

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA REPOSE AU SIDA EN MAURITANIE 2012



Mars 2012



I. Table des matières

I. Table des matières	2
II. Liste des abréviations	3
III. Aperçu de la situation	4
• Généralités	4
- Économie	4
- Secteur de la santé	5
- Degré de participation des parties prenantes	5
- Situation actuelle de l'épidémie	7
- Prévalence générale actuelle et son évolution	7
- Situation auprès des populations à risques d'infection à VIH	8
- Sécurité transfusionnelle	8
- Séroprévalence chez les tuberculeux	9
- Prévalence du VIH chez les personnes dépistées volontairement	10
- Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	10
- Notification des cas de SIDA	12
- Projection de l'infection VIH/SIDA en 2010 en Mauritanie	13
- Réponse sur le plan politique et programmatique	13
IV. Aperçu de l'épidémie de SIDA	14
V. Riposte nationale de l'épidémie de SIDA	14
- Prévention	15
- Traitement	15
- Soins et soutien	15
- Connaissances et changements intervenus dans les comportements	15
VI. Meilleures pratiques	16
- Intensification des programmes efficaces de prévention	16
VII. Principaux obstacles et mesures correctrices	17
VIII. Soutien des partenaires au développement	17
- Soutien de la Banque Mondiale	17
- Soutien du Fonds Mondial	18
- Soutien du Système des Nations Unies	18
IX. Environnement de suivi et d'évaluation	18
- Etapes du processus de mise en place du système national de suivi et évaluation des activités de lutte contre les IST/VIH-SIDA	19

II. LISTE DES ABREVIATIONS

Rapport Narratif GARP-Mauritanie 2012

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
SENLS	:	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida

III. APERÇU DE LA SITUATION

GENERALITES :

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.

En 2011, la population estimée de la Mauritanie s'élevait à 3,271,674 habitants avec un taux de croissance de 2,9% et une densité de 2,8 habitants/Km² avec des disparités selon les régions.

Parmi cette population 42% vit en dessous du seuil minimum de pauvreté estimé à 67,316 Ouguiya par personne et par an (Source CSLP2006-2011 - 2015).

Par ailleurs, les conditions climatiques et écologiques précaires aggravent l'état de pauvreté dans un pays qui enregistre un déficit alimentaire chronique et récurrent.

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.

La population mauritanienne vit essentiellement en majorité du commerce, de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche.

La sécheresse de ces dernières années, l'évolution des modes de vie ont accentué l'exode de la campagne vers les villes.

La faiblesse de la pluviométrie enregistrée cette année, laisse planer le risque de sécheresse en 2012 avec possibilité d'exode de la population vers les gros centres urbains et risque d'insécurité alimentaire et de transmission du VIH

ÉCONOMIE

L'élevage et l'agriculture constituent les principales sources de revenu des populations aux quels 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 Mauritanie se situe au 139^{ème} rang sur 162 pays en ce qui concerne l'Indice de Développement Humain (1999). Le pays a bénéficié de l'Initiative Pays Pauvre très Endettées en 1999 ce qui a permis la mobilisation de ressources importante notamment pour le secteur de la santé.

Un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLPIII–2011-2015) est en cours de mise en œuvre avec l'appui des partenaires et des autres acteurs concernés.

SECTEUR DE LA SANTE

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 indicateurs de santé sont les suivants :

Le taux brut de natalité est de 40 pour 1.000 habitants et celui de mortalité est de 13.4 pour 1.000. L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans.

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) ;
- Prévalence de la contraception : 8%
- Taux de consultation prénatale : 74%
- Taux d'accouchement assisté : 62%
- Mortalité maternelle : 686 pour 100.000 naissances vivantes

La Mauritanie a mis en place un Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA depuis 2002 qui définit la participation de différents acteurs de la Lutte. Conformément à ce cadre une Approche multisectorielle, impliquant le secteur public, privé et les organismes de la société civile a été adoptée.

DEGRE DE PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES

En août 2008, à la suite du coup d'Etat, la Banque Mondiale, principal bailleur de la lutte contre les IST/VIH/SIDA en Mauritanie depuis 2003, a suspendu son dialogue avec le pays. Cela s'est traduit par un arrêt des décaissements de tous les projets en cours, y compris le projet MAP. Suite aux élections démocratiques, le dialogue a repris le 9 septembre 2009, ce qui s'est traduit par la reprise du portefeuille mauritanien de la Banque Mondiale, à l'exception du projet MAP.

