

**RAPPORT D'ANALYSE SITUATIONNELLE ET DE DIAGNOSTIC DE FAISABILITE POUR  
L'INTRODUCTION DE L'ADVIH ET DE LA PREP AU NIGER**

<b>PAYS</b>	NIGER
<b>PROJET(S)</b>	AT EXPERTISE FRANCE / APPUI MVS ET SONGES PILOTES ADVIH ET PREP
<b>AUTEURS</b>	ANTHONY VAUTIER ET DR BOUBE MADOUYOU
<b>DATES</b>	24/06/2022
<b>DIFFUSION</b>	EXTERNE

## SOMMAIRE

---

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION / CONTEXTE .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>RAPPEL SUCCINCT DE LA METHODOLOGIE.....</b>	<b>3</b>
2.1	REVUE DOCUMENTAIRE.....	3
2.2	DIAGNOSTIC A NIAMEY .....	4
<b>3</b>	<b>SYNTHESE DE LA REVUE DOCUMENTAIRE.....</b>	<b>4</b>
3.1	REFERENTIELS INTERNATIONAUX ET EXPERIENCES SIMILAIRES SUR L'ADVIH.....	4
3.2	REFERENTIELS INTERNATIONAUX ET EXPERIENCES SIMILAIRES SUR LA PREP .....	8
3.3	RESSOURCES ET DOCUMENTS NORMATIFS NATIONAUX .....	12
<b>4</b>	<b>ETAT DES LIEUX, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>16</b>
4.1	DESCRIPTION SOMMAIRE DES DEUX ASSOCIATIONS .....	16
4.2	PRINCIPAUX POINTS FORTS ET OPPORTUNITES.....	18
4.3	POINTS DE VIGILANCE ET DEFIS.....	19
4.4	SCENARIOS ET STRATEGIES PROPOSEES .....	22
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>25</b>
	<b>ANNEXE 1 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES POUR LA REVUE DOCUMENTAIRE.....</b>	<b>26</b>
	<b>ANNEXE 2 : AGENDA ET PERSONNES RENCONTREES LORS DU DIAGNOSTIC A NIAMEY .....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUCTION / CONTEXTE

En Afrique de l’Ouest, près de 5 millions de personnes vivent avec le VIH avec 200 000 nouvelles infections en 2020 et seulement 81% des personnes adultes séropositives qui connaissent leur statut sérologique. La dynamique épidémiologique et particulièrement les nouvelles infections démontrent que 65% des nouvelles infections touchent les femmes, notamment 29% des jeunes femmes entre 15 et 24 ans. Par ailleurs, 45% des nouvelles infections concernent les populations clés. Il est important de noter que 27% concernent les partenaires des populations clés et 28 % la population générale<sup>1</sup>.

L’épidémie de VIH au Niger est de type concentrée. En effet, si la séoprévalence est faible au niveau de la population générale, elle reste élevée chez certains groupes. Selon les données recueillies en 2020 (Spectrum), le taux de prévalence, en population générale, est estimé à 0,23 %, avec une tendance à la baisse ces cinq dernières années, et la mortalité liée au sida est passée de 7,77 pour 100 000 habitants en 2015 à 5,25 en 2019. Cette mortalité est notamment attribuée aux facteurs suivants : prise en charge tardive, difficultés d’accès aux services de santé en raison de la distance et stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et le Sida.

L’accès au dépistage reste insuffisant au Niger, 30% des adultes n’ont pas connaissance de leur statut sérologique (42,5% parmi les HSH) et les nouvelles infections sont estimées à 1200 en 2020<sup>2</sup>. Cela tient essentiellement au nombre insuffisant de personnels de santé (d’infirmiers ou d’agents de santé communautaires formés au dépistage du VIH et à la fourniture de conseils), à la faible qualité de la supervision et du soutien, aux ruptures de stocks de tests de dépistage et à la forte stigmatisation associée au VIH qui décourage les patients de se faire dépister ou d’avoir recours aux services de dépistage de leurs partenaires. La couverture de prévention est aussi insuffisante notamment pour les populations clés avec respectivement une couverture de 53,4% pour les HSH et 58,3% pour les professionnelles du sexe<sup>3</sup>. Les populations clés sont difficiles à atteindre. Ces personnes sont en effet moins enclines à accéder aux services de santé (à cause de nombreuses barrières socioculturelles, structurelles, économiques, politiques (cadre légal) et/ou en lien avec la stigmatisation vécue ou ressentie.

Dans le cadre de la subvention C19RM financée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour appuyer la lutte contre le VIH au Niger, Expertise France a retenu Solthis pour apporter une assistance technique et appuyer MVS et SongES afin de déployer des projets pilotes d’accès à l’autodépistage du VIH et d’accès à la PrEP.

L’assistance technique est prévue en deux phases avec les objectifs suivants

### **Objectif général de l’assistance technique**

- Appuyer SongES et MVS dans l’élaboration des projets pilotes PrEP et ADVIH et renforcer leurs capacités de mise en œuvre, de suivi-évaluation et capitalisation

### **Objectifs spécifiques de l’assistance technique**

- Objectif spécifique 1 : Co-élaborer les projets pilotes PrEP et autotests VIH
- Objectif spécifique 2 : Renforcer les capacités de mise en œuvre, suivi et évaluation et capitalisation des projets pilotes PrEP et autotests VIH

La première phase a débuté fin Avril et permettra de proposer les livrables suivants

<sup>1</sup> [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC3032\\_AIDS\\_Data\\_book\\_2021\\_En.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf)

<sup>2</sup> <https://aidsinfo.unaids.org/>

<sup>3</sup> Ibid

- Un rapport d'analyse situationnelle et diagnostic précis de la faisabilité de l'introduction de la PrEP et de l'ADVIH
- Une quantification des besoins en intrants
- Deux plans opérationnels pour le déploiement des projets PrEP et ADVIH
- Un plan de renforcement des capacités de SongES et MVS
- Une note succincte sur la Stratégie de déploiement, mise à l'échelle potentielle, pérennisation et capitalisation des projets pilotes.

Ce rapport s'inscrit donc dans la première phase de l'assistance technique et propose de rappeler succinctement la méthodologie utilisée, de présenter les principaux éléments tirés de la revue documentaire et du diagnostic mené à Niamey, de présenter l'état des lieux et formuler les principales analyses et recommandations pour le déploiement effectif des projets pilotes ADVIH et PrEP.

Le contenu de ce rapport et l'analyse associée représentent par ailleurs les fondements pour le développement des plans opérationnels des deux projets pilotes et l'analyse des perspectives de mise à l'échelle et pérennisation des deux thématiques couvertes.

## **2 RAPPEL SUCCINCT DE LA METHODOLOGIE**

L'analyse situationnelle et le diagnostic de faisabilité ont été réalisés en menant une revue documentaire exhaustive des ressources et référentiels internationaux et nationaux couplée à un diagnostic conduit à Niamey pendant deux semaines au mois de Juin 2022.

### **2.1 Revue documentaire**

Une revue documentaire sur le dépistage, la prévention et la prise en charge du VIH a été réalisé afin de répertorier, lire et analyser les documents utiles pour les objectifs de l'assistance technique. Cette revue s'est composée :

- Des documents normatifs nationaux en matière de dépistage prévention et de prise en charge du VIH,
- Des documents législatifs en matière de VIH au Niger
- Des principales données de littérature disponibles (évidences et expériences similaires)
- Des référentiels internationaux en la matière
- Des données et rapports sur les populations clés au Niger
- Des rapports d'activités des partenaires OSC et plus largement sur la prévention et le dépistage VIH au niveau national pour les populations clés,
- Des éléments de financement des activités et des intrants VIH en cours au Niger pour l'ADVIH et la PrEP (dont FM)

La collecte de l'ensemble de ces documents dont la liste est présentée en annexe 1 de ce rapport a été possible grâce à des réunions avec les OSC (SONGES, MVS, RENIP+, RENIPOC) pour faciliter la collecte des documents, des réunions et échanges avec le PNLSH et le FM (notamment UGS) pour collecter les documents nationaux et éléments de financement sur ADVIH et PrEP, des entretiens physiques ou à distance avec des personnes ressources de manière générale et des recherches en ligne pour collecter les référentiels internationaux et évidences scientifiques disponibles.

## 2.2 Diagnostic à Niamey

---

La visite de l'expert principal au Niger du 06 au 17 Juin 2022, dans la continuité d'échanges et de réunions déjà menées avec les partenaires et parties prenantes (Expertise France, SongES, MVS, programme national, Unité de gestion du FM ...) mais aussi en complémentarité avec la revue documentaire exhaustive effectuée par l'équipe d'experts (cf ci-dessus) visait à réaliser un travail de proximité avec l'ensemble des partenaires et parties prenantes en alliant des entretiens individuels, des entretiens de groupe et des observations in situ.

Ce travail mené en binôme par les deux experts Solthis a notamment permis de confronter les éléments de référence collectés avec le contexte et la réalité des activités menées actuellement tout en considérant les ressources disponibles.

L'analyse croisée a permis de développer et proposer l'analyse situationnelle présentée dans ce rapport et de poser un diagnostic précis de la faisabilité des projets pilotes (analyse des freins et facilitateurs d'accès aux services de prévention et dépistage, analyse de faisabilité et d'intégration de l'ADVIH et PrEP dans l'offre existante). De surcroît, au-delà de la faisabilité, cette visite de diagnostic a permis de réfléchir/construire les plans opérationnels et de renforcement de capacités et d'estimer les besoins en intrants en fonction des stratégies envisagées.

Le rapport de visite, livrable N° 3 de l'assistance technique a été soumis le 22 Juin et est disponible. L'agenda de cette visite et la liste des personnes rencontrées sont présentés dans l'annexe 2 de ce rapport

## 3 SYNTHÈSE DE LA REVUE DOCUMENTAIRE

### 3.1 Référentiels internationaux et expériences similaires sur l'ADVIH

---

Depuis 2019, l'OMS recommande l'autodépistage du VIH (ADVIH) comme une approche à part entière des stratégies et services de dépistage (recommandation forte, données probantes de qualité moyenne). La littérature démontre que l'ADVIH est un moyen sûr, fiable et efficace pour atteindre les personnes, y compris les populations clés, les hommes et les jeunes qui autrement ne se feraient pas dépister. Les utilisateurs peuvent réaliser un ADVIH en toute autonomie, avec des outils de soutien minimaux et obtenir un niveau de performance comparable à celui des agents de santé formés. La revue de 32 essais randomisés a démontré que l'ADVIH améliorerait l'utilisation des services de dépistage, permettrait une orientation des personnes diagnostiquées vers les soins, et ne démontrait pas ou dans de rares cas un usage détourné ou des préjudices sociaux<sup>4 5</sup>.

