪ Impliquer les PVVIH et les communautés (femmes, dirigeants traditionnels et religieux, leaders d'opinion)

Cascade de la PTME	Situation actuelle	Goulets d'étranglement repérés	Actions prévues
Amélioration du diagnostic précoce pour les enfants	Quasi non existant	Manque de matériel (un seul appareil de PCR actuellement disponible et se trouvant à Niamey) ; manque de prestataires qualifiés pour le suivi des nouveau-nés ;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la plate-forme technique (matériel de PCR) ▪ Accélérer la décentralisation et la délégation des tâches au niveau du district pour la prescription des ARV ▪ Intégrer les services avec les services de santé maternelle et infantile pour assurer un diagnostic précoce
Amélioration du suivi à 18 mois	Taux de diagnostic très bas pour les nourrissons exposés (< 10 % des enfants sous TAR)	Manque de base de données intégrée pour assurer le suivi et le transfert entre structures/sites	

Source : Stratégie e-TME 2013, Ministère de la Santé.

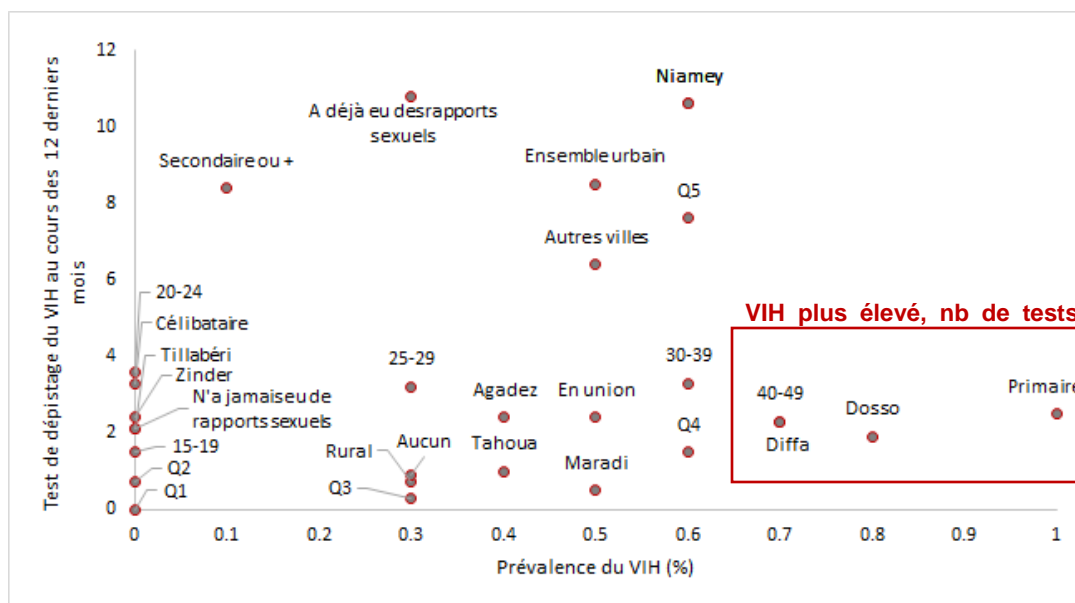
Services de conseils et de dépistage du VIH

Le secteur de la santé offre des services de conseils et de dépistage du VIH (CDV) dans les centres de services intégrés, les sites de PTME, les centres de transfusion sanguine et les sites de dépistage et de traitement de la tuberculose. On comptait, en 2008, 172 sites de CDV dans le pays, les résultats obtenus pouvant se résumer comme suit :

Le taux annuel de dépistage du VIH est supérieur de 4 à 5 points de pourcentage chez les femmes par rapport aux hommes.

- S'agissant du dépistage du VIH, 7 % à 8 % des femmes et 2 % à 3 % des hommes signalent avoir subi ce test (EDSN 2012) ; le taux est plus élevé chez les femmes en raison du CDV en rapport avec la PTME. La 24 indique les diverses strates d'hommes présentant des taux élevés de prévalence du VIH élevés et de faibles taux de CDV. De telles analyses peuvent éclairer le ciblage et la promotion géographiques des services de CDV (par exemple auprès des hommes des régions de Dosso et de Diffa) et indiquer les catégories de population où l'on peut créer une demande (par exemple chez les hommes des catégories d'âge supérieures).
- **Les populations clés présentent des taux globaux de dépistage plus élevés** : 76 % chez les PS interrogées, 61 % chez les militaires, 46 % chez les mineurs, 41 % chez les détenus, 39 % chez les camionneurs et 28 % chez les migrants (SSG 2011).
- En 2012, les autorités gouvernementales ont alloué des ressources réservées aux **activités de conseil et de dépistage à l'initiative des soignants** (CDIS), manifestant ainsi la volonté de cibler pour les CDV les personnes qui : a) sont déjà en contact avec le secteur de la santé, et b) sont susceptibles de compter dans leurs rangs un pourcentage élevé de personnes séropositives, en particulier lorsque le CDIS concerne les IST et les services de SSR pour les adultes et le dépistage de la malnutrition chez l'enfant.

Figure 24. Hommes : Probabilité de dépistage récent du VIH par statut VIH dans les strates socio-démographiques d'hommes au Niger (2012)



Source : NDHS 2012.

Un certain pourcentage de femmes et d'hommes ayant accepté de subir un test de dépistage du VIH, en particulier dans les classes pauvres, n'en obtiennent pas les résultats.

- Globalement, 11 % des femmes ne reçoivent pas le résultat du test, mais ce taux est plus fort chez les femmes des trois quintiles de richesse inférieurs (où ce taux est de plus de 15 %) ainsi que chez les femmes sans éducation scolaire et vivant en milieu rural (EDSN 2012).
- Bien que les hommes subissent des tests de dépistage du VIH moins fréquemment, ils semblent plus nombreux à en obtenir les résultats, seuls 5 % d'entre eux ne les recevant pas. Les taux de non obtention des résultats sont les plus élevés dans les régions de Dosso et de Maradi (> 10 %) et dans le quintile de richesse le plus bas (25 %, échantillon de petite taille).

Il a été signalé des problèmes de disponibilité des réactifs de tests de dépistage du VIH au niveau des prestations de services

- Selon les informateurs clés, les stocks sont suffisants au niveau central, mais il a été fait état d'une mauvaise répartition des intrants au niveau décentralisé (par exemple dans la région de Maradi).
- Le système de commande des produits au niveau décentralisé ne fonctionne pas bien et il s'est présenté des difficultés concernant la chaîne du froid.
- Des efforts sont en cours pour renforcer la logistique de l'alimentation en réactifs de tests de dépistage du VIH (et en ARV) avec la mise en place de comités d'approvisionnement au niveau central et régional et l'attribution de financements spécifiques pour améliorer la chaîne du froid.

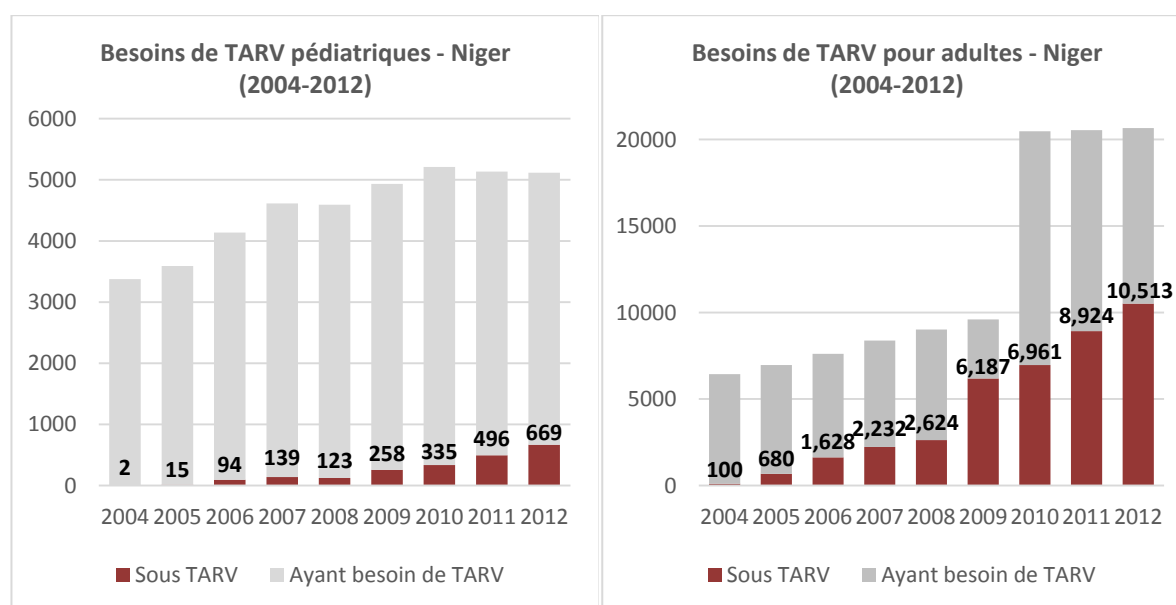
Services de TARV

La fourniture de TARV par le secteur public a commencé en 2004 et s'est accrue progressivement. Les ARV sont fournis gratuitement dans le secteur de la santé publique. Le

changement apporté à la politique nationale de traitement par ARV en 2010 a eu pour résultat de doubler le nombre d'adultes « ayant besoin de traitement » et de diminuer la couverture relative (changement de 200 CD4/mm³ à 350 CD4/mm³ pour l'admissibilité au traitement). Sont à retenir les résultats suivants :

- En 2012, il y avait 15 sites dispensant des services de TARV et 11.182 patients adultes et pédiatriques enregistrés – voir la 25.
- **La couverture du TARV était de 13 % chez les enfants et de 51 % chez les adultes en 2012, à savoir de 57 % pour les femmes adultes et de 45 % pour les hommes adultes** (d'après les estimations de Spectrum sur les besoins de TARV et les statistiques de fourniture du TARV du programme).

Figure 25. Nombre de patients sous TARV et estimations des besoins au Niger (2004-2012)



Sources : MSP Rapport MSP 2012 sur le TARV, estimations Spectrum sur le besoin de TARV (révision de 2013).

Le taux de rétention sous ARV est de 70% à 12 mois, 65% à 24 mois et 59% à 60 mois (statistiques programme 2013). C'est en dessous des moyennes reportées par l'OMS pour les pays à faible et moyen revenus, respectivement 86%, 82% et 72% (OMS Rapport d'avancement 2013).

- Le taux de rétention est similaire parmi les hommes et femmes bénéficiaires de traitements ARV, et entre les adultes et les enfants.
- Les décès confirmés parmi les patients sous ARV est de 3.9% à 12 mois, 5.4% à 24 mois et 7.7% à 60 mois (perdus de vue respectivement 26%, 30% et 33%) (statistiques programme 2013).

Les estimations des besoins de médicaments souffrent de la faiblesse des données de routine et elles sont souvent basées sur les cibles des programmes au lieu de l'être sur les données effectives des prestations de services.

- Les documents de supervision indiquent que dans plusieurs sites, les statistiques ne sont pas mises à jour ou les décès de patients sous TARV ne sont pas reflétés dans les statistiques.

- Les besoins d'ARV, d'autres médicaments et d'intrants sont estimés annuellement par le groupe APPR avec l'appui technique de SOLTHIS. Bien que les données incomplètes provenant des sites de TARV présentent des difficultés, on s'efforce toutefois d'appréhender le nombre des nouvelles instaurations de traitement, le nombre de patients perdus de vue, la mortalité et la consommation effective pour chaque site, le plus gros volume de données provenant des sites de TARV implantés à Niamey.
- Les estimations qui en résultent sont faibles et n'autorisent pas des achats appropriés de médicaments, les surestimations se traduisant par du gaspillage et les sous-estimations par des pénuries.
- Il est d'une nécessité urgente que le recueil et le partage des données soient renforcés pour éclairer les processus d'achats en veillant à ce que chaque site fournisse de meilleures données sur la consommation d'ARV et sur les cohortes en traitement.

