

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA REPOSE AU SIDA EN MAURITANIE 2014



ONUSIDA

Mars 2014



I. Table des matières

I. CONTEXTE GENERAL

- 1. Généralités :**
- 2. Economie et conditions de vie**
- 3. Situation des OMD**
- 4. Droits de l'homme**
- 5. Instruments nationaux en lien avec le VIH/sida**
- 6. Secteur de la santé**
- 7. Degré de participation des parties prenantes**

II. SITUATION ACTUELLE DE L'EPIDEMIE

- 1. Prévalence générale actuelle et son évolution**
- 2. Situation des populations à risque.**
- 3. Sécurité transfusionnelle**
- 4. Séroprévalence chez les tuberculeux.**
- 6. Infections sexuellement transmissibles (IST)**
- 5. Prévalence au niveau du dépistage volontaire.**
- 7. Projection de l'infection VIH/Sida en 2012 en Mauritanie**

III. RIPOSTE NATIONALE DE L'EPIDEMIE DE SIDA

- 1. Réponse sur le plan institutionnel et programmatique**
- 2. Prévention**
- 3. PTME**
- 4. Traitement**
- 5. Soutiens**
- 6. Connaissances et comportements**
- 7. Environnement juridique favorable.**
- 8. Apport des OSC**

IV. MEILLEURES PRATIQUES

V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES COORECTIVES

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

- 1. Fonds Mondial**
- 2. Agences ONU**
- 3. Initiative 5%**
- 4. Mapping des intervenants**

VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI/EVALUATION

LISTE DES ABREVIATIONS

CDMT	:	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CNH	:	Centre National d'Hygiène
CSLP	:	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CNLS	:	Comité National de Lutte Contre le Sida
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
EDSM	:	Enquête Démographique et de Santé de Mauritanie
INRSP	:	Institut National de Recherche en Santé Publique
MICS	:	Enquête Nationale à Indicateurs Multiples Mauritanie
MS	:	Ministère de la Santé
OBC	:	Organisation à Base Communautaire
ONS	:	Office National de la Statistique
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH
SENL	:	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida

I. CONTEXTE GENERAL

1. Généralités

La République Islamique de Mauritanie est située en Afrique de l'Ouest et s'étend sur une superficie de 1 030 000 km². Elle est limitée au nord-ouest par le Sahara Occidental, au nord-est par l'Algérie, au sud-est par le Mali et au sud-ouest par le Sénégal. A l'ouest, le pays est limité par l'Océan Atlantique et ses côtes s'étendent sur près de 700 km.

Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux de l'Assaba, du Tagant et de l'Adrar qui culminent à 400 et 500 mètres. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée "Chemama", large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires tels ceux de la grande région de sable qui s'étend à l'Est du Tagant et de l'Adrar.

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2011, la population estimée de la Mauritanie s'élevait à 3,271,674 habitants. Le taux de croissance est de 2,9% et la densité est de 2,8 habitants/Km² avec des disparités implorantes selon les régions.

Sur le plan administratif, la Mauritanie est subdivisée en 13 wilayas (régions) dont Nouakchott, la capitale. Chaque wilaya constitue une circonscription administrative décentralisée qui est placée sous l'autorité d'un Wali (Gouverneur) qui représente le pouvoir exécutif. La wilaya est subdivisée en Moughataas (districts) placée sous l'autorité administrative du Hakem (Préfet) et en arrondissements sous l'autorité administrative d'un chef d'arrondissement. Le nombre de Moughataas est de 55. La commune est la plus petite unité administrative. Leur nombre est de 28.

2. Economie et conditions de vie

La population mauritanienne vit essentiellement en majorité du commerce, de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. L'élevage et l'agriculture constituent les principales sources de revenu des populations auxquels il faut ajouter le secteur de la pêche, l'exploitation minière et les récentes découvertes pétrolières. Le PIB est passé de 565 .7 U\$\$ en 2004 à 968 U\$\$ en 2011

La structure l'économie est marquée par la coexistence d'un secteur traditionnel de subsistance basé sur l'élevage et l'agriculture pluviale à côté d'un secteur moderne dominé par des industries extractives et une pêche industrielle largement dépendantes des marchés extérieurs. Le secteur tertiaire (environ 45% du PIB) est soutenu par les activités commerciales et informelles. Il est suivi par le secteur secondaire avec 35% du PIB. Le secteur primaire dont vit pourtant la moitié de la population voit sa part régresser inexorablement au fil des ans et ne représente plus qu'environ 20% du PIB. (Source CSLP)

Le bilan de la mise en œuvre du CSLP III pour l'année 2013, permet de constater des évolutions positives, dans un contexte de croissance soutenue et stabilisée, marquée

par un taux de croissance économique qui s'est établi à **6,7%**¹, portée par certains secteurs de l'activité économique hors pétrole. En termes nominaux, le PIB global a atteint, en 2013, 1250 milliards d'UM, soit un accroissement de 6,4%, par rapport à l'année précédente, malgré la baisse des prix de certains minerais (l'or et le cuivre).

En 2008, 42,0% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 129.600 UM. Au regard de la situation de 2004, la pauvreté monétaire a reculé de 4,7 points, passant de 46,7% à 42,0%; soit une baisse d'environ 1,2 point par an. Comme en 2004, la pauvreté demeure toujours un phénomène rural. En effet, le pourcentage des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté en milieu rural est de 59,4% contre 20,8% en milieu urbain. (EPCV 2008)

La Mauritanie, de par son contexte géo-naturel, est confrontée à un déficit pluviométrique récurrent et à une insuffisance chronique en matière de production céréalière. Ces déficits, ajoutés aux récentes invasions acridiennes qui sont naturellement susceptibles de se répéter, sont à l'origine de crises alimentaires périodiques. La Mauritanie reste le pays du Sahel le plus affecté par la sécheresse et la désertification. Les cycles répétés de sécheresse et la dégradation des ressources naturelles affectent structurellement et profondément les capacités productives des populations dans un pays où l'agriculture est majoritairement traditionnelle et peu rentable. La sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations rurales est très liée à des conditions pluviométriques aléatoires et aux fluctuations des prix des produits de base sur les marchés mondiaux. Compte tenu de son niveau de dépendance aux importations alimentaires (75% de ses besoins de consommation) la Mauritanie est extrêmement sensible à ces chocs.

En 2012/13, **le taux brut de scolarisation** vaut 99,3% contre 100,2% en 2011/12. On constate une légère baisse de ce taux au cours des deux dernières années. En 2012/13, le TBS des filles est de 102,5% contre 95,9% pour les garçons, l'indice de parité se situant à 1,07 en 2012-2013.

3. Situation des OMD

Le rapport ROMD 2010 sur les progrès vers l'atteinte des OMD (ROMD) montre une situation contrastée. En effet, si pour certains objectifs, il est possible ou même hautement probable qu'ils soient atteints en 2015, il est d'autres que tout indique qu'ils sont d'ores et déjà hors de portée en l'absence de mesures énergiques et urgentes. Il en est ainsi pour les secteurs de la santé, de l'environnement, de l'emploi et de certaines composantes importantes du genre. Les indicateurs disponibles montrent en effet que les Objectifs peuvent être atteints en matière d'accès universel à l'enseignement fondamental, ce qui constitue une avancée remarquable dans la mesure où le taux net de scolarisation dans le primaire, qui était de 49% seulement en 1990, a atteint 71,6% en 2008. De même, la parité

¹ Cadrage de la revue de février 2014, Autorités mauritaniennes et services du FMI

filles/garçons a été atteinte dans l'enseignement fondamental en 2000/2001, contre un rapport filles/garçons de 0,72 en 1990.

Dans le domaine de l'eau, on peut espérer atteindre une proportion d'accès à un approvisionnement en eau « amélioré » de l'ordre de 74% en 2015, cette proportion ayant évolué de 37% en 1990 à 62% en 2008. Enfin, les indicateurs disponibles en matière de VIH-SIDA, paludisme et tuberculose montrent que ces maladies ne progressent plus et que l'on est en mesure de renverser la tendance à leur expansion et d'atteindre les OMD correspondants. Dans d'autres domaines, des progrès importants ont été réalisés, mais ne permettront pas d'atteindre les OMD correspondants. Il s'agit notamment de la réduction de la pauvreté où, à partir d'une incidence de 57% en 1990, la Mauritanie a atteint un taux de 42% en 2008, ce qui correspond à une baisse de 15 points. Pour un dernier groupe d'objectifs, la situation demeure préoccupante et les évolutions ne sont pas satisfaisantes. Il s'agit principalement des objectifs 4 et 5 relatifs à la santé. Les progrès enregistrés laissent augurer des indicateurs éloignés des cibles retenues dans les OMD en matière de mortalité infantile (122‰ en 2007, pour une cible de 45‰ en 2015) et maternelle (626 pour 100 000 naissances vivantes en 2011, pour une cible de 232). Il en est de même en matière de santé de la reproduction, avec un taux de prévalence de la contraception chez les femmes mariées de 15 à 49 ans de 11,4% en 2011. L'OMD5 « Amélioration de la santé maternelle » demeure donc un sujet de préoccupation qui justifie amplement que des mesures d'accélération soient étudiées et mises en œuvre sans plus tarder. (*Sources Rapport OMD 2010*)

4. Droits de l'homme

La Mauritanie a ratifié un nombre important de conventions internationales notamment en matière de droits humains. Ces conventions constituent une source de droit non négligeable dans la protection et la promotion des droits de l'homme. D'autres mesures visant la promotion et la protection des droits humains ont été prises, notamment : (i) la mise en place d'une commission consultative indépendante des droits de l'homme, (ii) la ratification de la convention des Nations unies contre la corruption et le protocole additionnel à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples créant une cour africaine des droits de l'Homme et des peuples, et (iii) l'adoption et la vulgarisation de la loi portant incrimination et répression des pratiques esclavagistes. Comme résultat du dernier dialogue politique, la constitution a été amendée notamment en stipulant clairement l'interdiction de l'esclavage et des pratiques esclavagistes.