L'ADVIH est utilisé comme une stratégie de dépistage du VIH **additionnelle et complémentaire** des approches classiques dans les structures de santé ou les organisations à base communautaire. L'ADVIH a le potentiel

---

<sup>4</sup> WHO recommends HIV self-testing - evidence update and consideration for success, 2019: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.36>

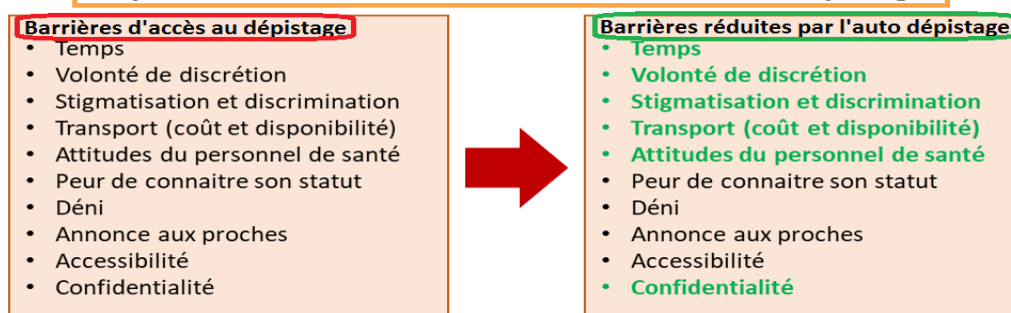
<sup>5</sup> WHO/GRADE review, Consolidated guidelines in HIV testing services, 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331545/WHO-UCN-HHS-19.41-eng.pdf>

d'améliorer l'accès à la connaissance du statut sérologique au VIH et de favoriser l'utilisation des services de prévention, de soins et de traitement.

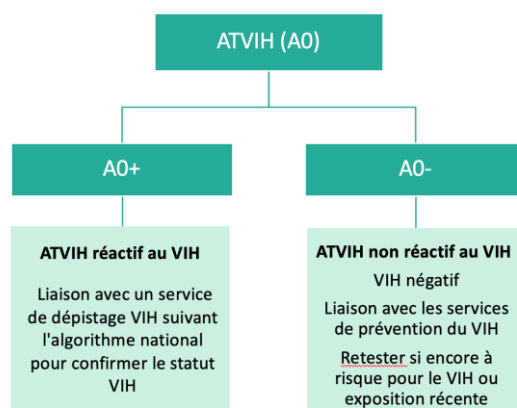
L'ADVIH complète ainsi les offres de dépistage classique.

- Il permet d'atteindre des populations qui jusque-là n'avaient pas accès au dépistage
- Il favorise la discrétion et bénéficie d'une forte acceptabilité, notamment auprès des populations clés
- L'autotest de dépistage du VIH représente un pas en avant pour accroître l'autonomie des patients, décentraliser les services et créer la demande pour le dépistage du VIH
- L'ADVIH peut donner des résultats aussi fiables que lorsqu'il est utilisé par un prestataire formé
- Les démonstrations en personne et la mise à disposition d'autres moyens d'information, comme des vidéos, peuvent également contribuer à une meilleure performance des autotests du VIH

### En quoi l'autotest réduit-il les barrières d'accès au dépistage?



L'autotest de dépistage du VIH est un **test de triage**, ce qui signifie qu'il ne délivre pas de diagnostic définitif de séropositivité au VIH.



**NB : En cas de test invalide, l'individu doit refaire le test.**

Quelques principes directeurs pour l'introduction et la dispensation de l'ADVIH sont importants à noter :

- **Les ressources disponibles et le contexte épidémiologique** doivent être pris en compte pour choisir les approches et les stratégies de déploiement de l'ADVIH
- L'ADVIH doit en priorité, viser **celles et ceux qui n'accèdent pas au dépistage** à travers les offres existantes. Il est important prendre en compte les **périphéries/réseaux** des populations clés.

- L'ADVIH comme tout service de dépistage n'a aucun intérêt s'il ne s'accompagne pas d'un lien vers les services appropriés. Il est ainsi crucial d'assurer un **lien vers la prévention, la confirmation et les soins**
- **L'ADVIH doit être intégré dans les programmes et services de dépistage existants** (services public, communautaires) afin d'optimiser le cout efficacité
- **Il est nécessaire de développer un référentiel spécifique** (manuel d'opérationnalisation, normes et procédures) pour guider concrètement les acteurs impliqués dans le déploiement de l'ADVIH.
- **L'implication des acteurs et populations cibles** dans le développement des stratégies (PVVIH, Pop° clés etc...) et le déploiement est essentielle
- L'offre d'ADVIH **ne doit pas se substituer** à l'offre de dépistage existante, notamment dans les services de santé où une proposition de test classique (TROD) préalable est préférable, dans la mesure où il est disponible.
- Étant donné que l'une des spécificités de l'ADVIH est de pouvoir atteindre des populations qui ont un accès limité aux offres de dépistage du VIH habituelles, il est requis de **ne pas contraindre les bénéficiaires à effectuer l'ADVIH devant le prestataire, afin de garantir l'autonomie et la confidentialité, sauf en cas de demande des bénéficiaires.**
- En raison du contexte d'épidémie mixte (épidémie généralisée avec une concentration dans les populations clés) et de la difficulté à atteindre les populations clés « périphériques », les partenaires des populations clés et des PVVIH ainsi que les autres populations vulnérables avec les stratégies existantes, **la dispensation « secondaire » est à privilégier.**

La **dispensation primaire** : Le kit d'ADVIH est dispensé et effectué par la personne en contact avec un agent dispensateur. L'utilisateur décide de réaliser son test avec la présence de l'agent ou de la faire ultérieurement quand il le souhaite et où il le souhaite

La **dispensation secondaire** : Le(s) kit(s) d'ADVIH est dispensé à la personne en contact avec l'agent dispensateur. Cette personne redistribue ce(s) kit(s) au sein duquel se trouve la notice du fournisseur dans son réseau (pairs, partenaires, clients. La personne ayant reçu initialement le(s) kit(s) peut également effectuer une démonstration, partager une vidéo de démonstration, apporter des conseils aux personnes de son réseau ainsi que le numéro de de l'agent de dispensation afin d'assurer une utilisation optimale des kits par les usagers finaux.

La qualité de la dispensation (et donc la formation des agents de dispensation) joue un rôle crucial afin de s'assurer que l'utilisateur, qui dans la grande majorité effectuera son test sans assistance humaine :

- Sera en capacité de **réaliser** correctement l'autotest de dépistage du VIH
- Sera en capacité d'**interpréter** correctement son résultat
- Sera en capacité de comprendre qu'il est nécessaire de **se rendre vers un service adapté**

Le fait d'avoir deux niveaux de dispensation renforce cet enjeu. En effet le premier dispensateur (professionnel de santé/ pair éducateur) doit à la fois expliquer :

- **En distribution primaire** : à la personne à qui elle donne l'autotest de dépistage du VIH comment elle peut le réaliser correctement dans le cas où celle-ci l'utilisera chez elle et pour elle-même.

- **Pour la distribution secondaire** : à cette même personne sur comment elle pourra elle-même dispenser l'autotest aux cibles secondaires du projet (partenaires, pairs, clients)

Des stratégies de communication et de création de la demande doivent être mises en place afin d'accroître la demande de l'utilisation des autotests de dépistage du VIH auprès des populations clés et de leur réseau. Les stratégies de création de la demande auprès des populations cibles de l'ADVIH **seront adaptées à leurs spécificités et centrées sur la cible** :

- Promotion ciblée de l'ADVIH avec des outils tels que **des affiches, flyers, des supports vidéo et audio** faisant la promotion de l'ADVIH dans les salles d'attentes des consultations et des centres
- **Promotion ciblée d'une vidéo de démonstration** consultable en ligne et partageable par des applications (*WhatsApp, Xender, etc.*) informant de la manière de réaliser le test et des différentes conduites à tenir en fonction de chaque résultat.

La dispensation des ADVIH doit être accompagnée de **matériels d'aide à l'utilisateur d'ADVIH**, qui peuvent être variés et complémentaires. Le tableau ci-dessous présente des exemples possibles :

Outils d'aide	Assistance directe (supervisé)	Sans assistance directe (non supervisé)
Séance d'information en personne, démonstration individuelle ou en groupe illustrant la bonne manière d'utiliser le kit et d'interpréter les résultats	X	
Démonstrations visuelles (vidéo) ou via les médias sociaux sur internet illustrant la bonne manière d'utiliser le kit et d'interpréter les résultats	X	X
Assistance en personne pendant la réalisation du test	X	
Instructions d'utilisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Illustrations/texte/ Notice du fabricant</li> <li>- Brochures complémentaire contenant des informations additionnelles notamment sur les services locaux de dépistage et de traitement de l'infection à VIH.</li> </ul>	X	X
Aide à distance par téléphone	X	X

L'ADVIH pose un défi particulier au Suivi & Évaluation (S&E) car la plupart des usagers qui obtiennent des autotests VIH veulent les utiliser dans un cadre privé. Il est ainsi particulièrement difficile de recueillir des données de routine sur l'utilisation du test, le résultat et le lien vers les soins, et ce d'autant plus dans le cadre de la dispensation secondaire. Pour autant, ce type de dispensation est particulièrement pertinent pour atteindre les populations cachées et périphériques. **Les défis posés au S&E de la dispensation secondaire ne doivent pas dissuader les décideurs et acteurs à dispenser les autotests de dépistage du VIH.**

Les méthodes et les sources de collecte de données pour le suivi de l'ADVIH peuvent différer de celles du suivi de routine des programmes (notamment du dépistage VIH) et doivent être adaptées aux différents modèles de dispensation. Il est important de trouver un équilibre entre les exigences de collecte de données, les préférences des clients et leur volonté de fournir des informations. **La collecte d'informations ne doit pas être intrusive ou contraignante** au point de dissuader les clients de demander des autotests de dépistage du VIH (au moment de

la dispensation ou à l'avenir). **Le respect de la confidentialité doit toujours primer sur l'obtention d'indicateurs d'efficacité auprès des clients de l'ADVIH.**

L'OMS a publié en 2018 un guide pour la planification, la mise en place et l'intensification de l'ADVIH. Ce guide comporte toute une partie sur le suivi de l'ADVIH et notamment propose une série d'indicateurs nationaux. Il est notamment recommandé, pendant la mise en œuvre de l'autodépistage du VIH, **d'intégrer le suivi de l'autodépistage du VIH dans les outils et approches utilisés** pour surveiller les services de dépistage du VIH, tels que les **registres de dépistage du VIH et de traitements antirétroviraux. Dans certains pays, la révision de ces registres de dépistage du VIH et de traitements antirétroviraux, par exemple par l'ajout d'une colonne supplémentaire**, a été considérée comme un moyen simple de rationaliser le suivi et la notification de l'adoption de l'autodépistage, les résultats du dépistage et la mise en relation avec les services de traitement ou de prévention.

**Le nombre de kits d'ADVIH dispensés** est le principal indicateur obligatoire de suivi collecté lors de la dispensation et devra être **désagrégé si possible par classe d'âge, par sexe, par site, par canal de dispensation et par modalité de dispensation (primaire/secondaire).**

Enfin, les expériences du projet ATLAS ont permis de documenter (évidences, retours d'expériences) le déploiement de l'ADVIH à moyenne échelle dans 3 pays de la sous-région (Côte d'Ivoire, Mali et Sénégal). De ces expériences plusieurs éléments clés et recommandations peuvent être formulés en complément des principes directeurs énoncés plus haut :

- L'autodépistage est une **opportunité pour atteindre, au-delà des populations clés elles-mêmes, leurs réseaux**
- Il est nécessaire de bien **définir le circuit du patient** dans le cadre de la dispensation au sein des structures de santé et **favoriser la délégation des tâches de dispensation** vers des acteurs sociaux ou des acteurs communautaires
- Il est important de mobiliser des approches favorisant un **retour 'volontaire' d'information des usagers** (résultat du test, demande de services de confirmation)
- Il est utile de **superviser et évaluer régulièrement les stratégies de dispensation** afin d'assurer une adaptation continue du déploiement aux contextes.
- **Donner le pouvoir** aux usagers de choisir '**où et quand**' se dépister représente un changement important dans les pratiques des acteurs du VIH...mais offre une réelle opportunité de réduire les gaps de dépistage.
- **L'ADVIH ne suffit pas à lever l'ensemble des barrières au dépistage.** Il ne résout pas par exemple **le problème du partage du statut** qui demeure un frein au dépistage des partenaires
- L'impact de l'ADVIH doit être mesuré de manière indirecte grâce à la triangulation des données. **Le suivi systématique de l'utilisation et des résultats des ADVIH n'est pas adapté ni réaliste** particulièrement dans un contexte où la distribution secondaire est au cœur de la stratégie.

