



Rapport d'évaluation Projets pilotes ADVIH et PrEP au Niger

Activité réalisée dans le cadre de l'assistance technique / Expertise France - Mission n°23SANIC845

DR BOUBAKAR MADOUGOU, Expert technique national, Solthis

ANTHONY VAUTIER, Expert technique international, Solthis

10 Mars 2025



Avec l'appui et le soutien de



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
ACRONYMES ET SIGLES	3
1 CONTEXTE	4
2 OBJECTIFS DE L’EVALUATION	6
3 METHODOLOGIE ET MISE EN ŒUVRE DE L’EVALUATION	6
3.1 PREPARATION ET CALENDRIER DE COLLECTE DES DONNEES	6
3.2 CADRE, EQUIPE D’EVALUATION ET PERSONNES IMPLIQUEES.....	6
3.3 TYPE D’ETUDE, COLLECTE DES DONNEES ET DIMENSIONS EVALUEES	7
3.4 REVUE ET ANALYSE DOCUMENTAIRE	8
3.5 ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI DIRIGES CONDUITS AVEC DES INFORMATEURS ET INFORMATRICES CLES (HORS SITES)	8
3.6 DISCUSSIONS DE GROUPE ET OBSERVATIONS MENES DANS LES 3 REGIONS	9
3.7 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	9
4 RESULTATS POUR L’ADVIH	10
4.1 RAPPEL SUCCINCT DES HYPOTHESES ET CHOIX INITIAUX DES STRATEGIES POUR LE DEPLOIEMENT DE L’ADVIH.....	10
4.2 PERCEPTION GLOBALE DE L’ADVIH PAR LES ACTEURS ET LES USAGERS.....	12
4.3 LES STRATEGIES DE DEPLOIEMENT ET L’INTEGRATION DE L’OFFRE ADVIH.....	14
4.4 LES PERFORMANCES POUR L’ADVIH	15
4.5 LA CREATION DE LA DEMANDE ET LA QUALITE DE LA DISPENSATION DES KITS ADVIH	20
4.6 LES OUTILS DE SUIVI-EVALUATION ET L’ANALYSE DES DONNEES POUR L’ADVIH	23
4.7 L’APPROVISIONNEMENT ET LA GESTION DES INTRANTS ADVIH	25
5 RESULTATS POUR LA PREP	27
5.1 RAPPEL SUCCINCT DES HYPOTHESES ET CHOIX INITIAUX DES STRATEGIES POUR LE DEPLOIEMENT LA PREP	27
5.2 CHAMP D’APPLICATION DE LA PRESENTE EVALUATION	29
5.3 PERCEPTION GLOBALE DE LA PREP PAR LES ACTEURS INCLUANT LES POPULATIONS CLES	30
5.4 PERFORMANCES OBSERVEES POUR LA PREP AU CEDAV DE NIAMEY	31
5.5 CREATION DE LA DEMANDE PREP	34
5.6 CIRCUIT DES USAGERS ET QUALITE DE L’OFFRE PREP.....	36
5.7 LES OUTILS DE SUIVI-EVALUATION ET L’ANALYSE DES DONNEES PREP	38
5.8 L’APPROVISIONNEMENT DES INTRANTS PREP.....	38
6 RECOMMANDATIONS	39
6.1 RECOMMANDATIONS POUR LE DEPLOIEMENT DE L’ADVIH	39
6.2 RECOMMANDATIONS POUR LE DEPLOIEMENT DE LA PREP	40
7 CONCLUSION ET PERSPECTIVES	42

ACRONYMES ET SIGLES

3TC	Lamivudine
ADVIH	Autodépistage du VIH
Ag HBS	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
APS	Accompagnateurs psychosociaux
ARV	Antirétroviral
CEDAV	Centre de dépistage anonyme et volontaire de MVS à Niamey
CSI	Centre de santé intégré
FM	Fonds Mondial
HNZ	Hôpital national de Zinder
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
MVS	Mieux Vivre avec le SIDA
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PE	Pair éducateur/pair éducatrice
PNLSH	Programme National de Lutte contre le SIDA et les Hépatites virales
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
S&E	Suivi et évaluation
TDF	Fumarate de ténofovir disoproxil
PS	Professionnelles du sexe
UGS	Unité de Gestion des Subventions du FM
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 CONTEXTE

Au Niger, la riposte nationale à l'épidémie VIH/Sida est encadrée par le Plan Stratégique National de lutte contre le Sida. L'exécution de ce plan bénéficie de l'appui technique et financier des partenaires bilatéraux, multilatéraux (dont le Fonds mondial, UNICEF, OMS), de la société civile nationale et internationale et du secteur privé. C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique de la population et des affaires sociales a obtenu du Fonds mondial (FM), à travers l'Unité de Gestion des Subventions du FM (UGS), une subvention VIH/Sida-RSS de 24 millions d'euros pour la période 2021-2023 (NFM3), et une subvention de 20 millions pour la période 2024-2026 (2024-2026). Le PNLISH assure la mise en œuvre des activités de la subvention en parallèle d'un super sous récipiendaire Plan International Niger et de 2 sous récipiendaires communautaires, le Réseau Nigérien des personnes vivant avec le VIH (RENIP+) et SongES.

Malgré une prévalence de type concentrée au sein des populations clés (PS 6,46% ; HSH 11,22%), la couverture du dépistage du VIH reste faible chez ces populations clés. En 2019, le rapport de mise en œuvre de la subvention VIH du FM indique que seulement 33% des HSH ont fait un test VIH et en connaissent le résultat contre 13% chez les PS. Cette situation est due à recours prioritaire au dépistage classique (dépistage volontaire, dépistage à l'initiative du soignant), la stratégie du dépistage différencié (dépistage communautaire) n'ayant été adoptée que récemment (Normes et Directives nationales en matière de dépistage du VIH, CDIS, 2021).

Pour contribuer aux objectifs de prévention et de dépistage du VIH du Niger, il avait été proposé deux projets pilotes pour expérimenter l'autotest de dépistage du VIH (ADVIH) et la PrEP auprès des populations clés (PS, HSH) dans le cadre des financements additionnels C19RM du Fonds mondial (2022-2023) :

- Projet pilote ADVIH chez les populations clés (PS et HSH) à Niamey en 2022 et à Zinder (PS et HSH) en 2023.
- Projet pilote PrEP chez les populations clés (PS et HSH) à Niamey en 2022 et à Zinder (PS et HSH) en 2023.

Les offres de PrEP et d'ADVIH étant nouvelles pour le Niger et pour les ONGs chargées de leur mise en œuvre (SongES et MVS), ces dernières avaient sollicité l'appui d'Expertise France pour les accompagner dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi/évaluation de deux projets pilotes financés par le FM. L'assistance technique a été déployée d'Avril 2022 à Octobre 2023.

Deux experts mobilisés par Solthis, Dr Boubacar MADOUGOU et M. Anthony VAUTIER, ont ainsi pu accompagner deux premières phases d'appui en 2022/2023 qui ont permis d'appuyer SongES et MVS en conduisant dans un premier temps une analyse situationnelle ayant permis de confirmer la faisabilité de l'introduction de ces deux innovations et de définir les stratégies de mise en œuvre de la PrEP et de l'ADVIH.

Sur cette base, SongES et MVS ont été accompagnés pour développer les plans opérationnels, d'approvisionnement, les budgets et chronogrammes pour les projets pilotes permettant ainsi de mobiliser les ressources nécessaires de la subvention C19RM pour lancer le déploiement.

L'assistance technique a dans un second temps (phase 2 de l'assistance technique) permis d'élaborer l'ensemble des documents de référence pour la mise en œuvre des projets pilotes (normes et procédures, référentiels de formation, outils de création de la demande, dispositif et outils S&E) et de les valider au niveau national avec l'ensemble des acteurs clés (programme national, OMS, ONUSIDA, bénéficiaire de la mission, association de PvVIH, associations identitaires).

Au-delà des référentiels, cette seconde phase d'assistance technique avait permis d'accompagner SongES et MVS dans la mise en œuvre des projets pilotes. Parmi les principaux résultats atteints dans le déploiement des projets pilotes à fin 2023 nous pouvons noter :

- Déblocage des fonds nécessaires par le FM/UGS (subvention C19RM et NFM3) en 2023 pour mettre en œuvre les projets pilotes (même si des retards ont été observés impactant les résultats globaux)
- Intrants ADVIH et PrEP disponibles pour la mise en œuvre des projets pilotes
- Définition de l'ensemble des outils de création de la demande, de support aux usagers et de suivi évaluation.

- Formations des agents de dispensation et de suivi des usagers de la PrEP réalisées avec 54 personnes formées dont 44 APS dans la région de Niamey
- Formation de 5 formateurs nationaux sur l'ADVIH
- Formation de 32 agents de dispensation de l'ADVIH à Niamey.
- Formation des soignants sur la déconstruction des préjugés
- Offre de PrEP effective avec une dizaine d'usagers recevant la PrEP
- 1ère mission de diagnostic de faisabilité pour le déploiement de la PrEP à Zinder réalisée en Juin 2023.

Malgré ces résultats encourageants, le déploiement des projets pilotes a connu quelques défis et retards de mise en œuvre. Ainsi, l'offre de PrEP n'avait pas atteint les objectifs fixés initialement malgré un démarrage dans les temps. Pour l'ADVIH, les difficultés de déblocage des fonds ont entraîné un retard important par rapport à la planification initiale et la dispensation, malgré l'organisation de l'atelier officiel de lancement en Décembre 2023, n'avait toujours pas réellement démarré (à l'exception de 94 kits dispensés lors de la célébration du 1^{er} Décembre 2023).

Au regard de cette situation, des besoins d'extension de l'appui à la conduite des projets pilotes a été identifié pour consolider les capacités de mise en œuvre des projets pilotes et la mise à l'échelle des deux innovations. C'est dans ce contexte qu'une troisième phase d'assistance technique a été approuvée par Expertise France d'Avril 2024 à Mars 2025.

Les objectifs et livrables de cette nouvelle phase d'assistance technique ont été définis comme suit :

Objectif général

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 de ces projets pilotes

Objectif spécifique de la mission

Appuyer SongES et MVS dans la poursuite de la conduite des projets pilotes et leur mise à l'échelle

Résultats attendus

- R1 : Les projets pilotes PrEP et ADVIH à Niamey et à Zinder sont suivis et évalués.
- R2 : Les recommandations stratégiques et opérationnelles visant le passage à l'échelle des pilotes PrEP et ADVIH sont partagées et discutées avec les partenaires institutionnels et associatifs.

Livrables attendus

- Plan d'opérationnalisation pour le déploiement de la PrEP et de l'ADVIH en 2024 et 2025 (activités, planification, budget, quantification) dans les régions de Niamey et Zinder
- Rapport d'évaluation des projets pilote ADVIH et PrEP
- Note de réflexion et d'orientation basée sur l'expérience et l'évaluation de la phase pilote pour le passage à l'échelle

Dans ce cadre, un état des lieux précis de la mise en œuvre des projets pilotes a été réalisé et a permis la revue et la construction collective en mai et Juin 2024 de nouveaux plans opérationnels budgétés et de la quantification des intrants pour la PrEP et l'ADVIH pour la période Juin 2024-Juin 2025. Des retards dans la validation des budgets et des plans opérationnels (Aout 2024) ont impacté le plan d'accélération prévu pour le déploiement de la PrEP et de l'ADVIH qui n'a pu être effectif qu'à partir du mois de Septembre.

En septembre et Octobre, des efforts importants ont ainsi été consentis afin d'accélérer la mise en œuvre. Ces efforts se sont matérialisés par :

- La formation de 102 personnes (agents de santé à Niamey, pairs éducateurs à Niamey, Zinder et Maradi) pour la dispensation de l'ADVIH
- La formation de 65 pairs éducateurs à Niamey et Zinder et de 18 agents de santé à Zinder pour la dispensation de la PrEP
- Le lancement effectif de la dispensation de l'ADVIH en Octobre à Zinder et Niamey et en Novembre à Maradi

En Novembre et Décembre, les efforts se sont concentrés sur la supervision de la dispensation incluant la collecte des données de suivi évaluation. Une mission de supervision dans les 3 régions a pu être menée en décembre et les premières données ont pu être analysées confirmant la dynamique positive du déploiement.

Il est important de noter que des enjeux importants en lien avec les intrants ont été observés durant la période. Une rupture nationale de TDF/3TC a été observée fin 2024 ne permettant pas le démarrage effectif de l'offre de PrEP dans la région de Zinder. Cependant, l'offre dans la région de Niamey a pu être maintenue.

Pour l'ADVIH, les kits commandés en 2023 ont permis le démarrage effectif de la dispensation même si les retards observés ont entraîné la péremption d'un nombre significatif de kits à mi-Décembre 2024. De surcroît, la commande urgente des kits pour assurer la transition n'est pas encore disponible dans le pays entraînant un arrêt de la dispensation dans les 3 régions.

2 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation s'inscrit dans le cadre de l'appui à l'introduction et la mise à l'échelle de l'ADVIH et de la PrEP au Niger et intervient après 3 mois de dispensation de l'ADVIH dans 3 régions et plus d'une année de dispensation de la PrEP dans la région de Niamey.

Le processus d'évaluation avait pour objectifs de :

- Evaluer la mise en œuvre des stratégies de dispensation de l'ADVIH et de la PrEP, notamment au regard des stratégies définies dans les normes et procédures et les référentiels de formations validés.
- Evaluer la performance par une analyse des données quantitatives et en comparaison avec les objectifs et quantifications réalisées en amont de la phase pilote et les stratégies retenues.
- Evaluer le niveau d'intégration de l'ADVIH et de la PrEP, les circuits de dispensation, la qualité de la dispensation et les composantes de suivi évaluation et de gestion des stocks

Les résultats de l'évaluation permettront in fine (et conformément aux livrables attendus de l'AT) de proposer des recommandations pour la mise à l'échelle de l'ADVIH et de la PrEP.

3 METHODOLOGIE ET MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION

3.1 Préparation et calendrier de collecte des données

La note méthodologique, les guides et grilles d'entretien et d'observation ainsi que les trames d'analyse des données quantitatives ont été développés en Janvier 2025.

La phase de collecte des données pour l'évaluation s'est déroulée du 27 janvier au 19 février 2025.

3.2 Cadre, équipe d'évaluation et personnes impliquées

L'évaluation de la phase pilote de l'introduction de l'ADVIH et de la PrEP au Niger s'est déroulée au niveau national avec les acteurs clés identifiés ainsi que dans les 3 régions concernées (Niamey, Zinder, Maradi). Il s'agit plus spécifiquement

- D'un échantillon de CSI à Zinder, du CEDAV et des bureaux de SonGES de Niamey, Zinder et Maradi pour l'ADVIH
- Du centre CEDAV à Niamey et de l'hôpital national de Zinder pour la PrEP.

L'expert technique international (Anthony Vautier) a appuyé à distance le processus global d'évaluation (développement de la méthodologie des outils, suivi de la collecte, analyse) et l'expert technique national pour mener la collecte et l'analyse des données dans les 3 régions.

Liste des structures et personnes identifiées pour l'évaluation :

Au niveau national et régional pour l'ADVIH et la PrEP (entretiens individuels ou en petit groupe de 2 personnes) ;

- Le Programme national de lutte contre le SIDA et les hépatites
- L'unité de gestion de la subvention du Fonds Mondial (UGS)
- Le RENIPOC
- Plan International Niger (niveau national et antennes régionales)
- SonGES (niveau national et antennes régionales)
- MVS

Au niveau des 3 régions déployant l'ADVIH (discussions en petit groupe afin de collecter les données et permettre les observations):

- Les superviseurs des pairs éducateurs pour le déploiement de l'ADVIH
- Un échantillon des prestataires de santé des CSI de Zinder impliqués dans la dispensation de l'ADVIH
- Un échantillon de pairs éducateurs impliqués dans la dispensation de l'ADVIH pour l'ensemble des canaux de dispensation
- Un échantillon d'utilisateurs ADVIH

Au niveau du CEDAV et de la région de Niamey pour la PrEP (discussions en petit groupe afin de collecter les données et permettre les observations):

- Le médecin responsable de la PrEP, les agents de santé et APS impliqués dans l'offre de PrEP
- Un échantillon de pairs éducateurs impliqués dans la promotion de la PrEP à Niamey (HSH et PS)
- Les responsables S&E et de la gestion des stocks au niveau du CEDAV/MVS
- Si possible un échantillon d'utilisateurs PrEP à Niamey

3.3 Type d'étude, collecte des données et dimensions évaluées

La présente évaluation est mixte associant la collecte et l'analyse de données qualitatives et quantitatives afin de croiser les données et apporter des éléments d'évaluations les plus complets possibles. L'échantillonnage des sites visités a été réalisé en tenant compte de leur intégration (formations des prestataires) dans le déploiement des pilotes (CSI Zinder pour l'ADVIH, CEDAV, HNZ pour la PrEP) et de la faisabilité logistique pour conduire l'évaluation (2/6 sites visités à Zinder). L'évaluation s'est ainsi appuyée sur plusieurs types d'activités :

- Entretiens individuels semi directifs avec les informateurs clés au niveau national et régional
- Collecte et analyse des données issues du S&E pour les 3 régions concernant l'ADVIH et au CEDAV pour la PrEP
- Visite des 3 régions :
 - Discussions de groupe avec les superviseurs PE, responsables CSI Zinder/CEDAV/HNZ, agents de dispensation ADVIH et PrEP (prestataires de santé et éducateurs pairs) et si possible usagers.
 - Observation du circuit de dispensation, idéalement de la dispensation et des outils utilisés (promotion, S&E, support à la dispensation) pour l'ADVIH dans les 3 régions et la PrEP au CEDAV
 - Observations, revue et analyse des outils disponibles, des registres, des rapports et des stocks dans chaque centre/site.

Pour les entretiens avec les informateurs clés au niveau national, l'équipe d'évaluation s'est appuyée sur un guide d'entretien qui a permis d'avoir leur point de vue sur l'introduction de l'ADVIH, les avantages identifiés, les possibles obstacles et une mise en perspective pour le passage à l'échelle. Ces guides ont été adaptés en fonction du niveau de connaissance de la phase pilote par les personnes interrogées.

Pour la phase d'observation et de collecte des données et informations, deux grilles d'entretien et d'observation ont été développées afin d'appréhender la mise en œuvre des stratégies de dispensation de l'ADVIH et de la PrEP notamment sur les volets tels que la création de la demande, la qualité de la dispensation, le suivi des usagers. Les volets de suivi et évaluation et de gestion des stocks ont aussi été investigués tant pour la collecte et le rapportage des données (promptitude, complétude, concordance) que sur l'état des stocks par exemple. Pour l'évaluation de la performance, une trame spécifique a été développée afin d'analyser les données quantitatives de dispensation par niveau de désagrégation utile (dispensation par population cible, âge, sexe etc...). Ces données sont disponibles par région et de manière consolidée.

3.4 Revue et analyse documentaire

Cette revue documentaire a porté principalement sur les documents développés et validés par les partenaires nationaux en amont du déploiement de la phase pilote.