5. Instruments nationaux en lien avec le VIH/sida

La Mauritanie dispose depuis 2001 d'un cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté qui constitue le cadre de détermination des objectifs nationaux et de mise en cohérence des politiques de développement. Le CSLP 2014-2015, est basé sur cinq axes stratégiques, qui se renforcent mutuellement pour atteindre l'objectif central de croissance forte, durable et réductrice de pauvreté : l'accélération de *la croissance économique* qui est la base de toute réduction de la pauvreté, à

l'amélioration de la compétitivité de l'économie et à la réduction de sa dépendance vis à vis des facteurs exogènes ; *l'ancrage de la croissance dans la sphère économique des pauvres* à travers une valorisation du potentiel de croissance et de productivité des pauvres, le développement des ressources humaines et à l'amélioration de l'accès aux services de base, le développement institutionnel et le renforcement des capacités qui s'appuie sur une bonne gouvernance et sur la pleine participation de tous les acteurs de lutte contre la pauvreté et le suivi et la mise en œuvre effective et efficace du CSLP. Le VIH est intégré dans le CSLP.

D'autres instruments nationaux sont mis en œuvre par le gouvernement notamment : (i) le Plan national de développement du secteur éducatif et son plan décennal (ii) la Stratégie Nationale d'Eradication de l'Analphabétisme scolaire, (iii) le Plan National de Développement sanitaire 2012-2020 et le COMPACT, (iv) les Plans stratégiques de lutte contre le Sida, de lutte contre la paludisme, de lutte contre la tuberculose, de lutte contre la lèpre et de lutte contre le VIH/Sida et les MST, (v) la Politique de développement de la nutrition et le Plan intersectoriel de lutte contre la malnutrition 2012- 2015 (PAIN), (vi) la Politique nationale de développement de la jeunesse, (vii) la Stratégie nationale de développement durable et le Plan d'action national pour l'environnement, (viii) la Stratégie nationale d'institutionnalisation du genre, (ix) la Politique nationale de population, (x) la Stratégie nationale de sécurité alimentaire, (xi) la Politique nationale de protection sociale et (xii) les programmes ciblés de lutte contre la pauvreté , (xiii) la stratégie nationale de santé communautaire, (xiv) l'UNDAF et les consultations nationales sur l'agenda post 2015.

6. Secteur de la santé

Le système de soins de santé est de type pyramidal avec trois niveaux : central, régional (wilaya) et périphérique (Moughataa). La lutte contre les maladies transmissibles y compris les IST/VIH/SIDA figure parmi les priorités du Plan Directeur de Santé, de la Politique Nationale de Santé, du cadre stratégique National de lutte contre la pauvreté, du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Le profil sanitaire du pays se caractérise par la prédominance des maladies infectieuses au premier rang desquels se situent le paludisme, la tuberculose, les IST/VIH/SIDA et les parasitoses.

Les principaux indicateurs de la santé de reproduction sont :

- Age moyen au premier accouchement : 20.7%
- Taux brut de natalité : 40 pour mille habitants ;
- Taux brut de mortalité : 13,4 pour mille habitants ;
- Indice synthétique de fécondité : 4,7 enfants par femme (15-49ans) ;
- Taux de consultation prénatale : 74%
- Taux d'accouchement assisté : 62%
- Couverture sanitaire est de 74% dans un rayon de 5km;

- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (/1000) est de 114²;
- Proportion d'enfants d'un an, vaccinés contre la rougeole a atteint 78%;
- Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) est de 626³;
- Taux de contraception est de 11.4%⁴;
- Prévalence VIH/SIDA chez la population générale est estimée à 0.4%,
- Nombre de décès parmi les enfants de moins de 5 ans, dus au paludisme est de 5.1%.
- Espérance de vie à la naissance est de 54 ans

7. Degré de participation des parties prenantes

La politique de lutte contre le Sida en Mauritanie est conçue et mise en œuvre suivant une approche multisectorielle qui favorise la participation et l'inclusion de l'ensemble des parties prenantes et le développement des espaces de dialogue autour des questions du VIH/Sida. Ainsi le CNLS est composée non seulement des principaux départements ministériels et administrations publiques concernées mais aussi des partenaires, des organisations de la société civile et du secteur privé.

Sous le leadership de l'ONUSIDA, le JURTA constitue un mécanisme de concertation et de coordination des agences ONU et des PTF intervenant dans le domaine du VIH/Sida. Les partenaires apportent leur appui dans les domaines du renforcement des capacités, de la connaissance de l'épidémie et la collecte de l'information stratégique, de la prévention, des interventions ciblées en faveur des PTME, des ARV...etc.

Suite aux recommandations de l'analyse institutionnelle, des mesures ont été prises pour renforcer la fonctionnalité, la représentativité et les capacités de coordination du CCM dont la vice-présidence est assurée par la société civile (PVVIH).

Comme l'a souligné le rapport sur la cartographie au VIH/Sida, le secteur de la société civile joue un rôle déterminant et dynamique dans le ciblage, l'appui et la prise en charge des groupes vulnérables au VIH/Sida. Les ONG nationales et internationales mettent en œuvre des interventions spécifiques visant en général la réduction de la vulnérabilité.

La réponse du secteur privé dans la réponse nationale globale est organisée dans le cadre de la Coalition Mauritanienne des Entreprises pour la Lutte contre le Sida (CEMA-VIH) qui a pour vocation de renforcer le rôle de ce secteur dans la lutte contre le Sida. La création de la coalition des entreprises mauritanienne contre le VIH/SIDA, en collaboration avec le patronat mauritanien (CNPM), a permis de prendre en charge la lutte dans les entreprises du secteur privé, essentiellement, le secteur formel, mais avec une large ouverture sur le secteur informel, ce qui a donné une impulsion à la lutte contre le SIDA dans le milieu du travail, avec implication de certaines multinationales implantées en Mauritanie.

² L'enquête MICS; 2011; Août 2012

³ Idem

⁴ Idem

Les PVVIH sont organisés dans un réseau national regroupant toutes les associations des personnes vivant avec le VIH. Ce réseau est représentatif de l'ensemble des PVVIH et bénéficie d'une légitimité sociale et institutionnelle certaine. Les organisations des PVVIH sont membres de tous les dispositifs institutionnelle et leur participation est de plus en plus affirmée et agissante dans l'élaboration, la mise en œuvre et les suivi des programmes.

II. SITUATION ACTUELLE DE L'EPIDEMIE

1. Prévalence générale actuelle et son évolution

Le processus d'élaboration du plan stratégique 2011-2015 de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, a permis de faire un éclairage sur la situation de l'épidémie du VIH en Mauritanie qui se singularise par :

- Son caractère concentré avec des taux estimés (i) inférieurs à 1% dans la population générale et (ii) supérieurs à 5% dans certains groupes à hauts risques, tels que les prisonniers et les travailleuses du sexe (TS).
- Un faible niveau de prise de conscience des risques encourus, des modes de transmission et des moyens de prévention du VIH/SIDA, dans la population générale, et plus particulièrement, chez les groupes à risques et les groupes vulnérables (jeunes, femmes, migrants, ...) ;
- Une fréquence des pratiques sexuelles à risque, en particulier au sein des groupes à hauts risques (prisonniers et TS)
- Un déni de la stigmatisation du VIH dans le pays, malgré l'effort mené, en particulier par les associations de PVVIH.

Selon les dernières données de l'ONUSIDA en 2013, la prévalence au sein de la population générale est de 0.4%.

En 2009, la prévalence fournie par l'enquête des sites sentinelle était de 0.48%. L'analyse de la séroprévalence au niveau des différents sites et de l'échantillon global ne montre aucune différence statiquement significative au cours des dernières années.

Tableau 1 : Evolution de la séroprévalence au niveau des différents sites de 2001 à 2009.