Les contraintes en matière de ressources humaines affectent le programme de TARV

- Seules 3 des 8 régions ont un pharmacien pour la gestion des intrants du programme de TARV (ARV, autres médicaments et produits consommables).
- Le personnel des pharmacies décentralisées est insuffisamment formé ou qualifié et ceci affecte la gestion au quotidien de la chaîne d'approvisionnement ainsi que la bonne compréhension des besoins de médicaments de la cohorte en traitement.

Le système d'achat des ARV est géré par l'administration centrale, ce qui autorise une approche harmonisée des achats selon les besoins identifiés. En revanche, les achats proprement dits d'ARV, d'autres médicaments et d'intrants, eux, ne sont pas harmonisés.

- L'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC) coordonne tous les achats pour le compte du Fonds mondial, des autres partenaires financiers et des autorités gouvernementales.
- Le processus de l'achat des ARV n'est pas unifié : les commandes du Fonds mondial passent par le mécanisme volontaire d'achats groupés alors que celles qui sont financées par l'État passent par un processus d'appel d'offres.
- Les factures pro forma font apparaître d'amples différences dans les prix des médicaments achetées selon ces deux mécanismes ainsi qu'entre les prix internationaux selon l'initiative Clinton.

Les prix des ARV achetés par le système gouvernemental sont du double de ceux approuvés par le Fonds mondial, l'Initiative Clinton et l'OMS.

- Par exemple, un paquet de 60 comprimés de 3TC/AZT/NVP (150/300/200 mg) coûte 11.260 F CFA selon la facture pro forma de l'ONPPC, soit **17,15 euros** (11.260 FCFA), contre **8,59 euros** selon l'Initiative Clinton. Le cout moyen rapporte par le Fonds Mondial pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (période 2005-2012) pour le même paquet de comprimés est **8.74 euros** (interquartile 7.36-10.58 euros) ou 5.735 FCFA (4.830 - 6.943)³⁹.

³⁹ In USD, this is 11.40 per pack (interquartile range USD 9.60 – 13.80), as per the Aidspace report "Procurement cost trends for Global Fund commodities: Analysis of trends for selected commodities 2005-2012", Aidspace working paper April 2013.

- Le paquet de 60 comprimés de 3TC/AZT (150/300 mg) coûte 13,01 euros selon la facture pro forma de l'ONPCC contre 6,75 euros selon l'Initiative Clinton.
- La même différence apparaît entre l'ONPCC et l'Initiative Clinton pour d'autres ARV : 60 comprimés de NVP 200 mg : 4,40 euros contre 2,30 euros ; 120 LVP/r : 59,17 euros contre 24,16 euros.

Les systèmes de distribution des ARV sont rudimentaires et il en résulte parfois des problèmes de d'entreposage et des pénuries d'ARV dans les sites.

- L'ONPCC est chargé de l'entreposage et de la distribution des ARV, des autres médicaments et des réactifs (et il a conclu un contrat spécifique avec le CISLS pour assurer l'approvisionnement des régions).
- Il se présente parfois des difficultés dans l'entreposage frigorifique des produits au niveau central. Trois véhicules frigorifiques ont été financés par le Fonds mondial pour réduire la dépendance de l'ONPCC à l'égard de la chaîne du froid des partenaires.
- Au niveau décentralisé, le nombre de dépôts pose problème (il n'y en a que deux, à Tahoua et à Zinder), ce qui signifie que tous les autres sites de TARV doivent être desservis directement par le niveau central sur une base trimestrielle. En raison des retards dans la communication des données sur les traitements et les besoins de médicaments, il s'est produit des ruptures de stocks d'ARV aux points de traitement, lesquelles peuvent survenir alors que les stocks du dépôt central sont excédentaires.
- Les conditions d'entreposage au niveau décentralisé peuvent laisser à désirer, ce qui peut affecter la qualité des produits.
- Les Comités d'approvisionnement sont mis en place au niveau central et décentralisé pour résoudre les problèmes de la chaîne d'approvisionnement, et le système d'information du Fonds mondial pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, appuyé par l'association Solthis, contribuera à assurer un entreposage approprié et la disponibilité d'ARV et de réactifs pour les traitements et les tests.

Comparaison de coûts unitaires de services sélectionnés relatifs au VIH

L'évaluation des coûts orientée de la base vers le sommet effectuée au moyen du Modèle des besoins de ressources en 2012 donne une idée des coûts unitaires, que l'on peut comparer à ceux d'autres pays calculés selon la même méthode (tableau 5).

- Le coût unitaire de certains services est plus élevé au Niger qu'au Togo et en RDC, pays retenus aux fins de comparaison : il en est ainsi du module de services pour les PS et les HSH ;
- Le coût des CDV, celui du traitement des IST et celui de l'examen des femmes dans les interventions de PTME sont plus bas au Niger que dans les deux autres pays ;
- Le coût du TARV de première intention est plus élevé au Niger qu'au Togo mais plus bas qu'en RDC (services de PTME et TARV) ; en revanche, les TARV de deuxième intention sont considérablement plus chers au Niger.

Tableau 5. Comparaison de certains coûts unitaires de services relatifs au VIH-sida (en euros)

Prévention	MBR Niger	MBR Togo	MBR RDC
Coût par paquet de services pour PS	59,8	22,2	22,2
Coût par paquet de services pour HSH	59,8	22,2	54,5
Coût par épisode d'IST traité	7,7	11,5	9,2
Coût par client de CDV	3,8	10,7	32,2
Coût par femme examinée en PTME	3,8	6,1	-
Coût par femme enceinte traitée par ARV	46,8	34,5	76,7
TAR			
Coût annuel du TARV de première intention	166,4	109,7	189,4
Coût annuel du TARV de deuxième intention	913,5	628,2	289,2

Note: 1 euro = 655,957 F CFA (taux fixe) ; 1 dollar des États-Unis = 503,1 F CFA.

Services d'IEC/CCC

Les activités d'IEC/CCC sont conçues pour accroître la perception des risques et améliorer l'utilisation des méthodes et des services de prévention de la transmission du VIH tels que les préservatifs, les CDV, la PTME et les soins relatifs aux IST.

Les services d'IEC et de CCC ciblent les jeunes en milieu scolaire (enseignement primaire et secondaire) ainsi que les jeunes non scolarisés et visent à prévenir la transmission du VIH et des IST.

Les activités d'IEC/CCC ont produit les résultats suivants sur le plan des connaissances, des normes et des comportements :

- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 46 % des femmes et 65 % des hommes mentionnent l'utilisation du préservatif en tant que moyen de prévention de l'infection par le VIH (EDSN 2012) ;
- Soixante-cinq pour cent des jeunes femmes et 80 % des jeunes hommes savent que l'on réduit le risque d'infection par le VIH en limitant ses rapports sexuels à un/une partenaire séronégatif/séronégative ;
- Cinquante-quatre pour cent des jeunes femmes pensent qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari si elle sait qu'il a des rapports sexuels avec d'autres femmes, et 66 % pensent qu'il est justifié qu'une femme demande que son mari emploie un préservatif si elle sait qu'il est porteur d'une IST ;
- Toutefois, la plupart des femmes se marient jeunes, ont des partenaires bien plus âgées qu'elles et ont peu ou pas d'éducation scolaire, si bien que l'on peut douter de leur capacité à négocier des pratiques sexuelles conjugales sûres ;
- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, seuls 0,2 % des femmes et 1,1 % des hommes signalent avoir eu 2 partenaires sexuel(le)s ou plus au cours des 12 mois écoulés, et 1,3 % des jeunes hommes signalent avoir eu des rapports sexuels contre rémunération ;
- [L'âge médian lors des premiers rapports sexuels est de 16 ans chez les femmes et de 23 ans chez les hommes (données autodéclarées, EDSN 2012)].

Intégration des services relatifs au VIH ou liens entre les services

Les autorités savent l'importance des liens entre les services et de l'intégration de ceux-ci, et les documents stratégiques notent la nécessité d'activités de supervision intégrées et d'une amélioration de l'intégration du suivi et de la fourniture de rapports. Parallèlement, divers systèmes de liens et de référence sont l'objet d'examen et des propositions d'amélioration ont été émises. Mais ce n'est pas une analyse complète du processus d'intégration qui inclut (a) les liens intra-fournisseurs de services (ex. intégration des services par un fournisseur au cours de la consultation avec le patient), (b) intégration intra-structures, qui regroupe les liens entre les différents services fournis par des acteurs différents au sein de la même structure, et (c) inter-structures, qui concerne les références entre structures. Pour chaque centre de santé (et structures indépendantes fournissant des services VIH), la question de l'optimisation de l'intégration intra-fournisseurs de services, intra-structures et inter-structures doit se poser. Il convient, pour résumer, de noter les points suivants :

Intégration et liens entre les programmes de lutte contre le VIH et les programmes de santé :

- Le marketing social des préservatifs est intégré avec celui des produits antipaludéens et de SR par le biais d'un marketing et de canaux communs de vente sous la direction d'Animas Sutura.
- La gratuité des services d'accouchement a permis d'augmenter le taux d'accouchements assistés et a contribué indirectement à accroître la couverture de la PTME.
- La promotion et l'offre de CDIS aide à cibler le CDV (ce qui est crucial dans le cadre d'une épidémie de VIH à évolution lente) et apportent des possibilités de mise en rapport des client(e)s avec les services de prévention, de traitement et de soins (des liaisons fonctionnelles entre le CDV et le pré-TARV/TARV sont prioritaires pour assurer l'instauration plus précoce du traitement des PVVIH).
- La gratuité de certains services de santé fournis par le secteur public (en particulier planning familial et soins prénataux) offre un grand potentiel d'accroissement de l'utilisation des services de lutte contre le VIH et de SSR.
- L'intégration du CDV dans le dépistage de la malnutrition chez l'enfant est opérante (3 à 4 % des enfants testés sont séropositifs, ce qui indique qu'un tel CDV ciblé constitue un moyen important d'amélioration de la détection du VIH chez l'enfant et, par suite, d'accroissement de la couverture pédiatrique du TAR).
- Des agents communautaires (tels que les médiatrices communautaires) et les organisations à base communautaire peuvent aider à mettre les populations en rapport avec les services de santé et ils sont très prometteurs dans un pays où 53 % de la population vit à plus de 5 km de distance d'un établissement de santé. Les actions prioritaires de ces agents communautaires doivent inclure l'identification des grossesses à risque et l'accompagnement des enfants et familles engagés dans les processus de traitement (PTME, ARV, PF, TB etc.). L'expérience du Malawi a montré l'importance du soutien des pairs et du suivi des cas d'abandon pour minimiser le nombre de sujets perdus de vue, de même que celle des conseils de longue durée et de l'accompagnement des femmes et de l'utilisation efficace des

- données de suivi des patients⁴⁰. L'expérience du Rwanda qui a déployé des agents de santé masculins et féminins au niveau communautaire démontre l'importance de la mobilisation et de la création de la demande aux niveaux de base.
- L'intégration complète de la coordination régionale de lutte contre le VIH dans les structures de coordination du secteur de la santé favorisera l'intégration générale et accroîtra la durabilité de la coordination de la lutte contre le VIH ainsi que des interventions au niveau décentralisé (des retards dans l'acheminement des ressources ont perturbé la coordination de la lutte contre le VIH dans le passé).
- Les liens et le suivi conjoint entre les prestataires de services du secteur public et du secteur privé sont médiocres, malgré la stratégie du pays qui prévoit une approche multisectorielle du VIH-sida. C'est ainsi, par exemple, que 8 % des femmes et des hommes d'Agadez bénéficient d'une assurance médicale payée par un employeur, de même que 3 % des hommes et 6 % des femmes de Niamey, mais que les prestations de services relatifs au VIH fournies par le secteur privé ne sont pas prises en considération dans les statistiques nationales.