La subvention accordée par le Fonds Mondial à la Mauritanie a elle aussi connu des problèmes à la même période conduisant à sa suspension en 2009 suite aux problèmes rencontrés par le CCM et le CNLS dans la gestion de cette subvention, Ces problèmes sont dus en majeure partie au dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH/SIDA en général et dans les instances de coordination en particulier.

Cette situation a provoqué une paralysie de la réponse nationale au VIH/SIDA et a porté un grand préjudice au fonctionnement de différentes structures de coordination. Ainsi depuis août 2008 à Mars 2012, les 9 structures de coordination régionales sont

Rapport Narratif GARP-Mauritanie 2012

fermées et les comités régionaux ont cessé de fonctionner. Durant cette période pratiquement aucune activité de recherche ou étude/enquête n'a pu être réalisée, d'où la pauvreté des données actualisées d'enquêtes nationales ou spécifiques, hormis une seule enquête sentinelle réalisée en 2009.

Le manque de données dans ce rapport confirme cette situation d'inertie de la réponse nationale engendrée par ces accidents de parcours.

La structure de coordination centrale en l'occurrence le SENLS est non fonctionnel faute de moyens pour payer le strict minimum de personnel. Aucune réunion depuis août 2008 du Comité National de Lutte contre le SIDA n'a eu lieu.

Ainsi la société civile et les différents secteurs publics concernés par la lutte contre les IST/VIH/SIDA à savoir la Santé, l'éducation, la femme, la jeunesse, la défense, la justice, la pêche, l'agriculture, l'équipement, l'orientation islamique, la culture, la communication, le commerce et le tourisme n'ont pas pu exécuter les activités programmées initialement dans le cadre de leurs plans d'actions, faute de financement.

Face à cette situation dramatique le gouvernement mauritanien a sollicité l'appui de ses partenaires pour développer une stratégie de sortie de crise, c'est ainsi qu'une mission de la JURTA a été dépêchée par l'ONUSIDA en Mauritanie pour d'une part faire une analyse de la situation et d'autre part faire des propositions de solutions.

Néanmoins grâce à l'appui technique et financier des Nations Unies coordonnés par l'ONUSIDA et les autres partenaires bilatéraux le pays a continué à assurer un minimum d'activités essentielles et a développé une stratégie de sortie de crise.

Face à cette situation, le Gouvernement mauritanien a entrepris un certain nombre de mesures, ayant contribué à la sortie de crise et à la restauration de la confiance avec ses partenaires techniques et financiers. On peut noter à ce niveau :

- la restructuration des structures nationales et régionales de coordination,
- le remboursement des montants dus aux bailleurs de fonds,
- les mesures correctrices administratives et judiciaires qui s'imposaient
- l'élaboration de documents stratégiques (Plan stratégique national et politique nationale de prise en charge des PVVIH pour la période :2011 -2015,)
- la continuité des services essentiels de prise en charge totale et gratuite (médicale, nutritionnelle et socio-économique) des PVVIH ainsi que leur suivi biologique.

A la faveur de cette nouvelle situation les financements ont été reconduits :

- extension rétroactive du projet MAP jusqu'au 31 Mars 2012
- levée de suspension de la subvention de la série 5 du Fonds Mondial (clôturé le 31 Août 2011)
- Un plan de continuité de service pour une période de 2 ans est financé par le Fonds Mondial devra faire profiter 1631 PVVIH d'une prise en charge médicale et nutritionnelle complète avec un suivi biologique également assuré.

En fin 2011 des ateliers de planification sont organisés et ont mobilisé tous les acteurs (nationaux, régionaux et PTF) directement impliqués dans la riposte et ont permis d'élaborer un plan d'action national biennal budgétisé et consolidé pour la période : 2012-2013.

SITUATION ACTUELLE DE L'ÉPIDÉMIE

Le premier cas de SIDA est apparu en Mauritanie en 1987. Les résultats de la surveillance sentinelle obtenus en Mauritanie depuis 2001 ont montré une prévalence relativement faible et stable dans les sites sentinelles. La prévalence est autour de 0.8%.