### **3.2 Référentiels internationaux et expériences similaires sur la PrEP**

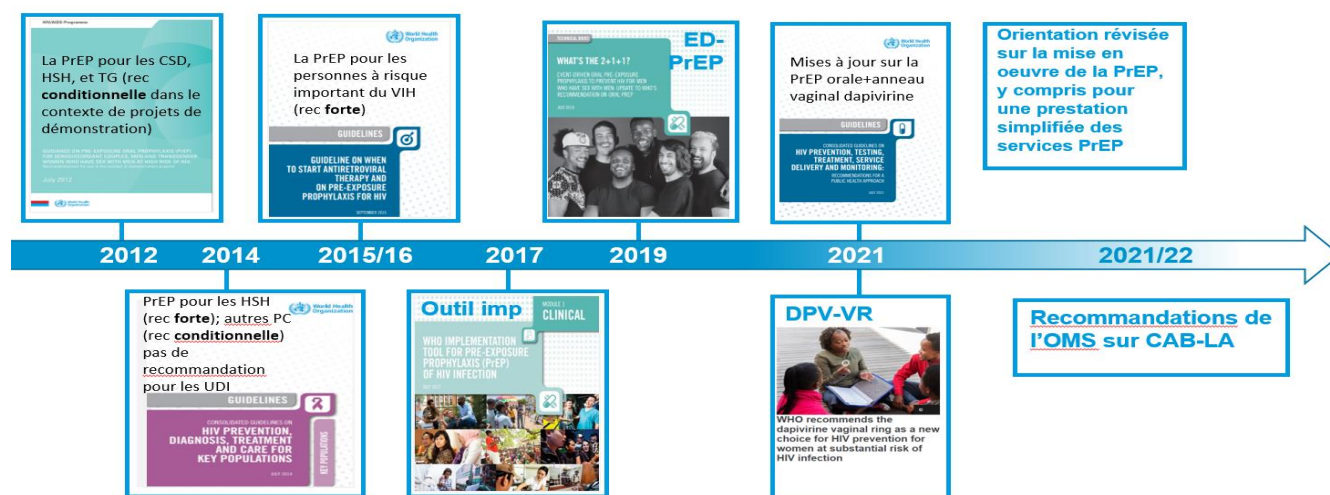
---

L'OMS recommande la prophylaxie pré-exposition orale pour les personnes à haut risque d'infection à VIH. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) orale pour le VIH consiste pour les personnes non infectées par ce virus à utiliser quotidiennement des antirétroviraux pour prévenir l'acquisition du VIH. Des études ont démontré l'efficacité de ce type de prévention dans la transmission chez les couples hétérosexuels sérodiscordants, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transgenres, les couples hétérosexuels à haut risque et les personnes qui s'injectent des drogues. La PrEP est proposée comme composante d'un ensemble complet d'interventions de prévention du VIH. Les programmes complets de prévention du VIH devraient inclure la disponibilité sans entraves des préservatifs et des lubrifiants, le dépistage systématique du

VIH, les conseils pour la réduction des risques et l'encadrement pour l'observance thérapeutique si la PrEP est proposée<sup>6</sup>.

L'OMS a développé en 2017 et 2018 de nombreux outils pour le déploiement de la PrEP<sup>7</sup> orale et particulièrement 12 modules abordant la PrEP et ciblant les cliniciens, les pharmaciens, les conseillers, les leaders, les éducateurs communautaires, les agents de dépistage et les usagers. Certains des modules abordent plus précisément le déploiement de la PrEP comme la planification, le suivi et évaluation.

Des recommandations ont aussi été formulées concernant la PrEP à la demande en 2019 mais aussi sur les nouvelles options de PrEP comme les anneaux vaginaux<sup>8</sup>. Les recommandations concernant la PrEP injectable sont attendues en 2022.



Cependant il est important de noter que les recommandations initiales sur la PrEP orale ont été reconnues par l'OMS comme prudentes et basées sur le principe de ne pas nuire considérant qu'à l'époque, les données scientifiques disponibles et les expériences étaient encore limitées. De nouvelles recommandations sont attendues officiellement très prochainement mais, d'ores et déjà, des webinaires ont permis fin 2021 de présenter les nouvelles recommandations pour la PrEP orale afin de favoriser sa mise à l'échelle dans les pays<sup>9</sup>.

Ainsi, les dernières recommandations de l'OMS en matière de PrEP orale, sur base des évidences générées ces dernières années, tendent à simplifier tant les critères d'initiation que le suivi des usagers.

Parmi les principales évolutions, il est important de noter :

### 1- Le dépistage du VIH

**Le dépistage du VIH est nécessaire avant le démarrage ou le redémarrage de la PrEP orale, et doit être mené régulièrement (tous les 3 mois) pendant l'usage de la PrEP.**

Il est recommandé d'utiliser les stratégies de dépistage en série de l'OMS, dans le cadre d'un algorithme validé de dépistage. Les individus peuvent être dépistés en point de service en suivant l'algorithme national de dépistage, qui est généralement une combinaison de TDR de 3ème génération

<sup>6</sup> <http://www.emro.who.int/fr/asd/asd-infocus/pre-exposure-prophylaxis.html>

<sup>7</sup> <https://www.who.int/tools/prep-implementation-tool>

<sup>8</sup> <https://www.who.int/news/item/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection>

<sup>9</sup> <https://www.who.int/groups/global-prep-network/webinars>

**Si le dépistage initial du VIH est négatif et qu'il n'y a pas d'antécédents ni de signes/symptômes de syndrome viral aigu, proposer un démarrage le même jour**

Une fois la PrEP démarrée, le dépistage du VIH est suggéré tous les 3 mois, ou à chaque fois que la PrEP est redémarrée après un arrêt de l'usage. Un dépistage additionnel du VIH 1 mois après le démarrage ou le redémarrage de la PrEP peut également être bénéfique

L'ADVIH est suggéré pour la création de la demande mais pas pour l'initiation ou le suivi pendant l'usage de la PrEP orale. Cet aspect est en cours de revue par l'OMS et de nouvelles recommandations seront disponibles en 2023

**2- Le suivi de la fonction rénale**

**Une fonction rénale détériorée, indiquée par une clairance de créatinine <60ml/min, est une contre-indication pour l'usage de la PrEP orale contenant le TDF.**

**L'attente des résultats du dosage de la créatinine ne doit cependant pas retarder le démarrage de la PrEP orale** et les résultats peuvent être examinés lors de la visite de suivi à M1.

Des résultats anormaux de clairance de créatinine de <60ml/min doivent être répétés un autre jour avant l'arrêt de la PrEP orale. Une clairance de créatinine anormale retourne généralement à la normale après l'arrêt de la PrEP orale.

La PrEP orale peut être redémarrée si la clairance de créatinine est confirmée à ≥90ml/min 1 à 3 mois après l'arrêt de la PrEP. Si la clairance de créatinine ne revient pas à la normale après l'arrêt de la PrEP, d'autres causes d'insuffisance rénale doivent être examinées.

La créatinémie à l'initiation ne sera obligatoire que pour les personnes de plus de 30 ans et un suivi semestriel est recommandé si la créatinémie est inférieure à 90ml/min. Le nouveau schéma à appliquer pour le suivi de la fonction rénale se traduit comme suit :

Démarrage		Suivi	
Comorbidités rénales	Âge		
Non	<30	Optionnel	Optionnel (jusqu'à 30 ans ou l'apparition de comorbidités rénales) Si la base est établie et la CrCl <90ml/min, mener un suivi tous les 6 à 12 mois
Non	30-49	À mener une fois dans les 1 à 3 mois suivant le démarrage de la PrEP orale	Si la CrCl ≥90ml/min, optionnel (jusqu'à 50 ans ou l'apparition de comorbidités rénales) Si la CrCl <90ml/min, dépistage tous les 6 à 12 mois
Oui	Tous les âges	À mener une fois dans les 1 à 3 mois suivant le démarrage de la PrEP orale	Dépistage tous les 6 à 12 mois
Non	50+		

**3- PrEP et hépatites**

**L'offre de PrEP est une opportunité pour faire le dépistage des hépatites B et C.**

Le dépistage Hépatite B (Ag HBs) une fois à l'initiation ou dans les 3 premiers mois est fortement recommandé quand possible. Les tests rapides sont disponibles pour Ag HBs, et l'OMS a pré qualifié de nombreux tests rapides de diagnostic.

La PrEP à base de TDF (à la demande ou en continu) et l'anneau vaginal peuvent être offert de manière sûre aux personnes avec une infection à VHB. Les personnes avec un diagnostic négatif peuvent être considérées pour la vaccination

Le dépistage des anticorps HCV est fortement encouragé à l'initiation ou dans les 3 mois, puis tous les ans quand les services PrEP ciblent les populations à haut risque /VHC.

La PrEP à base de TDF (à la demande ou en continu) et l'anneau vaginal peuvent être offerts de manière sûre aux personnes avec une infection à VHC

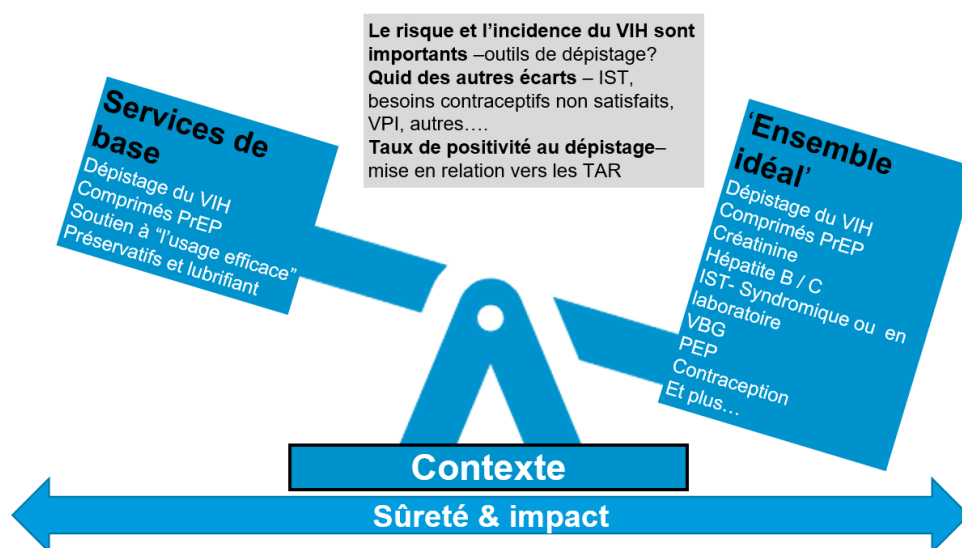
**La disponibilité ou l'accès au dépistage Hep B ou Hep C ne doivent pas être une barrière à l'initiation ou l'utilisation de la PrEP. La PrEP peut être initiée avant que les résultats soient disponibles.** Le dépistage VHB VHC ne sont pas un prérequis pour la PrEP.