Il s'agit donc principalement :

- Du manuel de normes et procédures pour l'offre de PrEP – projet pilote au Niger (Décembre 2022)
- Du manuel d'opérationnalisation de l'offre ADVIH au Niger – Normes et procédures projet pilote (Mai 2023)
- Des référentiels de formation en matière d'ADVIH et de PrEP pour le déploiement des projets pilotes
- Des outils de création de la demande, de supports aux usagers et de suivi évaluation (2022 et 2023)
- Des quantifications pour les intrants servant de référentiel pour fixer les objectifs de dispensation en adéquation avec les stratégies retenues mises à jour en début de phase 3 de l'assistance technique (Mai 2024)
- Des plans opérationnels budgétés mis à jour en Mai 2024

3.5 Entretiens individuels semi dirigés conduits avec des informateurs et informatrices clés (hors sites)

Les entretiens individuels ou en petit groupe, en face-à-face ont été réalisés auprès d'informateurs et informatrices clés aux niveaux national et régional.

Ces entretiens ont été semi-directifs pour structurer la discussion et explorer les thématiques pertinentes. Le déroulé des entretiens a été adapté selon les personnes afin d'être le plus pertinent possible au regard du positionnement des personnes interrogées et de leur connaissance du déploiement de la mise en œuvre de la phase pilote.

Les personnes rencontrées correspondent à ce qui était envisagée initialement à savoir, au niveau national:

- **PNLSH** : Dr Alassane Aroun : Coordinateur par intérim PNLISH
- **UGS** : Dr Yacouba Nouhou, coordinateur adjoint pour l'UGS
- **Plan International Niger**: Mr Issoufou Abdou, chargé des activités du Fonds Mondial
- **SonGES (entretien de groupe)** : Mr Haidara Mohamed (Coordinateur), Mr Issa Karimou (Chef projet Fonds Mondial), Me Djamila Aboubacar Danté (Responsable activités pop clés) et Mr Akilou Sanoussi (Logisticien)
- **MVS** : Mr Abdou Adamou : Directeur exécutif
- **RENIPOC** : Me Mariama Rabo : Présidente du conseil d'administration

Au niveau régional:

- **Plan International Niger**: Abdoul Kader Oumarou Salifou (Coordinateur régional PLAN Zinder), Dr Dahirou Maman Bachir (Coordinateur PLAN Maradi)
- **SonGES** : Ben Mohamed (Responsable SongES Maradi), Maazou Hassan (responsable SongES Zinder)

Tableau 1 : Synthèse des entretiens individuels conduits lors de l'évaluation

Type d'activités	Entretiens au niveau national	Entretiens au niveau régional	Total
Acteurs impliqués	PNLSH, UGS, Plan International, SonGES, MVS, RENIPOC,	Plan International, SongES	
Nombre d'entretiens/discussions	12 (6 ADVIH, 6 PrEP)	6 (4 ADVIH, 2 PrEP)	18
Nombre de personnes impliquées	12	4	16
Nombre de femmes	2	0	2
Nombre d'hommes	10	4	14

3.6 Discussions de groupe et observations menés dans les 3 régions

Les discussions de groupe avec des superviseurs PE, des pairs éducateurs et des usagers (HSH et PS pour l'ADVIH et la PrEP) ont été menées ainsi que des discussions de groupe avec les équipes pluridisciplinaires du CEDAV et de l'hôpital national de Zinder pour l'offre de PrEP et les équipes des CSI Charé Zamné et Dispensaire dans la région de Zinder pour l'ADVIH.

Au total 12 discussions de groupe ont été animées afin de couvrir les différents aspects en lien avec les dimensions évaluées dans les 3 régions. Des observations et une revue de documents/registres afin de collecter les données utiles ont été effectuées afin d'être en mesure d'analyser à posteriori les performances, les domaines du suivi évaluation et de la gestion des stocks.

Tableau 2 : Synthèse des discussions de groupe conduites lors de l'évaluation

Type d'activités	Discussions de groupe ADVIH	Discussions de groupe PrEP	Total
Acteurs impliqués	Superviseurs, PE, usagers, responsables et points focaux des CSI de Charé Zamné et dispensaire	PE, usagers, directeur, médecins, infirmiers, APS, AS, pharmacien, laborantins, point focaux	
Nombre de discussions	8	4	12
Nombre de personnes	53	32	85
Nombre de femmes	29	12	41
Nombre d'hommes	24	20	44

3.7 Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été conduits par l'expert technique national avec une prise de notes unique en s'appuyant sur les guides développés. La retranscription de ces entretiens a été effectuée et communiquée à l'expert technique international pour analyse conjointe.

L'analyse des entretiens a été faite sur la base des dimensions et sous dimensions définies préalablement tout en triangulant lorsque nécessaire les résultats avec les données quantitatives collectées.

Les données quantitatives ont été analysées selon une trame définie en amont de l'évaluation afin de permettre des analyses pertinentes désagrégées et de manière consolidée. Les données ont été analysées afin de permettre leur visualisation, graphiques intégrés dans ce rapport.

4 RESULTATS POUR L'ADVIH

4.1 Rappel succinct des hypothèses et choix initiaux des stratégies pour le déploiement de l'ADVIH

Il est important de rappeler les principales hypothèses et stratégies définies, celles-ci servant de référence pour analyser et apprécier les résultats obtenus.

Les normes et procédures précisait le besoin de suivre les principes directeurs suivants:

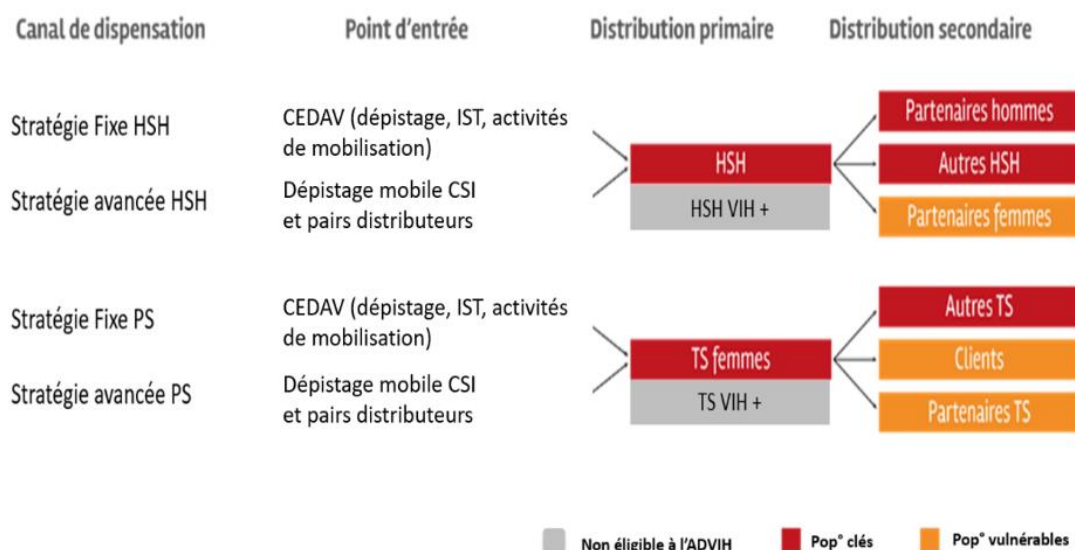
- **La non substitution** : la dispensation d'autotests de dépistage du VIH ne doit pas se substituer à l'offre de dépistage existante, notamment dans les services de santé où une proposition de test rapide est préférable.
- **Respecter l'avantage de la discrétion offerte par l'ADVIH**. Étant donné que l'une des spécificités de l'ADVIH est de pouvoir atteindre des populations qui utilisent peu les offres de dépistage du VIH habituelles, il est important de ne pas contraindre les bénéficiaires à effectuer l'ADVIH devant un prestataire de santé afin de garantir l'autonomie et la confidentialité, **sauf en cas de demande explicite des bénéficiaires**.
- **Privilégier la distribution secondaire**. En raison de la difficulté à atteindre les populations périphériques (populations clés cachées, partenaires des populations clés, partenaires de populations clés vivant avec le VIH, clients des professionnelles du sexe etc.) la distribution « secondaire » est à privilégier afin de permettre d'amener l'offre de dépistage au plus proche des populations ciblées et d'optimiser la plus-value de l'ADVIH.

Deux régions (Niamey et Zinder) étaient initialement identifiées pour le déploiement de l'ADVIH (2022/2023). Cependant au regard des retards observés et du stock disponible début 2024 entraînant un risque important de péremption, une extension intégrant la région de Maradi a été décidée lors de la mise à jour du plan opérationnel en Mai 2024.

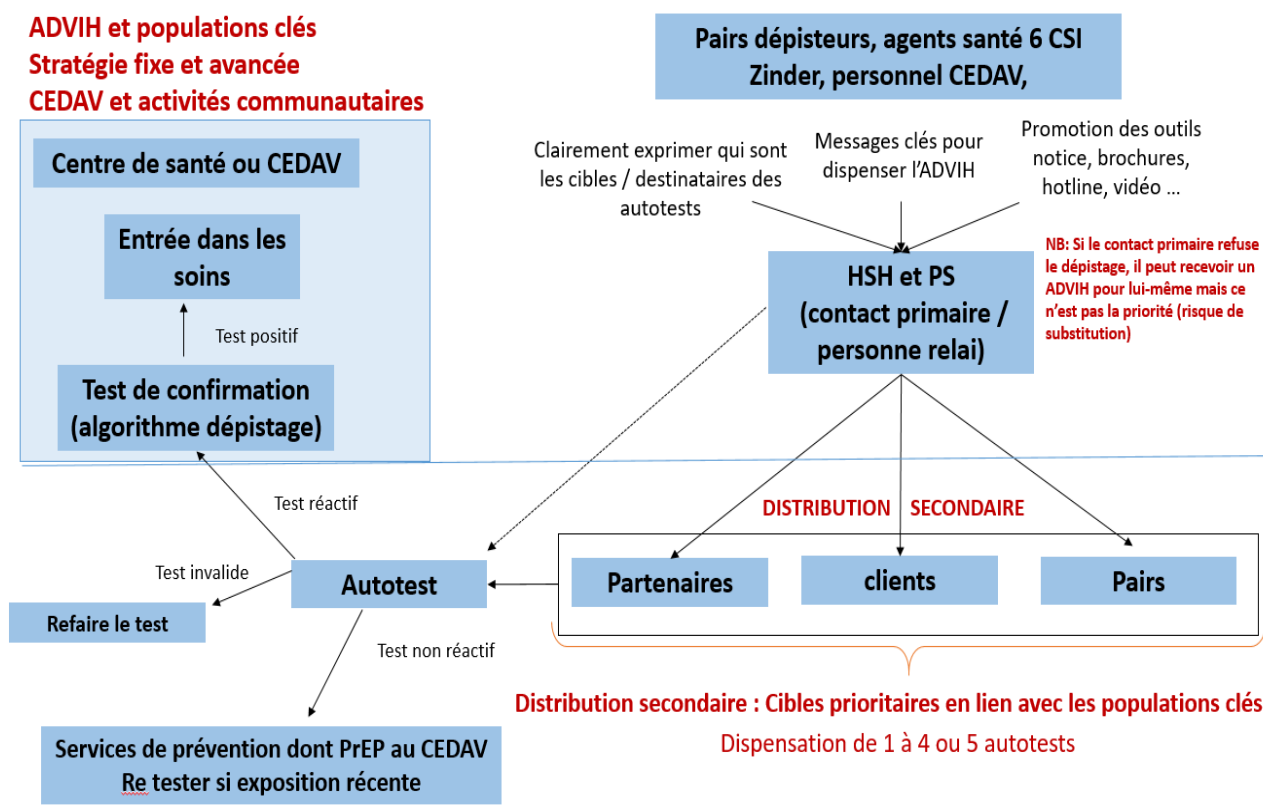
L'offre d'ADVIH était prévue de s'intégrer dans :

- Les activités au sein du centre CEDAV à Niamey et les activités de prévention et dépistage associées (stratégies mobiles, mobilisation des populations clés au niveau du CEDAV) ;
- Les activités de prévention au sein de l'ONG SongES
- Les activités de dépistage communautaire menées par les pairs dépisteurs;
- Les activités de dépistage pour les populations clés menées par 6 centres de santé intégrés (CSI) dans la région de Zinder en collaboration avec SongES ;

Ainsi les canaux et stratégies de dispensation définis dans les normes et procédures se traduisent comme suit :



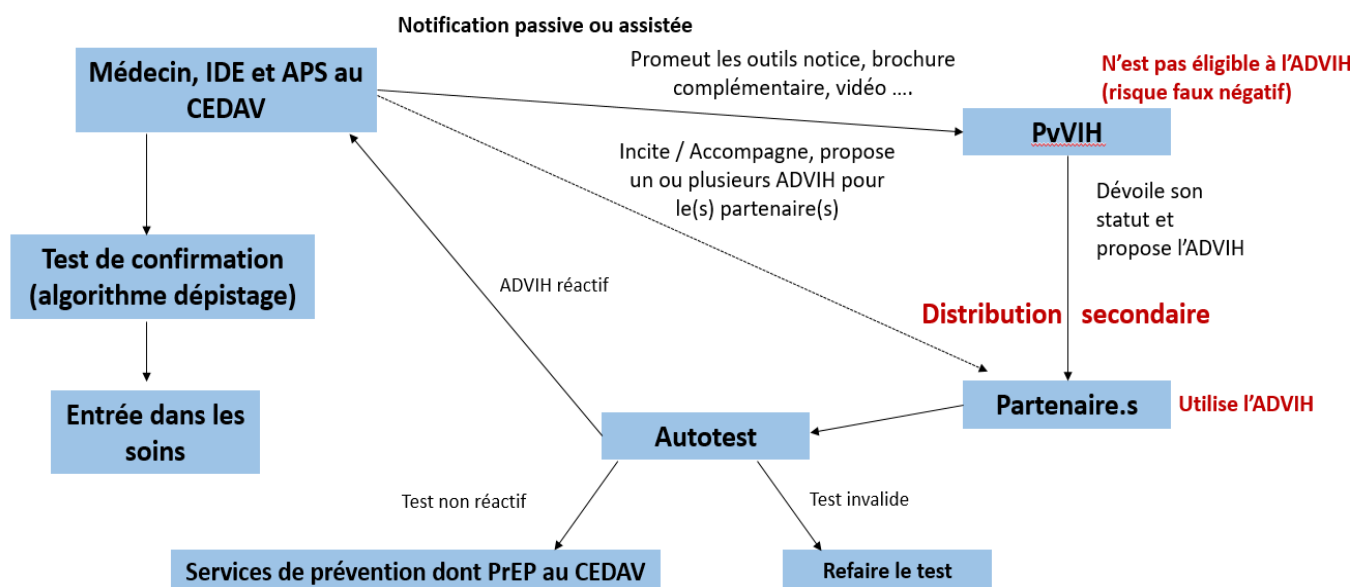
Stratégie 1 : Autodépistage pour les populations clés et leur réseau :



Stratégie 2 : Autodépistage pour les partenaires de populations clés vivant avec le VIH (cas index) :

Dépistage des Cas Index
partenaires des population clés
VVIH ou couples sérodiscordants

Professionnel de santé - Consultation ARV du CEDAV
Conseillers/APS – accompagnement au partage du statut



La quantification et les objectifs de dispensation ont évolué au cours du temps tenant compte des retards et de l'évolution de couverture ciblée.

Le premier plan opérationnel validé en 2022 fixait comme objectif la dispensation de 10 470 kits en 2023 sur les régions de Niamey et Zinder.

Face aux retards de déploiement observés (pas de mise en œuvre de l'ADVIH en 2023), les quantifications et objectifs ont été revus lors de la phase 3 de l'assistance technique en Mai 2024, prenant en considération l'évolution du nombre de pairs éducateurs mobilisés et l'extension de la dispensation à 3 régions.

Ce plan d'accélération prévoyait un déploiement effectif dès Juillet 2024 pour les régions de Niamey et Zinder, et octobre pour la région de Maradi en mobilisant 116 pairs éducateurs (43 PE à Niamey, 36 PE à Zinder, 37 PE à Maradi).

Ces nouveaux objectifs se présentent comme suit :

- Dispensation de l'ADVIH au sein des consultations du CEDAV : 10 kits par mois
- Dispensation de l'ADVIH lors des séances de dépistage au sein du CEDAV et des 6 CSI de Zinder : 150 kits par mois
- Dispensation de l'ADVIH aux PvVIH suivies pour leurs partenaires au sein du CEDAV et des 6 CSI de Zinder : 25 kits par mois
- Dispensation de l'ADVIH aux populations clés lors des activités menées par les pairs éducateurs : 25 kits par mois par PE.

Au total, il était ainsi prévu :

- La dispensation de 34 245 kits entre Juillet 2024 et Juin 2025
- La dispensation de 15 735 kits entre Juillet 2024 et Décembre 2024 (Maradi à Partir d'Octobre 2024 uniquement)

Le stock disponible dans le pays étant inférieur aux objectifs fixés pour 2024 (14 500 kits en Mai 2024), il avait été identifié le besoin de passer une commande d'urgence de 34 250 kits afin d'éviter toute rupture de stock fin 2024.

4.2 Perception globale de l'ADVIH par les acteurs et les usagers

Les travaux d'évaluation ont permis de collecter les perceptions des acteurs au niveau central, au niveau des régions et au niveau des usagers concernant l'introduction de l'ADVIH. Ces perceptions sont assez homogènes, démontrent un réel enthousiasme des prestataires et des usagers et confirment la faisabilité et la pertinence des stratégies retenues d'intégration et de déploiement de l'ADVIH.

L'ensemble des acteurs au niveau central ont témoigné **d'une réelle plus-value de l'ADVIH pour atteindre les populations clés difficiles à atteindre/cachées, refusant le dépistage conventionnel ou ne souhaitant pas venir dans les structures de santé. La stratégie de dispensation secondaire est particulièrement appréciée à cet effet par exemple pour les partenaires sexuels qui ne souhaitent en général pas aller au centre se faire dépister ou les populations clés ne souhaitant pas « s'afficher ».**

L'autodépistage est perçu comme renforçant les stratégies de démedicalisation (dont le dépistage communautaire) complétant ainsi la capacité d'aller vers les populations pour une offre de proximité et permettant de désengorger les centres de santé. **L'ancrage de cette nouvelle offre au sein du réseau communautaire et impliquant des pairs éducateurs est perçu comme particulièrement pertinent** favorisant la confiance des populations clés, l'adhésion et levant les obstacles et freins en lien avec la discrimination observée de la part de certains prestataires de santé.

Il y a par ailleurs un retour unanime de l'ensemble des acteurs interrogés **sur une très bonne adhésion/acceptabilité à la proposition d'auto dépistage accompagnée d'une demande croissante et forte au sein des populations clés et de leur réseau** allant même au-delà des régions couvertes lors du déploiement pilote.

Le test est reconnu et apprécié favorisant **l'autonomisation** des populations ciblées.

Parmi les usagers, que ce soit les PS ou les HSH dans les 3 régions, **une large majorité d'entre eux a exprimé immédiatement leur adhésion à la proposition de se dépister avec l'ADVIH**. Cette adhésion, témoignée tant dans le cadre de la dispensation primaire que secondaire, a été marquée par la confiance envers le produit et l'enthousiasme d'expérimenter ce nouveau type de test.