Prévalence Générale Actuelle Et Son Evolution

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 statistiquement significative au cours des dernières années.

Tableau 1 : Evolution de la séroprévalence au niveau des différents sites de 2001 à 2007.

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 quelque soit l'année de surveillance retenue. Sans différence statistiquement significative, le site montrant les prévalences les plus importantes quelque 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.

SITUATION AUPRES DES POPULATIONS A RISQUES D'INFECTION A VIH:

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

SECURITE 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 2011, 13559 tests ont été effectués auprès des donneurs au CNTS.

Les poches de sang sont dépistées systématiquement pour le VIH, l'hépatite B, la syphilis et l'hépatite C. La séropositivité des poches de sang était de 0,25%. Un total de 8290 poches de sang sécurisé a été distribué en 2011.

Un dépistage volontaire est proposé aux exclus du don, environ 10 % d'entre-eux acceptent ce dépistage volontaire (chez qui on imagine que la prévalence du VIH est plus forte).

Promotion du don volontaire : des actions spécifiques 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.

SEROPREVALENCE CHEZ LES TUBERCULEUX :

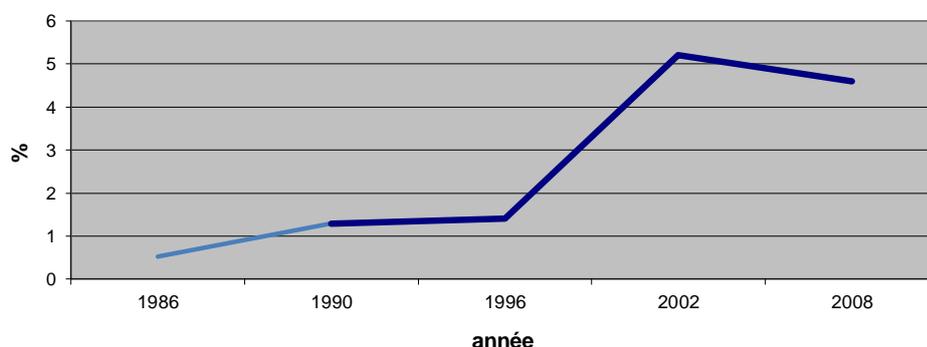
L'infection à VIH constitue un facteur favorisant la résurgence de la tuberculose. La séroprévalence de l'infection à VIH chez les tuberculeux est de 4,6 % en 2008.

Tableau 3 : 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 a 4,6 % en 2008

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



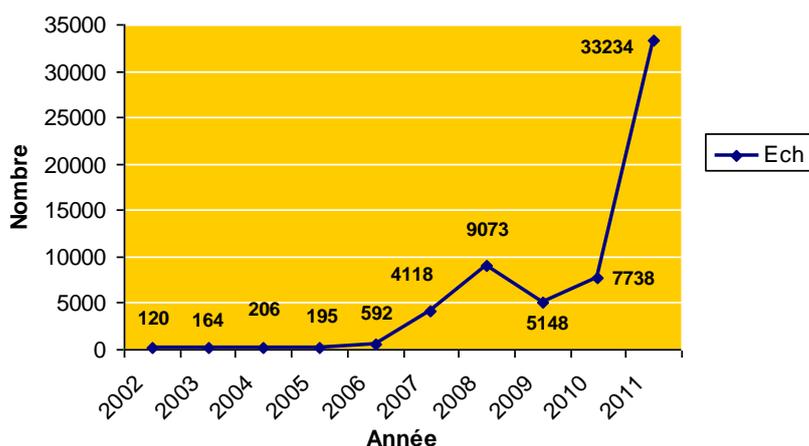
PREVALENCE DU VIH CHEZ LES PERSONNES DEPISTEES VOLONTAIREMENT :

La première unité du dépistage a vu le jour en Mauritanie, en 2002, grâce à un appui de l'USAID. Actuellement le pays compte 28 structures de Conseil Dépistage Volontaire Gratuit et environ 120 conseillers dont moins de 30 actifs. Pour ce qui est des formations aux techniques rapides de dépistage, le laboratoire de Virologie /INRSP a formé l'ensemble du personnel des Centres de Santé (CS) régionaux. Les chiffres de dépistage, bien que très modestes entre 2001 et 2005 ont enregistré depuis 2006 une nette progression.