Liens avec le paquet des services pour les professionnel(le)s du sexe : Bien qu'il soit plus difficile de lier les interventions à destination des PS avec la fourniture de services de santé en général, les différents éléments du programme à destination des PS – le socle de la réponse au VIH au Niger – peuvent et doivent être mieux intégrés, et ce, de la manière suivante ;

- L'accessibilité aux services de diagnostic et de traitement des IST est la base pour assurer un point d'entrée pour la fourniture de services aux PS.
- Le lien qui existe entre les activités à base communautaire pour les PS et les services adaptés au niveau des établissements est faible et la collaboration entre les pairs éducateurs/pairs éducatrices et le personnel médical est insuffisante ; il en va de même pour les services de CDV et les soins/traitements.
- Les interventions structurelles doivent être reliées à un ensemble complet de services pour les PS pour traiter le problème de la stigmatisation et de la discrimination qui limite actuellement l'utilisation des services (ceci s'applique aussi aux professionnels du sexe masculins).
- Les interventions intégrées de lutte contre le VIH sur les lieux de travail, en particulier dans les entreprises minières et pétrolières, sont des activités complémentaires importantes qui visent à réduire les risques des rapports sexuels commerciaux en offrant des services de prévention ciblés aux employés (qui pourraient être impliqués dans le commerce du sexe du fait de leurs revenus et de leur situation).
- Les services intégrés pour les migrants (OIM-Niger) sont considérés par les acteurs clés de la réponse nationale au VIH comme un modèle utile de prestations intégrées de services de lutte contre le VIH et les IST en faveur de populations clés.

⁴⁰ Shaffer N et al. (2014). Option B+ for prevention of mother-to-child transmission of HIV in resource-constrained settings: great promise but some early caution. *AIDS* 28:599–601; Tenthani L et al. (2014). Retention in care under universal antiretroviral therapy for HIV-infected pregnant and breastfeeding women ('Option BR') in Malawi. *AIDS* 28:589– 598.

PTME :

- Une stratégie comportant l'apport de services de PTME dans les 857 Centres de santé intégrés du pays est en cours d'application (plan eTME). Cette stratégie est portée par les plans globaux et régionaux d'élimination de la transmission verticale (malgré les taux de prévalence VIH faibles dans la population générale et donc le coût élevé par transmission verticale évitée de l'infection VIH)
- Les documents officiels soulignent le problème du peu d'intégration des services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), de SSR, de PF, de TARV et de PTME (notamment au niveau de la supervision, à savoir des visites effectuées par des responsables de district qui n'incluent pas comme elles le devraient les services de PTME).
- Cette faiblesse aboutit à des possibilités manquées d'offre de l'ensemble complet de services, y inclus des interventions à base d'ARV, pour les femmes et les enfants simultanément et dans le même établissement.
- L'établissement de liens avec les activités à base communautaire ciblant les hommes, en vue d'accroître l'utilisation des soins prénatals – et donc la PTME – a fait l'objet d'une initiative pilote (l'« École des maris »), qui constitue une intervention prometteuse en particulier pour la PF et la PTME.
- Le dépistage à six semaines des nourrissons exposés au VIH est peu fréquent en raison du manque d'intégration de cette activité dans le traitement des mères séropositives (et du problème sous-jacent des taux très bas d'accouchement assisté).
- On ne saurait trop souligner l'importance de la mise en relations des efforts de PF, de PTME et de survie de l'enfant au Niger. L'expérience internationale a démontré que les « grossesses désirées » sont mieux prises en charge en termes de soins prénatals, avec des implications directes pour l'utilisation de la PTME (cf. Karusa/ONUSIDA).
- The importance of linking FP, PMTCT and child survival efforts in Niger cannot be overstated. International experience has shown that “wanted pregnancies” benefit from better follow-up in terms of antenatal care, with direct implications on utilization of PMTCT (pers comm. Karusa, UNAIDS).

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

Section 5. Investissements dans la lutte contre le VIH : impacts des dépenses passées et allocations optimales des ressources durant la période actuelle du plan stratégique

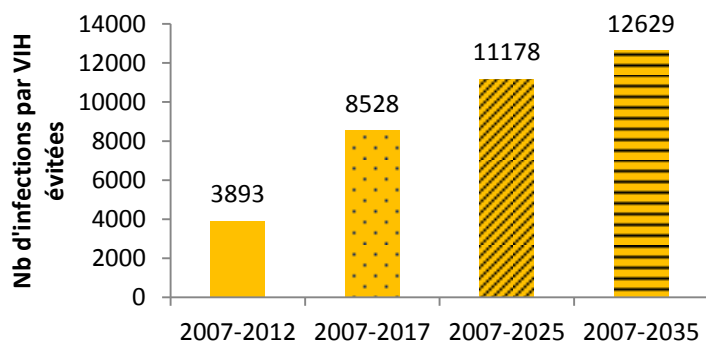
Impact des dépenses passées

Au moyen du modèle Optima, on a estimé l'impact des investissements passés dans la lutte contre le VIH en comparant le nombre prévu de nouvelles infections par le virus dans les conditions actuelles et les nombres estimatifs de scénarios contrefactuels où il n'y aurait pas eu d'investissements. On s'est servi des données locales pour formuler des hypothèses fondées sur les faits sur la relation entre le financement, les effets sur le VIH et la couverture du programme (**annexe 1**). Au moyen de ce même modèle, on a projeté les trajectoires de l'épidémie selon les scénarios contrefactuels et l'on a comparé ces trajectoires à celle de l'épidémie calibrée selon les conditions réelles (38), pour produire une estimation de l'impact du programme de lutte contre le VIH.

Les dépenses effectuées au cours de la période 2007-2012 ont contribué à réduire l'incidence du VIH et ont donc évité de nouvelles infections (26).

- Les dépenses consenties de 2007 à 2012 ont évité près de **3.900 infections** rien que pour cette période ;
- Compte tenu des retombées de ces infections évitées, d'ici 2035, les dépenses effectuées de 2007 à 2012 auront évité un total de **12.600 infections**, à un coût de **3.500 euros par infection évitée** (4.700 dollars EU) si l'on considère les seules dépenses au titre des programmes de lutte contre le VIH (voir l'annexe A1.3 pour les programmes inclus) et de **4.600 euros** (6.200 dollars EU) si l'on considère toutes les dépenses de la lutte contre le VIH, y inclus l'administration et la coordination.
- Ces avantages futurs de second ordre découlant de six années de dépenses passées sont donc considérablement plus élevés que les infections par le VIH évitées durant la période où ces dépenses étaient effectuées (2007 à 2012).

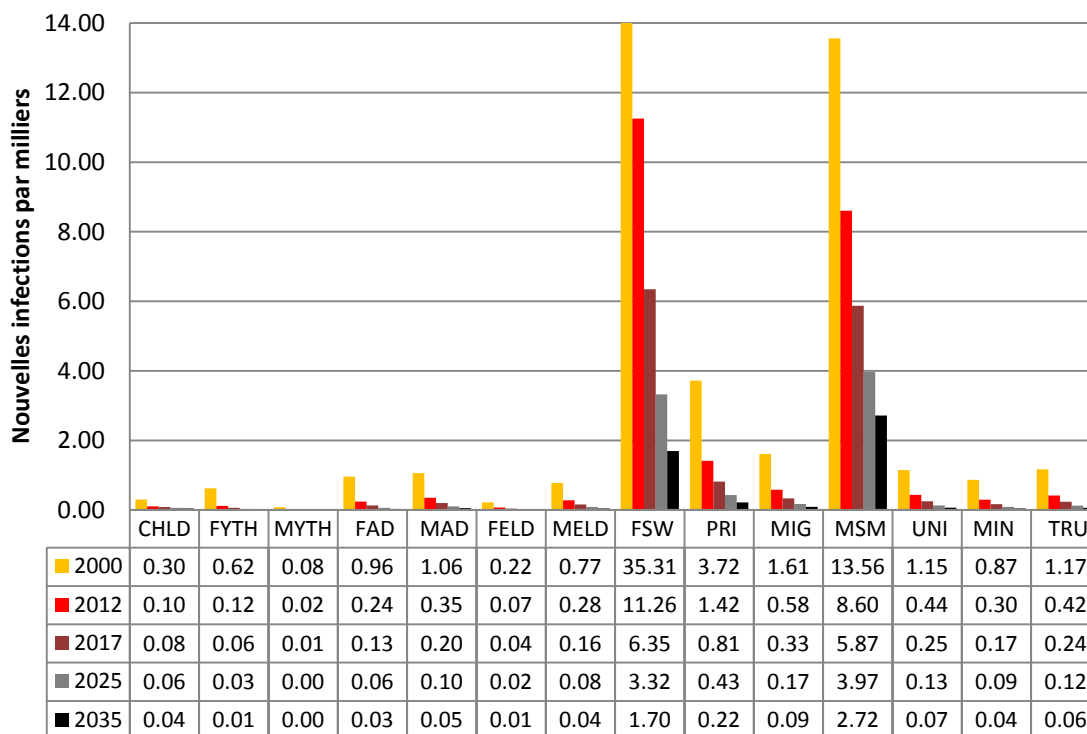
Figure 26. Nombre d'infections évitées par les dépenses effectuées pour la lutte contre le VIH de 2007 à 2012 au Niger



Source: Rapport NASA 2007-2012, données épidémiologiques et comportementales disponibles fournies par le Niger et déductions des relations entre le financement, les résultats relatifs au VIH et la couverture du programme (annexe 1).

La diminution de l'incidence du VIH est survenue dans toutes les sous-populations et a été la plus marquée dans celles où elle se situait à ses niveaux les plus élevés (27).

Figure 27. Évolution chronologique du nombre estimé d'infections par population au Niger (2000-2035)



Sources : Données épidémiologiques, démographiques, comportementales et de services au Niger provenant du modèle Optima (Prevtool) rempli. Les populations sont décrites à l'annexe 1, section A1.2.

Note : L'axe des ordonnées (Y) étant tronqué, l'incidence du VIH chez les PS en 2000 n'est représentée que partiellement dans ce graphique. CHLD = Enfants âgés de 0 à 14 ans, FYTH = Femmes âgées de 15 à 24 ans, MYTH = Hommes âgés de 15 à 24 ans, FAD = Femmes âgées de 25 à 49 ans, MAD = Hommes âgés de 25 à 49 ans, FELD = Femmes âgées de 50 ans et +, MELD = Hommes âgés de 50 ans et +, PS = Professionnelles du sexe, PRI = Détenus, MIG = Travailleurs migrants, HSH = Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, UNI = personnel de sécurité/de défense en uniforme, MIN = Mineurs, TRU = Camionneurs.

- La plus forte réduction du risque d'infection par le VIH s'est produite chez les PS : l'incidence du VIH, estimée à 3,5 % en 2000, était tombée à environ 1,1 % en 2012.

- D'après les meilleures données locales et régionales disponibles sur les HSH, il est estimé que l'incidence du VIH se situait à 0,9 % en 2012 (contre 1,4 % en 2000). Ce taux est entaché d'incertitude, vu la rareté des données sur cette sous-population au Niger ; les estimations d'Optima indiquent toutefois que c'est là un groupe prioritaire en faveur duquel il y a lieu de renforcer le programme ainsi que les informations stratégiques.
- Selon les projections, la baisse de l'incidence du VIH est appelée à se poursuivre, tant que la couverture du programme de lutte contre le VIH se maintiendra à ses niveaux actuels.