Cette adhésion a aussi été motivée selon les pairs éducateurs et les usagers par divers facteurs notamment la garantie de la **confidentialité** qu'offre ce type de test, **l'opportunité de pouvoir le faire chez soi** sans déplacement au centre de santé, le fait que ce type de test ne nécessite **pas de piqure d'aiguille** comme les autres tests, **la confiance en la personne (PE)** qui propose ce test et la **bonne qualité de l'information véhiculée** par l'agent dispensateur.

Il est intéressant de noter que du point de vue des superviseurs, des PE et des usagers, **l'offre offerte par les pairs éducateurs est pertinente et de qualité et que ceux-ci sont reconnus compétents (et capables de les assister si nécessaire)**.

Les usagers interrogés ont affirmé **n'avoir pas rencontré de difficultés dans l'usage du kit d'ADVIH**. Ils affirment que le kit est facile à utiliser, et ce, grâce aux explications qu'ils ont reçu des pairs éducateurs et/ou aux supports de communication comme les dépliants, les notices qui se trouvent dans les kits de dépistage ou la vidéo de démonstration même si elle n'existe qu'en français.

Les usagers expriment l'attrait pour ce nouvel outil, l'intérêt fort porté pour cette nouvelle offre pour eux-mêmes, pour leurs pairs et pour leurs partenaires réguliers avec un « risque » perçu que cette offre supplante l'offre de dépistage classique. Les PS expliquent que jusque-là elles n'ont pas réellement distribué de test auprès de leurs clients (les PE n'avaient pas saisi cette possibilité de dispensation secondaire) mais que le potentiel de l'ADVIH est indéniable.

Les agents de dispensation ont aussi pu **confirmer la capacité d'usage et d'interprétation des résultats par les usagers même si cela prend un peu de temps pour expliquer comment le réaliser en toute autonomie et que parfois une assistance en présentiel ou à distance est nécessaire**.

Les pairs éducateurs **confirment enfin l'identification de cas positifs grâce à l'autodépistage, la confirmation de ceux-ci même si le référencement est perçu comme un enjeu** (manque de moyens des usagers pour se déplacer au centre, déni de l'usager, pas d'outil de référencement). Très peu de résultats indéterminés ont été rapportés et ceux-ci résolus suite à un nouveau dépistage supervisé.

Concernant le potentiel de mise à l'échelle, les acteurs et usagers sont là encore unanimes reconnaissant **la nécessité d'offrir plus largement l'ADVIH aux populations clés au Niger** en constatant une demande forte parfois même au-delà des régions ciblées lors du déploiement pilote. Il est noté le **besoin d'intégrer et d'élargir l'offre d'ADVIH tant au niveau communautaire que dans les CSI et centres communautaires pour les populations clés**.

Certains acteurs clés estiment que d'autres populations devraient être ciblées notamment **les usagers de drogues et qu'une offre en PTME (pour les partenaires des femmes enceintes) voire auprès des étudiants pourraient être intéressante** même si cela entraînerait des investissements importants (formations de l'ensemble des prestataires) ce qui représente une limite pour sa faisabilité.

4.3 Les stratégies de déploiement et l'intégration de l'offre ADVIH

Les différents entretiens couplés aux observations dans les sites de dispensation ont permis d'apprécier les stratégies de déploiement de l'ADVIH durant cette phase pilote en lien avec les stratégies initialement définies (cf. partie 4.1).

Sur l'ensemble des régions visitées, nous avons pu observer **une réelle intégration de l'offre d'ADVIH dans les activités des PE et une volonté de leur part de suivre les stratégies et canaux de dispensation initialement définis**. Cette intégration a notamment été facilitée par **l'intégration de l'offre d'ADVIH dans le cahier des charges des pairs éducateurs** fixant un objectif de 25 kits dispensés par mois.

Les principes directeurs (non substitution, utilisation assistée uniquement à la demande et priorité à la dispensation secondaire) **sont globalement compris et respectés**. Il est observé **une bonne complémentarité avec les autres stratégies de dépistage**, l'ADVIH ciblant et atteignant les populations clés et leur réseau (partenaires, clients, pairs cachés) notamment par son intégration dans les activités communautaires de prévention et de dépistage.

Pour créer et faire face à la demande, des initiatives pertinentes et positives ont permis une dispensation conforme aux stratégies définies et une relativement bonne performance (certains de ces éléments seront repris plus en détail dans les parties 4.4, 4.5 et 4.6 du rapport):

- **La dotation mensuelle de kits à chaque PE a été adaptée aux objectifs et besoins**. En effet 30 kits ont été remis chaque mois aux PE qui pouvaient par ailleurs en redemander au cours du mois si besoin. Certains PE ont ainsi pu dispenser jusque 60 kits par mois.
- **Les PE ont bien respecté l'offre d'ADVIH concernant une aide à la réalisation** qui n'a été proposée que si nécessaire et en fonction de la demande de l'usager. Ainsi un accompagnement a été proposé à distance ou en présentiel lorsque les usagers le souhaitaient **et la mise à disposition des téléphones et crédits téléphoniques a été particulièrement utile à cet effet**.
- **Les PE ont été disponibles auprès des usagers pour leur apporter des conseils et un accompagnement (à distance ou en présentiel) pour l'interprétation des résultats et le référencement** pour la confirmation des cas réactifs même si certaines difficultés ont été rencontrées. Pour la PrEP le référencement des cas non réactifs semble avoir été plus timide et en deçà de ce qui était attendu
- **Les PE ont porté une attention particulière à la cible finale des kits d'ADVIH s'assurant auprès des usagers que les kits redistribués ciblaient bien les populations clés ou leur réseau**.
- **Les PE ont utilisé les outils mis à leur disposition pour expliquer aux usagers comment utiliser les kits d'ADVIH (notice, vidéo de démonstration...)**. Ces outils semblent adaptés même si la vidéo mériterait d'être traduite en langue.
- **Conformément aux stratégies définies, le suivi systématique et obligatoire des utilisateurs n'a pas été déployé**. Des retours spontanés ont cependant été rapportés, les usagers sollicitant les PE pour réaliser le test, interpréter les résultats ou pour clarifier la conduite à tenir.

En contrepartie, les stratégies et canaux déployés présentent certaines limites et une certaine hétérogénéité entre les régions pour pleinement promouvoir et dispenser les kits d'ADVIH et accompagner les usagers (certains de ces éléments seront repris plus en détail dans les parties 4.4, 4.5 et 4.6 du rapport):

- **L'offre d'ADVIH n'a pas été intégrée ou de manière marginale en stratégie fixe, au sein des structures de santé (CSI et CEDAV) avec seulement 10 kits dispensés dans deux CSI de Zinder**. Le CEDAV n'a pas du tout intégré l'offre d'ADVIH dans les différents services comme cela était prévu (consultations IST, consultations ARVs et dépistage).

- **La dispensation secondaire a été déployée de manière timide dans certaines régions (Niamey et dans une moindre mesure Zinder) avec un focus pour les populations clés refusant de se dépister avec un test classique et/ou dans le réseau très proche des populations ciblées.** Par exemple les PS ont essentiellement reçu l'ADVIH pour elle-même ou pour leur partenaire régulier. L'offre auprès de leurs paires a plutôt été promue en référant celles-ci vers la PE dispensatrice et l'offre aux clients n'a pas été investie à ce stade. De la même manière pour les HSH, l'offre de dispensation secondaire s'est concentrée sur les partenaires sexuels, moins dans une logique de redistribution auprès de leurs pairs en général.
- **Dans la région de Niamey, les pairs formés n'ont pas toutes et tous été actifs (40% environ) impactant les performances globales de la phase pilote.** Cette limite n'est pas en lien avec l'intégration de l'ADVIH en tant que telle mais s'explique par le fait que ces PE n'ont pas mené d'activités communautaires (sensibilisation, dépistage).
- **Les PE mentionnent des difficultés dans le référencement des usagers avec un ADVIH réactif vers le centre de santé pour la confirmation. Malgré ces difficultés, la confirmation de cas réactifs a été effective (sans pouvoir le quantifier précisément).**
- Comme mentionné précédemment, **la dispensation secondaire a été déployée de manière variable en fonction des régions** et le potentiel de cette stratégie a été plus limité dans les régions de Zinder et Niamey par rapport à la région de Maradi. **Un risque de substitution est par ailleurs observé par les PE** qui mentionnent que les usagers préfèrent l'ADVIH au test de dépistage classique. La plus-value de l'ADVIH (confidentialité, discrétion, pas de pique) semble entraîner une proportion de dispensation primaire plus importante que prévue.

4.4 Les performances pour l'ADVIH

L'analyse de la performance se base sur les quantifications et objectifs révisés en Mai 2024 et portant sur la période couverte par l'évaluation (Juillet à Décembre 2024). Cependant, l'analyse portera spécifiquement sur la période effective de dispensation (Début Octobre à mi-décembre) afin de mesurer plus finement les performances sur la période d'activité et afin de mieux estimer le potentiel de l'ADVIH pour les prochaines phases.

Hypothèses de départ et objectifs de dispensation

Les éléments clés retenus pour la définition des objectifs lors de la mise à jour du plan opérationnel d'accélération 2024-2025 sont :

- Dispensation dans 3 régions : A partir de Juillet 2024 dans les régions de Niamey et Zinder puis à partir d'Octobre dans la région de Maradi
- Dispensation en stratégie fixe uniquement considérée au CEDAV dans les consultations IST, dépistage et ARVs
- Dispensation en stratégie avancée/communautaire s'appuyant sur 116 PE formés dans les 3 régions

Tableau 3 : Performances ADVIH attendues par région et par population cible sur les périodes considérées

	Cibles de Juillet à Décembre 2024	Cibles sur la période effective de dispensation
Niamey	7560	3000 (2.5 mois)
Zinder	5400	1313 (2.5 mois)
Maradi	2775	825 (1.5 mois)
Total 3 régions	15 735 kits	5 138 kits

	Cibles de Juillet à Décembre 2024	Cibles sur la période effective de dispensation
Total canal PS	7700	2507
Total canal HSH	7885	2558
Total canal Cas index	150	63
Total stratégie fixe	1110	438
Total stratégie mobile	14625	4700

Ainsi, les cibles de dispensation d'ADVIH étaient de **2456 kits en moyenne par mois et de 14 735 kits sur la période totale évaluée (de Juillet 2024 à Décembre 2024)**.

Cependant considérant la période effective de dispensation (entre 1.5 et 2.5 mois en fonction des régions) les cibles de dispensation étaient de **5 138 kits sur la période effective de dispensation (de Octobre 2024 à mi-décembre 2024)**.

Parmi ces objectifs, la dispensation en stratégie avancée (via les PE au niveau communautaire) représente la grande majorité (90%) des objectifs répartis assez équitablement entre les PS et HSH. La stratégie fixe (CEDAV et CSI de Zinder) ne représente que 10% des objectifs dont seulement 1% pour le canal cas index.

Plusieurs facteurs clés ont impacté significativement la dispensation des kits ADVIH et la performance observée:

- Malgré le plan d'accélération et son budget développés et soumis par SongES en Juin 2024, **la validation de ces plans par l'UGS et l'équipe du Fonds mondial n'a été effective que fin Aout 2024**. Cela n'a permis le déploiement des formations qu'à partir de septembre 2024 et la dispensation effective à partir d'Octobre dans les régions de Niamey et Zinder et Novembre dans la région de Maradi. **Ce retard de 3 mois a évidemment fortement impacté la performance globale observée.**
- Le stock de kits d'ADVIH disponible permettait de couvrir les besoins jusque mi-décembre (date de péremption des kits commandés sous le C19RM). **La commande initiée dans la cadre de la subvention GC7 n'est malheureusement pas arrivée dans le pays dans les temps et a ainsi entraîné une rupture d'intrants ayant entraîné la suspension de la dispensation mi-décembre 2024.**
- Le nombre de PE initialement prévu pour la dispensation (hypothèses de quantification) était de 116 personnes pour couvrir l'ensemble des régions. **Suite à un resserrement des stratégies de couverture dans deux régions, 84 PE/116 ont effectivement été formés (41/43 à Niamey, 21/36 à Zinder, 22/37 à Maradi) limitant ainsi la capacité de dispensation par rapports aux objectifs fixés.**
- Le nombre de PE actifs sur la période a été satisfaisant dans les régions de Zinder et Maradi (respectivement 21/21 et 20/22). **Cependant, à Niamey entre 10 et 20 PE ont été actifs sur la période (environ 35%) limitant ainsi la capacité d'atteindre les objectifs fixés.**
- **La dispensation en stratégie fixe n'a pas été initiée (sauf dans 2 CSI à Zinder) suite à des incompréhensions semble-t-il. Même si les objectifs de ce canal n'étaient pas très importants (10% des objectifs), cela a diminué la performance globale.**

Performances observées de dispensation

Tableau 4 : Performances globales observées par rapport aux objectifs

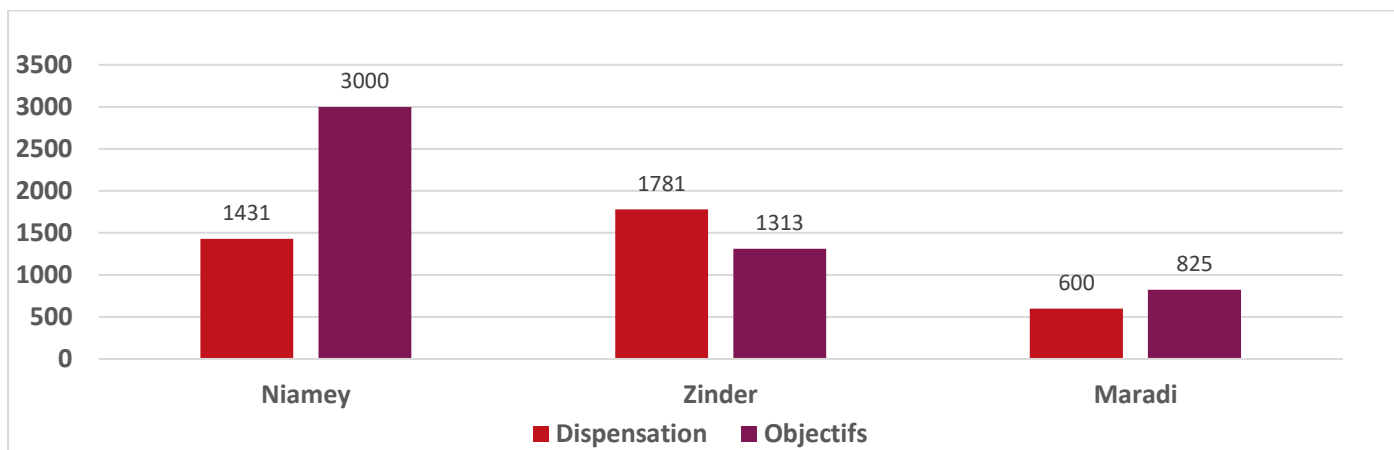
	Objectifs	Dispensation	Performance
Période Juillet-Décembre 2024	15 735	3 812	24.2%
Période de dispensation effective Octobre – mi-décembre 2024 (2.5 mois)	5 138	3 812	74.2%

La performance observée sur la période totale est faible (24.2%) mais non représentative considérant les facteurs susmentionnés qui ont empêchés le déploiement de la dispensation sur la totalité de la période.

En considérant uniquement la période de dispensation effective, la performance globale est satisfaisante avec 3 812 kits dispensés atteignant 74.2 % des objectifs fixés. Le nombre de PE effectivement formés et impliqués et la faiblesse de performance des stratégies fixes sont les principales explications de la non-atteinte des objectifs.

Cette performance est présentée de manière plus détaillée ci-dessous afin d’analyser l’évolution de la dispensation dans le temps, les différences entre les régions et entre les stratégies et les canaux de dispensation.

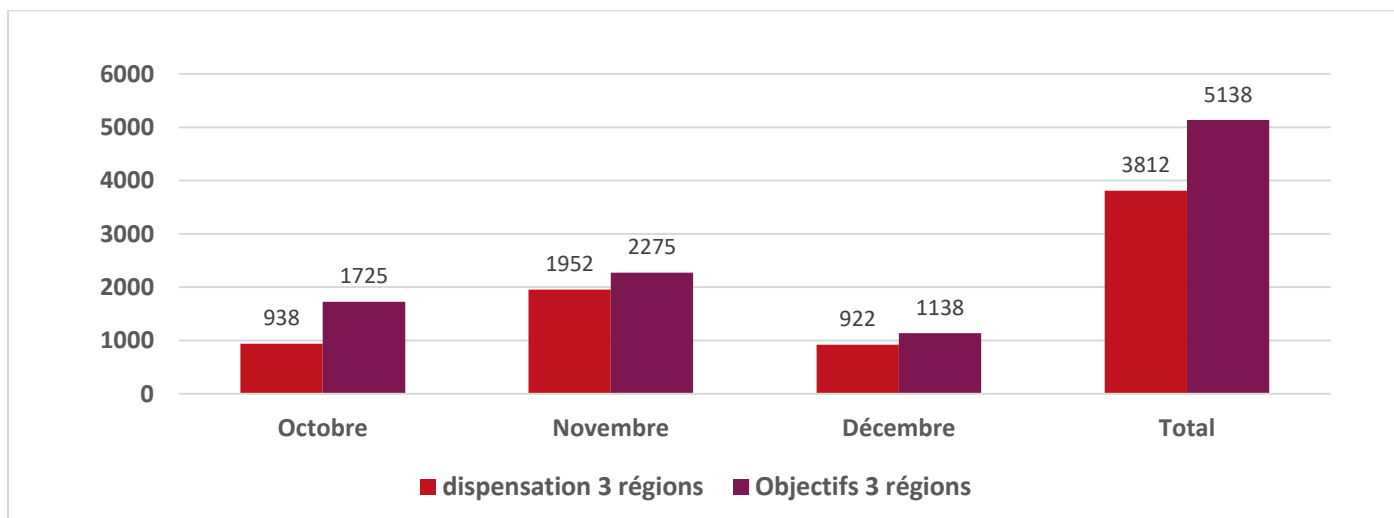
Figure 1 : Dispensation par région des ADVIH comparée aux objectifs (période effective de dispensation)



On note une hétérogénéité des performances en fonction des régions. Alors que Zinder dépasse largement les objectifs fixés (134% sur 2.5 mois de dispensation) et représente près 50% de la dispensation, Maradi atteint une performance satisfaisante de 72.7% avec 600 kits dispensés sur une période de 1.5 mois. A contrario, Zinder n’a dispensé que 1431 kits sur 2.5 mois soit une performance inférieure à 50% (47.7%). Cette contre-performance s’explique par la faible activité des pairs éducateurs formés dans cette région et par le fait que les objectifs de dispensation en stratégie fixe étaient concentrés sur la Région de Niamey (CEDAV).