L'ouverture des centres de dépistage d'abord timide entre 2002 et 2005 (5 structures), a connu une réelle ascension à partir de 2006. Entre 2006 et 2009, 14 nouvelles structures ont été mises en place. Néanmoins, l'objectif fixé par le département à travers son plan d'Action entre 2008 et 2009 était d'intégrer les services de CDV à toutes les Moughataas du pays. Cet objectif n'a pu être atteint suite à la suspension des fonds.

Graphique 2 :

Evolution des données de dépistage volontaire (2002-2011)



Le réel décollage des chiffres de dépistage s'est amorcé en 2007, avec la réalisation des 1ères stratégies avancées de dépistage volontaire. Le chiffre le plus élevé a été enregistré en 2011 avec la réalisation de la première campagne nationale mobile/avancée de dépistage volontaire.

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 données disponibles proviennent essentiellement de l'EDSM 2000, du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), des données d'enquête ciblant des groupes particuliers, et du screening des poches de sang.

Tableau 4: Données de consultations externe des IST au niveau des Centre et Postes de santé en 2003, 2004 et 2005 (Source : annuaire statistique du MSAS)

Année	Pathologie	Inférieur à 14 ans	Homme Adulte	Femme Adulte	Total	Total consultation	Fréquence relative des cas par rapport aux consultations
		Cas	Cas	Cas	Cas	cas	
2003	Hépatites virales	365	55	61	481	1142106	1,65
	IST	1 873	5 773	11 210	18 856		
2004	Hépatites virales	101	51	67	219	1186064	1,64
	IST	1409	6 426	11 626	19 461		
2005	Hépatites virales					1163917	1,47
	IST	854	5 728	10 512	17 094		

La fréquence relative des IST, y compris les cas d'hépatite virale relevées au niveau des annuaires statistiques du Ministre de la Santé pour les années 2003, 2004 et 2005 a connu une diminution progressive passant de 1,65% de l'ensemble des consultations externes des structures sanitaires publiques (CS et PS) en 2003 à 1,47% en 2005.

Cette diminution rapide des IST n'est pas liée à un programme d'action spécifique de lutte contre ces infections. La défaillance de ce système de surveillance, l'usage souvent abusif des antibiotiques à large spectre pour le traitement de toute suspicion d'infection et la sensibilisation contre le VIH/SIDA pourraient être évoquées dans l'interprétation de ces chiffres.

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 le cadre de la stratégie globale de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

La dernière enquête de séroprévalence chez les consultants IST remonte à l'année 1995 (séroprévalence estimée alors à 0,9%). Afin de pallier à ce manque d'information une étude combinée « sérologique et comportementale » a été menée chez ce groupe supposé être à risque vis-à-vis de l'infection au VIH en 2007- 2008.

L'enquête a permis de recenser 224 consultants IST, sans prédominance de sexe, et avec une majorité d'adulte jeune dans 37,1% (âge moyen de 30 ans). La prévalence pour le VIH est de 9%.

Le mariage monogame est observé dans 59,8%. Les enquêtés sont presque tous Mauritaniens (96,4%) et le bas niveau scolaire est retrouvé dans 80,8%. Les patients ont entendu parler du VIH dans 94,1% et des IST dans 83%. Cependant 40,3% ont déjà contracté une IST antérieure et dont 27% en ignorent les symptômes. La notion de fidélité est bien admise par les consultants, ils sont 97,3% à affirmer qu'on peut se protéger du SIDA en ayant un partenaire sexuel fidèle et qui ne soit pas infecté par le VIH. Cependant 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 dans la majorité des cas occasionnels et qui présentent eux-mêmes des IST dans 26,7%. Ces enquêtés n'utilisent pas de préservatifs dans 75% des cas prétextant qu'il réduit le plaisir (41,7%).

Noter que 90% des patients ont entendu parler du préservatif masculin et que 25% connaissent le féminin. Le préservatif est qualifié de facilement accessible pour 76,8%, les enquêtés (80,1%) savent qu'il a pour rôle de protéger contre les IST et 73,1% se le procure dans les pharmacies.

La majorité des enquêtés (63,9%) connaissent un lieu de dépistage du VIH (centre de dépistage volontaire dans 77,5%) et environ la moitié ont déjà effectué un test de dépistage volontaire (47,6%).