#### 4- PrEP et infections sexuellement transmissibles (IST)

La PrEP demeure une opportunité pour offrir un spectre plus large de services aux populations clés lorsque cela est possible. Notamment, **le suivi régulier des IST est recommandé afin notamment, au-delà du bénéfice de la prise en charge pour l'usager de PrEP, de suivre si les autres méthodes de prévention (préservatifs) sont maintenues et contribue donc à l'évaluation de la mise en œuvre de la PrEP**

Il s'agit donc de faire un choix de prise en charge PrEP tenant compte du contexte, des possibilités et des recommandations comme illustré ci-dessous :

### Rendre la PrEP plus efficiente et efficace: Équilibrer les coûts, l'efficacité, et l'impact



En matière de suivi et évaluation, l'OMS recommande 4 indicateurs clés qui permettront de mesurer en routine l'adoption et la participation (nombre de nouveaux usagers de PrEP sur les 12 derniers mois et nombre cumulé d'usagers sous PrEP), la poursuite précoce de la PrEP (nombre d'usagers qui ont continué la PrEP après 3 mois), la prévalence de la toxicité chez les personnes à qui la PrEP a été prescrite (% d'usagers ayant arrêté la PrEP à cause d'une toxicité grave associée aux ARVs), la séroconversion chez les personnes à qui la PrEP a été prescrite (Pourcentage des personnes ayant utilisé la PrEP dans les 12 derniers mois et qui deviennent séropositives).

Les diverses expériences de déploiement de la PrEP, que ce soit en Afrique de manière générale ou plus particulièrement en Afrique de l'Ouest et du centre (CohMSM, Princesse), démontrent que l'offre de PrEP est adaptée aux besoins notamment des populations clés.

Cependant, il semble important, comme cela a été mentionné pour l'ADVIH que des stratégies adaptées de création de la demande, une prise en charge et un suivi de qualité (sans pour autant être trop contraignant pour les usagers), des outils d'aide à l'usage de la PrEP soient disponibles pour optimiser les succès potentiels. Par ailleurs des enjeux assez importants sont notés en fonction des populations et contextes concernant l'acceptabilité, l'observance et particulièrement la rétention. Ces points doivent ainsi être pris en considération de manière adaptée et prioritaire dans la définition des stratégies et le déploiement de l'offre de PrEP.

### 3.3 Ressources et documents normatifs nationaux

Au-delà de la revue de l'ensemble des documents mentionnés en annexe 1, il est important de rappeler dans ce rapport quelques éléments clés extraits de cette revue concernant les populations clés au Niger et surtout de préciser si et comment l'ADVIH et la PrEP sont inscrits à ce jour dans les documents de politique et de stratégies nationales de lutte contre le VIH et les hépatites.

Concernant les populations clés, la dernière étude de seconde génération de 2019 auprès des populations clés démontre une baisse significative de la prévalence VIH en comparaison de l'étude menée en 2015. En effet, la prévalence parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) a été divisée quasiment par 4 passant de 17.2% à 4.5%. La prévalence parmi les professionnelles du sexe (PS) a par ailleurs diminué de 16.6% à 9,6%. Ces baisses sont encourageantes même s'il n'en demeure pas moins que ces prévalences restent nettement supérieures à celle observée en population générale (0.23% / Spectrum 2020)

**Tableau 1 : Evolution de la prévalence du VIH chez les PS et HSH en 2015 et 2019 (ESSG)**

Région	SSG-2015: Prévalence du VIH chez les PS	SSG-2019: Prévalence du VIH chez les PS	SSG-2015: Prévalence du VIH chez les HSH	SSG-2019: Prévalence du VIH chez les HSH
AGADEZ	15,7 %	5,1 %	0%	-
DIFFA	76,9 %	-	-	-
DOSSO	11,8 %	-	0%	-
MARADI	23,7 %	15,4 %	5,0 %	1,7 %
TAHOUA	4,9 %	7,9 %	-	-
TILLABERY	6,6 %	-	0%	-
ZINDER	22,0 %	14,6 %	0%	2,2 %
NIAMEY	11,5 %	4,8 %	28,6 %	14,0 %
<b>NIGER</b>	<b>16,6 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>17,2 %</b>	<b>4,5 %</b>

La taille des populations clés a aussi été estimée recensant 16353 PS et 2644 HSH avec une répartition par régions assez hétérogène. Ainsi, on retrouve près de 60% des PS dans les trois seules régions de Niamey, Maradi et Zinder. En ce qui concerne les HSH, 80 % d'entre eux ont été recensés sur les deux régions de Niamey et Zinder ce qui correspond aux deux régions choisies pour les deux projets pilotes.

Tableau 4 : Répartition de la taille des populations clés selon la région et la catégorie

REGION	Nombre de populations clés	Nombre de Professionnelles de sexe	Nombre de HSH	Autres usagers de drogues MASC	Autres usagers féminins
AGADEZ	1154	1154	0	0	0
DIFFA	1021	898	111	5	7
DOSSO	850	781	69	0	0
MARADI	3235	3165	70	0	0
TAHOUA	2401	2117	252	15	17
TILLABERI	1604	1604	0	0	0
ZINDER	3541	2954	587	0	0
NIAMEY	5235	3680	1555	0	0
<b>NIGER</b>	<b>19041</b>	<b>16353</b>	<b>2644</b>	<b>20</b>	<b>24</b>

Ces données de taille de population sont assez divergentes par rapport à celles mentionnées dans le Plan stratégique national (PSN 2018-2023) qui définissait les populations prioritaires en matière de lutte contre le VIH :

#### Cibles prioritaires

Les cibles prioritaires sont : les PS et leurs clients, les HSH, les détenus, les réfugiés et les femmes enceintes. Le deuxième niveau de priorités concerne les populations passerelles ou vulnérables qui sont : les FDS, les jeunes de 15-24 ans, les migrants internes ou externes, les miniers/orpailleurs, les camionneurs/routiers et les personnes handicapées.

Tableau 3 : Cibles prioritaires du PSN

Priorités # 1		
Populations	Tailles (2016)	Commentaires/Remarques
PVVIH	47571	
PS	45641	
HSH	11743	
Détenus	16312	
Réfugiés	186420	Le programme s'intéressera aux 15 ans et plus
Femmes enceintes	918752	
Priorités # 2		
Populations	Tailles	Commentaires/Remarques
FDS	33000	
Migrants internes	479210	Le programme s'intéressera aux 15 ans et plus
Migrants externes	122983	Le programme s'intéressera aux 15 ans et plus
Jeunes 15 - 24 ans	3640941	
Miniers/Orpailleurs	99028	
Camionneurs/Routiers	162174	
Handicapés	70462	

Il est enfin intéressant de noter que dans le cadre du PSN le premier impact attendu concerne particulièrement la prévention et la connaissance du statut par les populations clés :

« L'épidémie de l'infection par le VIH au Niger est de type concentré, donc l'enjeu de la prévention devra permettre, en premier lieu, la réduction effective de l'incidence de l'infection par le VIH dans les populations clés et de la transmission mère-enfant en priorité et, secondairement, la réduction de l'infection dans la population générale. Ainsi, au cours de la mise en œuvre du plan, la priorité sera accordée aux PVVIH, aux populations clés et aux régions à forte prévalence du VIH et à forte concentration des populations clés conformément au plan d'accélération. »

Plus spécifiquement, toujours dans le PSN, un des effets attendus cible la connaissance du statut des populations clés et une série d'interventions associées :

**« Au moins 87% des populations clés identifiées connaissent leur statut sérologique VIH et adoptent des comportements à moindre risque**

*Dans une perspective de réduction des risques, la prévention combinée qui consiste de manière systématique à offrir un paquet de services sera appliquée pour les populations clés.*

*Ce paquet est composé comme suit : la communication pour le changement de comportement, la distribution de préservatifs et de gel lubrifiant, la prise en charge syndromique des IST, le conseil et dépistage VIH, l'accès aux services de santé de la reproduction, la lutte contre la discrimination et la protection des droits humains.*

*Les populations les plus exposées au risque d'infection IST/VIH bénéficieront d'une offre de services de prévention et de soins prenant en compte les spécificités de leurs besoins sans discrimination. Pour rendre effective l'utilisation des services, les capacités des professionnels de santé et communautaires seront renforcées.*

*Les interventions/stratégies vont surtout se focaliser sur les régions en fonction de la prévalence du VIH de chacune des populations clés : pour les PS et HSH (Niamey, Maradi, Tahoua et Zinder), pour les détenus (Agadez, Tahoua et Niamey), pour les réfugiés (Tillabéry, Tahoua et Diffa). »*

*Les interventions qui seront mises en œuvre sont :*

*Amélioration d'un environnement juridique, institutionnel et communautaire en faveur des populations clés ;*

*Mise en place de centres adaptés pour la prise en charge des PS et les HSH ;*

*Renforcement des capacités des structures de santé pour la prise en charge des PS ;*

*Renforcement des capacités des infirmeries des maisons d'arrêt ;*

*Renforcement de la stratégie du dépistage avec la démedicalisation (fixe, mobile et avancée) pour les populations clés*

*Promotion du dépistage à base communautaire et par les pairs ;*

*Renforcement de la prévention par la CCC à travers la paire éducation ;*

*Disponibilité/accessibilité des préservatifs (féminin et masculin) et gels lubrifiants ;*

*Renforcement des capacités organisationnelles des PS et des HSH.*

*Diagnostic et traitement des IST ;*

L'ADVIH et la PrEP sont par ailleurs d'ores et déjà inscrits dans certains documents normatifs au Niger

#### **En ce qui concerne l'ADVIH :**

La loi VIH détermine l'âge légal de dépistage à 18 ans (Décret 2017-014/PRN/MSP portant application de la loi N° 2015-30 du 26 Mai 2015 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH).

L'ADVIH est spécifiquement mentionné dès 2018 dans le document des normes et directives des services de conseil et de dépistage. Il est notamment inscrit dans les recommandations pratiques pour l'élaboration des référentiels dans la mise en œuvre du dépistage démedicalisé au Niger de « Revoir les outils de formation pour intégrer la stratégie de dépistage communautaire et la pratique des autotests ». Plus encore, un chapitre est dédié à l'autodépistage en faisant référence aux recommandations de l'OMS en la matière et posant quelques orientations prioritaires pour le Niger notamment en terme de populations cibles :

*« Il faut évaluer les approches existantes de dépistage du VIH et déterminer s'il faut mettre en place l'autotest et dans quels cas, et comment procéder pour que celui-ci soit complémentaire et comble les lacunes actuelles de la couverture du dépistage.*

*Dans le cadre des Normes et Directives du Conseil dépistage du VIH au Niger, les différentes interventions suivantes sont recommandées:*

- *Approche communautaire du dépistage intrafamilial*
- *Test donné ou réalisé par le partenaire.*
- *Retrait et auto dépistage sur place dans les établissements de santé après counseling pré test.*
- *Programme intégré (IST, TB, santé sexuelle)*
- *Programme Prévention post exposition*

*...les niveaux de recommandations sont les suivants :*

• *HSH et prostituées : Intérêt majeur*  
*Outil de prévention / contrôle dans un contexte de prise de risque ;*  
*« Répéter le test, peu importe la fenêtre de séroconversion »*  
• *Usagers de drogues et populations marginalisées*  
*Recommandations centrées sur la participation des associations et professionnels »*

Puis l'ADVIH est enfin développé dans la stratégie nationale de dépistage différencié et sa mise en œuvre (2020-2023) faisant notamment référence aux projets pilotes.