En ne considérant que les pairs éducateurs formés et effectivement actifs sur la période et en excluant les objectifs de stratégie fixe, les performances sont très satisfaisantes avec une moyenne de 31 kits distribués par PE et par mois nettement supérieure aux objectifs fixés (25 kits par PE et par mois)

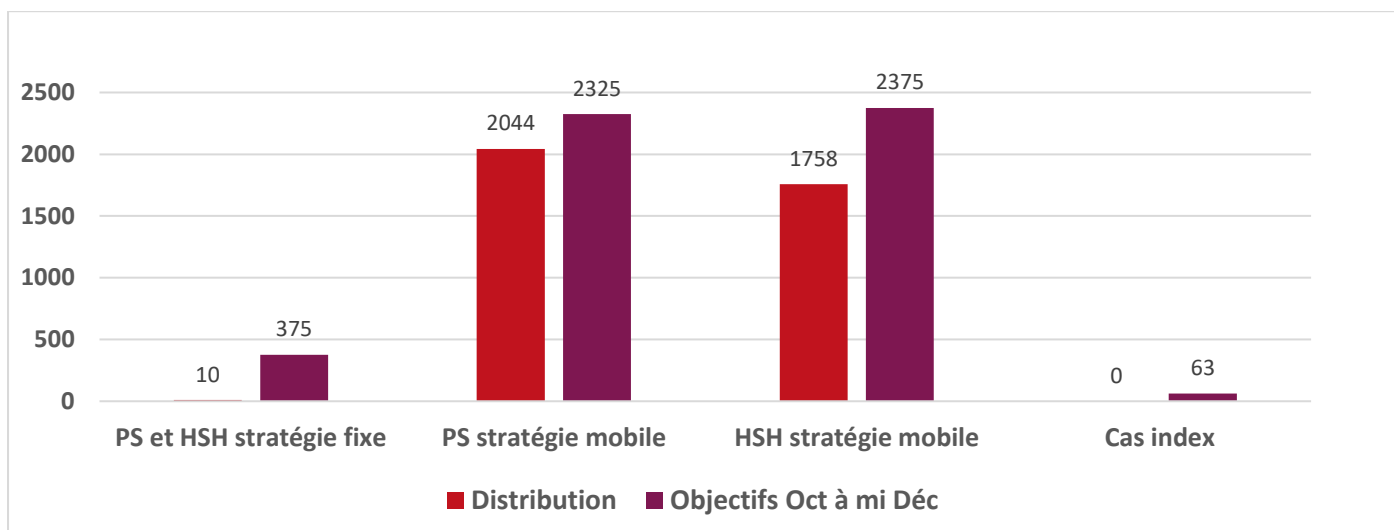
Figure 2 : Dispensation par mois des ADVIH comparée aux objectifs (période effective de dispensation)



Pour rappel, la dispensation des kits d’ADVIH a été effective dans les régions de Niamey et Zinder au mois d’Octobre et dans les 3 régions au mois de Novembre et lors de la première quinzaine de décembre (rupture de stock au 15/12).

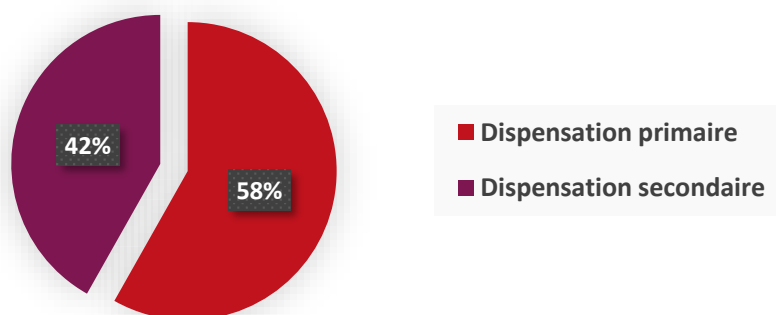
On note ainsi une évolution positive de la dispensation au fil du temps avec une performance de 54.4% en Octobre, 85.8% en Novembre et 81% en Décembre.

Figure 3 : Dispensation par stratégie et canal de dispensation des ADVIH comparée aux objectifs (période effective de dispensation)



Les stratégies mobiles de dispensation pour les PS et HSH présentent des performances satisfaisantes (respectivement 88% et 74%) par rapport aux objectifs fixés et ce malgré le faible nombre de PE effectivement actifs dans la région de Niamey. A contrario les stratégies fixes de dispensation n'ont pas été enclenchées avec seulement 10 kits dispensés dans les CSI de Zinder pour les populations clés et aucun kits dispensés pour les partenaires de PvVIH (cas index). Au global, la performance pour les stratégies mobiles de dispensation (HSH+PS) atteint 81% contre seulement 2% pour la performance des stratégies fixes de dispensation (Pop° clés + cas index).

Figure 4 : Dispensation par type de dispensation et par région des ADVIH



Région	Dispensation primaire	Dispensation secondaire
Niamey	52%	48%
Zinder	74%	26%
Maradi	26%	74%

On note une différence importante entre les régions concernant le type de dispensation.

Pour rappel, la dispensation secondaire permet de dispenser des kits d'ADVIH aux populations clés en contact avec les PE afin qu'elles redistribuent elles-mêmes des kits dans leur réseau (partenaires sexuels, pairs, clients). Les normes et procédures nationales recommandent une dispensation de 1 à 4 ou 5 kits par contact. La dispensation primaire est en principe réservée aux populations clés refusant le dépistage classique et ne doit ainsi pas représenter une majorité de la dispensation afin d'éviter tout effet de substitution aux autres stratégies de dépistage (communautaire ou au niveau des centres).

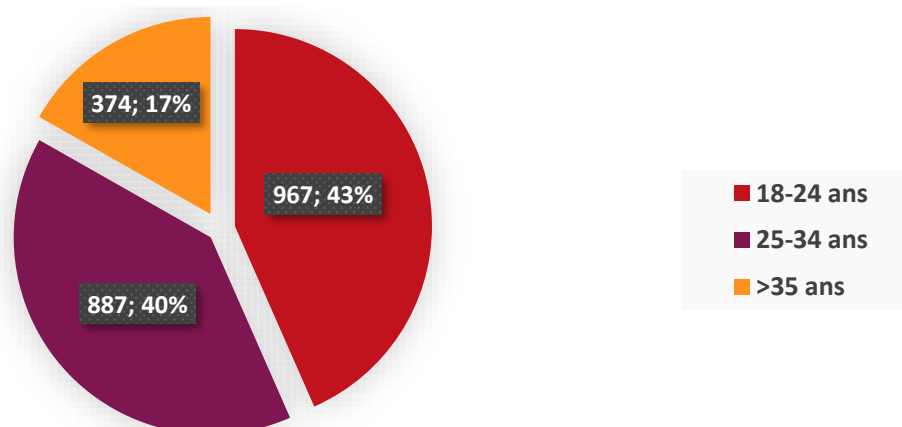
Alors qu'à Maradi les résultats sont assez conformes aux expériences dans d'autres pays avec ¾ de la dispensation secondaire, les résultats à Niamey avec la moitié de la dispensation en primaire et plus encore à Zinder avec ¾ de la dispensation en primaire posent des questions et enjeux.

Le nombre moyen de kits dispensé par contact est ainsi de 1.71 kit par contact ce qui est relativement en deçà de ce qui est observé dans d'autres contextes pour la dispensation aux populations clés (entre 2 et 3 kits par contact)

Les entretiens avec les PE menés lors de l'évaluation expliquent en partie ces résultats. Ainsi il est rapporté notamment dans la région de Zinder et Niamey que la distribution secondaire ciblait particulièrement les partenaires réguliers des PS et des HSH. La distribution dans les réseaux aux autres pairs n'a pas été investie directement par les populations clés qui avaient plus tendance à donner le contact du/de la PE pour qu'il/elle accède à l'ADVIH. De plus la distribution aux clients n'a pas non plus été investie à ce stade par les PS qui mentionnent qu'elles avaient besoin de mieux connaître le produit avant de s'engager sur cette voie.

La clarification apportée aux PE, notamment lors de la supervision en décembre devrait permettre d'optimiser l'opportunité et le potentiel de la distribution secondaire, d'atteindre de plus nombreuses populations clés cachées (ne souhaitant pas se rendre aux centres ou auprès des PE) et d'augmenter la part de distribution secondaire par rapport à la dispensation globale.

Figure 5 : Dispensation par âge (contact PE uniquement, n=2228 personnes)



Il est important de noter que l'âge n'est collecté qu'auprès des populations clés recevant les kits d'autotests par les PE (l'âge des usagers finaux ayant reçu leur kit par la distribution secondaire n'est pas connu).

La répartition par âge est assez homogène dans les 3 régions avec une part plus faible auprès des personnes de plus de 35 ans (17% au global, 18% à Niamey, 15% à Zinder et 24% à Maradi).

Les catégories 18-24 ans et 25-34 ans sont assez similaires avec 43% de la distribution aux populations clés âgées de 18 à 24 ans (45% à Niamey, 43% à Zinder et 42% à Maradi) et 40% de la distribution aux populations âgées de 25 à 34 ans (37% à Niamey, 42% à Zinder, 34% à Maradi).

L'analyse de la répartition par sexe n'est pas pertinente puisqu'il s'agit uniquement de l'analyse des contacts primaires (alors qu'une PS va pouvoir distribuer un kit à son partenaire masculin) et dépend trop fortement des performances par canal de dispensation (canal PS = femmes, canal HSH = hommes). Nous ne présentons donc volontairement pas ces résultats dans le présent rapport.

Confirmation des cas réactifs et cascade ADVIH

Pour rappel, conformément aux normes et procédures nationales le tracking systématique et obligatoire de l'utilisation et des résultats des tests des usagers n'est pas intégrée dans le dispositif de S&E :

« A la différence de l'offre de dépistage conventionnel (à l'initiative des usager-e-es et/ou prestataires), les indicateurs recommandés par l'OMS pour l'ADVIH n'intègrent pas d'indicateurs de routine collectés directement par les agents de dispensation concernant l'utilisation et le résultat des kits.

Même s'il est toujours possible d'intégrer cette composante dans le déploiement de l'ADVIH, il ne peut être fait en routine, de manière systématique et obligatoire pour les usager-es. Les méthodes de collecte potentielles par ailleurs toutes basées sur une auto déclaration volontaire des usager-es concernant l'utilisation et le résultat (enquête transversale, outils numériques, retours spontanés), si elles sont retenues, s'adapteront à ces enjeux et ne pourront contribuer qu'à une vision partielle (sur un échantillon ou à un moment donné du déploiement) de la situation.

Les différentes études et expériences démontrent que les usager-es se lient vers les soins en cas d'autotest réactif même sans suivi obligatoire (de manière comparable aux autres stratégies) et nombre d'entre eux reviennent spontanément vers l'agent de dispensation pour un support et un accompagnement (en physique ou par téléphone de manière anonyme). D'autres usager-es iront d'eux-mêmes vers un centre de santé pour la confirmation en désirant préserver le caractère confidentiel de leur démarche et ainsi ne pas être associés aux populations clés. »

Dans le cadre du déploiement de l'ADVIH au Niger il avait été ainsi décidé de suivre quelques indicateurs concernant la part contributive de l'ADVIH :

- Pourcentage des personnes effectuant un dépistage et déclarant avoir déjà effectué un ADVIH au cours des 12 derniers mois.
- Pourcentage de personnes nouvellement diagnostiquées positives au VIH déclarant avoir effectué un ADVIH au cours des 12 derniers mois.
- Pourcentage des nouvelles initiations au traitement ARV parmi les personnes diagnostiquées séropositives au VIH et qui ont déclaré avoir effectué un ADVIH au cours des 12 derniers mois.

L'évaluation menée n'a pas permis de consolider les données au niveau du CEDAV et des différents CSI impliqués dans les régions. Il apparaît par ailleurs que la collecte de ces données (question posée aux personnes venant se faire dépister) n'est pas systématique voire inexistante au niveau des centres.

Cependant, les entretiens et discussions de groupe menés pendant l'évaluation ont permis de collecter quelques données/informations en lien avec le suivi des résultats des ADVIH.

Il ressort dans un premier temps que les usagers reviennent régulièrement vers les PE après avoir utilisé l'ADVIH afin de partager leur expérience, solliciter une aide à l'interprétation des résultats ou à la conduite à tenir. Ces retours spontanés concernent plutôt les personnes relevant de la distribution primaire que secondaire.

Lors de l'entretien avec les 2 CSI de Zinder (Charé Zamné et dispensaire), 12 cas réactifs ont pu être rapportés et 11 confirmés grâce à l'algorithme de dépistage national. Des cas référés et confirmés ont été déclarés dans les deux autres régions même si cela n'a pas pu être quantifié dans les registres des CSI qui n'ont pas été visités, il est positif de constater que l'offre d'ADVIH permet d'identifier de nouvelles personnes séropositives, de confirmer leur résultat et de permettre leur prise en charge.

4.5 La création de la demande et la qualité de la dispensation des kits ADVIH

Intégration et capacité de déploiement pour créer la demande

Comme mentionné précédemment, **les stratégies et activités de création de la demande ont été globalement bien menées par les pairs éducateurs formés et actifs en s'appuyant sur leurs activités de routine** (prévention et dépistage)

communautaire). Il est cependant observé que certains pairs éducateurs, particulièrement à Niamey n'ont pas mené d'activités de prévention/dépistage sur la période limitant ainsi le déploiement de l'offre d'ADVIH. Enfin, l'offre n'a pas été développée par les prestataires du CEDAV et a été très timide au sein des CSI partenaires à Zinder.

Ainsi, nous pouvons estimer que **la promotion et la dispensation effective d'ADVIH sur la période n'a atteint qu'environ 60% de sa capacité :**

Région	Agents de dispensation	Nombre d'agents formés	Nombre d'agents actifs pour la promotion et dispensation
Niamey	CEDAV	16	0
	Pairs éducateurs	41	15 en Octobre 19 en Novembre, 9 en Décembre
Zinder	CSI Zinder	18	6
	Pairs éducateurs	21	21 en Octobre 20 en Novembre, 20 en Décembre
Maradi	Pairs éducateurs	22	20 en Novembre
TOTAL		118	61

Lors des discussions menées pendant l'évaluation, **il semble que la motivation des pairs éducateurs soit négativement impactée par le faible niveau de leurs indemnités 35000 FCFA) en comparaison à ce qui leur serait nécessaire pour se déplacer, conduire les activités et accompagner les populations clés.** Cette question devra certainement être creusée et prise en compte afin, au-delà de l'ADVIH, de permettre que les activités de prévention et de dépistage communautaire soient effectives et impactantes sur l'ensemble des territoires couverts.

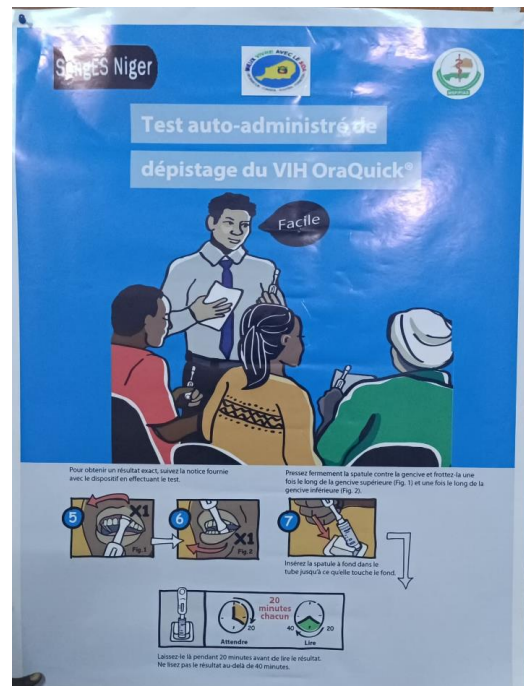
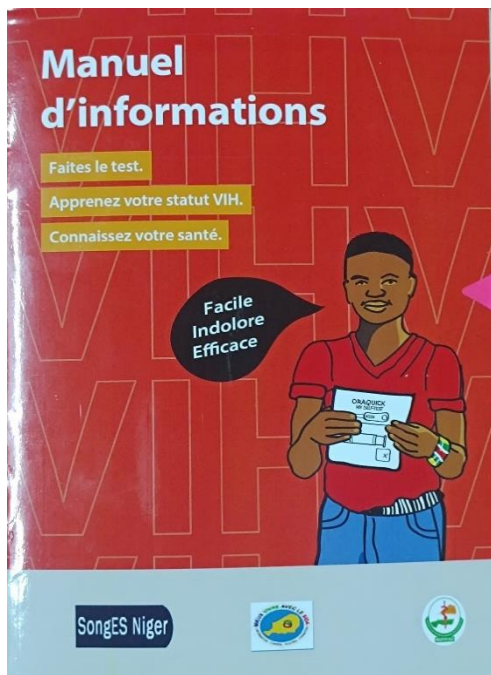
Pour les agents de dispensation actifs, **les outils mis à disposition ont été reconnus très utiles que ce soit les outils de création de la demande, d'aide à la réalisation de l'ADVIH ou le téléphone et crédit de communication mis à disposition pour accompagner les usagers.**

Le déploiement de l'offre d'ADVIH a facilité le phénomène de « bouche à oreille » qui a très bien fonctionné notamment auprès des populations clés qui ne sont pas en lien avec les programmes de prévention et de dépistage et ce, au-delà des régions couvertes par la phase pilote. Par ailleurs, une attention particulière au fait de ne pas générer une demande au-delà des populations ciblées a été apportée et a bien fonctionné. Tout cela s'est traduit par une demande forte et une performance supérieure aux attentes pour les pairs éducateurs actifs (moyenne de 31 kits par PE et par mois).

Outils de création de la demande et de support aux usagers

Concernant les outils de création de la demande et de support aux usagers, des affiches, une vidéo de démonstration en langue, un animatic, des dépliants et des brochures étaient prévus et budgétés dans le plan opérationnel. **Les outils disponibles au moment de l'évaluation sont utilisés par l'ensemble des agents de dispensation et considérés d'une aide précieuse** même s'ils sont arrivés un peu tardivement selon certaines personnes interrogées.

Des affiches (formats A1) et des dépliants (8 pages A5) ont ainsi été développés. Les dépliants informent, sensibilisent et orientent sur la réalisation de l'ADVIH et sont distribués lors des activités de prévention et dépistage aux populations clés.



La vidéo de démonstration (disponibles en français et réalisée par Orasure) est utilisée à la fois pour promouvoir l'ADVIH et aider les usagers pour la réalisation de l'auto dépistage s'est avérée très utile et pertinente. En effet de nombreux témoignages confirment que cette vidéo permet aux populations clés de comprendre ce qu'est l'ADVIH et donc de générer la demande mais aussi de réaliser et interpréter correctement les résultats. Cependant, de nombreux acteurs expriment la nécessité de mettre à disposition des vidéos en langue locale afin que chaque usager puisse pleinement en bénéficier. Il s'agira aussi de confirmer que le projet maintien l'objectif de développer des animatics de promotion en langue, ce qui était prévu dans le plan opérationnel budgété mis à jour en Mai 2024.