Ainsi, ces résultats dénotent que les consultants IST constituent un groupe à risque vis-à-vis de l'infection à VIH en Mauritanie en raison de leurs comportements et leurs niveaux de connaissance. L'accent doit être mis sur la prévention par une meilleure connaissance du VIH/SIDA, sur la lutte contre les fausses croyances, sur la promotion de l'usage du préservatif, sur une amélioration de la prise de conscience du risque et sur le dépistage volontaire.

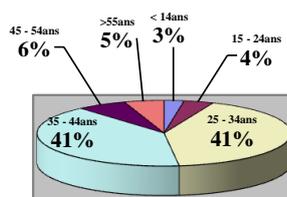
NOTIFICATION DES CAS DE SIDA

Le système de notification est mal structuré. Basé sur l'utilisation des services de santé, il dénote d'une sous reconnaissance et sous notification.

Au cours de l'année 1995, une campagne de notification active a été menée par le sous-comité épidémiologie du PNLS. Cette campagne avait permis une notification de 103 cas au niveau des différentes wilayas, malgré les contraintes d'accès au test de dépistage et de formation sur la prise en charge du VIH.

Le tableau ci-après, rapporte, l'analyse des malades infectés par le VIH en 1995 :

Graphique 3 : Distribution par âge des cas de VIH notifiés (Source Rapport INRSP, MS, 2007)

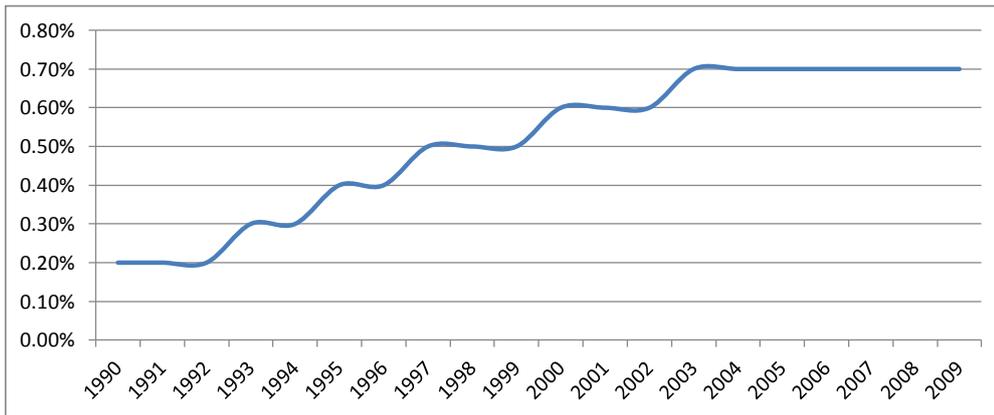


Plus de 80% des malades séropositifs ont un âge compris entre 25 et 44 ans. La proportion des femmes malades séropositives est de 31%, soit un sexe ratio d'une femme pour deux hommes.

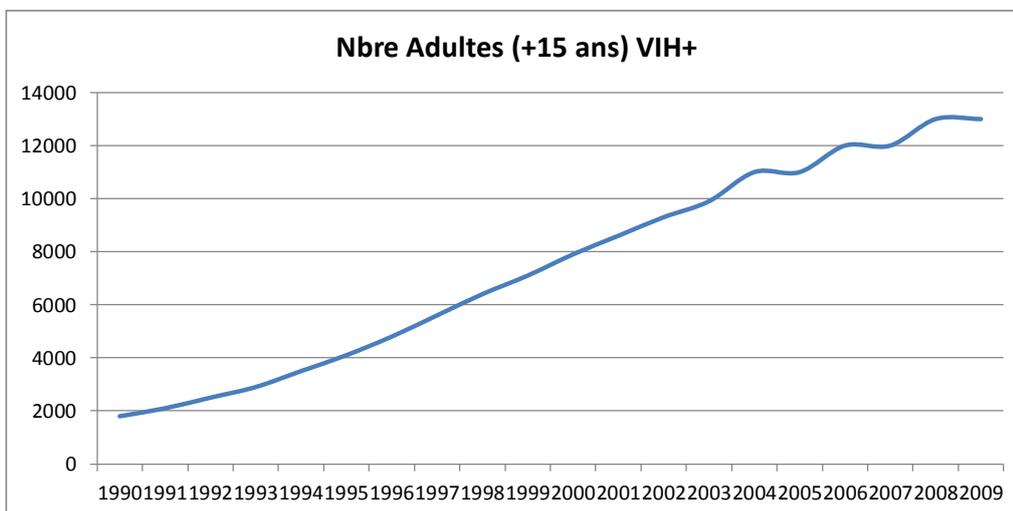
PROJECTION DE L'INFECTION VIH/SIDA EN 2009 EN MAURITANIE :

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.