Tout d'abord l'analyse MOFF des activités de dépistage existantes proposée dans le document mentionne « *Des projets pilotes permettant la distribution des ARV soit dans les centres communautaires, ou par les pairs ou dans les points de distribution communautaire (les « PODI ») sont fortement conseillés pour ces populations clés dans ce contexte. **L'introduction de l'autodépistage chez les populations clés et leur entourage doit être pilotée** »*

Dans la partie concernant les services qui doivent être proposées aux populations clés et vulnérables nous retrouvons l'ADVIH :

*Services adaptés aux populations clés et unités mobiles pour mener des campagnes visant les populations clés et vulnérables.*  
*Services intégrés dans les mesures de prévention.*  
*Attention prioritaire accordée au dépistage du VIH chez les clients des professionnel(le)s du sexe et en cas de séropositivité chez leurs partenaires.*  
***Mise à l'essai de l'auto dépistage et intensification potentielle de son utilisation par les populations clés et leurs partenaires***

#### **En ce qui concerne la PrEP :**

La PrEP orale est abordée dans le guide de prise en charge des personnes infectées par le VIH (2019). Elle est présentée comme une offre de prévention supplémentaire au sein d'un ensemble complet d'approches de prévention (préservatifs, lubrifiants) pour les personnes à risque élevé d'infection notamment les PS, les HSH, la population carcérale et les couples sérodiscordants.

Plus précisément les modalités d'administration et la surveillance sont développées tout en considérant que celles-ci prennent en compte les recommandations de l'OMS de 2017 (et non les recommandations en cours de révision). Il est cependant important de noter que la PrEP continue ou à la demande faisait partie des offres possibles pour les usagers et que le TDF/FTC est l'option retenue.

#### **Modalités d'administration :**

*Il est recommandé de ne pas débiter la prescription d'une PrEP avant d'avoir confirmé l'absence d'infection par le VIH chez la personne destinée à la recevoir. Les modalités de prises recommandées sont les suivantes :*

*Soit une **prévention continue** par un comprimé quotidien de ténofovir/emtricitabine (TDF-FTC). Le délai au décours de la première prise à partir duquel la PrEP aura un caractère protecteur est difficile à établir. Les rares données pharmacologiques disponibles suggèrent que l'activité optimale protectrice chez les HSH est obtenue après 7 jours de prise continue d'antirétroviraux avec une adhésion maximale. On ne dispose néanmoins pas de données fiables quant à la posologie optimale de PrEP et au délai entre le début de prise de la PrEP et son efficacité préventive chez les femmes. En l'attente de données plus étayées, la diffusion plus lente des antirétroviraux et la moindre concentration cervico-vaginale du ténofovir (comparativement à la muqueuse rectale) conduit, par principe de précaution, à considérer l'efficacité préventive de la PrEP chez les femmes après 21 jours de prise de ténofovir/emtricitabine (TDF-FTC);*

Soit une **prévention « à la demande »** ténofovir/emtricitabine (TDF-FTC) pris entre 24h et 2h précédant l'acte sexuel, puis un comprimé 24h et un autre 48h après la prise précédant la relation sexuelle (ou prise continue et quotidienne si des relations ont lieu avant la prise complémentaire suivant l'acte).

#### **Surveillance**

Ne pas méconnaître une infection VIH récente et à limiter les risques de résistance du VIH occasionnés par la poursuite d'une PrEP dans cette situation dépister une dégradation de la fonction rénale par une surveillance rapprochée si la clairance de la créatinine est comprise entre 50 et 80 ml/mn (ou en cas de protéinurie > 1+) et l'arrêt de la PrEP si la clairance est < 50 ml/mn (ou en cas de tubulopathie rénale confirmée).

## **4 ETAT DES LIEUX, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS**

### **4.1 Description sommaire des deux associations**

**L'ONG MVS** (Mieux vivre avec le SIDA) a été Créée le 24 Septembre 1994 et reconnue officiellement par arrêté Ministériel n° 170/MI/AT/DAPJ/SA du 08/10/1996. C'est la première ONG de lutte contre le Sida créée au Niger avec comme objectif général de contribuer à la réduction de l'impact des IST/VIH/SIDA/H/SSR au Niger par la prise en charge globale des communautés.

Les interventions de MVS portent sur la Prévention, les Soins conseils, le renforcement de capacités des acteurs de lutte contre le VIH et le Plaidoyer. Au regard des actions menées et des résultats obtenus, MVS a été accréditée comme centre prescripteur d'ARVs par le Ministère de la Santé Publique en septembre 2009.

MVS a mis en place en 2002 au Niger, le premier centre de dépistage Anonyme et Volontaire (CEDAV) situé à Niamey. Elle a ensuite procédé à l'ouverture des antennes régionales de dépistage du VIH/Sida et de prise en charge dans les régions de Tahoua (2003), Zinder (2004) et Agadez (2005). Ces antennes régionales sont malheureusement fermées pour faute de financement respectivement en 2010, 2007 et 2011.

En plus du dépistage en stratégie fixe, MVS effectue des activités de dépistage en stratégie mobile chez les populations clés (PS, HSH), les orpailleurs et les jeunes dans les régions de Tillabéry, Dosso, Tahoua, Maradi et Zinder. En matière de soins, MVS représente le 4<sup>ème</sup> plus gros centre de prise en charge des PVVIH au Niger avec plus de 1800 patients suivis en 2021.

MVS dispose par ailleurs d'une cellule d'expertise de conseils en VIH/SIDA (ECONVISI) pour le renforcement des capacités des acteurs et intervenants dans la lutte contre le sida et la sensibilisation d'autres couches socioprofessionnelles.

L'ONG dispose de 21 salariés et 4 vacataires et est coordonnée par une Direction Exécutive. L'équipe opérationnelle comporte 2 médecins, 2 infirmiers, 2 conseillers, 1 assistante sociale, 2 psychologues, 2 techniciens de laboratoire, 1 dispensateur à la pharmacie, 4 Accompagnateurs psychosociaux APS mis à disposition par le RENIP+.

Pour la mise en œuvre de ses activités, MVS bénéficie de l'appui des partenaires techniques et financiers suivants comme le Ministère de la santé publique de la population et des actions sociales et le programme national de lutte contre le sida et les hépatites, les agences du système des Nations unies intervenant dans la lutte contre le sida, le fonds mondial, les associations Françaises de lutte contre le sida (Sidaction, Solidarité Sida, plateforme Elsa, Fondation de France), ENDA SANTE/Coopération Luxembourgeoise, la plateforme de l'Afrique de l'Ouest (PFAO), Islamique Relief, l'agence des Musulmans d'Afrique, Qatar Charity.

Les principales activités mises en œuvre et résultats obtenus en 2020 par MVS sont :

**La communication pour un changement de comportement** qui se fait à travers la paire éducation au niveau de 3 principaux groupes cibles à savoir les professionnelles de sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les orpailleurs. En 2020, ces activités ont été conduites sur les sites prostitutionnels de la région de Dosso (PS et HSH), sur les sites aurifères de la région de Tillabéri (PS et orpailleurs) et dans la communauté urbaine de Niamey (HSH et PS). 1966 personnes ont été sensibilisées à travers 225 séances de pair-éducation en 2020. A ces personnes sensibilisées à travers la paire éducation, il faut aussi ajouter celles sensibilisées au cours des dépistages en stratégie fixe (1559) et en stratégie mobile (2061).

**Les activités de dépistage au CEDAV** avec 1559 tests de dépistage effectués en 2020. Il faut par ailleurs noter que le CEDAV constitue le centre de préférence des populations clés (PS, HSH) pour leur dépistage. Ainsi, sur les 1559 personnes dépistées, on note 133 HSH et 117 PS dont 13 cas positifs pour les HSH et 8 cas positifs pour les PS.

**Les activités de dépistage mobile.** Au cours de l'année 2020, deux caravanes de sensibilisation couplées au dépistage VIH ont été réalisées à l'endroit des PS et orpailleurs sur les sites aurifères de Tillabéri et sur les sites prostitutionnels de la région de Dosso. Des séances de dépistage mobile ont aussi été conduites au niveau de Niamey auprès des populations clés (PS, HSH) et une clinique de dépistage au niveau des régions de Maradi, Tahoua et Zinder auprès des populations clés (PS et HSH) et des autres groupes vulnérables (jeunes, clients des PS...). Au total 2061 personnes ont été dépistées en stratégie mobile au cours de l'année 2020. Il s'agit de 1111 PS, 495 HSH, 74 orpailleurs, 74 personnes en situation de handicap et 307 autres personnes vulnérables comprenant des clients de PS et des jeunes.

**La Prise en charge médicale** avec, à la date du 31 décembre 2020, une file active de 1577 patient.e.s adultes sous traitement ARV dont 1007 femmes et 570 hommes. 25 enfants sous traitement ARV sont suivis. MVS a réalisé 4175 consultations médicales aux patient.e.s (tableau 5) dont 62% à l'endroit des femmes et 38% au bénéfice des hommes. Les patient.e.s bénéficiaires des consultations médicales se répartissent en 4 groupes cibles à savoir la population générale, les PS, les HSH et les personnes en situation de handicap.

**La prise en charge psychosociale** est menée par 2 psychologues et 4 APS. 3 groupes de parole regroupant 86 patients ont été organisés et souvent couplés à des repas conviviaux qui représentent un cadre d'échanges et de partage d'expériences entre les patients. 477 Visites A Domicile (VAD) ont été réalisées durant l'année 2020. La recherche de Perdus de Vue (RPDV) vise le maintien dans le traitement des patients de la file active de MVS. En 2020, 409 perdus de vue ont été recherchés (327 femmes et 82 hommes) parmi lesquels 299 patient.e.s (237 femmes et 62 hommes) ont été retrouvés.

**L'ONG SongES Niger** a été créé en avril 2005, après la nationalisation de la mission SongES Belgique au Niger. Elle a pour mission de contribuer au renforcement des communautés pour sauver des vies, lutter contre la pauvreté et accroître la justice sociale. Les principales orientations stratégiques concernent la santé de la reproduction, les IST/VIH-SIDA et l'enfance en difficulté. Les zones d'intervention couvrent l'ensemble du territoire national avec des interventions concentrées sur les régions de Agadez, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéri, Zinder

L'ONG compte 77 employés dont 60 personnes au sein de l'équipe opérationnelle comprenant 1 Chef des opérations, 11 chargés de projet, 3 chargés de suivi évaluation, 3 chefs d'antennes, 20 superviseurs de terrains et 26 animateurs

L'ONG SongES a développé de nombreux partenariats avec une multitude d'organisation notamment, la Banque mondiale, l'Union Européenne, Expertise France, le Fonds mondial, le Duché du Luxembourg, PATHFINDER, Médecins du Monde et bien d'autres. SongES est sous récipiendaire de la subvention NFM3 du Fonds mondial

SongES s'est spécialisé au Niger à travers la mise en œuvre de plusieurs initiatives :

- La mise en place d'activités participatives de sensibilisation au niveau communautaire
- La mise en place de programme de réinsertion des jeunes (filles et garçons) en situation de vulnérabilité
- L'appui à la mise en place des associations des PVVIH dans toutes les régions du pays et au renforcement de leurs capacités.
- Le développement d'initiatives porteuses dans le domaine économique à l'endroit des PVVIH
- Le développement de la stratégie d'implication des hommes dans la santé de la reproduction. Cette stratégie "Ecole des Maris" a été prise en compte comme stratégie nationale et est répliquée dans plusieurs pays d'Afrique.
- Le développement d'activités de lutte contre le SIDA sur les axes frontaliers auprès de certains groupes vulnérables (PS, routiers, commerçants...)
- La production de plusieurs outils de sensibilisation au niveau communautaire

#### **4.2 Principaux points forts et opportunités**

---

L'Etat des lieux qui a été réalisé à Niamey, croisé avec la revue documentaire ont permis de mettre en exergue de nombreux points forts et opportunités pour le déploiement des deux projets pilotes ADVIH et PrEP.