SITES	2001			2003			2005			2007			2009		
	N	Prévu. (%) VIH	I.C95%	N	Prévu. (%) VIH	I.C95%	N	Prévu. (%) VIH	I.C95%	N	Prévu (%) VIH	I.C95%	N	Prévu (%) VIH	I.C 95%
Néma	299	1.00	0-1.6	-	-	-	533	0,75	0-1,55	139	0	-	624	0,16	0,01 – 1,07
Aïoun	-	-		-	-	-	-			331	0	p-	310	0	-
Kiffa	391	0.77	0-1.64	308	0.97	0-2.06	801	0,12	0-0,36	605	0.99	0.20 – 1.78	854	0,47	0,15 – 1.28

Sélibaby	297	0.67	0-1.60	300	1.33	0.03-2.63	-	-	-	425	0.47	0-1.12	-	-	-
Kaédi	283	0.35	0-1.04	-			611	1,15	0,30-2,00	641	0.31	0-0.74	-	-	-
Atar	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	602	0	-
Aleg	-	-	-	307	0.32	0-0.95	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rosso	296	1.01	0-2.15	295	1.02	0-2.17	607	0,33	0-0,79	390	0.51	0-1.22	648	0,46	0,12-1,47
Akjoujt	-	-	-	118	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tidjikja	282	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zouérate	271	0.37	0-1.09	-	-	-	-	-	-	282	0.35	0-1.04	513	0,39	0,07-1,56
Nouadhibou	590	1.01	0.2-1.82	452	0.88	0.02-1.74	694	1,3	0,46-2,14	606	1.48	0.52-2.44	601	1,66	0,85-3,14
Nouakchott	1495	0.33	0.04-0.62	613	0.83	0.11-1.55	1880	0,95	0,51-1,03	1290	0.62	0.19-1.05	1887	0,48	0,235-0,93
TOTAL	4204	0.57	0.34 - 0.80	2394	0.83	0.47-1.19	5126	0,8	0,56 - 1,04	5070	0.61	0.40 - 0.82	6039	0,48	0,33-0,70

Disparités régionales de l'épidémie

Des disparités régionales sont constatées entre les différents sites quel que soit l'année de surveillance retenue. Sans différence statistiquement significative, le site montrant les prévalences les plus importantes quel que soit l'année, est celui de Nouadhibou. Pour apprécier les disparités de prévalence entre les sites et mieux explorer la particularité du site de Nouadhibou, il serait pertinent d'associer des données comportementales aux enquêtes de séro-surveillance sentinelle.

2. Situation des populations à risque.

Les populations à risques considérées à haut risque en Mauritanie sont les Travailleuses de Sexe et leurs Clients, les porteurs d'IST, les prisonniers, les camionneurs, les pêcheurs- marins, les jeunes et les femmes constituent des groupes prioritaires des actions du programme.

Les enquêtes menées chez ces groupes en 2007 montrent une prévalence de 7,6% Professionnelles du sexe (TS), de 9% chez les porteurs d'IST et de 3,9 chez les prisonniers. Ces valeurs sont largement supérieures à celle de la population générale

La vulnérabilité de ces groupes est en outre augmentée par la prévalence déclarée d'IST qui est de 13,0% chez les camionneurs, 15,3% chez les marins et 13,8% chez les pêcheurs. Les camionneurs sont les plus nombreux à ne rien faire pour éviter de contaminer leur partenaire avec 40% suivi des marins avec 22,4% et des pêcheurs avec 15,5%. Enquête INRSP.

Selon les données disponibles, la grande majorité de la population carcérale se compose de deux tranches d'âges, les jeunes de moins de 25 ans et les jeunes de 25 à 35 ans. La prévalence du VIH chez les prisonniers enquêtés est de 3,9% selon l'enquête INRSP. Un taux largement supérieur au taux national. Cette prévalence est deux fois plus importante pour les femmes prisonnières que pour les hommes. La grande majorité des prisonniers connaît les moyens de protection contre la

transmission sexuelle. En effet, 99% disent qu'on peut se protéger du SIDA en utilisant toujours des préservatifs au cours des rapports sexuels, 93,5% en ayant un partenaire sexuel fidèle et non infecté par le VIH. Un peu moins de ma moitié des enquêtés (46%) cite l'abstinence comme moyen de protection contre le VIH.

3. Sécurité transfusionnelle

Dans le cadre de la sécurité transfusionnelle, les prélèvements sont depuis 2004 réalisés après un interrogatoire qui élimine les sujets potentiellement à risque d'infection par le VIH. Pour l'année 2013, 11000 poches de sang ont été distribuées. 19, 69% des donneurs sont des donneurs volontaires. Les poches de sang sont dépistées systématiquement pour le VIH, l'hépatite B, la syphilis et l'hépatite C La prévalence chez les donneurs de sang se présente comme suit :

- VIH : 0.18%
- Ag HBS : 14.90%
- Syphilis : 2.12%
- Hépatite C : 0%

Des actions spécifiques de promotion du don volontaire sont menées par le CNTS en s'appuyant sur l'association des donneurs volontaires, pour développer le recours au don volontaire qui permet une transfusion encore plus sûre que le recours au don de compensation.

4. Séroprévalence chez les tuberculeux.

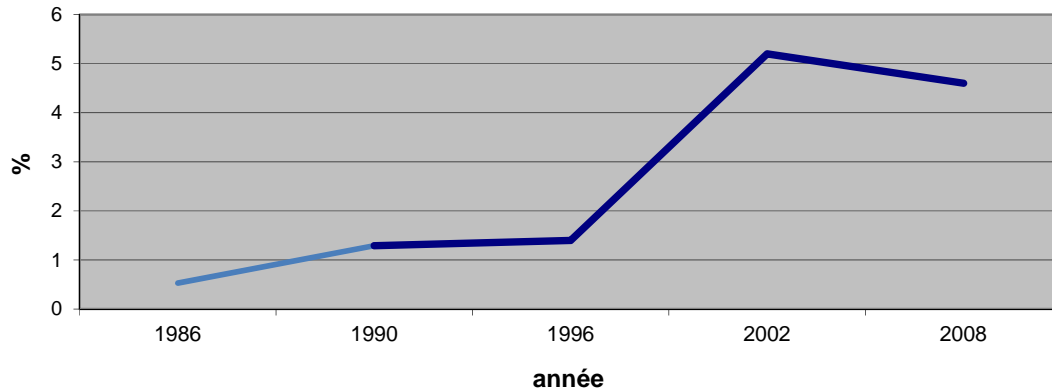
L'infection à VIH constitue un facteur favorisant la résurgence de la tuberculose. La séroprévalence de l'infection à VIH chez les tuberculeux est de 4,6 % en 2008.

Tableau 2 : Différentes enquêtes menées chez les tuberculeux (Rapport INRSP, MS)

Lieu	Source	Année	Taille Echantillon	Séroprévalence %
Nouakchott (Hôpital Sabah)	M'Boup S/CHN	1986	377	0.53 (IC 0-1.26)
PMT OMS Nouakchott	PMT/OMS	1990	463	1.29 (IC 0.26-2.32)
Nouakchott (CHN)	PMT/OMS	1996	210	1.4 (IC 0-2.99)
Nouakchott – Nouadhibou – Kiffa – Néma	CNH	2003	460	5.2 (IC 3.17-7.23)
Nouakchott – Rosso – Nouadhibou	INRSP	2008	366	4,6 (IC2,81- 7,48)

L'évolution de la séroprévalence chez les tuberculeux est très significative. La séroprévalence est passé de 0,53% en 1986 à 4,6 % en 2008

Graphique 1 : Evolution de la séroprévalence de l'infection VIH chez les tuberculeux 1986- 2008 (Rapport INRSP, MS)



Du point de vue de l'accès, il existe 72 centres de dépistage et de traitement couvrant toutes les régions du pays. Ces centres offrent la gratuité du dépistage et des soins.

5. Prévalence au niveau du dépistage volontaire.

En 2013, le nombre de structures primaires offrant le dépistage s'élève à 17 repartis dans les 13 capitales régionales. De plus, trois ONG nationales mènent des campagnes mobiles de dépistage dans les wilayas prioritaires. Au cours de l'année écoulée, 2932 personnes ont été volontairement dépistées. Ce chiffre est largement en deçà de la cible annuelle du PSN et représente 14,7% de l'objectif de dépistage de 20.000 par an. Du point de vue programmatique, le pays a adopté l'approche du dépistage initiée par les prestataires qui devrait améliorer sensiblement le taux de détection.

6. Infections sexuellement transmissibles (IST).

En Mauritanie, l'ampleur et l'impact de l'épidémie des IST dans la population générale restent difficiles à apprécier du fait de la qualité faible du système de surveillance épidémiologique mis en place et de la rareté des études spécifiques.