Allocation optimale des ressources au cours de la période actuelle du plan stratégique de lutte contre le VIH

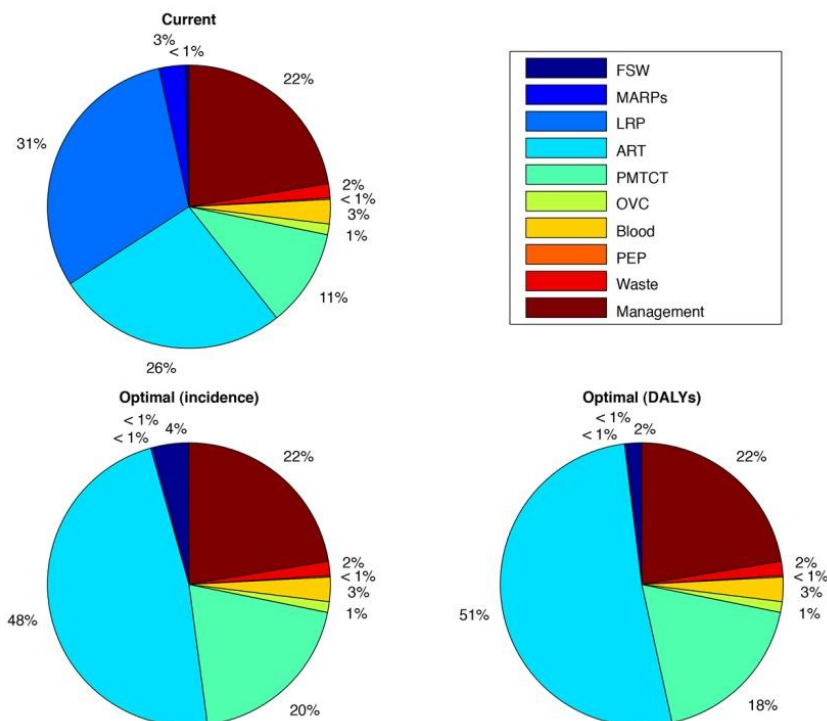
L'un des principaux intérêts de la présente étude analytique était d'utiliser le modèle Optima pour déterminer l'allocation des ressources consacrées à la lutte contre le VIH ou les dépenses nécessaires pour réaliser au mieux les objectifs en matière d'incidence du VIH ou de réduction des AVAI (voir les objectifs détaillés à la section 1). Cette optimisation a été effectuée en combinant les informations sur la relation entre les coûts et les résultats (**annexe 1**) au moyen d'un algorithme simple d'optimisation qui a permis de déterminer l'allocation optimale des ressources compte tenu de l'objectif visé, à savoir dans le cas présent la minimisation soit de l'incidence du VIH soit des AVAI jusqu'en 2025, de manière à recueillir les bénéfices des investissements dans le long terme.

Il existe des réallocations budgétaires spécifiques à effectuer pour optimiser les impacts du programme sur l'incidence du VIH et la morbidité/mortalité (AVAI) – 28. On notera que : les préservatifs sont inclus dans les paquets d'interventions pour les différentes populations ; la mobilisation communautaire envers les femmes enceintes fait partie de la PTME ; le dépistage du VIH est compris dans le TARV, le paquet de services PS et la PTME ; les actions ciblées aux PS comprennent des actions de mobilisation.

- Par comparaison au modèle actuel des dépenses (structure des dépenses de 2012), les dépenses à effectuer pour minimiser soit l'incidence du VIH, soit les AVAI privilégieraient le TARV, la PTME et les PS, tout en réduisant les dépenses consacrées aux populations à faible risque (essentiellement le grand public).
- Dans le contexte épidémiologique du Niger, les allocations optimales des dépenses sont pratiquement les mêmes, que l'on vise à la réduction de l'incidence du VIH ou à celle des AVAI :
 - Augmentation des dépenses de TARV pour les porter de leur part actuelle de 31 % à environ 50 % ;
 - Augmentation des dépenses de PTME pour les porter de leur part actuelle de 11 % à environ 19 % ;
 - Augmentation des dépenses consacrées aux PS pour les porter de leur part actuelle de 1 % à environ 4 %.
- Ces réallocations reflètent une amélioration du ciblage des populations responsables de la majorité des nouvelles infections par le VIH (ceci s'applique tout particulièrement aux PS et aux personnes avec qui elles ont des rapports sexuels); en outre, elles soulignent l'efficacité

relativement élevée des TARV en tant que prévention, étant donné que la mise en traitement des PVVIH a réduit considérablement l'infectiosité⁴¹.

Figure 28. Comparaison des allocations budgétaires actuelles et optimales pour minimiser l'incidence du VIH (à gauche) et les AVAI (à droite) durant la période 2014-2025



Sources : Données sur les dépenses provenant du rapport NASA ; données épidémiologiques, démographiques, comportementales et de services au Niger provenant du modèle Optima (Prevtool) rempli.

Note : « Current » = structure de dépenses de 2012. Les coûts pour les OEV, le sang, la PPE, les déchets et la gestion ont été maintenus à des niveaux fixes. Les préservatifs font partie des paquets d'interventions de lutte contre le VIH pour les différentes populations. FSW = Professionnelles du sexe, MARPs/groupe passerelles = Groupe combiné composé de détenus, de travailleurs migrants, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnel de sécurité ou de défense en uniforme, de mineurs et de camionneurs, LRP = Groupe combiné composé de femmes et d'hommes de la population générale âgés de 15 ans et +, ART = Traitement antirétroviral, PMTCT = Prévention de la transmission mère-enfant (y inclut la mobilisation communautaire envers les femmes enceintes), OVC = Orphelins et enfants vulnérables, Blood = Sang, PEP = Prophylaxie post-exposition, Waste = Déchets.

L'optimisation du budget 2014-2017 (moyenne annuelle de 4,8 millions d'euros / 6,5 millions de dollars EU) pour réduire l'incidence du VIH évitera, estime-t-on, 8.900 infections supplémentaires de 2014 à 2025.

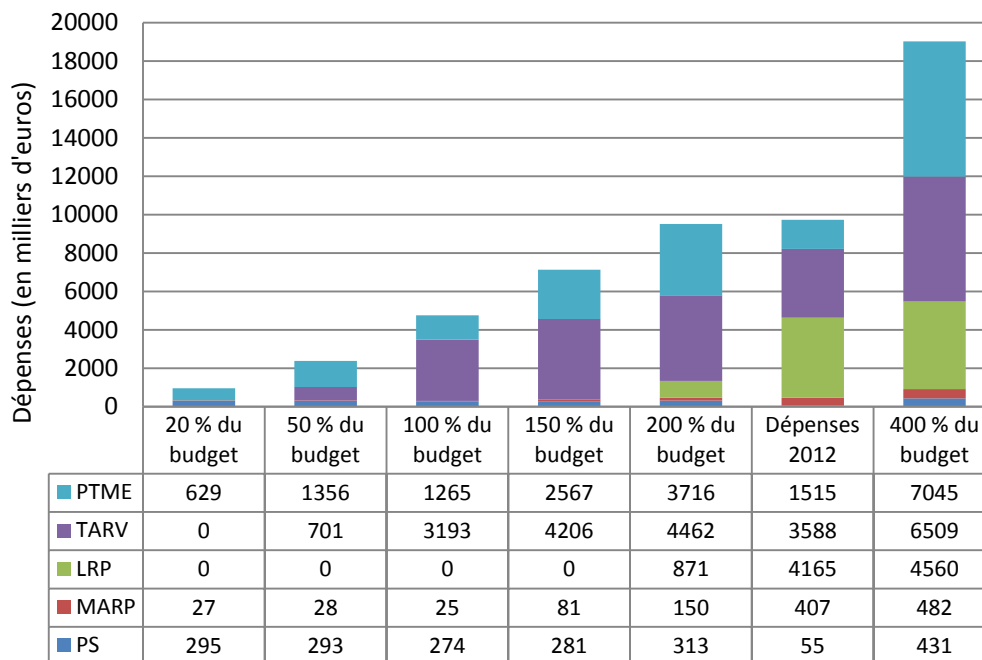
- La majorité des gains provient de l'augmentation du financement pour les PS (7.000 infections supplémentaires évitées, dans tous les groupes de population, transmissions directes et indirectes/secondaires comprises) et de l'augmentation du financement pour la PTME (TME réduite de 50 %, soit 1.400 infections supplémentaires évitées) et pour le TARV (3.400 infections supplémentaires évitées).
- Ces augmentations exigent une réduction du financement pour les populations à faible risque qui se traduit par 3.000 infections supplémentaires, mais le résultat net reste très positif : $7.000 + 1.400 + 3.500 - 3.000 = 8.900$ infections évitées).

⁴¹ Avec Optima et Spectrum, c'est un facteur de 0,80 qui a été utilisé pour la réduction de la transmission du VIH quand le patient est sous TARV (alors que la valeur défaut de Spectrum est de 0,92), facteur retenu sur la base de l'efficacité du TARV en matière de réduction de la charge virale dans plusieurs interventions africaines.

Si les fonds destinés à la lutte contre le VIH sont très limités ou plus abondants, les allocations pourront être déterminées par référence à une cascade d'investissement qui priorise les dépenses d'après l'impact sur le VIH – 29.

- Avec des fonds limités (inférieurs aux montants effectivement obtenus pour la période du PSN⁴²), il faudrait accorder la priorité à la PTME et au TAR, puis aux dépenses en faveur des PS ; de telles restrictions explicites ne sont pas souhaitables étant donné qu'elles se traduiraient par la survenue d'infections par le VIH facilement évitables.
- Avec des budgets plus substantiels (notamment supérieurs au budget moyen pour la période 2014-2017), il conviendrait d'accorder des fonds importants aux populations à faible risque selon des modèles de dépense comparables à ceux de 2012, mais en attribuant une proportion des fonds considérablement plus importante à la PTME.HIV investment cascade, Niger (2014–17).

Figure 29. Cascade de l'investissement dans la lutte contre le VIH au Niger (2014-2017)



Sources : Données sur les dépenses provenant du rapport NASA ; données épidémiologiques, démographiques, comportementales et de services au Niger provenant du modèle Optima (Prevtool) rempli.

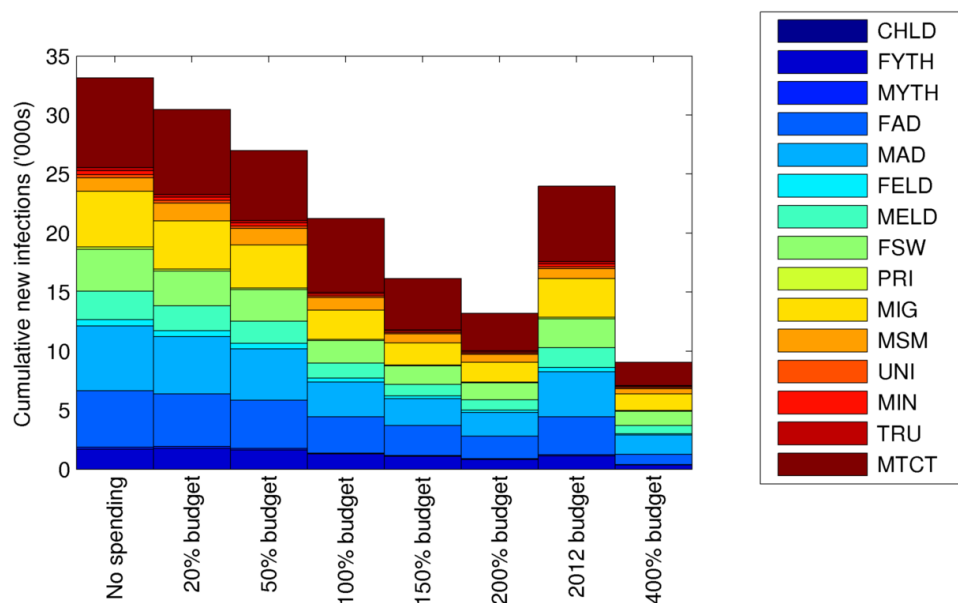
Note : Budget total (100 %) = 4.800.000 euros par an, compte tenu des financements acquis à la fin 2013. PTME = Prévention de la transmission mère-enfant (y inclut la mobilisation communautaire envers les femmes enceintes), TARV = Traitement antirétroviral, LRP = Groupe combiné composé de femmes et d'hommes de la population générale âgés de 15+ ans, MARPs/groupes passerelles = Groupe combiné composé de détenus, de travailleurs migrants, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnel de sécurité ou de défense en uniforme, de mineurs et de camionneurs, PS = Professionnelles du sexe

La réallocation des fonds disponibles se traduit par une réduction supplémentaire de 12 % des nouvelles infections par le VIH pour la période allant jusqu'en 2025 par comparaison au

⁴² La moyenne annuelle de 4,8 millions d'euros (6,5 millions de dollars EU) est biaisée en faveur des premières années du PSN. Le financement obtenu pour les années 2016-2017 était très faible au moyen de l'analyse, et les hypothèses de 50 % ou de 20 % de la moyenne annuelle dans la cascade de l'investissement sont donc pertinentes. En revanche, pour l'année 2014, le financement obtenu était supérieur à la moyenne et la cascade de l'investissement peut offrir des orientations sur les priorités à retenir pour les années de vaches grasses.

maintien d'une allocation proportionnelle à celle de 2012 , bien que les fonds disponibles ne soient qu'à peu près de la moitié du niveau des dépenses de 2012 - 30.