Tout d'abord, nous constatons que **l'environnement est favorable à l'introduction de l'ADVIH et la PrEP**. Même s'il reste encore des défis, les retours de l'ensemble des acteurs (ONUSIDA, PNLISH, UGS, RENIP+, RENIPOC, MVS, SongES) sont très positifs.

Le fait que l'ADVIH et la PrEP figurent depuis 2018/2019 au sein de directives et stratégies nationales est un élément favorable car cela démontre que le pays souhaite concrétiser l'opportunité d'introduire ces deux innovations au bénéfice des populations clés. **La confirmation de l'intégration de l'ADVIH et de la PrEP** (en mettant à jour et en affinant les stratégies retenues) **dans les documents normatifs en cours de révision** est aussi un signe très favorable. Cela sera le cas notamment dans le prochain Plan stratégique national, les directives, normes et procédures de dépistage ou le guide de prise en charge.

**Les deux partenaires MVS et SongES démontrent une réelle capacité et motivation** à initier et déployer les deux projets pilotes. **L'existence du CEDAV, son offre de service et son fonctionnement représentent par ailleurs un élément clé et servira de pierre angulaire** à l'introduction de la PrEP et contribuera activement à la promotion et la distribution de l'ADVIH dans la région de Niamey.

**L'existence d'un réseau de pairs éducateurs et plus spécifiquement de pairs dépisteurs** représente de surcroît une réelle opportunité pour intégrer l'ADVIH mais aussi pour promouvoir la PrEP et **le réseau d'APS (que ce soit au niveau du CEDAV ou à l'échelle de la région) pourra avoir un rôle significatif** pour le suivi des usagers de PrEP alors que les enjeux d'observance et de rétention sont cruciaux.

L'expression des besoins a été confirmée par les populations clés qui perçoivent les avantages des deux innovations pour améliorer l'accès à la prévention et au dépistage pour eux même et leurs réseaux, souvent difficile à atteindre (pairs, partenaires, clients ...).

Ainsi, la faisabilité des projets pilotes est confirmée en intégrant les deux innovations dans les programmes et activités existantes pour les populations clés, que ce soit au niveau du CEDAV ou au sein des activités mobiles et communautaires. Plus encore, ces projets pilotes offrent une opportunité de créer des synergies tant avec les autorités pour faciliter l'institutionnalisation de l'ADVIH et de la PrEP qu'avec les autres partenaires associatifs tels le RENIP+ avec le réseau des APS ou le RENIPOC pour une offre adaptée aux spécificités des populations clés mais aussi avec les acteurs et prestataires des services publics à Zinder.

La mise en œuvre des projets pilotes représente une réelle opportunité pour renforcer la réflexion plus large de la mise à l'échelle (géographique mais aussi pour d'autres populations prioritaires) et la construction de stratégies adaptées au contexte sur base des leçons apprises de cette première phase pilote.

En effet, les référentiels qui seront développés pour cette phase pourront servir au développement in fine des référentiels à l'échelle nationale (modules de formations, normes et procédures, outils de création de la demande etc...). Le lien avec le PNLSH sera essentiel pour cela.

Enfin, ces deux projets pilotes, même s'ils ne seront pas complètement achevés, pourront très certainement alimenter par exemple l'écriture de la prochaine subvention NFM4 du FM qui devrait commencer à partir de mi 2023 ou toute autre opportunité de financement pour accompagner la mise à l'échelle

### 4.3 Points de vigilance et défis

---

Alors que l'environnement est favorable et que la faisabilité des deux projets pilotes est confirmée, il reste cependant quelques défis à prendre en considération afin de s'assurer d'une pleine intégration des deux innovations et du succès tant de la phase pilote que du processus de préparation de la mise à l'échelle/pérennisation.

En premier lieu et comme mentionné ci-dessus, la révision des documents nationaux (PSN, directives dépistage, guide de prise en charge) représente une opportunité pour affirmer l'engagement du pays pour intégrer et mettre à l'échelle l'ADVIH et la PrEP. Il sera important d'aller au-delà d'une mention ou de principes généraux. Au contraire, même si des directives, normes et procédures spécifiques à l'ADVIH et à la PrEP pourront être développés, il demeure essentiel de bien préciser dans ces documents nationaux en cours de révision, en **tenant compte des dernières recommandations internationales, comment et pour qui ces innovations seront déployées afin de guider l'ensemble des acteurs sur les stratégies retenues et ainsi alimenter le développement de nouvelles initiatives en la matière**. L'offre de service différencié nécessite ainsi de préciser à minima, où, quand, qui/comment et pour qui ces services seront disponibles<sup>10</sup>

A cet effet, la prise en compte des évolutions récentes concernant les recommandations de la mise en œuvre de la PrEP sera importante. En effet, les premières recommandations qui ont alimenté le guide de prise en charge au Niger s'appuient sur une approche prudente qui a limité parfois, l'adhésion et la mise en œuvre des programmes PrEP dans les différents pays. La simplification de la PrEP en tenant compte des dernières

---

<sup>10</sup> Cf cadre et matrice pour les services différenciés <https://differentiatedservicedelivery.org/About/Getting-started>

recommandations permettront au Niger de s'appuyer sur un protocole (qui sera proposé dans le cadre du pilote) facilitant l'adhésion et le maintien des usagers de PrEP.

Alors que cette opportunité de simplification facilitera le déploiement de la PrEP, il ne faut pas écarter l'opportunité que la PrEP représente pour élargir l'offre de soins aux populations clés. L'hépatite B représente un réel défi de santé publique mais le dépistage et la prise en charge ne sont malheureusement pas disponibles gratuitement au Niger. Dans le cadre de la PrEP, alors que les ARVs permettent à la fois de prévenir une infection au VIH mais traite aussi une infection au VHB, **il apparaît donc pertinent et stratégique de pouvoir intégrer le dépistage Ag HBs dans le protocole de prise en charge de la PrEP.** Ce dépistage est de surcroît un élément de guidance pour le prescripteur afin de recommander le régime PrEP le plus adapté à la situation de l'utilisateur (PrEP continu ou à la demande). Il s'agira cependant, pour des raisons éthiques évidentes, de bien informer l'utilisateur de son statut sérologique, de lui expliquer que la PrEP traite l'hépatite B et de l'informer qu'une prise en charge ne pourrait être assurée gratuitement en cas d'arrêt de la PrEP. Ces éléments pourront d'ailleurs contribuer à renforcer l'observance et la rétention des usagers de PrEP.

**Au-delà de l'hépatite B, un suivi régulier des IST semble nécessaire et pertinent afin notamment de mesurer si les mesures de prévention complémentaires du VIH sont maintenues par les usagers (préservatifs). Ces coûts additionnels restent raisonnables et doivent être pris en considération dans le cadre de la prise en charge de la PrEP.**

Un autre défi identifié pour la mise en œuvre des projets pilotes est la **disponibilité des intrants et les délais d'approvisionnement qui pourraient impacter les scénarios proposés en comité de pilotage mi-juin et présentés ci-dessous.**

Pour la PrEP, alors qu'une commande de TDF/3TC est en cours (A remplacer par du TDF/FTC par la suite), il faudra s'assurer pour MVS d'avoir à disposition les moyens et les intrants complémentaires à la prise en charge proposée (créatinémie, dépistage VIH, dépistage VHB, suivi et traitement des IST). **Il s'agira donc de confirmer avec le FM, l'UGS, le PNLISH et l'OFPPC que ces intrants sont soit déjà disponibles dans le pays, à défaut peuvent être achetés localement (consommables par exemple) ou commandés en urgence afin d'assurer une prise en charge conforme et de qualité et dans les temps définis (démarrage prévu en Novembre 2022).**

Pour l'ADVIH, une approche prudente a été retenue pour cette phase test à savoir que l'ADVIH ne sera pas offert lors des activités éducatives seules (qui n'intègrent pas d'offre de dépistage, i.e activités par les pairs éducateurs). L'ADVIH sera ainsi réservé aux personnes pouvant se faire dépister au moment du contact (au sein du CEDAV ou lors d'activités communautaires de dépistage et permettra de s'éviter le risque de substitution du dépistage rapide (Determine Combo) par l'ADVIH. Cette approche nécessite par ailleurs de s'assurer que les tests rapides de dépistage sont disponibles sans rupture de stock. En effet, une rupture de tests rapides risquerait d'entraîner un effet de substitution non désiré par l'ADVIH (la personne contact optera pour l'ADVIH pour elle-même et impactera les indicateurs de performance sur le dépistage). **Ainsi, en termes d'intrants les besoins en kits d'ADVIH et en tests rapides Determine Combo sont inclus.**

La disponibilité des kits d'ADVIH (1250 kits avec péremption en Juin 2023) dans le pays correspond à environ 1.5 mois de stock des estimations. **Le démarrage effectif du projet pilote ne peut donc pas être immédiat** car cela entraînerait une rupture rapide des kits d'ADVIH disponibles. Dans ce contexte, **il est crucial de placer une commande urgente afin de s'assurer de la disponibilité des kits d'ADVIH pour couvrir les besoins de 2023 (avec donc une réception fin Décembre 2022/Début Janvier 2023).** Concernant les tests Determine Combo, Il s'agira là aussi de confirmer avec le FM, l'UGS, le PNLISH et l'OFPPC que ces intrants sont soit déjà disponibles dans le

pays, à défaut commandés en urgence afin d'un déploiement conforme aux stratégies définies et dans les temps définis (démarrage prévu en janvier 2023).

Le temps d'assurer la disponibilité des intrants ne sera pas du temps perdu. En effet, les diverses expériences concernant l'ADVIH et la PrEP démontrent **une importance majeure au temps et à la qualité nécessaire de préparation**. Cette préparation doit permettre de définir des normes et procédures spécifiques pour guider efficacement les acteurs, de développer l'ensemble des référentiels de formation et de former l'ensemble des acteurs mais aussi de développer tous les outils nécessaires à la réussite des projets pilotes tels que les outils d'aide aux usagers ou les outils de création de la demande. Par ailleurs au-delà des référentiels et outils, **la construction des synergies proposés entre les acteurs (MVS, SongES, RENIP+, RENIPOC, PNLSH, services publics) sera un élément très important afin d'optimiser le potentiel et le succès des projets pilotes**.

Lors de l'état des lieux, alors que l'approche retenue vise l'intégration de l'ADVIH et de la PrEP dans les programmes et activités existants, **il est apparu nécessaire d'intégrer des activités spécifiques et additionnelles de création de la demande à la fois pour compléter les activités existantes mais parfois trop limitées** (i.e : caravane de dépistage/sensibilisation trop peu fréquentes). Ces activités seront donc incluses dans les plans opérationnels et auront le mérite dans une phase d'introduction d'innovations de s'assurer que des activités dédiées permettent aux populations clés de connaître l'existence de l'offre et leur donne l'opportunité d'accéder à ces nouveaux services. **A moyen terme, il pourrait être important d'élargir l'offre de sensibilisation/prévention/dépistage pour les populations clés et d'y intégrer les éléments relatifs à la PrEP et à l'ADVIH**.