Les IST est un groupe dont le statut induit une très grande vulnérabilité au VIH. Une enquête réalisée par l'INRSP donne à cet égard des informations assez révélatrices. 9 % des consultants enquêtés sont séropositifs. Cette prévalence est différente selon la région ; elle est de 6,5% à Nouakchott et de 28% à Nouadhibou. Elle est également plus élevée dans les tranches d'âge 25-34 ans et 35-44 ans qui correspondent aux âges les plus actifs dans la société et les plus actifs sexuellement. Il faut noter que les mariés monogames sont les plus atteints suivis des célibataires. La prévalence du VI dans la tranche d'âge 35-44 ans est de 13,5%). La prévalence est

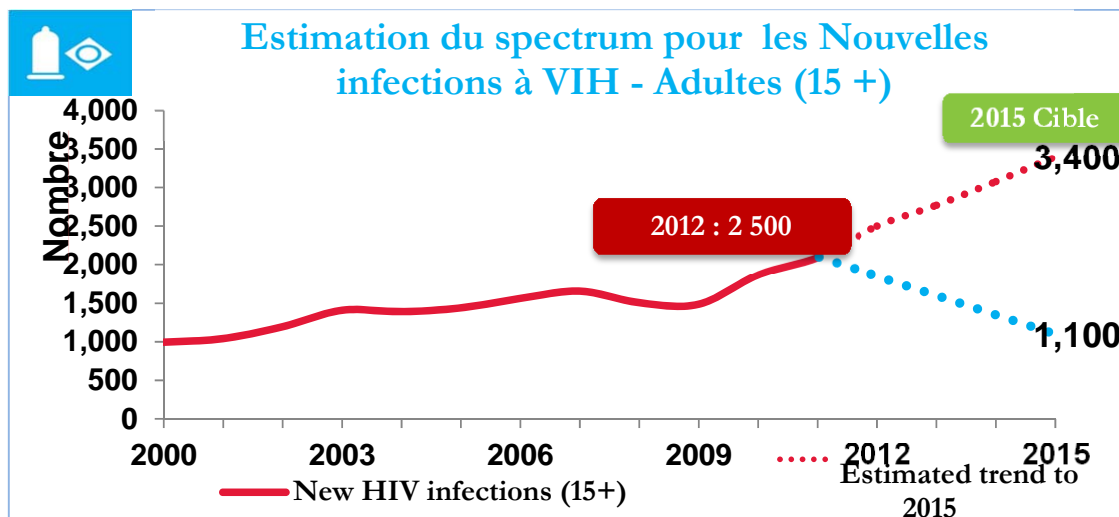
associée aux patients n'ayant aucun niveau scolaire (17,2%), aux célibataires (10,2%) et aux mariés monogames (12,2%). « L'absence de scolarité et le bas niveau scolaire semblent être un facteur de risque important puisque 16 des 19 séropositifs appartiennent à cette rubrique. Tous les enquêtés positifs au VIH sont de nationalité Mauritanienne sauf un qui n'a pas voulu préciser la sienne ». La majorité des patients sont originaires de Nouakchott (93,5%). Cependant la prévalence du VIH est proportionnellement plus élevée à Nouadhibou (28%). « La majorité des enquêtés (87,6%) ne doute pas de l'existence du SIDA, cependant ils sont près de deux tiers à ne pas distinguer la notion de séropositivité et 13,6% méconnaissent la protection contre le VIH ainsi que les moyens de protection ».

Dans le but d'améliorer la prise en charge des IST une stratégie IST a été élaborée fin 2007, un plan d'action triennal basé sur la généralisation de la prise en charge syndromique des IST est en phase d'élaboration afin d'être mis en œuvre dans la cadre de la stratégie globale de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

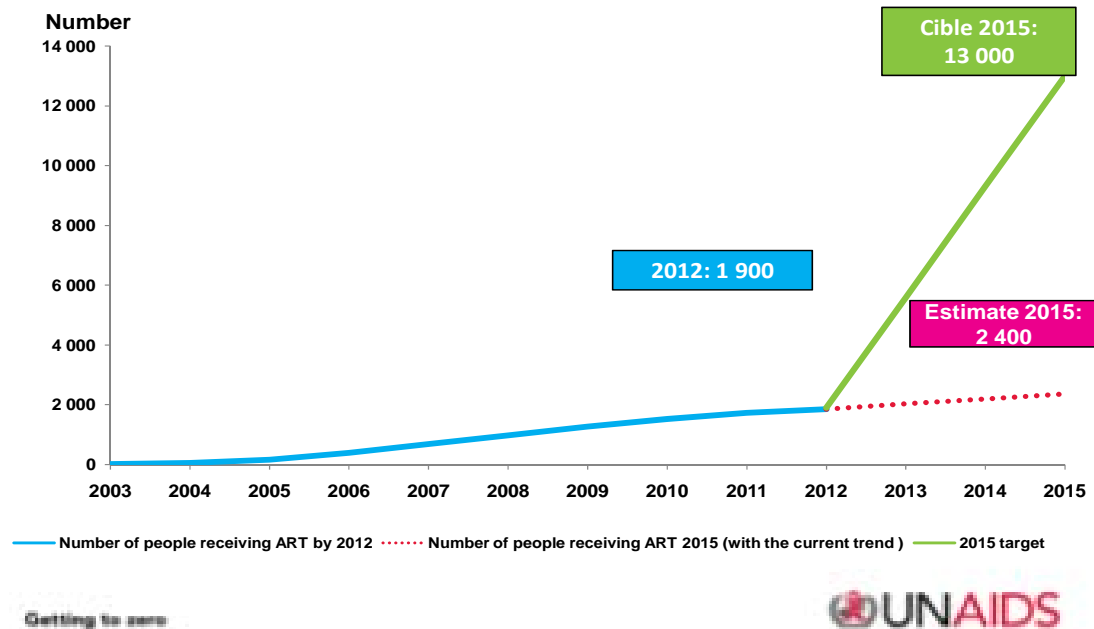
Le dépistage de la syphilis réalisée chez les femmes enceintes dans trois régions (Nouakchott, H Echargui et Grogol) a montré une prévalence de 3,8% en 2013. Cette donnée implique la nécessité de renforcer les efforts de dépistage actuellement entrepris et leur intégration dans le paquet PTME.

7. Projection de l'infection VIH/Sida en 2012 en Mauritanie.

La projection est basée sur certaines hypothèses dont la qualité influence la valeur prédictive de cette projection. Les données disponibles au niveau national concordent globalement avec ces projections.



Estimation du Spectrum pour les Personnes recevant un TAR



V. RIPOSTE NATIONALE DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

1. Réponse sur le plan institutionnel et programmatique

Le dispositif de coordination et de pilotage de la réponse nationale est défini par le décret 027 -2003 portant création du Comité National de Lutte contre le Sida et des Comités Régionaux et l'arrêté 00631 portant création attributions et fonctionnement du Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida et des Secrétaires Exécutifs Régionaux de lutte contre le Sida. Au niveau sectoriel, il existe des comités sectoriels de lutte contre le SIDA ou CSLS. En raison de leur spécificité et de leur mandat, un groupe de onze ministères étaient chargés de la coordination et de la mise en œuvre de programmes spécifiques en faveur de la réduction des facteurs de risque et de vulnérabilité des populations selon leurs missions.

Le plan Stratégique National de Lutte contre les IST /VIH/Sida 2011- 2015 est le cadre référence de la politique en matière de VIH/Sida. Il intègre bien la problématique des populations clés. L'une de ses valeurs est de développer la non-discrimination et la non stigmatisation des groupes vulnérables. Le PSN est articulé autour de 5 grands axes stratégiques :

Réduction de la transmission des IST et du VIH: (Contrôle des IST dont les groupes prioritaires: les jeunes, les Hommes en tenue, les émigrés et immigrés (population mobiles), la population carcérale et les enfants en difficulté avec la loi, les PS et HSH et les marins, pêcheurs, camionneurs, prisonniers ; Promotion des comportements sexuels à faible risque de transmission du VIH/SIDA ; Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant)

Réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA : (Promotion des droits humains et égalité entre les sexes ; Promotion du préservatif dans la prévention du VIH et Insertion du volet « lutte contre le VIH/SIDA » dans tous les programmes et projets de lutte contre la pauvreté.

Accès des PVVIH à une prise en charge globale : (Généralisation de l'accès aux traitements, aux soins et à la prise en charge communautaire des PVVIH, Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH

Suivi et évaluation, Recherche et gestion de l'information stratégique

Gestion stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA

Le PSN est opérationnalisé à travers des plans d'action annuels, des plans sectoriels et des programmes spécifiques. Parmi ces documents programmatiques, il faut citer notamment : le PNSR, la stratégie de prise en charge des PVVIH, le plan national de la PTME et la stratégie nationale de prise en charge des OEV. Les principaux départements clés dans la réponse nationale (santé, éducation, Jeunesse, Femmes et enfants, Justice, Défense...etc.) disposent d'outils de planification qui ne sont pas mis en œuvre. Il faut cependant souligner les progrès réalisés dans cette domaine notamment l'intégration du VIH/Sida dans le PNDS, la stratégie d'institutionnalisation du genre ainsi que le plan de développement du secteur éducatif.