Figure 30. Infections cumulatives pour la période 2013-2025 qui résulteraient de différents scenarios de dépenses au Niger

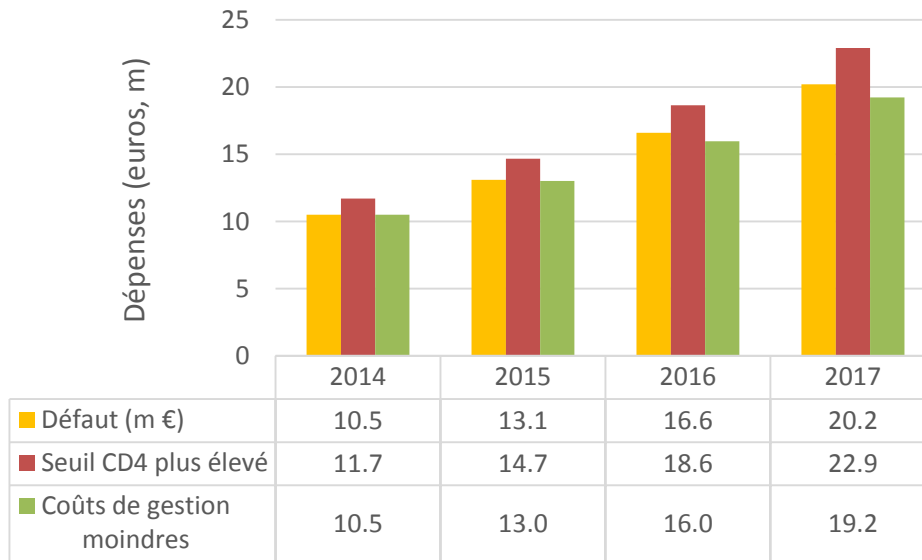


Sources: des dépenses d'après NASA ; Données épidémiologiques, démographiques, comportementales et de services au Niger provenant du modèle Optima (Prevtool) rempli.

Note : 2012 budget = 2012 dépenses. 100 % budget = 4,8 millions d'euros par an, fondé sur les financements acquis à la fin 2013. Le coût des traitements est gardé constant sur le long terme, les autres coûts augmentent en parallèle du PIB par habitant. CHLD = Enfants âgés de 0 à 14 ans, FYTH = Femmes âgées de 15 à 24 ans, MYTH = Hommes âgés de 15 à 24 ans, FAD = Femmes âgées de 25 à 49 ans, MAD = Hommes âgés de 25 à 49 ans, FELD = Femmes âgées de 50 ans et +, MELD = Hommes âgés de 50 ans et +, PS = Professionnelles du sexe, PRI = Détenus, MIG = Travailleurs migrants, HSH = Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, UNI = personnel de sécurité/de défense en uniforme, MIN = Mineurs, TRU = Camionneurs, MTCT = Transmission mère-enfant.

La modélisation avec Optima a également fourni des estimations générales des coûts additionnels attribuables au relèvement du seuil d'éligibilité au TARV à CD4 500 et des économies réalisées grâce à des augmentations plus modestes des coûts de gestion (31).

Comparé à une dépense par défaut pour atteindre les cibles de couvertures du PSN, un relèvement à 500 du compte des CD4 pour le démarrage du traitement induirait une augmentation des coûts de la couverture du TARV d'environ 12 % (estimation) sur les quatre années du PSN. D'ici 2017, le coût de la couverture du TARV augmenterait de 2,7 millions d'euros par an (3,6 millions de dollars EU). On s'attend actuellement à ce que les coûts de gestion actuels augmentent à un taux supérieur au taux d'inflation (croissance démographique de 4 % + taux d'inflation monétaire de 3 %). Si ces coûts n'augmentaient qu'au taux d'inflation et pas davantage, il pourrait en résulter des économies de 1,7 millions d'euros (2,3 millions de dollars EU) sur les quatre années du PSN, comme l'indique la 31.

Figure 31. Budgets minimum requis pour atteindre les cibles de couvertures du PSN 2013-2017 au Niger

Sources : Plan stratégique national 2013-2017, relations entre le financement, les effets sur le VIH et la couverture des programmes (annexe 1). Notons que le coût des traitements est gardé constant sur le long terme, les autres coûts augmentent en parallèle du PIB par habitant.

Cette page a été laissée intentionnellement vierge.

Section 6. Besoins de financement et implications des investissements dans la lutte contre le VIH pour l'espace budgétaire

PSN 2013-2017 : Besoins et déficits de financement

Le PSN 2013-2017 envisage une réduction de 50 % du nombre des nouvelles infections par le VIH et une poursuite de l'expansion de l'accès au traitement par ARV pour le porter à au moins 80 % des sujets admissibles. Selon les projections du PSN, les dépenses annuelles augmenteront fortement pour passer de 11,7 millions de dollars EU (8,8 millions d'euros) en 2013 à 23,9 millions de dollars EU (18,0 millions d'euros) en 2017. Le tableau 6 indique les financements acquis, les estimations des besoins et les écarts.

- Pour le PSN nigérien, l'écart de financement s'élève à 44,9 millions d'euros (60,4 millions de dollars EU) pour la période restant à courir (2014-2017).
- Cela signifie que seulement 35 % des financements totaux projetés du PSN pour les quatre années de 2014-2017 étaient engagés par des sources externes ou internes en décembre 2013.
- Si les financements sont alloués de manière optimale, le gouvernement pourrait ne pas avoir besoin de la totalité de ce montant à l'avenir.

Tableau 6. Financements acquis, besoins et écarts financiers selon le PSN (2014-2017)

	(2013)	2014	2015	2016	2017	2014-2017
Ressources acquises (en millions d'euros)	(6,3)	11,0	4,0	2,8	0,3	24,4
Besoins (en millions d'euros)	(8,8)	10,5	13,1	16,6	20,2	69,2
Écart financier (en millions d'euros)	(2,5)	-0,5	9,1	13,8	19,9	44,9

Sources: Cartographie des financements 2013 ; PSN 2013-2017

S'agissant des conséquences financières à long terme de la riposte nationale au VIH-sida, le tableau qu'en donnent les projections de coûts du PSN est très incomplet.

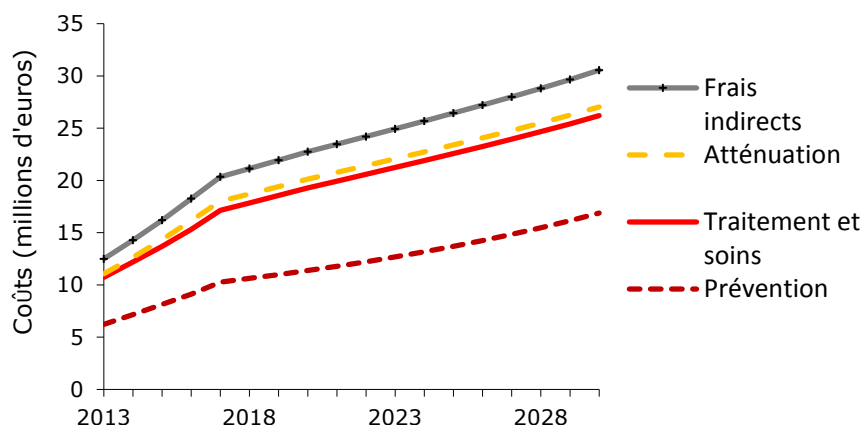
- **Du côté des dépenses, l'expansion de l'accès au traitement a des répercussions sur les coûts qui se prolongent bien au-delà de 2017.** Les personnes qui démarrent un traitement en 2013-2017 devront le poursuivre longtemps dans l'avenir, et l'expansion de l'accès au traitement engage donc des ressources financières au-delà de la période du PSN.
- **Du côté des économies, les investissements accrus dans la prévention et le traitement de l'infection par le VIH réduisent les besoins futurs de dépenses associés à l'incidence future.** La réduction du nombre d'infections par le VIH réduit la demande de services liés au VIH-sida et les coûts qui en résultent au fil des ans. Ces économies doivent

être prises en considération pour évaluer les conséquences du PSN en termes d'absorption de l'espace fiscal.

Les coûts projetés de la riposte nationale au VIH-sida, d'après les estimations des coûts selon le PSN fournies par les autorités jusqu'à la fin 2017, mais étendues jusqu'à la fin 2030, sont résumés dans les s 32 et 33.

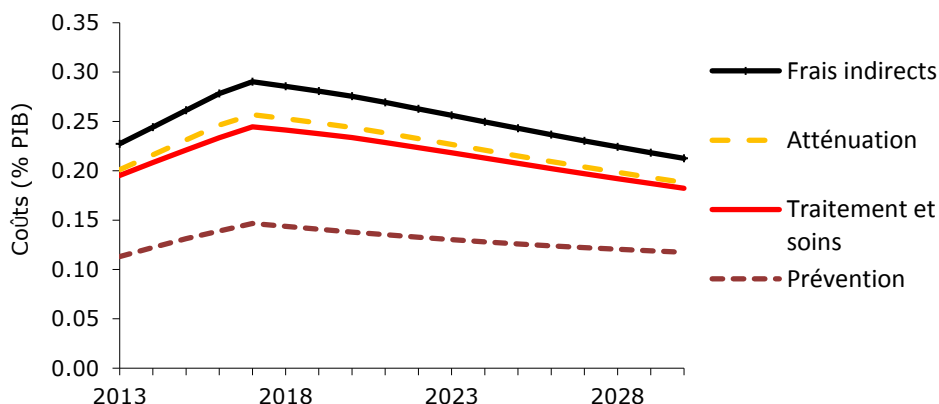
- Alors que le calcul des coûts du PSN adopte l'hypothèse d'un taux d'inflation annuel de 3 %, les estimations pour le long terme ont été établies en « termes réels », c'est-à-dire sans inflation. Ce changement facilite les comparaisons sur de longues périodes.
- Les hypothèses de coût des dépenses de prévention sont alignées sur celles du PSN jusqu'à la fin 2017. Après cette date, on a supposé que ces dépenses augmenteraient en proportion de la taille de la population concernée (à savoir tous les adultes ou, pour le PTME, les femmes séropositives), les taux de couverture des interventions restant constants.
- Pour le traitement, les coûts unitaires ont été fixés à 400 dollars EU (310 euros) pour le TARV de première intention et à 1.430 dollars EU (1.110 euros) pour le TARV de deuxième intention, sur la base des données des dépenses NASA pour le programme de TARV et du nombre de patients traités en 2012. Ces coûts sont supérieurs à ceux des hypothèses du PSN / modèle du besoin en ressources, qui ne couvraient que le coût des ARV, et incluent les coûts additionnels d'un service TARV exhaustif, notamment les coûts de surveillance de laboratoire, de conseils psychosociaux, de soutien nutritionnel et des services médicaux pour les patients ambulatoires.
- Les dépenses d'atténuation sociale sont celles calculées dans le PSN jusqu'à la fin 2017, après quoi on a supposé qu'elles augmenteraient selon la taille de la population concerné (PVVIH et orphelins du sida respectivement).
- Les frais indirects sont fixés à 13 % des coûts directs (soit 12 % des coûts totaux), conformément aux hypothèses retenues dans le PSN⁴³.