🔗 Dispositif et outils de formation

Les référentiels de formation apparaissent globalement bien respectés par les agents de dispensation ce qui est confirmé par les entretiens et observations effectuées. En effet, **les messages clés en lien avec l'ADVIH semblent globalement maîtrisés, le ciblage des populations cibles bien effectué, les outils disponibles et utilisés et le conseil et l'accompagnement aux usagers est effectif.**

La formation de formateurs et les formations des prestataires ont été mises en œuvre avec **cinq formateurs nationaux formés et 118 agents de dispensation formés (dont 84 PE)**. Ces formations ont été appréciées par les agents de dispensation par leur côté pratique mais aussi par les manuels mis à leur disposition –afin de s'y référer si nécessaire). **De nombreux témoignages indiquent la nécessité de former plus largement les PE dans les régions couvertes (seule une partie avaient été formés dans les régions de Maradi et Zinder) et au-delà (passage à l'échelle).**

🔗 Dispositif d'accompagnement et référencement des usagers

Malgré le constat globalement très positif concernant la qualité de la dispensation, lors des entretiens avec certains pairs éducateurs, **la difficulté de référencement des cas réactif a été relevée.** Les principaux obstacles déclarés sont **le déni de l'utilisateur qui refuse alors d'aller se faire confirmer au centre et le manque de moyens pour se rendre au centre.**

Alors que **la mise à disposition des téléphones et crédits a réellement permis d'accompagner les usagers** (aide à la réalisation à distance, retours spontanés des usagers après la réalisation, appui pour l'interprétation, aide sur la conduite à tenir), **il sera important de réfléchir à faciliter et améliorer le référencement des cas réactifs** (et au-delà de l'ADVIH, des cas positifs lors du dépistage communautaire) mais aussi des cas non réactifs vers l'offre de PrEP.

Certains pairs éducateurs proposent de pouvoir accompagner ces usagers même si cela entraînerait des coûts supplémentaires (il faudra alors revoir l'appui financier actuellement proposé). **L'enjeu du soutien au transport pour faciliter le lien vers la confirmation des usagers est à considérer en rappelant que l'esprit de l'ADVIH et des stratégies de dispensation visent à dispenser les kits lors des activités de routine (intégration) afin que les usagers puissent faire le test chez eux avec un possible accompagnement à distance.** Développer un système de soutien financier aux usagers pour la confirmation semble peu pérenne car trop coûteux à terme s'il est spécifique à l'ADVIH.

Il apparaît donc nécessaire d'intégrer ces réflexions globales d'appui financier aux PE et dans une logique de coût efficacité. **Cet appui considéré à ce jour insuffisant devra être réévalué à la lumière des besoins globaux pour les PE en cohérence avec leur cahier des charges** (mener les activités de prévention et de dépistage communautaire, offrir l'ADVIH, promouvoir la PrEP, accompagner le référencement des usagers vers les centres) car l'ADVIH s'inscrit dans une logique d'intégration aux autres activités et ne doit pas être considéré comme un programme spécifique/s'ajoutant aux dispositifs actuels.

Les recommandations pour le suivi des usagers (OMS et normes et procédures nationales) ont été bien respectées. En effet, il n'y a pas de suivi systématique sur l'utilisation ou les résultats de l'ADVIH pouvant représenter une barrière à l'acceptation de l'ADVIH (expériences dans d'autres contextes), impliquant un dispositif lourd et peu réaliste (suivi de chaque usager notamment ceux non identifiés ayant reçu le kit en dispensation secondaire) et qui serait très coûteux à terme (rappel de toutes les personnes pour des volumes importants de kits dispensés).

Cette approche s'est révélée satisfaisante en considérant que de nombreux retours ont été rapportés par les PE, soit de manière spontanée par les usagers, soit en demandant aux populations clés ayant reçu des kits lors d'activités en routine ultérieures (sur base volontaire évidemment).

De surcroît, la posture des PE pour respecter la confidentialité des résultats pour les usagers semble respectée. Cette pratique est pertinente considérant les possibles enjeux perçus par les usagers et les craintes en lien avec la confidentialité (surtout dans le cas de résultats réactifs) au sein même de leur communauté et par les retours des PE et usagers témoignant unanimement de l'avantage concernant la discrétion et la confidentialité qu'offre l'ADVIH.

Enfin, il apparaît au regard des performances PrEP observées au CEDAV que le référencement des usagers avec un ADVIH non réactif soit insuffisant dans la région de Niamey. Ceci peut en partie être expliqué par la faible mobilisation globale des PE dans cette région pour mener les activités mais il apparaît important que les PE, dans les régions où l'offre de PrEP est disponible (Niamey, bientôt Zinder) intègre effectivement la promotion de la PrEP dans leurs activités conformément à leur cahier des charges pour les personnes dépistées négatives et pour les personnes avec un ADVIH non réactif.

4.6 Les outils de suivi-évaluation et l'analyse des données pour l'ADVIH

Globalement, **les outils développés sont disponibles et les données complètes malgré des difficultés observées particulièrement sur la région de Niamey** pour laquelle un renforcement spécifique des PE et superviseurs a été nécessaire afin d'améliorer le remplissage et la fiabilité des rapports. Il est d'ailleurs important de noter que quelques fiches n'ont pu être exploitées et intégrées dans l'analyse des performances globales pour cette région.

Ce constat a été confirmé lors de la mission de supervision conduite en Décembre 2024 mais aussi par certains PE qui ont exprimé leur difficulté à remplir les outils au départ.

Au-delà des difficultés rencontrées à Niamey, les outils de collecte sont globalement bien renseignés même si quelques confusions restent à corriger. Les fiches de synthèse mensuelle de dispensation nécessitent ainsi d'être améliorées afin de les rendre plus faciles à remplir. Dans cet esprit nous recommandons une nouvelle fiche (ci-dessous) qui permet de mieux différencier la dispensation en stratégie fixe et avancée, la dispensation primaire et secondaire et la non possibilité de renseigner le sexe et l'âge des usagers en distribution secondaire :

	Canal de dispensation	Type de dispensation	Sexe		Age			Nombre total de kits distribués
			M	F	18-24 ans	25 -34 ans	>34 ans	
Centre communautaire ou CSI	PS en stratégie Fixe (CC ou CSI)	Dispensation Primaire (Pour la personne elle-même)						
	PS en stratégie Fixe (CC ou CSI)	Dispensation Secondaire (Pour le réseau de la PS)						
	HSH en stratégie fixe (CC ou CSI)	Dispensation Primaire (Pour la personne elle-même)						
	HSH en stratégie fixe (CC ou CSI)	Dispensation Secondaire (Pour le réseau du HSH)						
	Partenaire de PvVIH	Dispensation Secondaire (pour partenaire de la PvVIH)						
Activités communautaires (PE)	PS en stratégie avancée/mobile (Communautaire)	Dispensation Primaire (Pour la personne elle-même)						
	PS en stratégie avancée/mobile (Communautaire)	Dispensation Secondaire (Pour le réseau de la PS)						
	HSH en stratégie Avancée / mobile (Communautaire)	Dispensation Primaire (Pour la personne elle-même)						
	HSH en stratégie Avancée / mobile (Communautaire)	Dispensation Secondaire (Pour le réseau du HSH)						
TOTAL								

La consolidation et l'analyse des données présentent plusieurs enjeux.

Ainsi, le circuit de collecte, de rapportage et d'analyse des données pour la dispensation communautaire ne semble pas compris par les différents acteurs et il apparaît nécessaire en premier lieu de clarifier les rôles et responsabilités de chacun dans la chaîne à savoir :

- La collecte primaire effectuée par les PE et la transmission de fiches mensuelles au superviseur PE
- La vérification des fiches mensuelles de synthèse par le superviseur (avec le PE) avant validation et la transmission des fiches au responsable de SongES
- La vérification, la validation et la consolidation des données au niveau de SongES et l'analyse des résultats pour transmission à Plan International et au PNLISH.

Il apparaît ainsi que la vérification, la consolidation et l'analyse des données ne soient pas suffisantes à ce jour et ne permettent pas d'avoir un dispositif de suivi/évaluation performant permettant (1) de rendre compte des résultats de manière continue, (2) de consolider les données à l'échelle régionale et nationale, (3) d'analyser les performances afin de guider l'action.

Des actions de renforcement de capacité à chaque niveau de responsabilité semble nécessaire afin que le dispositif de suivi évaluation soit optimal afin de mesurer la performance et surtout d'analyser les résultats **afin de prendre si nécessaire, des décisions pour adapter l'offre, corriger les éventuelles difficultés.**

Par ailleurs, **alors que les données pour mesurer l'indicateur principal sont disponibles** (Nombre de kits dispensés avec désagrégation par région, canal, âge et sexe), **les indicateurs concernant la contribution de l'ADVIH dans l'identification des nouveaux cas dépistés ne sont actuellement pas renseignés ni analysés.** Comme expliqué dans la partie 4.4, ces indicateurs ne sont pas représentatifs de la cascade ADVIH (car non exhaustif) mais renseignent sur la contribution de l'ADVIH. Il apparaît nécessaire que la collecte de données de ces indicateurs au niveau des centres communautaires et CSI soit renforcée et que les données soient consolidées et analysées.

4.7 L'approvisionnement et la gestion des intrants ADVIH

La mise à disposition des intrants au niveau des sites de dispensation et des pairs éducateurs n'a pas rencontré de difficulté pendant la période de dispensation (en excluant la rupture observée depuis mi-décembre 2024).

Les intrants ont ainsi été rendus disponibles avec une dotation de 30 kits par mois pour les pairs éducateurs et des kits supplémentaires ont été remis à la demande lorsque cela était nécessaire.

Cependant, des enjeux significatifs ont pu être observés sur l'approvisionnement des intrants au niveau national.

Tout d'abord, il est important de rappeler que les kits disponibles pour le déploiement de l'ADVIH avaient été commandés et livrés en 2023 lors des premières phases d'assistance technique.

Ces kits n'avaient pas pu être distribués (seuls 94 kits avaient été distribués au cours de la célébration du 1^{er} décembre 2023) en raison des retards de mise à disposition des fonds C19RM pour la formation des premiers agents de dispensation qui n'a été effective que fin 2023.

La nécessité de valider le plan opérationnel budgété mis à jour dans la cadre de la subvention GC7 n'a par ailleurs pas permis de dispenser ces kits début 2024.

L'assistance technique pu accompagner SongES dans la mise à jour de ce plan opérationnel en Juin 2024 en intégrant le risque de péremption observée (péremption à mi-décembre 2024) et en quantifiant les besoins pour la période Juin 2024-Juin 2025.

Ce plan proposait ainsi d'élargir l'offre de 2 à 3 régions avec un démarrage rapide dès Juillet 2024 afin d'éviter les risques de péremption (comme mentionné plus haut les objectifs sur la période Juillet 2024-Décembre 2024 étant de 15 735 kits distribués, aucune péremption n'était prévue si les objectifs étaient atteints). **Il recommandait par ailleurs d'enclencher une commande rapide de 34 250 kits afin de couvrir les besoins pour un an (+ buffer de 6 mois) et afin d'éviter toute rupture en décembre 2024.**

La validation du plan opérationnel budgété par l'UGS et le Fonds Mondial n'est malheureusement intervenue que mi-Aout 2024 et les formations n'ont ainsi pu être mises en œuvre qu'à partir de septembre 2024. **Ce retard observé dans le déploiement de la dispensation a ainsi entraîné la péremption d'une partie significative du stock disponible dans le pays** (environ 10 000 kits).

Par ailleurs et en parallèle, **les délais pour confirmer la nouvelle commande n'ont pas permis de recevoir les kits d'ADVIH dans les temps pour éviter la rupture de stock au niveau national. L'offre d'ADVIH est ainsi suspendue depuis mi-décembre 2024.**

Cette dernière commande a été confirmée en 3 séquences (environ 11 500 kits par séquence). La première livraison devrait, selon les informations collectées, arriver en Mars 2025 ce qui permettra de relancer l'offre d'ADVIH.

Nous tenons à attirer l'attention que **cette livraison, à la lumière des performances observées lors de la phase pilote et de surcroît dans une perspective de potentielle mise à l'échelle, ne couvrira que quelques mois de dispensation** (au mieux 7 mois en considérant la moyenne mensuelle de dispensation observée mais très certainement moins (environ 5 mois) tenant compte des améliorations proposées et capacités de dispensation.

Il apparait crucial que le reste de la commande passée mi-2024 soit livrée en une seule fois (23 000 kits) et à court terme (Livraison en Juin/juillet) afin d'éviter à nouveau une rupture d'intrants au niveau national.

Enfin, afin d'éviter toute rupture à moyen terme et dans la perspective de la mise à l'échelle, il apparait important de préparer/passé une nouvelle commande en 2025 qui couvrira les besoins pour 2026. La note de passage à l'échelle qui sera soumise en Mars dans le cadre de l'assistance technique proposera une quantification à cet effet en fonction des scénarios de mise à l'échelle.

5 RESULTATS POUR LA PREP

5.1 Rappel succinct des hypothèses et choix initiaux des stratégies pour le déploiement la PrEP

Il est important de rappeler les principales hypothèses et stratégies définies, celles-ci servant de référence pour analyser et apprécier les résultats obtenus.

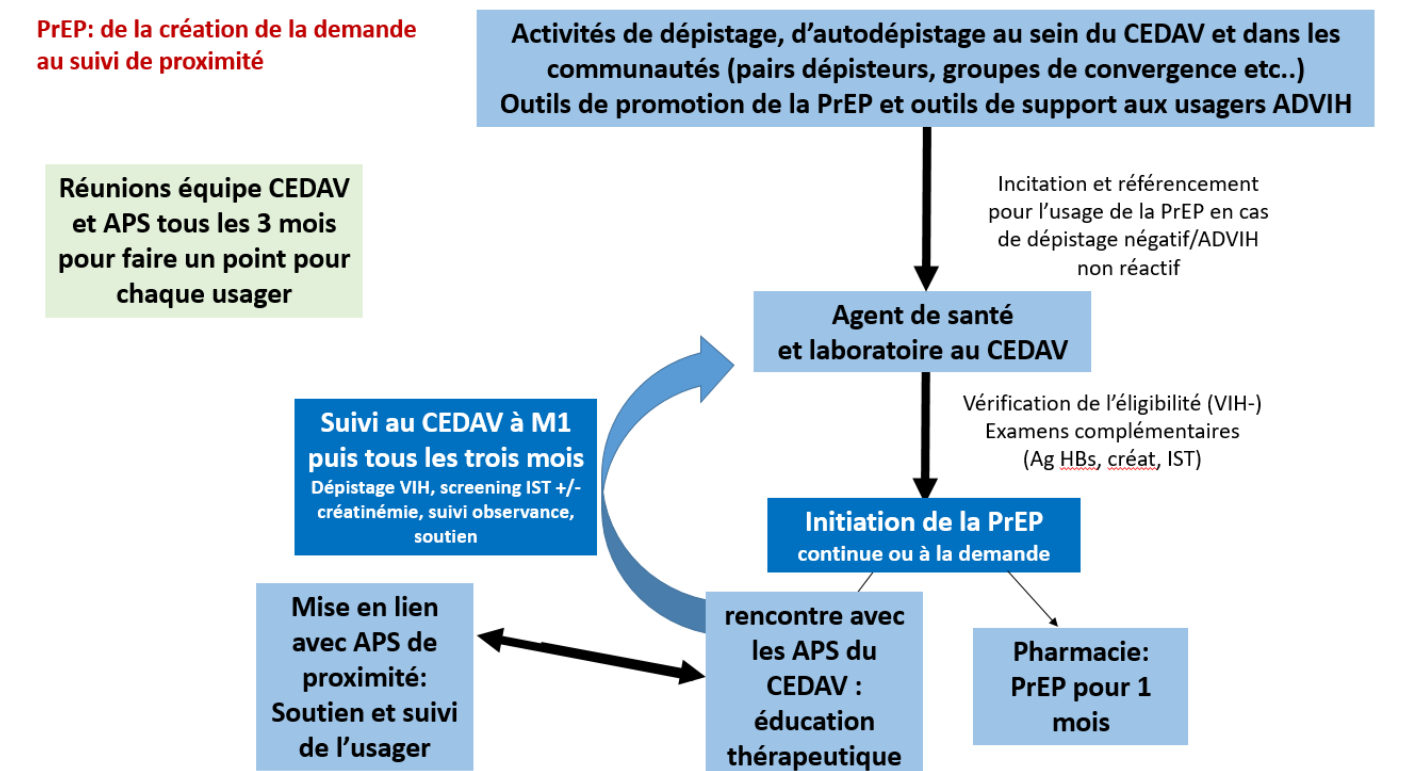
Au Niger, dans le cadre du projet pilote, **l'offre disponible pour les usagers est la PrEP orale (comprimés)**. En cohérence avec les recommandations de l'OMS, les ARVs proposés pour la PrEP sont un comprimé combiné de lamivudine (3TC 300 mg) et de fumarate de ténofovir disoproxil (TDF 300 mg), combinaison déjà utilisé dans certains régimes de traitement ARVs pour les personnes vivant avec le VIH.

Il existe deux options de prise pour la PrEP orale disponibles au Niger. La PrEP peut être ainsi être prise :

- en continu pour toutes les femmes et tous les hommes qui le désirent (1 comprimé tous les jours)
- à la demande (2+1+1) en fonction des périodes d'activité sexuelle pour les hommes uniquement (et s'ils ne prennent pas d'hormones exogènes)

Le parcours des usagers défini dans les normes et procédures permet d'identifier les acteurs qui sont directement impliqués à chaque étape et donne une vision globale de l'offre de service proposée et des collaborations entre intervenants et structures.

Il a ainsi été schématisé comme suit :



Les principales étapes du parcours des usagers sont ainsi :

- L'ensemble des activités et outils de promotion qui pourront supporter l'identification des personnes éligibles et/ou désirant bénéficier de la PrEP afin de pouvoir les référer vers le CEDAV/HNZ et leur offrir la PrEP. Ces activités impliqueront de nombreux acteurs qui mènent notamment des activités de prévention et de dépistage du VIH tant au niveau communautaire que dans les structures de santé.
- La vérification de l'éligibilité des usagers à la PrEP, les conseils à l'initiation et la délivrance des ARVs aux usagers. Cette étape implique l'ensemble des personnes intervenant au CEDAV/HNZ (Médecin, infirmier, laborantin, APS)
- Le suivi et l'accompagnement des usagers dans la durée avec des mécanismes de collaboration entre les différents acteurs afin de s'assurer qu'un suivi et conseil optimal sont proposés. Cela concerne tant le suivi clinique et biologique que le conseil et l'accompagnement psychosocial des usagers. Alors que pour 2023, les APS étaient les personnes mobilisées pour cet accompagnement, il a été décidé lors de l'état des lieux mené début 2024 d'impliquer les pairs éducateurs en lieu et place des APS (qui sont toujours mobilisés au sein du CEDAV) afin d'optimiser l'accompagnement.

Même si l'offre de PrEP est simplifiée, les clients sous PrEP orale doivent toujours se rendre régulièrement au centre de prise en charge.