2. Prévention

Des stratégies de prévention ciblées sur les groupes à risque et sur la population générale sont mises en œuvre notamment à travers (i) la CCC et les séances d'animation communautaire, (ii) la distribution des préservatifs, (iii) les campagnes médiatiques ciblant le grand public, (iv) la prévention et la sensibilisation à l'occasion des événements spéciaux, (v) l'utilisation des NTICS, sites web comme outil de communication. Dans le domaine de la prévention plusieurs acteurs ont conduit des actions importantes au cours de 2013. Ainsi les associations et clubs des jeunes, les organisations féminines et les ONG ont mené des programmes soutenus de prévention et de renforcement des capacités. Les départements ministériels de l'éducation, la santé, la défense, la jeunesse, la communication, la justice et la famille ont réalisées des actions de prévention.

23111 personnes ont été touchées par les campagnes de sensibilisation en 2013.

Les activités de communication se sont concentré sur des groupes à risques ou vulnérables c'est ainsi que les jeunes filles et garçons et les femmes ont été les cibles prioritaires du programme ainsi que des groupes concentrés ou la prévalence est élevée.

Les informations actuellement disponibles ne sont pas exhaustives en ce qui concerne le nombre de préservatifs effectivement distribués. Cependant, si on prend l'année 2012 comme référence, 1 195 200 préservatifs masculins et 12000 féminins ont été distribués.

Expérience mauritanienne dans la distribution des préservatifs (Distribution Silencieuse)

La république islamique de Mauritanie est un pays où les réalités socioculturelles et religieuses constituent encore un grand handicap sur beaucoup de prise de décisions stratégiques notamment en matière de SR et plus particulièrement de distribution de préservatifs. S'ajoute à cela le cadre institutionnel qui ne prend pas en compte de manière légale la distribution de condoms. Ainsi très tôt l'UNFPA, principal pourvoyeur du pays en préservatifs, a adopté une approche qui consiste à distribuer le préservatif de manière silencieuse. Dans un premier temps l'UNFPA avait élaboré un plan de distribution et contracté avec cinq ONG nationales pour la mise en œuvre du plan.

Ceci a permis d'une part d'avoir une idée sur le degré d'acceptabilité du préservatif au sein des populations et de créer la demande et d'autre part d'estimer les quantités moyennes distribuées. Très vite la demande s'est révélée très importante malgré les considérations socioculturelles. Les ONG distributrices sont passées de cinq en 2005 à 17 en 2006 puis à 78 actuellement. Pour mieux assurer cette distribution et l'orienter vers les couches les plus vulnérables, les ONG actives dans ce domaine font la demande directement auprès de l'UNFPA qui émet un bon de livraison avec un modèle de rapport de distribution permettant juste de savoir les destinations de cette commande (zone de distribution et population bénéficiaire).

Ainsi donc toutes les couches vulnérables sont touchées par la distribution y compris les travailleurs de sexe et MSM (ces deux dernières couches sont marginalisées car non acceptées).

Les sites de promotion et de distribution sont : maisons des jeunes, Centre d'Information des Jeunes, Associations des jeunes des quartiers, Associations villageoises, usines (SNIM), associations professionnelles (Pêcheurs, mareyeurs, étrangers, etc.), coopératives féminines, casernes, etc. Les acteurs de la distribution sont: pairs éducateurs, relais communautaires, relais distributeurs, animateurs des CIJ, pairs aidants qui sont des hommes en tenue formés pour servir de relais distributeur au sein des forces armées et sécurité, communicateurs traditionnels, chanteurs, leaders d'opinion, réseaux des femmes, association des ressortissants étrangers, leaders jeunes.

Le principe de cette distribution dite silencieuse repose sur le fait que ce sont les ONG elles-mêmes qui identifient au sein de leurs zones d'intervention, des personnes ayant un certain leadership et qui acceptent de servir de point de distribution des préservatifs. Ainsi, chacune de ces personnes est dotée d'une quantité de préservatifs féminins et masculins et est connue des utilisateurs potentiels. Une des leçons apprises dans le cadre de cette expérience est la disponibilité des acteurs à faire la promotion du préservatif malgré l'absence d'un cadre réglementaire protecteur, la gratuité et la disponibilité du préservatif de la part de l'UNFPA. En effet, il n'est pas toujours facile, dans un contexte où le poids de la religion et des considérations socioculturelles pèsent encore. .

Ceci dit, l'UNFPA est en train de faire un plaidoyer fort auprès des partenaires (Ministère de la Santé et Programme National de la Santé de la Reproduction) pour mettre en place des lois qui protègent les acteurs ainsi que l'inscription d'une ligne budgétaire pour l'achat de préservatifs dans le budget du ministère de la santé ; Ceci

dans le but de pérenniser l'action dans le futur.

Aussi des actions sont menées avec les leaders d'opinion, (Oulémas, parlementaires, médecins) à travers des conférences, réunions d'information et de sensibilisation, pour plus d'ouverture par rapport au préservatif.

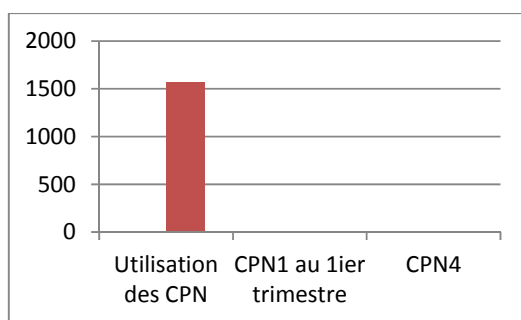
3. PTME

Données de base

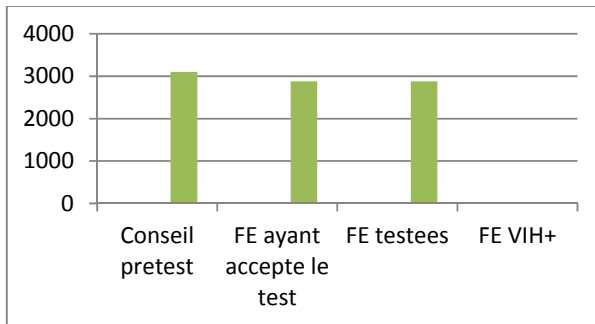
Grossesses attendues 19640

Centres de santé	Date de démarrage	CPN depuis le démarrage			Dépistage				PEC et suivi			
		Nlles	CPN 3	Tota les	C/Pre test	Acce pt test	Eff test	VI H+	AR V	Acc	CPoN	F/VIH+ suivies
El Mina centre	04/08/2013	246	127	740	601	566	566	5	4	1	0	4
Kissal centre	23/07/2013	323	110	557	522	461	461	4	3	2	2	4
OIIS centre	04/08/2013	286	100	625	562	534	534	3	3	1	1	3
Ibn Sina centre	23/07/2013	415	227	1052	698	658	658	2	1	1	1	1
Teyarett centre	01/12/2013	87	72	297	297	241	241	0	0	0	0	0
Sebkha centre	01/12/2013	208	84	426	421	418	418	1	1	0	0	1
Total		1565	720	3697	3101	2878	2878	15	12	5	4	13

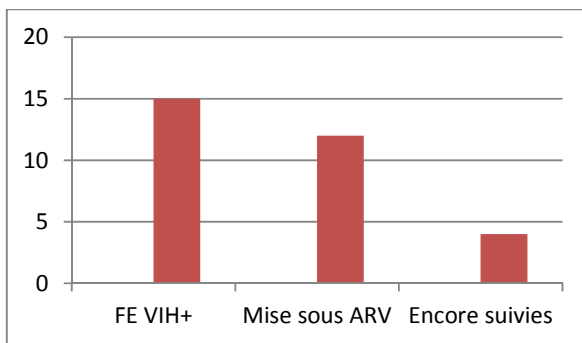
CPN	TotCPN	%
Utilisation des CPN	1565	8,0%
CPN1 au 1er trimestre		0,0%
CPN4	#DIV/0!	



Dépistage	Nbre	%
Conseil prétest	3101	83,9%
FE ayant accepté le test	2878	92,8%
FE testées	2878	100,0%
FE VIH+	15	0,5%



Prise en charge et suivi	Nbre	%
FE VIH+	15	0,5%
Mise sous ARV	12	80,0%
Encore suivies	4	26,7%



Dans le domaine de l'eTME, les actions suivantes ont été entreprises en 2013 : (i) l'adoption d'un plan d'élimination de la TME, (ii) l'opérationnalisation du plan à travers la mise en place de 6 sites dans quatre Moughataas de Nouakchott, (iii) la formation de 54 sages-femmes, 12 techniciens de laboratoires et 14 gestionnaires des dépôts des médicaments. Outre, le matériel de collecte et les consommables, les tests de dépistages et les ARV ont été fournies aux structures concernées avec l'appui de l'UNICEF et de Medicos Del Mondo. En 2013, 33 femmes enceintes séropositives ont reçu des ARV. Il faut souligner que la PTME est l'une des priorités retenues par le CNLS pour les prochaines années et parmi les perspectives figurent l'ouverture de 10 nouveaux sites PTME en 2014.