Au-delà des opportunités mentionnées plus haut, il apparaît que les stratégies assez récentes de dépistage communautaire par les pairs dépisteurs ne soient pas encore effectives attendant la signature de contrats par l'UGS. Ces stratégies de dépistage ont prouvé leur pertinence et leur efficacité et seront un pilier important pour intégrer l'offre d'ADVIH. **Il faudra donc s'assurer que les 8 pairs dépisteurs (4 à Niamey et 4 à Zinder) seront effectivement en action lorsque les projets pilotes démarreront**. Par ailleurs, dans une perspective de mise à l'échelle, il semblerait pertinent d'élargir l'offre de dépistage communautaire par les pairs (23 pairs dépisteurs formés à ce jour au niveau national) afin d'élargir la couverture de dépistage et d'autodépistage pour les populations clés et leur réseau.

**La mobilisation du réseau des APS représente une opportunité pour le suivi des usagers de PrEP**. En effet, ces accompagnateurs psychosociaux (130 au niveau national, 44 à Niamey, 4 au CEDAV) suivent d'ores et déjà des personnes vivant avec le VIH notamment dans le suivi de l'observance des ARVs. La dispensation multi mensuelle a été initiée lors de la crise COVID mais semble impliquer les APS de manière plus ou moins aléatoire, en tout cas pas de manière formelle, ce qui rend leur rôle difficile. Il apparaît important et pertinent que le PNLSH s'appuie sur les expériences passées s'il décidait de préciser et formaliser une stratégie nationale de dispensation communautaire des ARVs (DMM, décentralisation et délégation des tâches avec implication des APS) d'accompagner cela d'une formalisation du rôle des APS à cet égard. **Ceci offrirait par ailleurs une opportunité d'y intégrer la dispensation communautaire de la PrEP qui pourrait être une stratégie pertinente à moyen terme (non retenue au stade du pilote, seul le suivi des usagers impliquera les APS)**.

#### 4.4 Scénarios et stratégies proposées

---

S'appuyant sur l'état des lieux (entretiens et observations) et sur la revue documentaire, des scénarios et stratégies ont pu être construits par MVS et SongES avec l'appui des consultants de l'assistance technique. Ces éléments ont été présentés lors du comité de pilotage de l'assistance technique et sont repris ci-dessous.

Les scénarios proposés sont réalistes mais dépendent cependant de certains défis à relever comme la disponibilité des intrants nécessaires (voir ci-dessus). De cet enjeu pourrait dépendre la faisabilité du délai démarrage prévu des projets pilotes et/ou la qualité de l'offre de service proposée.

Tenant compte des enjeux liés à la disponibilité des intrants, de la disponibilité des acteurs dans les prochaines semaines, du délai de validation nécessaire pour les plans opérationnels à venir par la FM, mais tout en restant ambitieux, nous proposons

- Que les activités de préparation démarrent à partir de début septembre 2022 (outils, formations etc...) avec une priorité pour la PrEP
- Que la dispensation effective de PrEP démarre en novembre 2022
- Que la dispensation des ADVIH démarre effectivement en Janvier 2023

En termes de couverture d'intervention pour ce projets pilotes et considérant que la phase effective de déploiement prévue initialement sur 2 années sera réduite entre 12 et 14 mois, il est proposé le schéma suivant :

Dans la région de Niamey :

- Dispensation de la PrEP au niveau du CEDAV et un suivi des usagers en synergie avec les APS de la région
- Dispensation des ADVIH au niveau du CEDAV (stratégie fixe) et lors d'activités mobiles et communautaires (stratégie avancée)

Dans la région de Zinder :

- Préparation au déploiement de la PrEP : diagnostic, identification circuit patient, définition de la collaboration avec l'hôpital, plans d'opérationnalisation pour le NFM4. Démarrage effectif de la dispensation de la PrEP au mieux Q4 2023 (pas d'objectifs définis)
- Dispensation de l'ADVIH en stratégie avancée/communautaire à travers les pairs distributeurs et les activités de dépistage mobile des CSI conventionnés avec SongES

Les objectifs initiaux définis pour les deux projets pilotes mentionnaient :

- Année 1 : PrEP et ADVIH : 100 HSH + 100 PS à Niamey
- Année 2 : PrEP et ADVIH 50 HSH + 50 TS à Zinder

L'adaptation de la durée effective de déploiement et du spectre d'intervention proposés ci-dessus nous amène à adapter les objectifs proposés à savoir :

- **Objectifs PrEP** : 100 PS et 100 HSH usagers de PrEP (inclusion : 15 usagers en moyenne par mois)
- **Objectifs ADVIH** : Reformulation de l'indicateur conformément aux recommandations internationales et usage en la matière : 10 470 kits d'ADVIH dispensés en 2023.

## Grandes lignes du protocole de prise en charge de la PrEP :

Les dernières recommandations OMS en matière de PrEP, sur base des évidences générées ces dernières années, simplifient tant les critères d'initiation que le suivi des usagers. Tenant compte de celles-ci, et dans le cadre du projet pilote au Niger (200 usagers de PrEP à Niamey) le protocole de prise en charge proposé est :

- **Un suivi au niveau du CEDAV se fera pour les usagers à l'initiation, 1 mois après puis tous les trois mois.** Ces visites au CEDAV seront l'opportunité de dispenser le traitement préventif et de réaliser le suivi d'observance. Les ARVs disponibles (commande en cours de 2400 boîtes) sont le TDF/3TC. Les recommandations OMS et le guide de prise en charge au Niger recommande le TDF/FTC dont le coût est légèrement supérieur (15%, 4.1\$ par boîte). **Le TDF/ 3TC sera donc utilisé pour démarrer la PrEP mais la prochaine commande pour la PrEP intégrera l'achat de TDF/FTC.**
- **Un dépistage VIH à l'initiation, à M1 puis tous les trois mois** afin de détecter toute séroconversion en cohérence avec les recommandations internationales. **Pour cela le CEDAV devra être pourvu de tests rapides de dépistage Détermine Combo.**
- L'ADVIH est suggéré pour la création de la demande mais pas pour le suivi pendant l'usage de la PrEP orale. En synergie avec le projet pilote, les outils de création de la demande et d'aide aux usagers intégreront la référence vers le CEDAV pour la PrEP en cas de résultat d'ADVIH non réactif.
- **Une créatinémie sera réalisée à l'initiation pour les personnes âgées de plus de 30 ans, puis tous les 6 mois** en cohérence avec les recommandations internationales
- **Un dépistage rapide Ag HBs sera réalisé à l'initiation** afin de pouvoir orienter le type de PrEP adéquat (PrEP continue ou PrEP à la demande). En cas de VHB +, une information claire sera apportée à l'utilisateur sur le rôle de la PrEP, les risques d'arrêt par rapport au traitement de l'hépatite B et le fait qu'à ce jour la prise en charge de l'hépatite B n'est pas gratuite au Niger.
- Un suivi des IST (diagnostic syndromique) sera réalisé tous les trois mois après l'initiation de la PrEP. La PrEP demeure une opportunité **de suivre et mesurer si les autres méthodes de prévention (préservatifs) sont maintenues.**

Quelques activités clés pour le déploiement :

- Développement et reproductions des outils de création de demande, de supports aux prestataires et aux usagers
- Développement des référentiels et outils de formation et formation d'un pool de formateurs
- Renforcement de capacités du personnel du CEDAV sur la dispensation et le suivi de la PrEP, sur la déconstruction des préjugés/pop° clés et ateliers d'échanges réguliers sur l'accompagnement spécifique des populations clés (en collaboration avec le RENIPOC).
- Les agents de santé identifiés à Zinder bénéficieront aussi d'ateliers d'échanges sur les populations clés et possiblement des formations sur la PrEP en fin 2023.
- Renforcement des capacités des 44 APS à Niamey sur la PrEP (suivi des usagers) et ateliers d'échanges réguliers sur l'accompagnement spécifique des populations clés (en collaboration avec le RENIPOC)
- Activités dédiées de mobilisation /promotion et création de la demande de la PrEP au CEDAV
- Visite d'étude au Mali et/ou Togo pour 5 personnes de MVS, SoNGES et du PNLISH

## **Grandes lignes des stratégies de déploiement de l'ADVIH :**

En cohérence avec les recommandations internationales, les évidences générées et retours des expériences dans la sous-région (ATLAS) et ce qui avait été soumis dans la subvention C19RM du FM, il est prévu de déployer l'autodépistage auprès des populations clés et particulièrement de leur réseau qui sera la cible prioritaire (partenaires, pairs difficile à atteindre, clients) dans les régions de Niamey et Zinder

### **Stratégies et canaux de dispensation**

L'offre d'ADVIH sera intégrée aux services existants au sein du CEDAV à Niamey et dans les différentes activités en communauté pour les régions de Niamey et Zinder.

Plus précisément, les portes d'entrée pour la dispensation des ADVIH au Niger pour le projet pilote seront :

Stratégie fixe :

- Consultations IST au CEDAV pour les populations clés
- Dépistage au CEDAV des populations clés
- Consultations PvVIH pop° clés et couples sérodiscordants au CEDAV
- Activités de mobilisation des populations clés /promotion de l'ADVIH au centre CEDAV

Stratégie mobile :

- Activités de mobilisation des populations clés /promotion de l'ADVIH en communauté à Niamey
- Dépistage par les pairs dépisteurs à Niamey et Zinder (8 pairs dépisteurs)
- Activités mobiles de dépistage pop° clés par les 6 CSI à Zinder

Une approche prudente a été retenue pour cette phase test à savoir que l'ADVIH ne sera pas offert lors des activités éducatives seules (qui n'intègrent pas d'offre de dépistage, i.e activités par les pairs éducateurs). L'ADVIH est ainsi réservé aux personnes pouvant se faire dépister au moment du contact (au sein du CEDAV ou lors d'activités communautaires de dépistage). Cette approche permettra de d'éviter le risque de substitution du dépistage rapide (Determine) par l'ADVIH.

Quelques activités clés pour le déploiement (au-delà des activités existantes dans les programmes des partenaires) :

- Développement et reproductions des outils de création de demande, de supports aux usagers
- Développement des référentiels et outils de formation et formation d'un pool de formateurs
- Renforcement de capacités du personnel du CEDAV, des pairs dépisteurs et des agents des 6 CSI à Zinder impliqués dans les activités mobiles de dépistage sur la dispensation des ADVIH
- Ateliers d'échanges réguliers sur l'accompagnement spécifique des populations clés (en collaboration avec le RENIPOC)
- Activités dédiées de mobilisation /promotion et création de la demande de l'ADVIH (fixe et mobile), appui au référencement vers la PrEP et/ou la confirmation et l'entrée dans les soins

## 5 CONCLUSION

S'appuyant sur l'état des lieux (entretiens et observations) et sur la revue documentaire décrits dans ce rapport, nous avons pu confirmer que l'environnement pour l'introduction et le déploiement des projets pilotes ADVIH et PrEP était favorable et que la faisabilité était confirmée.

Les scénarios proposés pour le déploiement sont réalistes même s'ils dépendent de certains défis à relever afin de respecter les délais pour le démarrage prévu des projets pilotes et la qualité de l'offre retenue.

Ces scénarios seront détaillés dans les plans opérationnels et de renforcement des capacités qui seront proposés par les consultants de l'assistance technique début Juillet. Ces plans s'accompagneront d'une quantification argumentée des besoins en intrants, d'un chronogramme détaillé des activités à mettre en œuvre ainsi que des éléments budgétaires qui devront permettre d'obtenir la validation du FM pour entrer dans la phase concrète de déploiement.

Nous tenons une nouvelle fois à remercier chaleureusement l'ensemble des personnes et organisations rencontrées, la richesse des informations fournies et des discussions et leur collaboration active pour la réussite de l'intégration de ces deux innovations importantes au Niger. Plus particulièrement nous remercions les directeurs de MVS et SongES qui ont contribué très activement aux diverses sessions de travail pour définir les scénarios, stratégies et activités de déploiement des deux projets pilotes.