Le calendrier des visites de suivi est le suivant :

- **Le jour de l'évaluation des critères d'éligibilité et de l'initiation de la PrEP**
- **Un mois après l'instauration de la PrEP orale**
- **Tous les trois mois par la suite permettant d'offrir un suivi clinique, d'apporter les conseils et le soutien nécessaires et pour renouveler les médicaments.**

En dehors des visites de suivi régulières, les usagers doivent également pouvoir consulter leurs prestataires en cas d'événements indésirables, d'effets secondaires ou de signes ou symptômes d'infection récente. La complémentarité des prestataires (Médecin, laborantin, pharmacien, APS, éducateur pair, conseiller, Infirmier...) est essentielle car chacun contribue au succès du suivi des usagers.

La quantification et les objectifs de dispensation ont évolué au cours du temps tenant compte des retards et de l'évolution de couverture ciblée.

Le premier plan opérationnel validé en 2022 fixait comme objectif l'inclusion de 15 nouveaux usagers par mois au sein du CEDAV avec un objectif global de 200 usagers PrEP pour 2023.

Face aux retards de déploiement observés et aux premiers résultats observés (une dizaine d'usagers sous PrEP à fin Avril 2024), les quantifications et objectifs ont été revus à la baisse lors de la phase 3 de l'assistance technique en Mai 2024, prenant en considération par ailleurs l'extension de la dispensation au sein de l'hôpital régional de Zinder.

Il était ainsi prévu de maintenir l'offre au sein du CEDAV en révisant les objectifs à 10 nouvelles inclusions par mois de Juillet 2024 à fin Décembre 2024 puis d'étendre l'offre au Niveau de Zinder avec comme objectif cumulé 20 nouvelles inclusions par mois à partir de janvier 2025.

Au-delà des nouvelles inclusions, ces objectifs ont tenu compte des taux de rétention estimé afin d'avoir deux types d'objectifs sur la période :

- 70 nouvelles inclusions de Juin 2024 à Décembre 2024 pour un total de 81 usagers sous PrEP à fin Décembre 2024
- 190 nouvelles inclusions de juin 2024 à juin 2025 pour un total de 188 usagers sous PrEP à fin Juin 2025

Ces nouveaux objectifs serviront de référence pour la présente évaluation et se présentent comme suit :

	Usagers PrEP	Nouveaux usagers PrEP	Nombre total d'usagers (taux de rétention 80% à 6 mois, 70% à 1 an)
Juin-24	13	10	23
Juil-24		10	33
Août-24		10	43
Sept-24		10	53
Oct-24		10	63
Nov-24		10	73
Déc-24		10	81
Janv-25		20	99
Févr-25		20	117
Mars-25		20	135
Avr-25		20	153
Mai-25		20	171
Juin-25		20	188

Le stock disponible dans le pays en Juin 2024 était suffisant pour couvrir les besoins. Cependant, ce stock périmant fin 2024, une nouvelle commande de 11 000 boîtes (placée en 2023) devait arriver en Octobre 2024 afin d'éviter une rupture de stock et maintenir l'offre de PrEP. Une autre commande (2024) avait par ailleurs été placée et attendue pour livraison courant 2025.

Les autres intrants nécessaires au déploiement de la PrEP avaient été quantifiés en 2022 puis révisés en 2024. Ces intrants devaient être approvisionnés par le niveau national (Dépistage VIH, préservatifs) ou commandés au niveau local (réactifs créatinémie, dépistage VHB, anti IST).

5.2 Champ d'application de la présente évaluation

La présente évaluation a considéré les deux sites de dispensation de la PrEP à Niamey (CEDAV) et à Zinder (HNZ).

Cependant, à ce jour, l'offre de PrEP n'est pas disponible à Zinder en raison d'une rupture de stock du TDF/3TC observée fin 2024 alors que le site était prêt à démarrer en Octobre 2024 (circuit de l'utilisateur défini, 24 prestataires de santé et 24 PE formés).

L'évaluation se concentre ainsi sur le site du CEDAV ou des discussions de groupes avec les prestataires, les pairs éducateurs et des usagers ont été possibles, l'offre de PrEP ayant été initiée courant 2023.

Une discussion avec l'équipe des prestataires (médecin coordinateur, infirmiers, assistants sociaux, APS, laborantins, pharmaciens) à Zinder a été conduite afin d'avoir leur perception sur les activités menées jusque-là. Il en ressort le constat **d'une équipe pluridisciplinaire engagée et motivée, satisfaite du circuit défini et des formations reçues**. Le point focal désigné au sein de l'hôpital faisant partie des populations clés, **la communication autour de la disponibilité prochaine de la PrEP a été initiée avec semble-t-il une demande et une attente forte exprimée par les populations clés notamment dans un contexte d'insuffisance de préservatifs**. La crainte d'un retard de disponibilité des intrants qui durerait est exprimée car elle pourrait entraîner **une démobilisation des prestataires et des populations clés**. Enfin, il est noté un **point de vigilance autour de la motivation/volonté de servir les populations clés** qui concerne certains prestataires au sein de l'hôpital. Cet aspect a été clarifié en les sensibilisant sur l'importance de servir toute personne ayant besoin de soins ou, à défaut, en les informant que leur engagement n'est pas obligatoire (une autre personne pourrait être identifiée).

Au jour de la rédaction de ce rapport, le TDF/3TC est disponible au niveau national et les autres intrants (dépistage VHB, anti IST etc...) sont en cours d'achat. **Ces intrants devraient être livrés à Zinder très prochainement ce qui permettra de démarrer l'offre de PrEP au sein de l'hôpital**. Les outils de création de la demande et de S&E sont d'ores et déjà disponibles sur le site.

5.3 Perception globale de la PrEP par les acteurs incluant les populations clés

Les entretiens conduits avec les acteurs au niveau national, les prestataires du CEDAV et des représentants des populations clés (PS et HSH) ont permis d'avoir un premier regard sur les avantages et les risques/menaces identifiés en lien avec la disponibilité de la PrEP.

De manière unanime, **la PrEP est perçue comme utile et nécessaire au Niger, une offre complémentaire de prévention attendue de longue date dans le pays et en cohérence avec les stratégies nationales de lutte contre le VIH.** Les référentiels (normes et procédures, circuit des usagers, référentiels de formation) sont appréciés car ils permettent de guider précisément le déploiement de l'offre de PrEP.

Les personnes interrogées confirment que la PrEP répond aux besoins des populations clés que ce soit les HSH ou les PS en ajoutant un moyen de prévention à l'offre déjà disponible notamment dans un contexte où la disponibilité du préservatif est insuffisante, parce que les usagers n'utilisent pas toujours les préservatifs (par choix ou de manière contrainte avec les clients des PS par exemple) ou pour protéger les usagers en cas de rupture de préservatif. **Cette méthode de prévention est considérée simple si tant est qu'elle est bien expliquée et utilisée.** L'offre de PrEP définie au Niger est considérée positivement car elle permet d'élargir l'offre de soins en intégrant notamment les consultations et le traitement des IST qui représentent une attente forte des populations clés.

L'implication des pairs éducateurs dans le circuit de l'utilisateur est perçue très positivement et comme cruciale pour s'assurer du succès de l'offre de PrEP, que ce soit pour la création de la demande, le lien avec les prestataires de service ou pour l'accompagnement des usagers. L'adaptation du circuit des usagers décidé début 2024 et impliquant les pairs éducateurs dans le suivi des usagers est ainsi très bien accueillie même si certains acteurs pensent qu'il faudrait encore augmenter l'implication des populations clés dans le dispositif.

De nombreux risques et menaces sont identifiés par les acteurs et les populations clés.

Tout d'abord **l'influence religieuse et sociétale vis-à-vis des populations clés avec une forte stigmatisation de celles-ci est perçue par toutes et tous comme un risque** pour le déploiement de l'offre de PrEP. **Plus particulièrement l'enjeu des relations entre les prestataires de santé et les populations clés pouvant impacter négativement l'accueil est perçu comme un frein majeur pour l'accès des populations clés aux soins dont l'offre de PrEP.**

L'enjeu de la disponibilité des intrants a par ailleurs été mentionné comme un enjeu important pour maintenir l'accès à la PrEP (ARVs) de manière continue et pour assurer l'attractivité et l'effectivité du paquet de service offert dans le cadre de la PrEP tel que défini dans les normes et procédures (dépistage VHB, consultations et traitement des IST, préservatifs...). Un acteur mentionne, dans un contexte d'insuffisance des préservatifs, le risque de voir une baisse du recours au préservatif associée à l'usage de la PrEP et ainsi une recrudescence des ISTs.

L'enjeu de la communication et de la bonne compréhension de la PrEP par les usagers, dans un contexte où des fausses croyances circulent autour de la PrEP particulièrement chez les PS (doutes sur l'efficacité, la PrEP rend stérile, transmet le VIH), est mentionné par de nombreux acteurs comme crucial.

Enfin, une majorité des personnes interrogées mentionnent **la difficulté pour les populations clés de se rendre régulièrement dans les structures de santé en raison des coûts induits** (transport) mais aussi dans un contexte d'accès à la prévention (pas de maladie donc pas prioritaire). **La qualité de l'accueil et de l'offre de service offerte dans les structures de santé est alors perçue comme essentielle afin de motiver les populations clés à utiliser les services de PrEP** (la balance bénéfiques/contraintes doit être positive pour les populations clés).

5.4 Performances observées pour la PrEP au CEDAV de Niamey

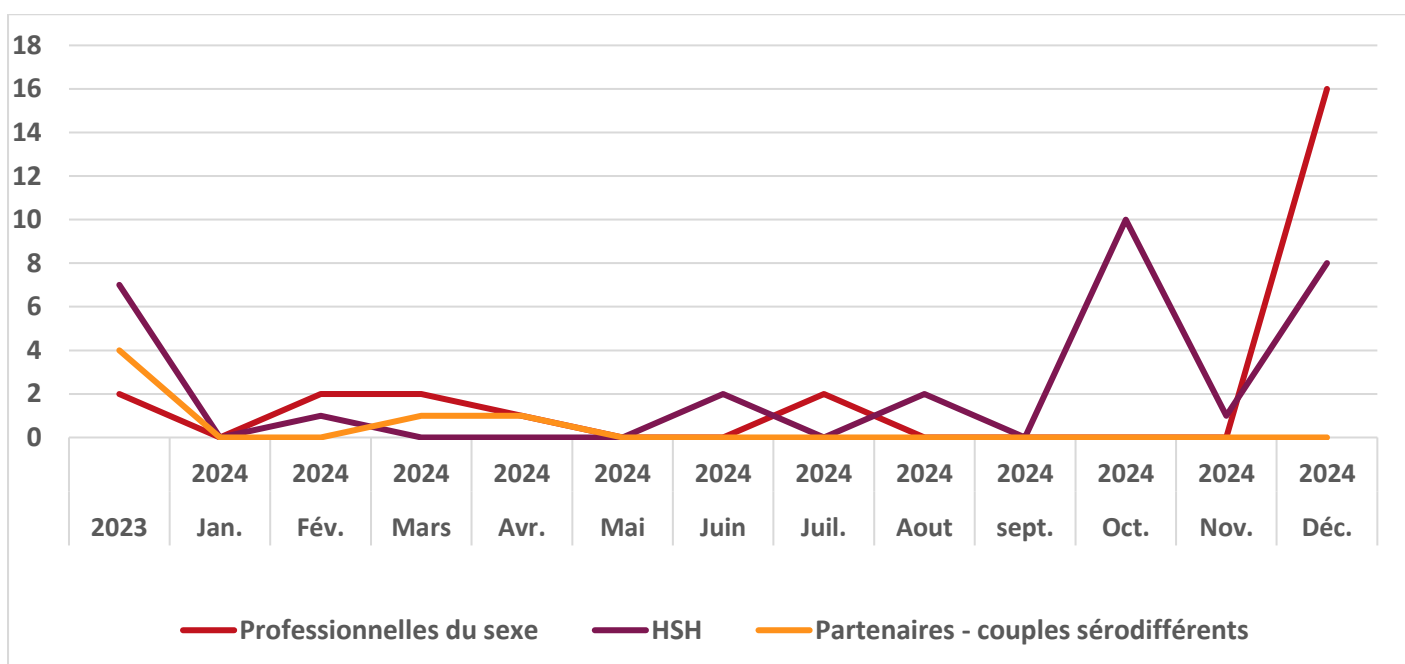
Pour rappel, l'offre de PrEP a été rendue disponible au CEDAV au début du second trimestre 2023 (retard de quelques mois par rapport à ce qui était prévu). A l'époque les ARVs étaient disponibles et les premiers objectifs fixés visaient 200 usagers de PrEP à fin 2023. Malheureusement l'offre de PrEP n'a pas attiré les populations clés tel que cela était attendu notamment en raison d'une création de la demande largement insuffisante. L'Etat des lieux de Mai 2024 a confirmé ce constat et a permis d'apporter quelques changements à la stratégie de déploiement.

Tout d'abord, l'implication des pairs éducateurs a été élargi dans le circuit des usagers en leur assignant, en plus de la création de la demande et le référencement vers le CEDAV, un rôle dans le suivi des usagers. L'idée principale était d'impliquer plus fortement les populations clés et de créer une réelle dynamique de promotion de la PrEP. **A cet effet, en complément de la formation des 17 prestataires au CEDAV et 44 APS formés en 2023, la formation de 42 PE à la PrEP dans la région de Niamey a été réalisée en septembre 2024.**

Ensuite, à la lumière des premiers résultats observés, **il a été recommandé de recruter un médecin supplémentaire au CEDAV dont les couts ont été inscrits dans le budget révisé et un point focal a été identifié au sein de MVS pour coordonner l'offre de PrEP.**

Enfin, **les objectifs ont été revus à la baisse (10 inclusions par mois en 2024 puis 20 inclusions par mois en 2025 (incluant l'offre à Zinder)) avec 70 nouvelles inclusions attendues de Juin 2024 à Décembre 2024 et un total de 81 usagers sous PrEP à fin Décembre 2024.**

Figure 6 : Evolution des inclusions par population cible depuis le démarrage de la PrEP au CEDAV



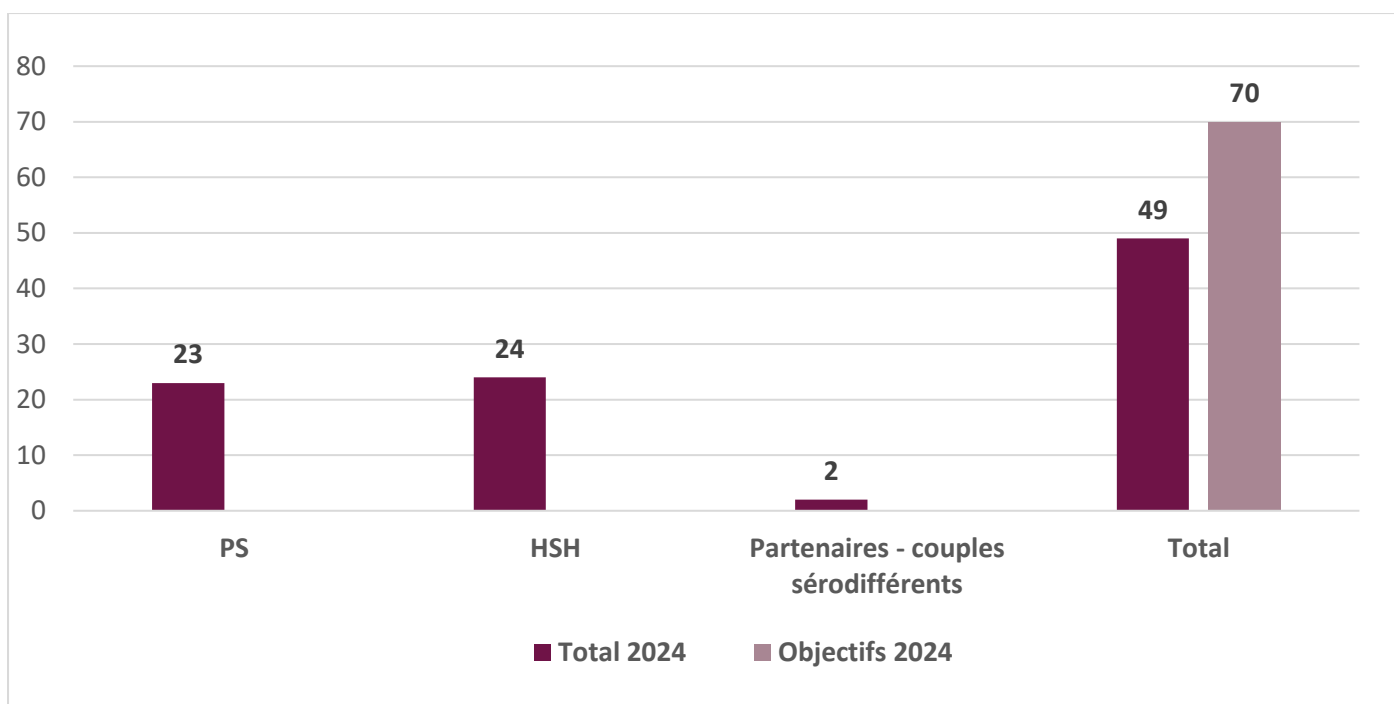
Le rythme des inclusions observé en 2024 présente de fortes disparités.

Alors que la période de janvier à septembre voit le nombre d'inclusions nettement inférieur aux objectifs avec une moyenne inférieure à 2 inclusions par mois (14 au total sur 9 mois), le dernier trimestre présente des résultats très encourageants avec 35 nouvelles inclusions dont 24 sur le seul mois de décembre, dépassant ainsi les objectifs fixés (10 nouvelles inclusions par mois).

Cette dynamique très récente pourrait permettre d'envisager des résultats pour 2025 très positifs (en cumulant ceux-ci avec le lancement de l'offre à Zinder). **Cependant la tension sur stocks observée fin 2024 laisse présager un risque important pour les usagers actuels d'interrompre la PrEP et surtout représente un frein majeur pour maintenir la dynamique positive des nouvelles inclusions.** A la date de rédaction de ce rapport les nouveaux stocks de TDF/3TC sont disponibles au niveau national et devrait permettre de minimiser l'impact négatif sur la dynamique observée si tant est que les ARVs sont mis à disposition très rapidement auprès du CEDAV et de Zinder.

Si l'on considère la dynamique par population cible, on note que ce sont les HSH qui se rendent plus régulièrement au CEDAV (même si en deçà des objectifs fixés) pour obtenir la PrEP avec une accélération notée au dernier trimestre 2024 (19 inclusions). Un nombre important de PS (16) ont initié la PrEP en décembre 2024 représentant 2/3 du total d'inclusions pour les PS depuis 2023 sur un seul mois. Enfin, les inclusions auprès des partenaires de PvVIH sont à la marge avec seulement 4 inclusions en 2023 et 2 inclusions en 2024.