4. Traitement

Au 31 décembre, 4718 personnes inscrites au CTA dont 435 nouveaux cas. Donc 435 ont été notifiés au CTA de Nouakchott. Outre, le CTA, trois autres unités de prise en charge existent dans trois régions du pays. Ces structures offrent le continuum des services du dépistage au suivi clinique et biologique, la prise en charge et le soutien nutritionnel. En fin décembre, 2044 personnes sont sous traitement ARV dont 929 femmes soit 45,5%. En 2013, 375 personnes ont été mises sous ARV, parmi elles 196 femmes soit un pourcentage de 52,3%. Le taux de couverture en ARV est 45,4%.

En vue d'élargir l'offre des services de traitement et de soins, il est prévu de faire l'extension au niveau de quatre régions du pays.

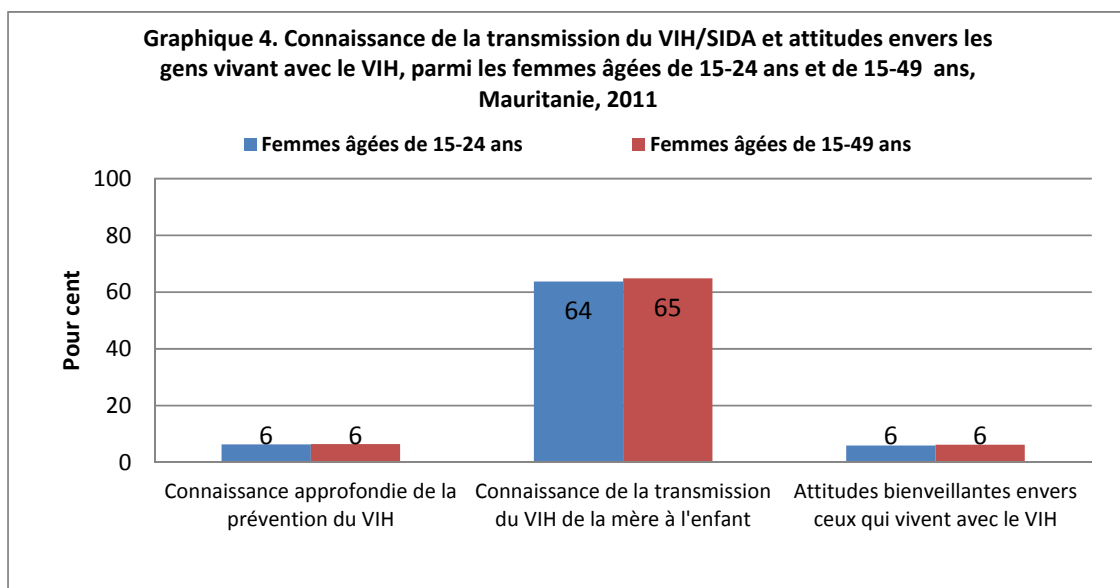
5. Soutien

Des activités de soins et de soutiens sont réalisées au niveau du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) au profit des PVVIH. Les prestations fournies dans ce sens au profit des Personnes Vivant avec le VIH dans le cadre de la stratégie Nationale de prise en charge des PVVIH recouvrent les appuis nutritionnels, 870 groupes de paroles, les visites à domiciles et 1118 repas communautaires. En plus de ces prestations, les OEV ont bénéficié des kits alimentaires et des kits d'hygiène à Nouadhibou et Rosso. Il à noter que les associations des PVVIH sont fortement impliqués dans la distribution des kits en particulier dans les régions de l'intérieur.

6. Connaissances et comportements

La connaissance du mode de transmission du VIH et des stratégies de prévention constitue une condition décisive de la réduction du taux d'infection à VIH. L'information correcte constitue le premier jalon de la sensibilisation des jeunes et de la mise à leur disposition des outils de protection contre l'infection. Les idées fausses sur le VIH sont très répandues et peuvent créer la confusion chez les jeunes et contrecarrer les efforts de prévention. Elles varient en fonction des régions, même si certaines idées sont communes à toutes les zones (par exemple, le partage des repas ou les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH).

Les résultats de la dernière enquête MICS 2011, révèlent qu'environ neuf femmes âgées de 15-49 sur dix en Mauritanie ont entendu parler du SIDA. Seulement 6 pourcent des jeunes femmes âgées de 15-24 ans ont une connaissance approfondie de la prévention du VIH et 65 pourcent identifient correctement tous les trois modes de transmission de la mère à l'enfant. Calculés pour toutes les femmes âgées de 15-49 ans, ces indicateurs sont de même niveau.



Selon MICS 2011, 89.9 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, ont entendu parler du VIH/Sida. 62. 7% savent qu'on peut prévenir la transmission en n'ayant qu'un seul partenaire non infecté alors seulement 32.9% d'entre elles savent qu'on peut se protéger de la transmission du VIH en utilisant le préservatifs.

43.2% des femmes savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida

		Pourcentage de celles qui savent qu'on peut prévenir la transmission en:			Pourcentage de celles qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du SIDA	Pourcentage de celles ayant une connaissance approfondie [1]	Nombre de femmes
		Pourcentage de celles qui ont entendu parler du SIDA	Ayant qu'un partenaire sexuel fidèle non infecté	Utilisant un préservatif à chaque fois			
Wilaya	Hodh charghy	81,6	59,1	21,9	27,0	1,6	1315
	Hodh Gharby	87,6	69,4	46,7	39,0	3,6	871
	Assaba	89,4	66,4	23,8	41,1	2,9	1308
	Gorgol	69,2	31,4	20,4	21,6	2,3	986
	Brakna	91,5	59,0	26,1	56,9	3,4	1141
	Trarza	93,7	71,4	30,4	42,7	3,7	1250
	Adrar	94,6	60,3	28,4	55,3	4,7	318
	Dakhlett	98,6	76,4	56,4	56,6	16,2	418
	Nouadibou						
	Tagant	71,5	55,4	11,8	27,9	1,0	347
	Guidimagha	88,1	51,3	26,1	25,7	13,1	776
	Tirs-ezamour	89,8	70,6	58,0	59,0	12,7	230
	Nouakchott	94,3	68,8	42,3	53,6	10,6	3798
Total		88,9	62,7	32,9	43,2	6,4	12757

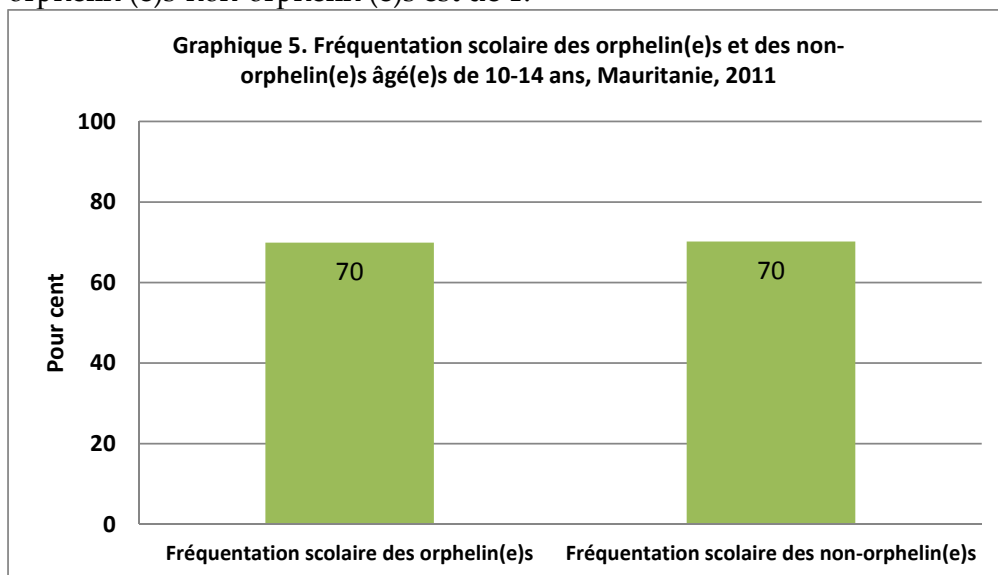
64.9% des femmes savent que le Sida peut être transmis de la mère à l'enfant. 78. 6% sont disposées à prendre soin d'un membre de la famille porteur du virus du Sida dans leur propre ménage. Seulement 29.6% des femmes connaissent un endroit où se faire tester, 16% ont déjà été testées et 4.6% ont été testées et ont reçu le résultat du test.