## ANNEXE 1 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS POUR LA REVUE DOCUMENTAIRE

<b>Au niveau National :</b>	
- Plan stratégique National VIH 2018-2023	OK
- Loi VIH : 2015-30 du 26 mai 2015 avec le décret d'application	OK
- Stratégie nationale de dépistage VIH (pop clés) / Normes et procédures de dépistage	OK
- Stratégie nationale de prévention VIH (pop clés) / Normes et procédures afférentes	
- Etudes VIH & populations clés récentes disponibles : SSG 2019	NON
- Guide national de PEC du VIH	OK
- Rapports d'ateliers sur le continuum des soins (révision pour R3M/R6M)	OK
- Directives nationales de délégation des tâches	OK
- Référentiels de formation des prescripteurs	Uniquement modules
- Statut d'enregistrement des produits/intrants (ADVIH, PrEP)	
<b>Au niveau de la subvention FM</b>	
- Narratif sur ADVIH et PrEP dans la subvention C19RM	NON
- Narratif NFM3	OK
- Budget dédié aux activités pour ADVIH et PrEP C19RM	OK
- Budget et fichier GAS des intrants ADVIH et PrEP dans la subvention NFM3/C19RM	OK
Rapport sur la suppression des obstacles juridiques à l'accès aux services	OK
Enquête sur l'évaluation de la qualité des soins	OK
Dialogue pays sur la définition des priorités pour la riposte au VIH et au paludisme	OK
Projet pilote de dépistage démedicalisé (PS, MSM, clients des PS, Routiers et famille des PVVIH)	OK
Enquête d'évaluation de la qualité des données (SNIS)	OK
- Etat de stock des intrants/plan d'approvisionnement ADVIH et PrEP à date	Réunion
<b>Au niveau des partenaires de mise en œuvre (MVS/SongES)</b>	
- Rapports d'activités des deux associations incluant idéalement l'organigramme (notamment des centres dédiés), la couverture et les résultats des activités pour les populations clés, l'offre de service existante dans les centres.	OK
- Cartographies des populations clés	OK
- Etats des stock/plan approvisionnement des intrants ADVIH et PrEP	
<b>Au niveau International / Régional</b>	
- Les guidelines OMS sur l'ADVIH 2016 puis 2019	Ok
- Le guide de planification, mise en place et intensification ADVIH, OMS 2018	Ok
- La note d'orientation pour dépistage réseaux sociaux pop clés, OMS 2019	Ok
- Le guide pour l'offre et le suivi des services de prévention, dépistage et traitement, OMS 2021	Ok
- Une présentation/webinaire sur l'ADVIH de l'OMS, 2020 « HIVST, what you need to know »	Ok
- 3 revues systématiques récentes (qui complètent la revue GRADE de l'OMS pour l'élaboration des recommandations 2016 et 2019)	Ok
- Une présentation de synthèse des résultats de recherche ATLAS à ce jour (d'autres publications sont en cours et à venir)	Ok
- Une présentation des résultats et leçons apprises ATLAS	Ok
- Les documents de stratégie et guide national au Sénégal et en Côte d'Ivoire	Ok
- Le guide pour l'offre et le suivi des services de prévention, dépistage et traitement (valable aussi pour l'ADVIH)	Ok
- Les 10 modules PrEP /OMS 2017	Ok
- Les guidelines PrEP de la CDC, 2021	Ok
- Une note technique sur la PrEP (2+1+1) de l'OMS 2019	Ok
- Une note de questions réponses sur ADVIH et PrEP, 2017	Ok
- Deux vidéos /webinaires abordant la PrEP récemment	Ok
- Lien ADVIH et PrEP : <a href="https://www.youtube.com/watch?v=OORHMJPPN6o&amp;t=3407s">https://www.youtube.com/watch?v=OORHMJPPN6o&amp;t=3407s</a>	Ok
- Plus global sur la PrEP : <a href="https://www.youtube.com/watch?v=xN1g1En85MQ&amp;t=658s">https://www.youtube.com/watch?v=xN1g1En85MQ&amp;t=658s</a>	Ok
- Le guide PrEP développé par Aides	Ok
- L'article publié sur l'étude CohMSM (2021)	Ok
- Les résultats (posters, présentations orales) présentés lors de l'AFRAVIH pour le projet PRINCESSE (Côte d'Ivoire)	Ok

**ANNEXE 2 : AGENDA ET PERSONNES RENCONTREES LORS DU DIAGNOSTIC A NIAMEY**

DATE	HORAIRE	ACTIVITES	PARTICIPANTS A L'ACTIVITE
Dimanche 05/06 et Lundi 06/06	Journée	Voyage Dakar – Abidjan - Niamey expert principal	Expert principal
Mardi 07/06	Matin	<b>Briefing Solthis</b> : Règles sécu, logistique, objectifs, planning  <b>Session de travail experts</b> : Synthèse commune de la revue documentaire et implications sur le déploiement au Niger. Identification des enjeux clés, informations à collecter pour l'analyse croisée.	Equipe d'experts Solthis Directrice pays Solthis
	Après midi	<b>Session de travail équipe experts</b> : Discussions sur les options/scenarios de déploiement ADVIH et PrEP à investiguer	Equipe d'experts Solthis
Mercredi 08/06	Matin	<b>Rencontre/session de travail avec SoNGES et MVS</b> : - Rappel des référentiels ADVIH et PrEP - Présentation des projets et vision SoNGES et MVS - Ajustement et validation de la méthodologie de la visite/diagnostic - Planification/ confirmation des activités	Equipe d'experts Solthis Directeur SoNGES Directeur MVS
	Après midi	<b>Rencontre et entretien PNLISH</b>	Equipe experts Solthis Equipe PNLISH (voir liste des personnes rencontrées ci-dessous) Dr Kablan
Jeudi 09/06	Matin	<b>Visite CEDAV</b> : entretiens (échantillon de prestataire de santé) et observations circuit du patient	Equipe experts Solthis Equipe CEDAV ((voir liste des personnes rencontrées ci-dessous)
	Après midi	<b>Visite CEDAV</b> : entretiens (échantillon de prestataire de santé) et observations  <b>Rencontre et entretien ONUSIDA / OMS</b>	Equipe experts Solthis Equipe CEDAV  Equipe ONUSIDA, Dr Kablan (voir liste des personnes rencontrées ci-dessous)
Vendredi 10/06	Matin	<b>Session de travail équipe experts</b> : - Besoins en Intrants : liste, prix - Premiers scénarios de déploiement - Première définition des activités  <b>Rencontre et entretien avec UGS</b>	Equipe d'experts Solthis  Equipe UGS (voir liste des personnes rencontrées ci-dessous)
	Après midi	<b>Rencontre et entretien RENIP+</b>	Equipe RENIP + (voir liste des personnes rencontrées ci-dessous)

		<b>Rencontre et entretien représentants population clés (RENIPOC)</b>	Présidente RENIPOC et représentants population clés
Samedi 11/06	Journée	<b>Session de travail équipe d'expert :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse croisée basée sur première semaine</li> <li>- Eléments clés de diagnostic</li> <li>- Définition des scénarios /faisabilité pour les deux projets ADVIH et PrEP</li> <li>-</li> </ul>	Equipe d'experts Solthis
Lundi 13/06	Matin	<b>Session de travail avec SoNGES/MVS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debrief rencontres et observations</li> <li>- Définition des scénarios de déploiement</li> </ul>	Equipe d'experts Solthis Directeur SoNGES Directeur MVS
	Après midi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion dédiée sur dispensation ARVs au niveau communautaire : Etat de situation, attentes, barrières, facilitateurs, opportunités.</li> </ul>	Equipe experts Directeur SoNGES Directeur MVS SG RENIP+
Mardi 14/06	Journée	<b>Rencontre et entretien SG MSP/AS/P</b>  <b>Session de travail équipe d'expert :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation des scénarios /faisabilité</li> <li>- Définition des grandes lignes de plan opérationnels/ éléments pour budgétisation</li> <li>- Première quantification des intrants selon scénarios</li> <li>- Préparation COPIL</li> </ul>	Equipe d'experts Solthis SG MSP/AS/P
Mercredi 15/06	Journée	<b>Session de travail MVS et SoNGES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation des scénarios pour l'ADVIH et la PrEP et discussions pour affiner /adapter</li> <li>- Discussions des éléments pour plan opérationnel /budgétisation/quantification</li> <li>- Discussions des éléments de renforcement des capacités ADVIH et PrEP (qui, comment)</li> <li>- Visites d'étude : opportunités</li> </ul>	Equipe d'experts Solthis Directeur SoNGES Directeur MVS
Jeudi 16/06	Matin	<b>Atelier de restitution à chaud / Comité de pilotage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation Référentiels ADVIH et PrEP</li> <li>- Rappel méthodo diagnostic et compte rendu des activités de la visite</li> <li>- Eléments clés du diagnostic et pistes pour déploiement</li> </ul>	Tous les partenaires rencontrés (cf liste de présence ci-dessous)
	Après midi	<b>Session de Débriefing avec SoNGES et MVS</b>	Equipe d'experts Solthis Directeur SoNGES Directeur MVS
Vendredi 17/06	Matin	<b>Revue des notes de la visite</b>	Expert principal
	Après midi	<a href="#">Voyage vers Abidjan</a>	Expert principal
Samedi 18/06	Journée	<a href="#">Voyage vers Dakar</a>	Expert principal

Institutions	Principales personnes ressources rencontrées
<b>PNLSH</b>	Dr Diallo Nouhou : Coordinateur PNLISH Dr Seydou M Oumarou : Responsable PEC VIH Mr Moussa Mamoudou : Responsable PTME Dr Ousmane Yayé : Responsable pharmacie/Approvisionnement Mr Alassane Harouna : Responsable dépistage Dr Balkissa Amadou: Responsable PEC Hep B
<b>MSP/AS/P</b>	Dr Ibrahim Souley: Secrétaire général
<b>UGS</b>	Dr Maigari, Coordinateur UGS Dr Yacouba, Coordinateur VIH Dr Marie Josée Mbuzenakamwe, AT Expertise France Dr Maty, Responsable Appro/pharmacie
<b>Consultant OMS/PNLISH</b>	Dr Kablan, consultant dépistage différencié en appui au PNLISH
<b>ONUSIDA</b>	Dr Fah, Directeur ONUSIDA Niger
<b>MVS</b>	Mr Abdou Adamou : Directeur exécutif Mr Sahidou Ousmane : responsable dépistage Me Katoumi Amadou: APS CEDAV Mr Nassibido Adamou: responsable pharmacie CEDAV Mr Abdouramane Baïdi : Technicien de laboratoire CEDAV Mr Mounkaila Idé: Infirmier CEDAV
<b>SonGES</b>	Mr Mohamed Haidara, coordinateur Mr Issa Karimou: chargé de projet
<b>RENIP+</b>	Mr Mamoudou boubou : Secrétaire général Mr Maïga Aboubacar : Président Mr Aboubacar Moussa : APS Mr Maman Abdou : chargé de projet Me Salamata Sido: chargée de projet
<b>RENIPOC</b>	Me Mariama Aboubacar Labo : Présidente
<b>Représentants populations clés</b>	Mr Abdoul Rachid Amadou Me Abdoul Fataou Garba Me Mamata Abdou Samira Me Rachidatou Christophe Me Lawan Chetima Me Zouleyka Zada Me Aichatou Ibrahim Me Hawalé Boubacar Me Bamakou Arouna Mr Moktar Harouna