Figure 32. Coûts financiers du VIH-sida au Niger (2010-2030, en millions d'euros, prix de 2013)



Source : Modèle de cadre financier pour le Niger et estimations des auteurs.

⁴³ La majoration pour les dépenses administratives est légèrement supérieure (14 % des coûts directs) dans les calculs du PSN), mais elle a été ajustée pour refléter le fait que la présente analyse tient compte plus pleinement des coûts des soins et du traitement.

Figure 33. Coûts financiers du VIH-SIDA au Niger (2010-2030, en pourcentage du PIB)

Source: Modèle de cadre financier pour le Niger et estimations des auteurs.

Les coûts projetés de la riposte nationale au VIH-sida augmentent notablement durant la période du PSN.

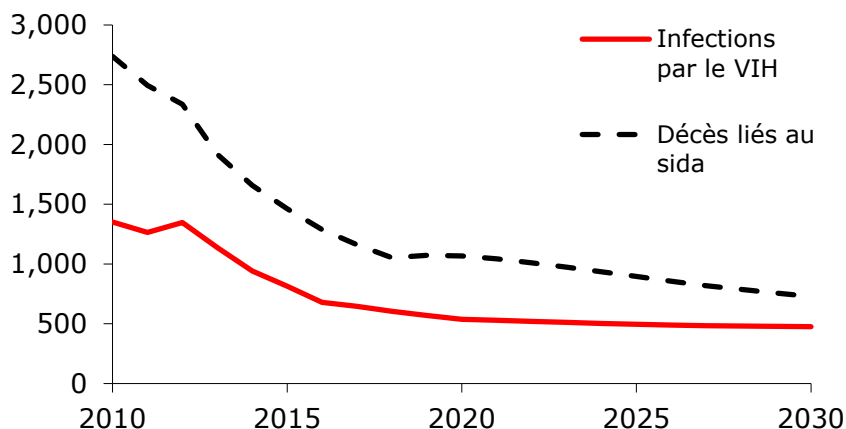
- Le facteur le plus important de la hausse des coûts est l'augmentation des dépenses de prévention. Ceci reflète l'augmentation des taux de couverture des interventions de prévention de l'infection par le VIH au cours de la période du PSN, mais aussi la forte croissance démographique (selon les projections du World Population Profile 2012, la population nigérienne des plus de 15 ans augmentera à un taux annuel de 3,6 % et à un taux global de 88 % entre 2013 et 2030).
- Les coûts des soins et du traitement du VIH-sida augmentent notablement durant la période du PSN, étant donné que l'on suppose une augmentation rapide des taux de couverture. Le nombre de patients en traitement doit ensuite continuer d'augmenter, du fait de nouveaux besoins et de l'accès au traitement alliés aux faibles taux de mortalité des personnes en traitement (voir la section suivante et la note inframarginale).
- Si les coûts de la riposte nationale au VIH-sida doivent, selon les projections, augmenter en termes absolus, ils doivent atteindre un maximum de 0,29 % du PIB en 2017 et diminuer pour se situer à 0,22 % du PIB en 2030 (en supposant que des taux de croissance du PIB de plus de 5 %, comme le projettent les Perspectives économiques mondiales du FEMI jusqu'en 2018, pourront être maintenus au cours de cette période).

Impacts escomptés des investissements du PSN 2013-2017

L'accroissement de la prévention et du traitement des infections par le VIH envisagé dans le PSN produit une baisse notable de l'incidence de l'infection par le VIH et de la mortalité (34). Bien que le nombre de PVVIH diminue globalement, celui des patients sous traitement par ARV augmente⁴⁴ - 35.

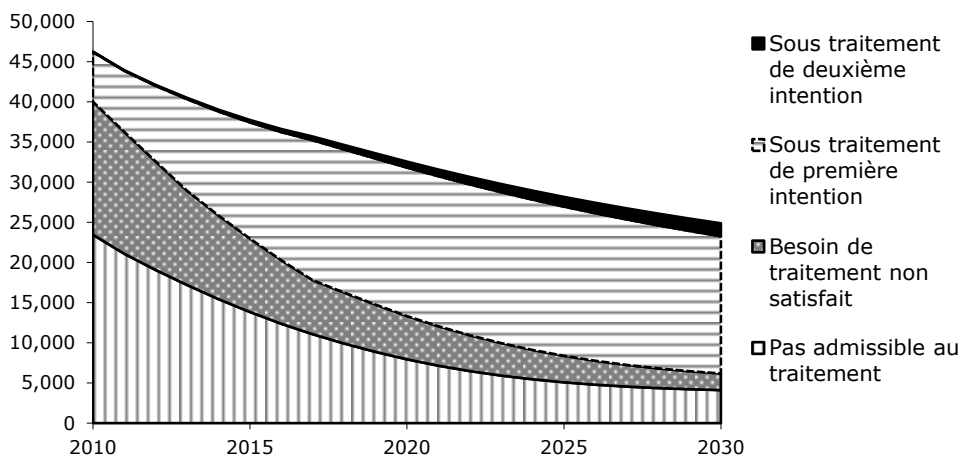
⁴⁴ La présente analyse met l'accent sur les conséquences financières à long terme du programme de lutte contre le VIH-sida et tout particulièrement contre les nouvelles infections par le virus. Si l'accès au traitement de deuxième intention joue actuellement un rôle limité au Niger, son importance pourra s'accroître l'année prochaine et (en raison des coûts unitaires supérieurs) il pourra contribuer notablement au coût dans le long terme. Un petit ajustement a donc été effectué dans les projections actuelles pour tenir compte de la transition au traitement de deuxième intention (1 % des patients sous traitement de première intention par an).

Figure 34. Modélisation de l'incidence du VIH et de la mortalité du SIDA au Niger (2010-2030)



Source: Modèle de cadre financier pour le Niger et estimations des auteurs

Figure 35. Personnes vivant avec le VIH et sous TARV au Niger (2010-2030)



Source: Modèle de cadre financier pour le Niger et estimations des auteurs.

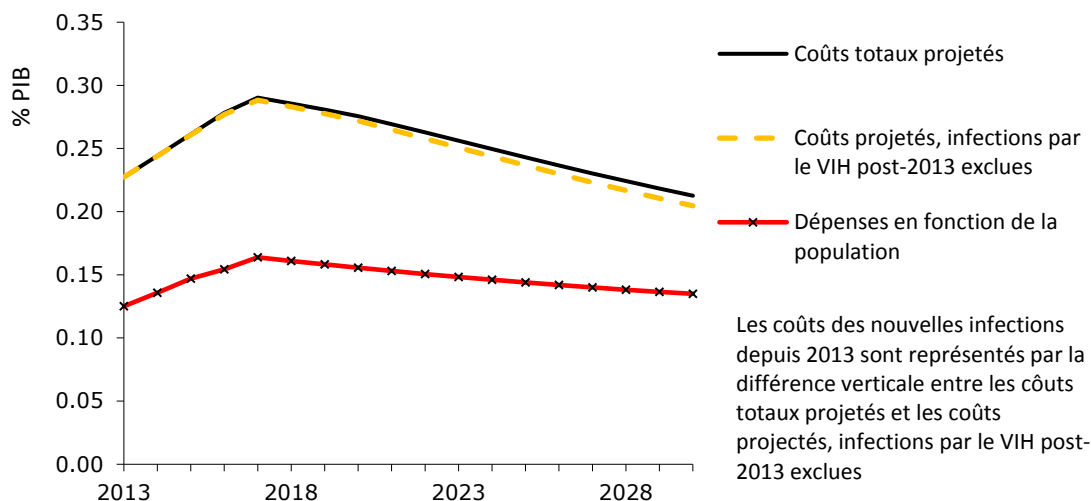
Coûts à long terme de la riposte au VIH et économies futures

Jusqu'en 2030, les coûts de la riposte nationale au VIH-sida sont dominés par les dépenses de prévention et par la demande émanant de gens vivant avec le VIH depuis 2013 (36), pour trois raisons :

- Du fait de la faible mortalité résultant des traitements administrés, les patients déjà sous traitement en 2013 tendent à le rester pendant une période prolongée ;
- Les infections par le VIH se traduisent lentement par une demande de services liés au VIH-sida et des dépenses ;

- Étant donné que le PSN a été précédé d'une période durant laquelle l'incidence du VIH était déjà en baisse, le nombre de nouvelles infections par le VIH – par rapport au nombre de gens déjà séropositifs en 2013 – était bas au début de la période du PSN.

Figure 36. Coûts projetés du VIH occasionnés par les infections passées et les nouvelles infections au Niger (2013-2030, en pourcentage du PIB)



Source : Modèle de cadre financier pour le Niger et estimations des auteurs

Note : On entend par dépenses basées sur la population les dépenses qui ne sont pas attribuables aux PVVIH (à savoir la plupart des dépenses de prévention) et une part proportionnelle des frais indirects.

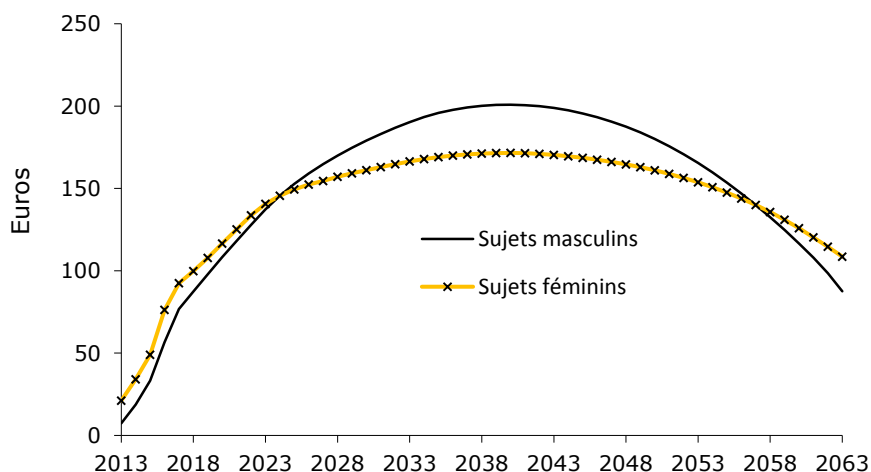
Néanmoins, les nouvelles infections par le VIH induisent des coûts substantiels qui s'étendent sur de longues périodes (37). Il faut noter que cette projection couvre une période longue et que les projections deviennent de moins en moins précises à mesure qu'elles s'étendent dans le futur. La projection illustre cependant les coûts à long-terme et notamment le poids des traitements liés aux nouvelles infections.