		Pourcentage de femmes qui:				Nombre de femmes
		connaissent un endroit ou se faire tester [1]	ont déjà été testées	ont été testées au cours des 12 derniers mois	ont été testées et ont reçu le résultat [2]	
Wilaya	Hodh charghy	14,7	8,2	2,6	1,8	1315
	Hodh Gharby	11,2	3,9	,8	,8	871
	Assaba	21,3	9,6	3,7	2,8	1308
	Gorgol	18,0	14,8	7,1	4,7	986

	Brakna	25,7	15,0	6,7	4,5	1141
	Trarza	38,2	21,3	6,4	5,6	1250
	Adrar	23,5	6,9	2,6	2,1	318
	Dakhlett Nouadibou	50,4	29,9	9,8	8,3	418
	Tagant	19,9	5,2	1,7	1,4	347
	Guidimagha	20,7	7,4	2,6	2,3	776
	Tirs-ezamour	46,2	31,0	13,6	8,8	230
	Nouakchott	43,1	23,6	8,3	7,1	3798
Total		29,6	16,0	5,8	4,6	12757

Toujours selon les données de l'enquête MICS 2011, le pourcentage des femmes actuellement mariées qui utilisent une méthode de contraception est faible. 88.6% de ces femmes n'utilisent pas de méthode contraceptive. L'utilisation des méthodes contraceptive est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain. Cependant la demande en contraception est exprimée par 25.3% des femmes.

En Mauritanie, le taux de fréquentation scolaire chez les enfants âgés de 10-14 ans qui ont perdu leurs deux parents est de 70%. Chez les enfants du même âge, dont les parents sont en vie et qui vivent avec au moins un parent, le taux de fréquentation scolaire est aussi, de 70 pourcent. Le ratio de fréquentation scolaire orphelin (e)s-non-orphelin (e)s est de 1.



Selon l'enquête INRSP, 21, 2% des IST enquêtés, 21,2% ont déclaré avoir des partenaires réguliers autres que leurs épouses. 6,7% déclarent avoir eu des PSR au cours des 3 derniers mois. 73,3% des enquêtés ont des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels au cours des 3 derniers mois. 20% des patients ont déclarés avoir des relations sexuelles avec des PS au cours des 3 derniers mois. 75% des patients ayant des relations sexuelles extraconjugales n'utilisent pas de préservatifs. Seulement la moitié des consultants informent leurs partenaires de leurs IST, alors que 21,2% ont des partenaires sexuelles (PS) en dehors de leurs conjoints. Ces PS sont

RAPPORT GARPR 2014 21

dans la majorité des cas occasionnels et qui présentent eux-mêmes des IST dans 26,7%.

7. Environnement juridique favorable.

En 2013, le pays a engagé un processus de révision de la loi n° 2007.042 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA. Un projet de loi portant modification de certaines dispositions cette loi a été techniquement validé et sera soumis au gouvernement pour son adoption. Les nouvelles dispositions apportent des améliorations importantes en termes de droits aux services de prévention, de soins et de traitements, de lutte contre la stigmatisation et de protection des droits des PVVIH. A titre d'exemple :

Les enseignements d'éducation et de formation sur le VIH couvrent les modes de transmission et moyens de prévention du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, l'accès au dépistage, les traitements disponibles, les informations corrigeant les idées préconçues sur le VIH, ainsi que les droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH et des populations vulnérables;

La formation des professionnels de santé sur les droits des personnes vivant avec le VIH et notamment leur droit de ne pas être discriminées, comprendra des discussions sur les questions relatives à l'éthique dans le contexte du VIH/SIDA, la confidentialité, le consentement éclairé et l'obligation de fournir un traitement.

L'Etat s'assure que des moyens de prévention contre le VIH ou autres maladies sexuellement transmissibles de qualité sont disponibles et abordables pour l'ensemble de la population.

Les enseignants, les routiers, les hommes de troupes et les détenus, compte tenu de la promiscuité ou de la mobilité qu'impliquent leurs fonction ou leurs situation, doivent bénéficier de programmes de prévention et de prise en charge en matière de VIH/SIDA et des IST organisés par les institutions concernées par cette mission.

Les personnes vivant avec le VIH ont le droit à l'accès aux services de santé, et notamment aux traitements antirétroviraux.

L'État doit prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir l'accès à des traitements antirétroviraux de qualité et à des prix abordables si ce n'est gratuit ainsi que des traitements prophylactiques pour traiter et prévenir le VIH ainsi que les infections opportunistes, aux personnes vivant avec le VIH, incluant les enfants vivant avec le VIH et les membres de groupes vulnérables.

Stigmatisation et déni du VIH/SIDA

Malgré la pauvreté de données mettant en exergue des perceptions négatives des populations vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, tout laisse à croire que la stigmatisation et le déni restent de mise. Il faut noter que seuls 29,9 % des marins, 29% des TS, 27,5% des pêcheurs, 16,5% des prisonniers et 7,7% des camionneurs

manifestent toutes les bonnes attitudes de tolérance à l'égard des PVVIH. Cependant, des associations de PVVIH participent activement à la lutte contre l'épidémie et contre ce déni en la démystifiant et en participant activement à la sensibilisation de tous – infectés ou non – sur les risques de contamination et sur les moyens de prévention et de prise en charge, aujourd'hui, à la portée de tous et permettant une amélioration, sensible, de la qualité de vie.

8. Apport des OSC

La stratégie de lutte contre le Sida a retenu la promotion du rôle des OSC comme choix stratégique et mode opératoire. Le SP/CNLS a fait des efforts importants dans le développement des partenariats avec la société civile et son implication dans la mise en œuvre. Des initiatives importantes ont été entreprises dans le sens de la structuration, la connaissance et la catégorisation des organisations et dans le renforcement de leurs capacités. Le secteur de la société civile joue un rôle déterminant et dynamique dans le ciblage, l'appui et la prise en charge des groupes vulnérables au VIH/Sida. Les ONG nationales et internationales mettent en œuvre des interventions spécifiques visant en général la réduction de la vulnérabilité. Certaines associations ont des expériences probantes dans le domaine et se sont professionnalisées dans la lutte contre le Sida et la mise en place des interventions en faveur des groupes vulnérables. Leur domaine d'intervention et d'expertise couvrent (i) le dépistage, (ii) la prise en charge psychologique et socio-économique des PVVIH et OEV, (iii) la prévention, (iv) la sensibilisation et la Communication pour le changement des comportements, (v) le renforcement des capacités des groupes vulnérables, la promotion et la distribution des préservatifs, (vi) la sensibilisation et la prévention en milieu scolaire et l'organisation et la structuration des femmes, des jeunes, des PS, des TS et des PVVIH.

IV. MEILLEURES PRATIQUES

De l'expérience de la mise en œuvre des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA en Mauritanie on peut tirer les enseignements sur les meilleures pratiques. Parmi les expériences probantes, il faut citer en particulier :

- L'engagement ferme et permanent des religieux mauritaniens dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'organisation des activités continues en matière de sensibilisation et d'information de la population générale ainsi que leur participation active dans les conférences régionales et sous régionales. Les imams mauritaniens ont été honorés par la présidence du réseau africain des religieux pour la lutte contre le VIH/SIDA grâce à leur engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- L'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prise en charge globale et gratuite des personnes vivant avec le VIH /SIDA. Cette gratuité couvre les Antirétroviraux, les médicaments des infections opportunistes, les analyses ainsi que les frais de déplacement et d'hébergement des malades.

- L'implication forte des PVVIH dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA à travers le recrutement de deux points focaux des PVVIH au sein du Secrétariat National de Lutte contre le SIDA.
- Le plaidoyer soutenu pour la mobilisation des ressources domestiques, plaidoyer qui a abouti à un accroissement significatif des allocations budgétaires au profit de la réponse nationale.
- L'intégration réussie des CDV dans les structures de santé qui a permis la création d'un environnement non stigmatisant.
- L'expérience de distribution silencieuse du préservatif. Mise en œuvre par les ONG et adaptée au contexte socioculturel mauritanien, elle repose sur le fait que ce sont les ONG elles-mêmes qui identifient au sein de leurs zones d'intervention, des personnes ayant un certain leadership et qui acceptent de servir de point de distribution des préservatifs.
- La performance dans la mise en œuvre du plan de continuité des services (COS) financé par le Fonds Mondial ayant permis au pays d'être éligible aux subventions de financement TFM.

V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES COORECTIVES

Les principaux obstacles rencontrés au cours de la période de l'établissement du rapport sont:

- Le manque d'informations fines qualitatives sur les liens entre la vulnérabilité
- La faiblesse des capacités de mise en œuvre des actions de lutte contre le Sida
- Le déficit de coordination des activités au sein de chaque secteur, du niveau régional et national ce qui rend difficile la collecte des données fiables et d'une façon permanente.
- Les limites du SNIS et la non régularité des études
- La non- exhaustivité des données en termes de complétude et de qualité
- La faiblesse du système de suivi évaluation du Plan stratégique national
- La dépendance du financement de la réponse nationale des ressources extérieures et ce malgré les évolutions positives dans le budget national
- Les difficultés dans l'extension de la décentralisation de la prise en charge (dépistage, traitement, suivi, prévention)
- La sous-utilisation du potentiel du secteur privé dans le financement de la réponse nationale.
- L'absence d'une de stratégie nationale de communication

Les mesures entreprises. En vue de palier à ces insuffisances, les mesures suivantes ont été entreprises en 2013 :

- La conduite d'une étude cartographie spatiale et sociale sur la vulnérabilité au VIH/Sida quia permis de disposer de données fiables et exhaustives sur les facteurs déterminants de la vulnérabilité, de déterminer les groupes cibles

qui constituent les poches de vulnérabilité dans la population en général et de définir les espaces géographiques de la vulnérabilité.