Figure 7 : Nombre cumulé des inclusions en 2024 par population cible vs objectifs

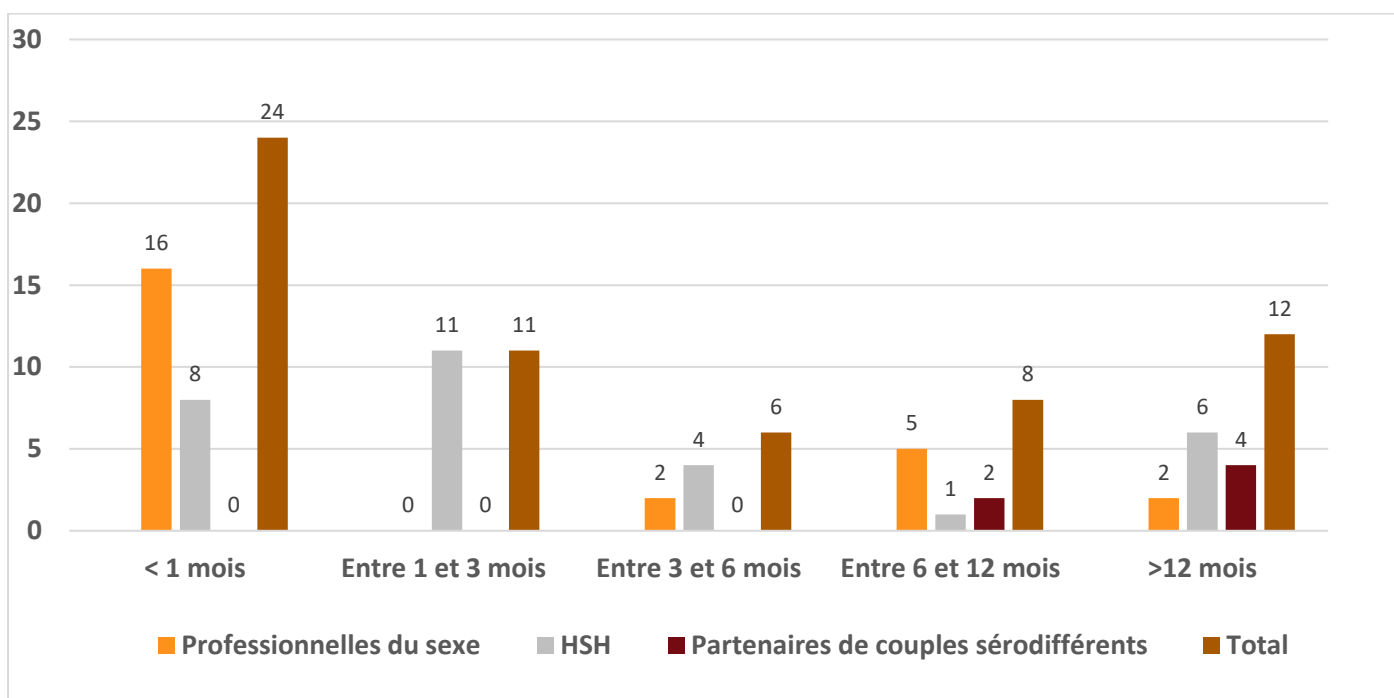


Au global, l'analyse du nombre cumulé de nouvelles inclusions sur l'année 2024 démontre que les objectifs n'ont pas été atteints avec une performance globale de 70% alors même que les objectifs avaient été revus à la baisse en Mai 2024 (49 inclusions vs 70 attendues). Il est important de noter que le dernier trimestre représente 2/3 de la performance annuelle des nouvelles inclusions (35/49) alors que les trois premiers trimestres sont nettement en deçà de ce qui était attendu.

Alors que les acteurs expriment de manière générale une inquiétude particulière sur l'acceptabilité de la PrEP par les PS, les résultats cumulés montre un nombre d'inclusions similaire entre les PS et les HSH à la faveur d'un mois de décembre, exceptionnel pour les PS.

Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, les enjeux en lien avec une création de la demande insuffisante, une offre de service ne répondant pas aux attentes des populations clés, la disponibilité des intrants sont les principales explications de ces performances mitigées voire décevantes.

Figure 8 : Nombre et ancienneté des usagers PrEP par population cible à fin décembre 2024



L'analyse du nombre d'usagers sous PrEP à fin décembre 2024 permet d'apprécier la capacité de rétention des usagers. A contrario des performances observées pour les inclusions, **il est important de noter que les résultats sont excellents alors même que la rétention des usagers sous PrEP est un enjeu connu et observé dans de nombreux contextes.**

Ainsi, sur l'ensemble de la période, **une seule personne a été perdue de vue (en 2023) avec un total de 61 usagers sous PrEP à fin 2024 parmi les 62 inclusions comptabilisées (13 en 2023 et 49 en 2024).**

Ce résultat démontre **une bonne acceptabilité de la PrEP par les usagers même si cela nécessitera d'être confirmé dans le temps sachant que plus de 50% des usagers ont démarré la PrEP depuis moins de 3 mois.**

Il a par ailleurs été noté lors de la consultation des registres, que malgré le fait que les usagers sont toujours sous PrEP, **la régularité et l'observance au suivi n'est pas optimal. Ainsi de nombreux usagers et usagères ne viennent pas en temps et en heure au rendez-vous. Il serait intéressant de creuser cet aspect qui peut avoir un impact sur l'efficacité de la PrEP même si heureusement aucune séroconversion n'a été rapporté sur la période.**

Aucune toxicité rénale n'a été rapportée même si ce constat est à relativiser en lien avec l'indisponibilité des intrants (dosage de la clairance créatinémie) sur la période.

Enfin, le CEDAV, malgré des enjeux de disponibilité des anti IST sur la période, déclare avoir intégré les consultations IST dans l'offre de PrEP tel que recommandé dans les normes et procédures. **L'analyse des registres rapporte 4 cas IST sur l'ensemble de la période ce qui confirmerait que l'usage de la PrEP n'aurait pas d'effet sur une recrudescence des ISTs. Ces résultats restent cependant partiels et sur une petite cohorte. Ils devront être confirmés dans le temps.**

Outils de création de la demande et de support aux usagers

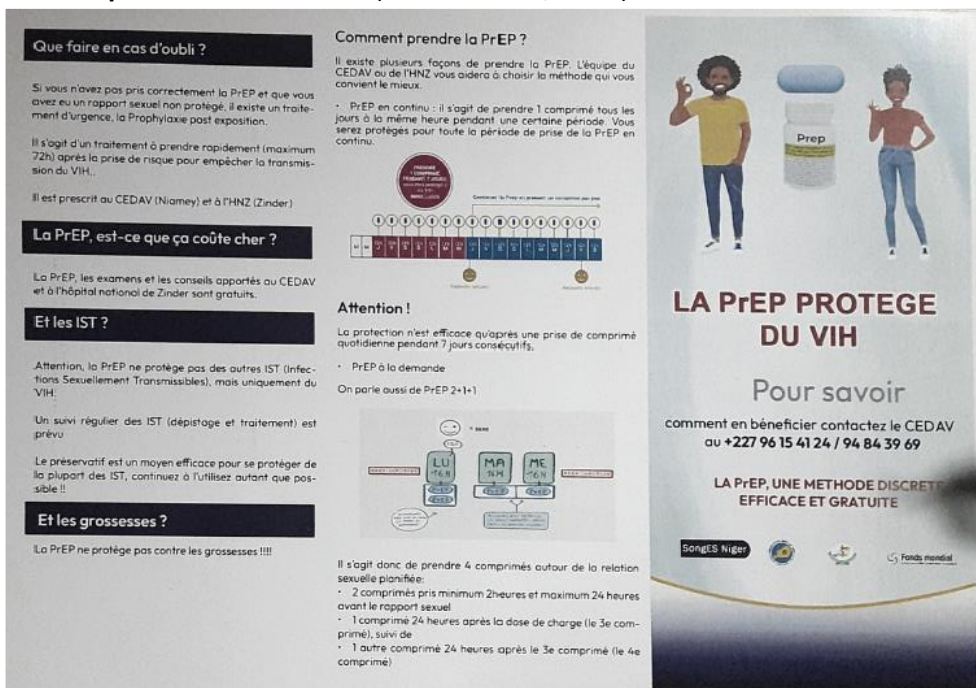
Trois outils développés correspondent à ce qui a été validé par les partenaires nationaux et sont disponibles au moment de l'évaluation. Ils ne présentent pas de problème majeur même s'ils ont été mis à disposition tardivement.

Ces outils sont :

- **Les affiches visibles au sein du CEDAV :**



- **Les brochures de promotion de la PrEP (3 volets recto/verso) distribués lors des activités de promotion**



Qu'est-ce que la PrEP ?

Il s'agit d'une méthode efficace de prévention du VIH destinée aux personnes séronégatives.

C'est un médicament à prendre avant et après un rapport sexuel non protégé, selon des instructions bien précises, pour empêcher la transmission du VIH.

La PrEP est un antirétroviral (ARV) : c'est le même type de médicaments que ceux utilisés pour traiter les personnes vivant avec le VIH.

La PrEP empêche le virus du VIH de se développer et de se fixer dans son entrée dans le corps. Ce qui empêche le virus de survivre et permet à la personne de rester séronégative.

La PrEP, c'est pour qui ?

La PrEP permet de se protéger du VIH et d'avoir le contrôle sur sa santé sexuelle.

Les femmes qui ont un risque élevé d'être infectées par le VIH, peuvent utiliser la PrEP en continu, pour rester séronégatives, les hommes peuvent utiliser la PrEP à la demande ou la PrEP en continu.

La PrEP se prend en dehors des rapports en toute discrétion.

Est-ce que la PrEP est sans risque ?

Ses effets secondaires sont rares et disparaissent généralement ou fur et à mesure de la prise.

La PrEP peut avoir un effet sur les reins, c'est pourquoi le suivi peut impliquer le contrôle de la fonction des reins en fonction de votre âge pour éviter toutes complications.

Il y a-t-il des interactions avec d'autres médicaments ?

Il peut y avoir des interactions entre la prise de la PrEP et la prise de protéines, ainsi que la prise de certains médicaments qui peuvent avoir un impact sur les reins. Lors de suivi, le médecin prendra cela en compte.

L'utilisation de la PrEP est sans danger avec la plupart des contraceptifs hormonaux (anneau, patch, pilule ou implant).

Les différentes raisons de prendre la PrEP :

- Si vous n'utilisez pas de préservatif systématiquement lors de vos relations sexuelles. Par exemple si l'utilisation du préservatif est difficile voire impossible à négocier avec votre ou vos partenaires
- Si vous avez des relations sexuelles payées de l'argent ou si vous recevez des cadeaux pour des relations sexuelles
- Si votre partenaire a d'autres partenaires
- Si votre partenaire est séropositif, ne prend pas de traitement ARV ou prend un traitement depuis moins de 6 mois ou encore si vous n'êtes pas sûr qu'il/elle prend correctement son traitement

La PrEP, est-ce efficace ?

Plusieurs recherches ont permis de prouver la grande efficacité de la PrEP.

L'efficacité dépend du respect des consignes du médecin pour prendre les comprimés de PrEP.

Pour augmenter son efficacité, il est important de bien respecter les consignes (ne pas oublier de prendre les comprimés, ne pas les prendre n'importe quand ou n'importe comment ...).

Comment démarrer la PrEP, quel suivi ?

- 1- Prendre Rendez-vous au centre de santé habilité
- 2- Bilan médical, dépistage du VIH, des IST, de l'hépatite B et bilan de la fonction rénale
- 3- Confirmation que vous pouvez prendre la PrEP et prescription par le médecin pour 3 mois (le même jour que le bilan)
Conseils et accompagnement pour démarrer
- 4- Visite de suivi au CEDAV ou à l'HNZ 3 mois après, dépistage du VIH, IST, prescription pour 3 mois, Conseils et accompagnement
- 5- Visite de suivi au CEDAV ou à l'HNZ tous les trois mois, dépistage du VIH et IST, conseils et accompagnement

- **Le guide de support aux usagers** remis à chaque usager initiant la PrEP, document de 6 pages recto verso présentant les informations clés sur l'usage de la PrEP (qu'est ce que la PrEP, quels effets positifs, mon suivi sous PrEP, comment la prendre, précautions à prendre, les préservatifs et la PrEP).

Dans le plan opérationnel budgété mis à jour en Mai 2024, **il était prévu de développer des animatics contextualisés pour promouvoir la PrEP** notamment pour expliquer la PrEP continue et PrEP 2+1+1 en s'inspirant de produits similaires développés au Mali. **Au moment de l'évaluation, ces vidéos ne sont pas encore disponibles.** Quelques PE mentionnent utiliser les vidéos développées au Mali mais cela ne semble pas systématique.

Dispositif de promotion et activités de création de la demande

Force est de constater au regard des performances observées que **le dispositif de promotion et de création de la demande n'a pas fonctionné comme attendu.** Alors que de nombreux acteurs mentionnent une demande de longue date de la part des populations clés, une acceptabilité annoncée plutôt bonne, le nombre de personnes se rendant au CEDAV pour initier la PrEP reste très limité. **De surcroit les données de dépistage communautaire et de dispensation de l'ADVIH ne sont clairement pas en adéquation avec les usagers effectivement référés vers le CEDAV pour initier la PrEP (même en considérant que toutes les personnes ne sont pas intéressées par la PrEP).**

Les entretiens et discussions de groupe conduits lors de l'évaluation et l'analyse des données disponibles permettent de lister les principaux facteurs ayant limité cette demande :

- **Le nombre de PE effectivement actifs pour déployer des activités de prévention/dépistage communautaire dans la région de Niamey a été faible en comparaison au nombre de PE formés.** Comme nous l'avons vu pour l'ADVIH, entre 10 et 20 PE sur les 42 formés ont été actifs réduisant ainsi le potentiel de promotion et de référencement vers la PrEP.
- **Une absence ou une promotion limitée de la PrEP au CEDAV observée au sein des services de dépistage, des consultations IST ou à travers les activités de prévention lors de distribution des préservatifs par exemple.**
- **Des freins et barrières rapportés empêchant les populations clés de se rendre au CEDAV (coûts de transport ou la peur de la stigmatisation en se rendant dans un centre accueillant les populations clés).**
- **Des réticences particulières rapportées pour les PS concernant la PrEP en lien avec des fausses croyances (doute sur l'efficacité, la PrEP rend stérile, la PrEP transmet le VIH)**

- **Des barrières en lien avec la réputation du CEDAV rapportées par les populations clés notamment un accueil qui ne serait pas satisfaisant et une offre de soins incomplète** par rapport à ce qui est annoncé.

Tous ces facteurs réunis impactent fortement la demande des populations clés. **Il apparaît crucial que des mesures d'amélioration soient prises rapidement afin de mieux promouvoir la PrEP et éviter que la réputation de l'offre de PrEP se dégrade et ainsi démotivent les populations clés d'y avoir recours.**

Le référencement systématique vers la PrEP lorsqu'une personne est dépistée négative (ou qu'un ADVIH est non réactif) doit être assuré, accompagné de conseils de qualité et suivi lorsque la personne confirme son intérêt. Il ne s'agit pas nécessairement de payer le transport (dispositif qui serait coûteux) qui restera un frein d'accès mais d'expliquer à la personne les bénéfices qu'elle peut retirer de la PrEP, la fréquence du suivi (trimestriel) et l'offre complémentaire dont elle doit bénéficier (préservatifs, consultation IST etc...).

La qualité de la communication pour la promotion de la PrEP est ainsi primordiale afin de convaincre les populations clés mais aussi afin de lever toute fausse croyance qui pourrait être diffusée dans la communauté.

Les résultats concernant la rétention des usagers de PrEP tendent à prouver que les usagers lorsqu'il démarre la PrEP y adhèrent et maintiennent cette stratégie de prévention (malgré quelques difficultés dans l'observance au rendez vous de suivi au CEDAV). C'est là encore un élément à mettre en avant.

Des activités dédiées à la promotion de la PrEP doivent être mises en œuvre au-delà de la proposition au personnes dépistées négatives. A cet effet, les séances de prévention et de sensibilisation aussi bien au niveau communautaire qu'au CEDAV doivent être organisées afin que toutes les populations clés touchées par ces activités connaissent la PrEP, ses avantages et sa disponibilité. Cela permettrait de surcroît de promouvoir le dépistage du VIH (critère d'éligibilité pour la PrEP) pour les personnes intéressées par la PrEP.

Les barrières en lien avec la réputation du CEDAV et l'offre proposée doivent être levées le plus rapidement possible et communiquées au sein de la communauté des populations clés (voir partie 5.6 suivante)

Enfin, comme mentionné dans la partie concernant l'ADVIH, **la faible mobilisation des PE dans la région de Niamey doit être creusée et prise en compte afin, au-delà de la promotion de la PrEP, de permettre que les activités de prévention et de dépistage communautaire soient effectives et impactantes sur l'ensemble des territoires couverts.**

5.6 Circuit des usagers et qualité de l'offre PrEP

Le circuit des usagers défini dans les normes et procédures est bien perçu par l'ensemble des personnes interrogées qui le considère comme adapté si tant est qu'il est respecté et bien appliqué. L'intégration des pairs éducateurs dans le dispositif début 2024 est unanimement reconnu comme pertinent et utile afin de renforcer la promotion et la qualité de l'offre proposée aux usagers de PrEP. **De nombreux acteurs considèrent que ce circuit n'a pas été appliqué de manière optimale en raison de problème d'organisation, de coordination et de communication entre les populations clés et le centre CEDAV.**

La qualité perçue de l'accueil au CEDAV pose problème du point de vue des populations clés. Celles-ci témoignent (1) d'un manque d'organisation entraînant des temps d'attente longs ou la nécessité de revenir sur plusieurs jours pour initier la PrEP, (2) d'enjeu autour des horaires de consultations du CEDAV peu compatibles avec leurs modes de vie et activités professionnelles, (3) de stigmatisation ressentie de la part de certains prestataires au CEDAV.

Ce ressenti est à pondérer au regard de certaines usagères de PrEP qui témoignent que cela se passe bien tout en précisant qu'elles connaissent bien les personnes travaillant au CEDAV.

Par ailleurs la qualité de l'offre est perçue comme insuffisante et en inadéquation avec ce qui est communiqué et inscrit dans les normes et procédures. L'offre de PrEP se résume ainsi au dépistage du VIH, à la consultation des IST, à la prescription des ARVs et au suivi concernant les rendez-vous trimestriels. **Le dépistage de l'hépatite B, le dosage de clairance de créatinémie, les dotations en préservatifs ou l'accès gratuit au traitement des ISTs ne sont pas disponibles. De surcroît la rupture de stock du TDF/3TC fin 2024 a obligé le CEDAV à prescrire les traitements pour 1 mois au lieu de 3 comme prévu dans le circuit des usagers (les obligeant à revenir plus fréquemment).**

Ces constats sont en partie confirmés factuellement notamment en ce qui concerne les intrants avec **une rupture des ARVS fin 2024 et des intrants complémentaires (hors préservatifs et dépistage VIH) qui n'ont pas été rendus disponibles à ce jour au CEDAV.**

Par ailleurs, alors qu'il était prévu **le recrutement d'un médecin complémentaire dans le plan opérationnel mis à jour en Mai 2024, celui-ci n'a été recruté qu'en Février 2025.** Ce retard n'a ainsi pas permis d'offrir des plages horaires plus adaptées pour recevoir les populations clés, d'intégrer l'offre de PrEP en complément de l'offre de prise en charge des PvVIH sans créer d'attente.