- **Une nouvelle infection par le VIH survenant en 2013 résulte en un coût d'environ 2.500 euros (3.400 dollars EU) pour les hommes comme pour les femmes.**
- Les estimations sont sensibles aux hypothèses relatives à la mortalité des sujets sous traitement. Les fichiers Spectrum pour le Niger supposent un taux de mortalité liée au sida très bas pour les gens sous traitement aux ARV et les estimations peuvent exagérer les coûts à long terme⁴⁵.
- Même si les taux de mortalité des sujets sous traitement aux ARV s'avèrent supérieurs aux hypothèses Spectrum, les coûts à long terme résultant d'une infection supplémentaire par le VIH sont substantiels. Une augmentation de la mortalité liée au sida d'un point de pourcentage annuel réduit le coût estimatif d'environ 15 %.
- Les coûts projetés pour une nouvelle infection sont différents pour les hommes et les femmes, principalement à cause de la PTME (qui entraîne un coût plus important pour les

⁴⁵ Par exemple, pour les individus commençant le traitement à un compte CD4 de 100 à 199, les paramètres défauts de Spectrum pour l'Afrique de l'Ouest supposent une mortalité annuelle liée au VIH-sida de 0,1 à 1,1 % pour les femmes et de 0,6 à 1,6 % pour les hommes.

femmes sur le court terme), le taux de transition à la phase de traitement (pour des raisons techniques liées aux hypothèses sur la couverture de traitement, le chemin de l'incidence VIH, et certaines propriétés de Spectrum, moins de femmes passent à la phase de traitement, la courbe des femmes est donc plus basse à moyen terme), et la survie (il est admis que le taux de survie des femmes PVVIH est plus élevé, et donc que la courbe de cout décline plus lentement sur le long terme pour les femmes).

Figure 37. Coût d'une nouvelle infection survenant en 2013 au Niger (Euros)



Source : Modèle de cadre financier pour le Niger et estimations des auteurs.

La réduction de l'incidence du VIH obtenue au cours de la période du PSN (et durant la période de projection prolongée jusqu'en 2030) fait beaucoup pour le contrôle des coûts à long terme du programme de lutte contre le VIH.

- La réduction de l'incidence du VIH de 2013 à 2017 se traduit par des économies en termes de réduction des engagements de dépenses à long terme équivalentes à 6,3 millions d'euros (8,4 millions de dollars EU).
- L'augmentation des dépenses liées au VIH-sida au cours de la même période est d'un montant de 16,5 millions d'euros (22 millions de dollars EU).
- En supposant que le nombre de nouvelles infections par le VIH serait resté constant sans cette augmentation des dépenses de prévention, ces estimations impliquent que, outre les bénéfices évidents pour la santé, les économies financières dues à l'accroissement de l'investissement dans la prévention de l'infection par le VIH compensent environ un tiers des coûts additionnels de l'accroissement des efforts de prévention et de traitement.

Annexe 1. Modèle Optima – Cadre analytique et méthodes

A1.1. Optimisation des allocations budgétaires pour améliorer l'impact

L'analyse a permis d'estimer les coûts sur la base des courbes couvertures- coûts, et d'optimiser les allocations budgétaires pour un objectif donné. Les objectifs de minimisation des nouvelles infections VIH et de minimisation des DALYs ont tous deux été inclus (cf. rapport principal pour les problématiques de recherche).

Sur la fonction d'optimisation, seule l'allocation des coûts d'interventions programmatiques a été optimisée, les autres coûts, comme les coûts de gestion/coordination, sont considérés comme fixes et non inclus dans l'optimisation des allocations. Le coût des traitements est gardé constant, les autres coûts augmentent en fonction du PIB par tête..

A1.2. Groupes de population et voies de transmission

Les groupes de population suivants ont été définis pour l'analyse Optima (maximum de 14 populations):

1. Enfants âgés de 0-14 ans (CHLD)
2. Femmes âgées de 15-24 ans (FYTH)
3. Hommes âgés de 15 -24 ans (MYTH)
4. Femmes âgées de 25-49 ans (FAD)
5. Hommes âgés de 25-49 ans (MAD)
6. Femmes âgées de 50+ ans (FOLD)
7. Hommes âgés de 50+ ans (MOLD)
8. Travailleuses du sexe (FSW)
9. Prisonniers (PRI)
10. Migrants et populations mobiles (MIG)
11. Hommes ayant des rapports avec les Hommes (MSM)
12. Forces de sécurité et de défense (UNI)
13. Miniers (MIN)
14. Routiers (TRU)

Nous partons de l'hypothèse que la transmission VIH entre ces populations ne s'effectue que via des rapports sexuels. Il est également admis que toutes les populations masculines peuvent avoir des rapports avec toutes les populations féminines, en exceptant toutefois le fait que les hommes n'ont pas de rapports avec des femmes plus âgées, et que les hommes n'ont pas de rapport avec des femmes plus jeunes qu'eux de plus d'une génération (par exemple, les hommes

âgés de 50+ ans n'ont pas de rapports avec les femmes <24). Les HSH/MSM n'ont de rapports qu'entre eux.

A1.3. Programmes sur le VIH inclus dans l'analyse

Huit programmes de prévention et traitement de base ont été identifiés:

1. Paquet d'interventions ciblées sur les TS
2. Services de prévention à destination des MARP/groupes passerelles telles que les prisonniers, FDS, routiers, migrants et HSH/MSM (IEC, CCC, promotion du préservatif, services conseil et dépistage du VIH)
3. Services de prévention pour les non-MARP/groupes passerelles
4. Distribution du préservatif par le secteur public
5. Marketing social du préservatif
6. PTME (y inclu la mobilisation communautaire envers les femmes enceintes),
7. Traitements Antirétroviraux (avec dépistage et suivi biologique)
8. Soutien aux OEV

A1.4. Présentation de la méthodologie Optima

L'outil d'optimisation et d'analyse Optima (précédemment appelé Prevtool) est un modèle très flexible basé sur les groupes de populations. Optima peut évaluer les tendances épidémiques, les besoins en ressource, le rapport coût-efficacité des programmes passés, et l'impact de potentiels futurs programmes, en utilisant un modèle mathématique détaillé de la transmission VIH et de la progression de la maladie.

Optima peut effectuer des évaluations détaillées au niveau pays, des programmes VIH. Optima peut se baser sur les résultats d'autres modèles (comme Goals) pour évaluer l'efficacité allocative et les ressources requises pour atteindre des objectifs complexes, sur des périodes variables.

Il est possible de définir jusqu' à 14 groupes de population au sein du modèle, pour décrire les caractéristiques spécifiques d'une épidémie de VIH. Optima incorpore un modèle de transmission VIH et de progression utilisant un système couplé d'équations différentielles ordinaires pour suivre le mouvement des populations entre les différents états de santé et les différents groupes de population. Les individus sont assignés à une population donnée en fonction de leur risque dominant. Le modèle incorpore les effets des différents types de rapports sexuels, utilisation du préservatif, étendue de la circoncision masculine, stade d'infection, catégories de niveau CD4, rapports homosexuels ou hétérosexuels, diagnostic, traitements ARV de première ou deuxième génération, échec du traitement sur la prévention de la transmission et progression de l'infection.

Optima requiert des données démographiques, épidémiologiques, comportementales, cliniques et des données d'économie de la santé détaillées, qui sont renseignées via un tableur Excel. Le renseignement des données dans le modèle est flexible, allant d'un point de donnée isolé par population par année, à un seul point de donnée pour toute la population sur toute la période considérée (Optima prend comme hypothèse que les paramètres sans donnée renseignée sont égal à zéro). Sur la base des données disponibles, nous avons calibré Optima pour représenter

de manière juste les tendances passées et présentes de l'épidémie au Niger. Le modèle utilise les frais de santé et de handicap spécifiques à chaque niveau de CD4 pour calculer le coût-efficacité et le retour sur investissement.

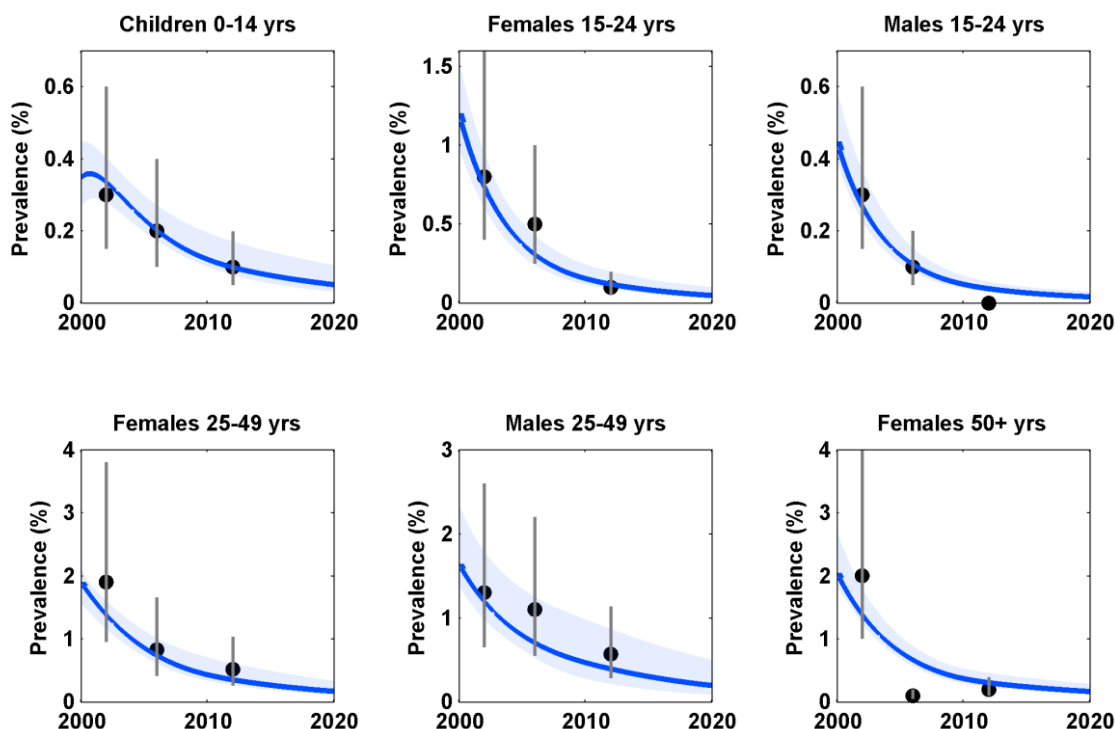
Étant donné les données disponibles sur les niveaux de couverture, dépenses et résultats pour la mise en œuvre des programmes VIH de prévention et de traitement, Optima peut déterminer l'allocation optimale des ressources ou le niveau de dépenses requis pour atteindre des objectifs spécifiques (ex. minimiser les infections, les décès dus au SIDA) ou une combinaison d'objectifs. Selon les besoins, le modèle permet également de prendre en compte des scénarios programmatiques supplémentaires, représentant l'introduction potentielle de nouveaux programmes ou la modification de programmes existants.