- La redynamisation du comité technique de suivi évaluation regroupant les principaux intervenants
- La réalisation d'une étude sur les capacités institutionnelles et de mise en œuvre des principaux acteurs de la réponse nationale. L'étude a permis de revisiter le cadre institutionnel, d'analyser les capacités des intervenants et de proposer des actions à mener en matière de renforcement des capacités et d'amélioration de la situation des groupes cibles au VIH/Sida.
- L'élaboration et la validation du plan national de SE et la définition consensuelle des indicateurs
- La sensibilisation des acteurs de la mise en œuvre sur l'importance de la collecte et la transmission des données
- Le renforcement des capacités du SE/CNLS dans le SE
- L'accroissement de l'inscription budgétaire pour le VIH/Sida de 3% en 2009 à 30% en 2013.

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Les principaux PTF qui ont apporté des appuis importants au cours de l'année 2013 sont le Fonds Mondial, les agences du Système des Nations Unies, le Gouvernement français à travers l'Initiative 5%.

1. Fonds Mondial

Le Fonds Mondial s'est engagé en 2011 à mettre à la disposition du pays 3 5 00 000 USD pour financer un programme de continuité de service au profit de 1631 PVVIH.

L'objectif de ce programme est de réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH au sein des PVVIH et de leurs familles par un accès aux traitements et la continuité des soins. Ce programme est mis en œuvre dans les 4 wilayas (Régions) qui disposent d'unités de prise en charge de PVVIH : Nouakchott (capitale du pays), Nouadhibou (capitale économique), Grogol et Assaba.

Le programme a été clôturé le 31 août 2013 mais une subvention a été accordée au pays pour un montant de 4763.786 US dollars couvrant une période de 2 ans. Cette subvention est destinée à la prise en charge de 2209 patients. Par ailleurs, le FM a notifié à la Mauritanie son éligibilité au nouveau modèle de financement pour un montant de près de 8 000 000 US dollars.

2. Agences ONU

La contribution des agences des nations Unies aux dépenses de la lutte contre le Sida en 2013 s'élève à 815293 US dollars soit 20.6% des dépenses totales.

Dépenses VIH/Sida en 2013 en US dollars

Institution	Montant	%
Budget Etat	1 220 735	28.35

Fonds Mondial	1 915 820	48.47
ONUSIDA	78 000	1.97
UNCEF	73 000	1.84
OMS	63 000	1.59
UNFPA	581 293	14.7
PNUD	20 000	0.5
TOTAL	3 951 848	100%

3. Initiative 5%

L'initiative 5% a financé l'élaboration du plan national de SE et du manuel de procédures ainsi que des ateliers de validation. La Communauté urbaine de Nouakchott a développé un partenariat avec la région Ile de France et la Croix rouge Française qui intègre des activités de lutte contre le Sida.

4. Mapping des PTF/Intervenants par domaine

Intervenants	Domaines
ONUSIDA	Appui technique dans les domaines de : l'analyse de la situation et la connaissance de l'épidémie et profil épidémiologique, la situation de populations clés, la planification stratégique (revue et élaboration du PSN, élaboration des plans d'action et des stratégies ciblant les groupes vulnérables), la réhabilitation institutionnelle, la coordination et le développement des partenariats, les cartographies des ressources et analyse des financements de la réponse, le plaidoyer pour la création d'environnements juridiques favorables, la gestion des ARV, le suivi, l'évaluation et le renforcement des capacités des OSC et des associations de PVVIH.
FNUAP	Promotion, approvisionnements et distribution des préservatifs, intégration du VIH/Sida dans la santé de la reproduction et la santé des adolescents, prévention et CCC, appui à la structuration et l'organisation des structures de jeunes, appui aux activités ciblant les jeunes, les MSM et les PS, plaidoyer pour la mise en place des centres conviviaux pour les jeunes et renforcement des capacités des jeunes et des femmes.
OMS	Renforcement des capacités en suivi épidémiologique et en collecte de informations stratégiques, conception des politiques de santé publique intégrant le VIH/Sida, le profil épidémiologique, renforcement des systèmes de santé, formation du personnel de santé sur la prise en charge et sur les protocoles et les normes, intégration du VIH dans les programmes de la Santé

	de la mère et de l'enfant, santé des adolescents.
UNICEF	Santé de la mère et de l'enfant, vaccination et la lutte contre les maladies, développement des stratégies et instruments nationaux de protection de l'enfant, programmes ciblant les OEV, renforcement des capacités des associations des jeunes, lutte contre le Sida en milieu scolaire et éducation et la scolarisation des filles, prévention de la transmission mère - enfant (PTME), protection et promotion des droits des enfants, promotion de participation des enfants et des jeunes dans le processus de développement et dans la lutte contre le Sida.
PNUD	Plaidoyer, planification au profit des groupes vulnérables, intégration du VIH dans le CSLP et intégration du genre dans les politiques de lutte contre le Sida
PAM	Prise en charge nutritionnelle et appui aux AGR
CRF	Appuis multiformes aux CTA

VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Des améliorations significatives ont été apportées en 2013 aux aspects de SE. Le pays dispose actuellement d'un plan national de SE et d'un manuel de procédures validés. Un comité Technique de suivi évaluation a également été mis en place regroupant tous les partenaires au développement à côté de la partie nationale pour impulser ce processus et garantir le plaidoyer au niveau des comités de coordination et du groupe thématique. En outre, l'Unité de SE a été élevée au rang de départements de planification, de décentralisation, Suivi Evaluation et recherche. Il est à noter que les données du secteur de la santé hors INRSP, CNTS et CTA ne sont pas régulièrement rapportées d'où la nécessité de renforcer les supervisions de terrain et le SNIS.

Cependant des faiblesses majeures persistent. Le reporting des autres secteurs publics et ceux de la société civile et du privé n'est pas systématisé et est irrégulier ce qui occasionnel la déperdition des données et informations nécessaires à un suivi efficace.

Le rôle des comités régionaux de lutte contre le SIDA est primordial dans ce système et il est prévu dans ce processus, la mise à niveau de ces comités, notamment des gestionnaires de données et leur responsabilisation effective dans le suivi et le reporting des activités qui s'exécutent dans leurs régions. Les plans régionaux et centraux issus des ateliers de planifications organisés à cet effet, doivent constituer le premier pas vers l'institutionnalisation du suivi évaluation tant au niveau régional que sectoriel/national.

Par ailleurs, le processus en cours de révision du Plan stratégique national et l'élaboration de son plan d'accélération 2014- 2015 suivant l'approche 3G et la réalisation des enquêtes épidémiologiques et comportementales chez les populations clés permettront de mieux intégrer et renforcer le système de suivi évaluation et de disposer d'informations actuelles et fiables.

**COMITE DE REDACTION DU
RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA REPONSE AU SIDA EN
MAURITANIE 2014**

COORDINATION DE LA REDACTION

Dr Ndoungouou Salla Ba, Secrétaire Exécutive Nationale de lutte contre le SIDA/CNLS

Dr Elhadj Ould ABDELLAHI, Directeur pays ONUSIDA

EQUIPE DE REDACTION

Mohamed Lemine Selmane Consultant

Dr Mohamed Idoumou OULD MOHAMED VALL Chef du Département planification, Décentralisation, Suivi/Evaluation et Recherche au SENLS/CNLS

Dr Ba Mamadou Dit Dialaw Chargé de SE/CNLS

Dr Niang Saidou Doro DLM, MS

Dr Barikallah OULD ELYLITIM ,médecin chef CTA

Dr Boubacar Ould Abdoul Aziz OMS

Dr Sidi ould zahaf UNICEF

Dr Abdarrahmane O/ Mohamedoun, UCSS

Mr Mohamed OULD BEDDA, coordonateur secteurs publics/SENLS

Mme Ba Waranka, coordonatrice secteur Privé-OSC/SENLS

Dr Ba Aboubacry, pharmacienne assistant GAS/SENLS

Mr Aliou Diop Président SOS Pairs Educateurs

Mr Moctar Salem ould LEHBIB président du réseau des PVVIH/REMAP+

Mr Mohamed Lemine OULD M'Reizig, Manager/SENLS

Mr Taleb Ahmed OULD Mohamed Mahmoud, Finances/SENLS

Dr Mohamed Abdallahi OULD BOLLAHI, directeur CNTS/MS

Mr Bocar M'Baye, UNFPA/Equipe conjointe ONUSIDA

Mr Mohamed OULD CHEIKH, AA, Equipe conjointe/ONUSIDA