Enfin, concernant la stigmatisation ressentie, **malgré une formation sur la déconstruction des préjugés proposée aux prestataires du CEDAV sur recommandations de l'assistance technique en 2023, il semble que celle-ci n'ait pas eu d'effet sur le ressenti des populations clés concernant quelques prestataires.**

Concernant le suivi des usagers sous PrEP, il semble que le suivi des rendez-vous soit assuré par le médecin en coordination avec les PE afin de s'assurer de la bonne observance du suivi même si comme mentionné précédemment, cela reste un enjeu pour certains usagers. **Il est enfin important de noter que les temps d'échange trimestriels entre les PE et l'équipe du CEDAV pour le suivi des usagers sous PrEP prévus dans le plan opérationnel ne soient pas effectifs** alors que cela pourrait améliorer la coordination et la collaboration entre les populations clés et les prestataires du CEDAV.

Tous ces éléments représentent des barrières évidentes et fortes pour motiver les populations clés d'accéder à l'offre de PrEP. Trois témoignages illustrent bien cette problématique :

« Le manque de médicaments anti IST décourage les usagers à se rendre au centre, surtout pour le PS »

« J'ai trouvé la PrEP très bien, mais j'ai beaucoup d'inquiétude pour le suivi. Je suis sous PrEP depuis plus de 1 an, on ne m'a jamais fait le bilan rénal ; or un formateur nous a expliqué un jour que le ténofovir n'est pas bon pour les reins. Cela m'inquiète beaucoup »

« La rupture des ARV n'est pas une bonne chose, car ça casse l'élan. Je suis revenu à la case de départ »

Une réunion a d'ores et déjà été organisée en janvier 2025 avec le PNLISH, MVS, SongES, Plan International, RENIPOC et Solthis afin de répondre en partie à ces enjeux. Parmi les premières mesures prises, **le recrutement du second médecin a été finalisé et permet de proposer des consultations pour les populations clés souhaitant initier la PrEP les après-midis.** De plus l'ancien point focal a été remplacé par **une APS désormais en charge des activités d'accueil, de conseil de dépistage d'orientation, de l'organisation des activités de création de la demande et de la coordination de l'offre de PrEP au sein du CEDAV.** Elle sera assistée par le technicien de laboratoire.

En complément, **il semble primordial d'améliorer la coordination, la communication et la collaboration entre les populations clés et l'équipe du CEDAV** afin d'offrir une offre de qualité aux potentiels usagers de PrEP. Il nous semble ainsi important de mettre en place **un mécanisme de coordination et concertation régulier impliquant le RENIPOC, des représentants d'usagers et le CEDAV afin, de manière constructive et continue, de discuter des enjeux et trouver les solutions et améliorations possibles pour la promotion et l'offre de PrEP.**

Il apparaît par ailleurs incontournable de rendre effective rapidement les réunions entre les PE et l'équipe CEDAV pour le suivi des usagers PrEP tel que défini dans le plan opérationnel.

Il semble intéressant de réfléchir à intégrer un point focal HSH et un point focal PS au sein du CEDAV. Ces deux points focaux pourraient représenter un lien de proximité entre les équipes du CEDAV et les populations clés souhaitant initier la PrEP. Ces personnes pourraient être le premier point de contact et d'accueil au sein du CEDAV pour la PrEP et faciliter l'orientation des usagers en collaboration avec les différents prestataires.

Enfin, concernant les barrières d'accès liées au coût de transport, comme nous l'avons évoqué au développement des stratégies d'offre de PrEP en 2022, **il apparaît intéressant de réfléchir à intégrer un possible suivi des usagers au niveau communautaire en s'appuyant sur le réseau des PE. Cela pourrait permettre d'espacer les rendez vous au CEDAV pour les usagers en facilitant le renouvellement des ARVs et en assurant le dépistage VIH par les PE.** Cette option pourrait par exemple intégrer un suivi trimestriel au départ puis semestriel lorsque l'utilisateur est bien « installé » dans l'utilisation de la PrEP (bonne observance, pas d'effets secondaires etc...).

5.7 Les outils de suivi-évaluation et l'analyse des données PrEP

Les registres et fiches (éligibilité et usagers) sont remplis et disponibles. Cependant les rapports mensuels ne sont pas remplis ni transmis à SongES. Ces rapports sont importants car ils permettent à la fois de s'assurer que les registres sont à jour et permette d'avoir une analyse globale et dans la durée de l'offre de PrEP.

Ainsi aucune analyse n'a été menée avant cette évaluation alors qu'elle permettrait de guider l'action, d'adapter si besoin l'offre de PrEP et de rendre compte des résultats obtenus au PNLSH afin d'alimenter la possible mise à l'échelle de l'offre de PrEP dans le pays.

5.8 L'approvisionnement des intrants PrEP

L'approvisionnement des intrants a présenté de nombreux enjeux dans le déploiement de la PrEP.

Concernant les ARVs (TDF/3TC) alors qu'ils ont été disponibles en 2023, ils devaient être renouvelés fin 2024 (par une commande passée en 2023). **La transition entre le stock périmant fin 2024 et le nouveau stock n'a malheureusement pas été assurée** entraînant ainsi l'incapacité de démarrer le déploiement de la PrEP dans la région de Zinder dès Octobre 2024 (afin de préserver les stocks restant pour le CEDAV et afin d'éviter toute rupture après seulement 1 ou deux mois) et entraînant le CEDAV à ne prescrire les ARVs aux usagers de PrEP pour un mois au lieu de 3 mois. La commande 2023 (11 000 boîtes environ, péremption en 2027) est désormais disponible au niveau national et **devra rapidement être mis à disposition du CEDAV et de l'hôpital de Zinder pour le démarrage de l'offre de PrEP. Une commande de TDF/3TC a été placée en 2024 et devrait être livrée dans le pays en Juin 2025. Les risques de rupture ou de péremption pour les prochaines années semble donc écartés.**

Au-delà des ARVs, l'offre de PrEP implique la disponibilité d'autres intrants au niveau national comme les tests de dépistage du VIH (qui ont été disponibles sur la période et fournis par le programme) et les préservatifs (avec des tensions sur les quantités disponibles jugées insuffisantes par les acteurs).

Enfin, Les normes et procédures recommandent par ailleurs la disponibilité d'autres intrants comme les réactifs pour la clairance de créatinémie (pour certains usagers), les tests rapides de dépistage AgHBs, les molécules anti IST afin d'enrichir l'offre de PrEP. **Ces intrants complémentaires achetés au niveau local et n'ont malheureusement jamais été disponibles. Il apparaît donc urgent que ces intrants soient mis à disposition du CEDAV et de l'hôpital de Zinder afin de respecter les normes et procédures validées et offre le paquet de service attendu aux usagers de PrEP. Comme mentionné précédemment la disponibilité d'un traitement anti IST est un facteur de motivation pour les populations clés afin d'accéder à la PrEP.** A date et selon nos informations ces intrants seraient sur le point d'être livrés par les fournisseurs locaux.

6 RECOMMANDATIONS

De manière transversale, il est recommandé **de maintenir et renforcer l'intégration des deux innovations dans les programmes de prévention et de dépistage**. Alors que l'intégration de l'ADVIH et de la PrEP ont bien été inscrites dans les cahiers des charges des PE, il apparaît important de **renforcer le référencement des personnes ayant un ADVIH non réactifs vers l'offre de PrEP**. De surcroît, **l'intégration de l'ADVIH au sein des structures de santé partenaires n'est pas encore effective et doit être mise en œuvre** afin d'être pleinement complémentaire aux stratégies mobiles (via les PE).

6.1 Recommandations pour le déploiement de l'ADVIH

Sur base des résultats présentés ci-dessus les recommandations formulées afin d'améliorer et élargir l'offre d'ADVIH sont :

Création de la demande:

- Développer les outils audiovisuels de création de la demande en langue (vidéo de démonstration et animatics)
- Développer la promotion de l'ADVIH à travers les réseaux sociaux spécifiques aux populations clés (WhatsApp, Facebook etc...) en complément des effets positifs observés du « bouche à oreille ».

Stratégies et qualité de la dispensation

- Maintenir le bon niveau d'intégration de l'offre d'ADVIH dans les activités de routine (prévention et dépistage communautaire) des pairs éducateurs
- Intégrer rapidement l'offre d'ADVIH dans les consultations ARVs, services de dépistage et consultations IST des structures de santé partenaires dans lesquelles les prestataires ont été formés (CEDAV, 6 CSI dans la région de Zinder)
- Comprendre la faible implication des pairs éducateurs dans la région de Niamey et de manière plus générale, envisager d'adapter le montant de leurs indemnités pour mettre en œuvre les activités incluses dans leur cahier des charges
- S'assurer que pour tout nouvel agent de dispensation (mutation, changement d'agent...) tout personne dispensant des ADVIH est formée en adéquation avec les référentiels de formation validés.
- Développer l'offre de dispensation secondaire entre pairs et pour les clients de PS afin d'optimiser le potentiel de l'ADVIH et atteindre les populations cachées.
- Rester vigilant à ce que l'ADVIH ne se substitue pas à l'offre de dépistage classique tout en respectant le choix des usagers
- Maintenir le dispositif de mise à disposition d'un téléphone et de crédit téléphonique auprès des agents de dispensation afin d'assurer un bon accompagnement des usagers dans la réalisation, l'interprétation du test et le référencement des usagers
- En lien avec la problématique de motivation des pairs éducateurs, réfléchir à améliorer le dispositif de référencement des usagers vers la confirmation sans développer de coûts spécifiques ou de dispositif de suivi trop lourd et contraignant.
- Maintenir le suivi non systématique de l'utilisation et du résultat des kits d'ADVIH (retours spontanés) et les règles de confidentialité appliquées par les PE (pas d'obligation de donner son résultat).
- Accentuer la promotion de la PrEP pour les usagers avec un résultat non réactif dans les régions où l'offre de PrEP est disponible (Niamey et Zinder)

Suivi et évaluation :

- Adapter la fiche de synthèse mensuelle de dispensation afin de faciliter son remplissage (cf proposition chapitre 4.6)
- Systématiser la collecte des données des indicateurs de contribution de l'ADVIH au niveau du CEDAV et des CSI, consolider ces données et les analyser
- Clarifier les rôles et responsabilités et renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la collecte, le rapportage, la consolidation et l'analyse des données.
- Communiquer régulièrement les résultats et utiliser l'analyse des données pour adapter et améliorer l'offre d'ADVIH

Approvisionnement :

- Suivre la livraison de la commande en cours (11 500 kits) et rendre disponible les Kits d'ADVIH dans les 3 régions le plus rapidement possible pour une reprise de la dispensation
- S'assurer que la deuxième partie de la commande n'arrive qu'en une seule fois (23 000 kits) et au plus tard en Juin/juillet 2025 afin d'éviter une nouvelle rupture d'intrants
- Préparer et placer la commande 2025 pour les besoins de 2026 en fonction des scénarios de mise à l'échelle le plus tôt possible afin d'éviter toute rupture début 2026.

Perspectives d'extension de l'offre et mise à l'échelle :

- Etendre l'offre d'ADVIH dans les 3 régions pilotes à d'autres structures de santé (CSI Niamey, Maradi...) et à d'autres Pairs éducateurs de ces régions.
- Envisager la mise à l'échelle de l'offre d'ADVIH au-delà des 3 régions pour les HSH et PS dès 2025 en formant plus de prestataires de santé et de pairs éducateurs et en assurant la disponibilité des intrants.
- Envisager d'étendre l'offre d'ADVIH aux UDI dès 2025 ou début 2026.
- Organiser une réflexion pour l'extension potentielle en 2026 de l'offre ADVIH à d'autres populations prioritaires notamment les partenaires des femmes en PTME en fonction des ressources disponibles et de l'impact attendu.
- S'assurer que pour toute extension d'offre d'ADVIH, toute personne dispensant des ADVIH est formée en adéquation avec les référentiels de formation validés et que les ressources nécessaires pour la création de la demande, l'accompagnement des usagers et une offre de qualité soit disponible.

6.2 Recommandations pour le déploiement de la PrEP

Coordination :

Assurer une meilleure coordination des activités du projet avec :

- La responsabilisation et la redevabilité des points focaux identifiés pour chaque activité
- Une meilleure implication des coordinateurs des associations dans le suivi des activités et le suivi de mise en œuvre des recommandations et résolutions validées
- La tenue régulière des réunions du comité de pilotage du projet. Ces réunions peuvent servir d'alerte et éviter des retards récurrents dans la mise en œuvre des activités
- Eviter le piège de l'effet projet qui a beaucoup peser dans l'appropriation du projet et son intégration.

Création de la demande

- Le référencement systématique vers la PrEP lorsqu'une personne est dépistée négative (ou qu'un ADVIH est non réactif) doit être assuré, accompagné de conseils de qualité et d'un suivi lorsque la personne confirme son intérêt.
- La qualité de la communication pour la promotion de la PrEP doit permettre de convaincre les populations clés d'accéder à la PrEP (tout en respectant leur choix) en levant toute fausse croyance et en présentant les

bénéfiques de l'offre complète (PrEP, consultations IST, préservatifs) et en s'appuyant sur les expériences réussies (bonne rétention des usagers de PrEP)

- Des activités dédiées à la promotion de la PrEP doivent être mises en œuvre au-delà de la proposition aux personnes dépistées négatives. Des séances de prévention et de sensibilisation aussi bien au niveau communautaire qu'au CEDAV doivent être organisées afin que toutes les populations clés touchées par ces activités connaissent la PrEP, ses avantages et sa disponibilité.
- Comprendre la faible implication des pairs éducateurs dans la région de Niamey et de manière plus générale, envisager d'adapter le montant de leurs indemnités pour mettre en œuvre les activités incluses dans leur cahier des charges

Stratégies et qualité de la dispensation

- Lancer au plus vite l'offre de PrEP dans la région de Zinder afin de maintenir la dynamique positive observée.
- Maintenir le recrutement du second médecin au CEDAV et s'assurer que l'offre de PrEP est accessible aux populations clés (horaires), adapté et de qualité (accueil, respect du circuit des usagers)
- Améliorer la coordination, la communication et la collaboration entre les populations clés et l'équipe du CEDAV en mettant en place un mécanisme de coordination et concertation régulier impliquant le RENIPOC, des représentants d'usagers et le CEDAV afin de discuter en continu des enjeux et trouver les solutions et améliorations possibles pour la promotion et l'offre de PrEP
- Rendre effective rapidement les réunions trimestrielles entre les PE et l'équipe CEDAV pour le suivi des usagers PrEP tel que défini dans le plan opérationnel.
- Intégrer un point focal HSH et un point focal PS au sein du CEDAV. Afin de créer un lien de proximité entre les équipes du CEDAV et les populations clés souhaitant initier la PrEP.
- Réfléchir à intégrer le suivi des usagers au niveau communautaire en s'appuyant sur le réseau des PE afin d'espacer les rendez-vous au CEDAV/HNZ en facilitant le renouvellement des ARVs et en assurant le dépistage VIH par les PE.

Suivi et évaluation :

- Remplir les rapports mensuels de manière systématique et les rendre disponibles.
- Communiquer régulièrement les résultats et analyser les données afin d'adapter et améliorer l'offre de PrEP

Approvisionnement :

- Mettre à disposition le plus rapidement possible les ARVs reçus récemment au niveau du CEDAV et de l'hôpital de Zinder
- Assurer une disponibilité suffisante des préservatifs et intégrer systématiquement sa distribution aux usagers de PrEP
- Assurer la disponibilité des intrants complémentaires (réactifs créatinémie, dépistage VHB, anti IST) de manière continue au niveau du CEDAV et de l'hôpital de Zinder

Perspectives d'extension de l'offre et mise à l'échelle :

- Consolider et renforcer l'offre de PrEP au CEDAV (accès et qualité) et améliorer les performances observées en adéquation avec les objectifs fixés.
- Lancer et consolider l'offre de PrEP au niveau de l'hôpital de Zinder et évaluer son déploiement fin 2025 pour une potentielle réplique dans d'autres régions
- Étendre l'offre de PrEP pour les HSH et PS dans d'autres régions avec une priorité dans les régions à forte concentration de populations clés.
- S'assurer que pour toute extension d'offre de PrEP, toute personne impliquée dans le circuit des usagers est formée en adéquation avec les référentiels de formation validés et que les ressources nécessaires pour la création de la demande, l'accompagnement des usagers et une offre de qualité soit disponible.

7 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'évaluation à ce stade du déploiement de l'ADVIH et de la PrEP pour les populations clés au Niger a selon nous été très utile. Elle a permis à la fois d'identifier les points forts et les bonnes pratiques mises en œuvre mais aussi d'identifier les améliorations et adaptations possibles et/ou nécessaires pour améliorer l'offre actuelle et envisager un passage à l'échelle adapté.

Tout d'abord, nous pouvons conclure que le déploiement de cette phase pilote a apporté de nombreuses satisfactions confirmant notamment la pertinence et le potentiel de ces deux offres de service et validant les stratégies définies.

Ces premiers mois n'ont cependant pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Ceci s'explique notamment par des retards importants en lien avec les délais de validation des différents processus et la mise à disposition des ressources. Cela s'explique aussi par des défis structurels en matière d'approvisionnement ayant entraîné la suspension de l'offre ADVIH fin 2024 ou empêchant le lancement de l'offre PrEP dans la région de Zinder. Cela s'explique enfin par le besoin d'améliorer les capacités de déploiement et optimiser les stratégies d'offre ADVIH et la qualité globale de l'offre de PrEP (création de la demande, offre de service complète).

Alors que des adaptations salutaires ont été mises en œuvre durant cette période relativement courte, il apparaît que les stratégies de dispensation doivent être plus ambitieuses afin d'exploiter tout le potentiel de l'ADVIH et de la PrEP et atteindre un impact optimal. Cette ambition nécessaire est particulièrement confirmée par la bonne complémentarité observée avec les autres stratégies de dépistage et de prévention.

Il reste à répondre à certains points d'amélioration concernant la création de la demande, le déploiement des stratégies en cohérence avec les normes et procédures définies, les dispositifs de suivi évaluation afin d'analyser les résultats et guider l'action et la disponibilité des intrants de manière continue et anticipée. Sur ce dernier point des actions immédiates doivent être prises que ce soit pour l'ADVIH ou la PrEP.

Pour conclure et au regard de la demande grandissante, de l'acceptabilité observée, de l'absence d'incident majeur et des impacts positifs observés, nous pouvons confirmer qu'un passage à l'échelle est à envisager tout en adaptant le rythme de leur déploiement. Pour l'ADVIH, il semble pertinent d'enclencher une extension de l'offre au niveau national assez rapidement voire d'envisager un élargissement des populations cibles. Pour la PrEP il nous semble plus adapté de consolider l'offre du pilote (améliorer l'offre au CEDAV et lancer l'offre à Zinder) avant d'envisager en 2026 une extension dans d'autres régions qui seront identifiées comme prioritaires.

Cette évaluation permettra nous l'espérons d'alimenter les réflexions pour l'amélioration des offres de PrEP et de l'ADVIH et pour leur mise à l'échelle. A cet effet, en complément du présent rapport une note de réflexion sur les enjeux de mise à l'échelle sera produite et partagée à l'ensemble des acteurs impliqués.