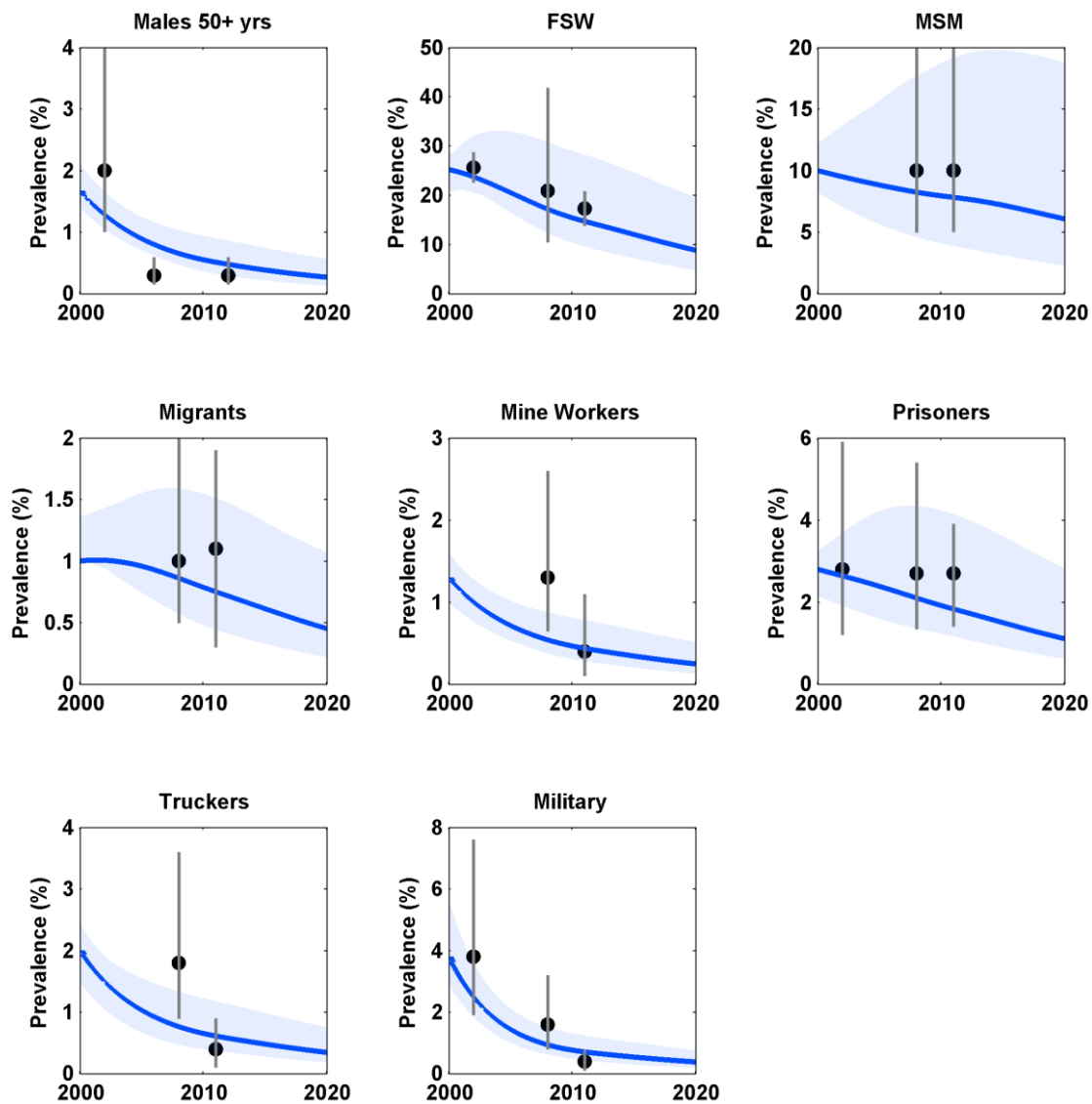
A1.5. Calibrage du modèle Optima à l'épidémie de VIH au Niger

Nous avons utilisé toutes les données démographiques, épidémiologiques, comportementales et cliniques pour calibrer le modèle 'Optima' pour l'épidémie de VIH au Niger (cf. s 38 et 39).

De manière générale, la prévalence au Niger décline rapidement dans la plupart des groupes de population, de fait à la fois des réductions d'incidence et de décès des PVVIH. Les exceptions incluent les HSH/MSM, les migrants, et les prisonniers, pour qui par exemple il n'y a pas suffisamment de données pour déterminer avec confiance les tendances de l'épidémie; cependant, les observations actuelles indiquent que la prévalence au sein de ces groupes est stable.

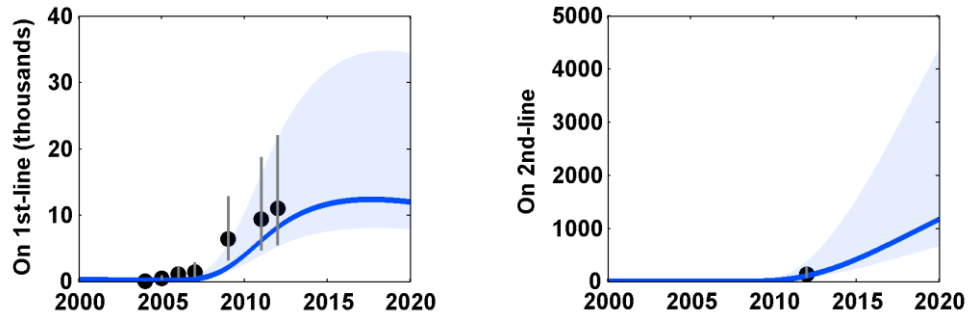
Annexe Figure A1. Calibrage du modèle à l'épidémie de VIH au Niger (prévalence)





Note : Les disques noirs représentent les données disponibles sur la prévalence VIH. Les lignes reliées à ces points représentent les intervalles de confiance lorsqu'ils sont disponibles. La courbe pleine est la simulation la plus adéquate et la courbe plus pale représente l'intervalle de confiance à 95% pour les résultats du modèle. La prévalence chez les HSH/MSM utilisée est celle de la région d'Afrique de l'Ouest étant donné l'absence de données.

Annexe Figure A2. Calibration du modèle à l'épidémie de VIH au Niger (traitement)

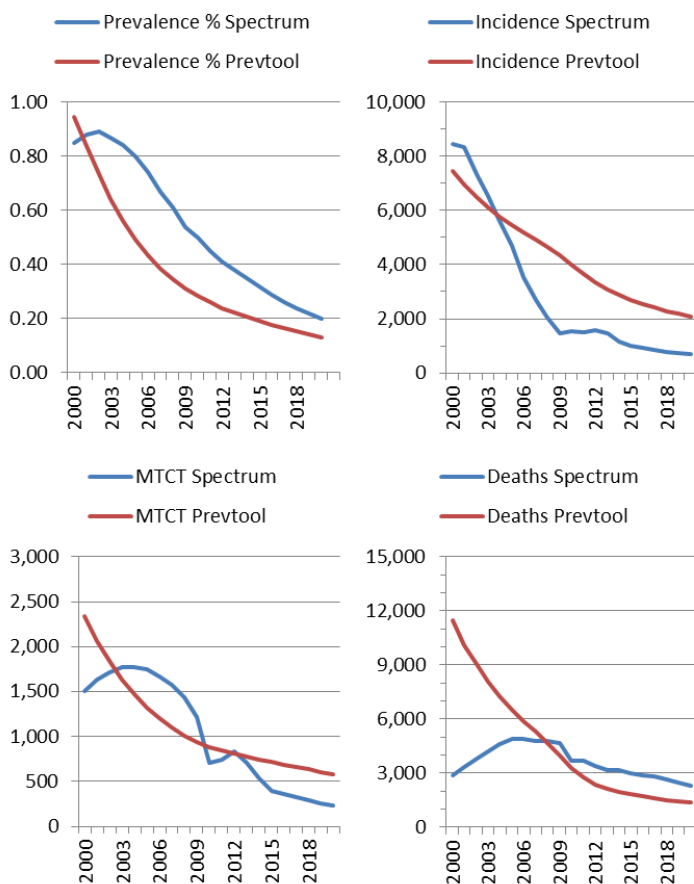


Note : Les disques noirs représentent les données disponibles sur le nombre de PVVIH sous traitements de première et deuxième ligne. Les lignes reliées à ces points représentent les intervalles de confiance lorsqu'ils sont disponibles. La courbe pleine est la simulation la plus réaliste et la courbe plus pale représente l'intervalle de confiance à 95% pour les résultats du modèle.

A1.6. Comparaison entre les estimations Optima et Spectrum

Une partie du processus de calibration implique d'aligner les tendances épidémiques projetées par Optima avec les estimations produites par Spectrum. La annexe A3 montre comment les projections Optima se comparent aux estimations Spectrum pour les données de prévalence globale, l'incidence globale, la transmission de la mère à l'enfant et les décès dus au SIDA.

Annexe Figure A3. Comparaison des nouvelles infections VIH annuelles, des données annuelles de transmission de la mère à l'enfant, et des décès annuels dus au SIDA estimés par Optima et Spectrum, Niger (2000-2020)



Note : La prévalence du modèle Optima est la prévalence dans la population générale, tandis que la prévalence dans le modèle Spectrum est celle de la population âgée de plus de 15.

Optima obtient les mêmes tendances épidémiologiques que Spectrum (Version révisée Spectrum 2013). Il y a cependant des différences dans les projections de chaque modèle, en particulier pour la prévalence VIH globale et l'incidence annuelle. La raison pour ces différences entre les modèles — malgré l'utilisation des mêmes données démographiques, épidémiologiques, comportementales et cliniques — est due aux différentes structures des 2 modèles et aux hypothèses de modélisation.

Spectrum comme Optima sont des modèles déterministes et basés sur les groupes de population, utilisant des méthodes de modélisation similaires pour décrire les épidémies de VIH et évaluer l'efficacité des programmes de prévention VIH. Chacun des modèles décrit la transmission du VIH et l'évolution des CD4 des PVVIH. Spectrum utilise un nombre plus grand de

catégories pour les différents niveaux de CD4 mais Optima inclut le diagnostic et les conséquences du test, de l'échec du aux traitements ARV de première et de deuxième ligne, et l'impact du traitement sur le niveau de CD4. La mortalité des PVVIH dépend de leur niveau de CD4 dans les deux modèles mais Spectrum se base sur des niveaux de mortalité plus faibles qu'Optima.

La plus grande différence entre Spectrum et Optima est la structure sous-jacente des deux modèles. Spectrum se base sur une structure de population générique divisant la population en groupes à faible, moyen, haut risque, et distinguant les populations les plus à risques avec des risques de transmission spécifiques. Dans cette analyse Optima est programmé pour correspondre directement aux caractéristiques de l'épidémie de VIH au Niger et inclure toutes les populations moteurs de l'épidémie (une grande partie d'entre elles ne pouvant être incluses dans Spectrum) — avec une transmission adaptée aux réseaux sexuels du Niger, plutôt que d'utiliser des catégories prédéfinies pour les rapports sexuels.

A1.7. Liens entre les couts des programmes et l'impact sur le comportement et la couverture programme

Un élément clé de notre analyse est le lien entre le cout des programmes de prévention VIH et les résultats en termes de couverture programme et de changement de comportement. Ce type de liens est nécessaire pour comprendre comment les changements incrémentaux dans les dépenses affecteront au final l'épidémie de VIH et détermineront l'allocation optimale des ressources. Pour chaque population, nous obtenons un ensemble de rapports de cause à effet liant directement les ressources estimées, la couverture des services et les données comportementales associées (voir ci-dessous). Pour produire ces rapports de cause à effet nous utilisons une approche « top down » pour lier les couts du programme et les résultats. Les couts indirects n'ont pas d'impacts directs sur les paramètres de transmission du VIH; mais les changements portant sur les programmes VIH peuvent avoir un effet sur ces couts, par exemple pour la fourniture supplémentaire de préservatifs. La proportion de ressources allouées aux couts indirects est considérée comme stable lorsque le budget global du programme VIH change. Une limite de notre approche est l'hypothèse que tout changement de comportement est lié à un changement de financement des programmes.

A1.8. Données de dépense NASA utilises dans Optima

Toutes les données utilisées dans cette analyse, allant de 2007 à 2012, proviennent des dossiers NASA obtenus via la CISLS.

Annexe 2. Modèle Optima – Résultats supplémentaires sur les estimations de l'incidence jusqu'en 2035

Annexe Tableau A1. Projections des nouvelles infections du VIH par population pour la simulation la plus réaliste (2012-2035)

Groupes de population	2012	2015	2017	2025	2035
Enfants 0-14 ans	806	714	659	480	338
Femmes 15-24 ans	184	137	117	75	54
Hommes 15-24 ans	17	13	11	8	6
Femmes 25-49 ans	499	379	327	220	161
Hommes 25-49 ans	543	425	376	269	202
Femmes 50+ ans	56	43	38	27	20
Hommes 50+ ans	237	184	164	118	89
Professionnelles du sexe	350	273	241	173	132
Prisonniers	17	14	12	9	7
Migrants/ populations mobile	464	365	324	233	176
HSH	96	84	80	74	75
FDS	26	21	18	13	10
Miniers	30	24	21	15	11
Routiers	27	21	19	13	10
Incidence VIH totale estimée	3,352	2,697	2,407	1,727	1,291