Graphique 5 : Evolution de la prévalence du VIH chez les adultes de plus de 15 ans entre 1990 et 2009 en Mauritanie, Rapport ONUSIDA/OMS



Graphique 6 : Evolution du nombre estimé de personnes VIH+ chez les adultes de plus de 15 ans entre 1990 et 2009 en Mauritanie, Rapport ONUSIDA/OMS



REPONSE SUR LE PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE :

Le premier cas du VIH/SIDA été découvert en Mauritanie en 1987, les activités de contrôle de l'infection ont démarrées à partir de 1988 à travers la création au sein du Rapport Narratif GARP-Mauritanie 2012

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales d'un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Un plan à court terme 1988-1989, a été élaboré et mis en œuvre suivi de deux plans à moyen terme, couvrant les périodes 1991-1993 et 1994-1998.

La prise de conscience des dangers liés au VIH/SIDA a accéléré une réponse nationale initialement timide. La lutte contre le VIH/SIDA figurait clairement parmi les priorités du Plan Directeur de la Santé 1998 - 2002 dans son axe relatif au renforcement de la lutte intégrée contre la maladie.

Un engagement politique des autorités publiques a permis de lancer un processus de planification stratégique aboutissant à l'élaboration et validation d'un Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA couvrant la période 2003-2007.

Ce cadre a été revu en 2007 et reconduit sur l'année 2008. Avec l'appui de l'ONUSIDA, l'élaboration d'un nouveau cadre couvrant la période 2010- 2014 a été lancée en 2009 et un premier DRAFT de ce cadre est actuellement en correction. Parallèlement au cadre stratégique un plan de suivi évaluation et un plan d'appui technique sont en cours de finalisation qui viendront appuyer la mise en œuvre de ce cadre stratégique.

IV. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA :

L'enquête sentinelle chez les femmes enceintes de 2009 fait état d'une séroprévalence de 0.48%. L'enquête combinée (comportementale et sérologique) de 2007 fait état d'une séroprévalence au VIH/SIDA de 7.6% chez les professionnelles de sexe et de 9% chez les porteurs d'IST. Sur cette base et par principe d'exclusion, l'épidémie du VIH/SIDA en Mauritanie n'est pas une épidémie généralisée et peut donc être considérée comme concentrée au vue de la séroprévalence des femmes enceintes qui demeure inférieure à 1% dans les centres urbains alors que les données bien que peu documentées sur les groupes à haut risque dépassent 5 %.

V. RIPOSTE NATIONALE DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

La Mauritanie a disposé de son premier plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST qui définit les principes directeurs, les grandes orientations et les objectifs en 2003. Le dernier plan stratégique national couvre la période 2011- 2015. Les stratégies et les actions prioritaires de lutte contre le SIDA pour.

Les axes stratégiques prioritaires du plan stratégique étaient les suivants :

Axe 1 : Réduction de la transmission des IST et du VIH

Axe 2 : Réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA

Axe 3 : Accès des PVVIH à une prise en charge globale

Axe 4 : Suivi et évaluation, Recherche et gestion de l'information stratégique

Axe 5 : Gestion stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA

PREVENTION

Environ 100 000 personnes ont été touchés par les activités de communication mises en œuvre par les différents intervenants publiques, privés et par la société civile en 2011.

Les organisations de la société civile contribuent singulièrement à la sensibilisation pour le changement de comportement et la prise en charge communautaires des PVVIH. L'apport des ONGs et des OBC est notable dans le pays, notamment au niveau du ciblage des populations à haut risque (prostitués- camionneurs)

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 où la prévalence est élevée.

Par ailleurs plus de 5 292 900 préservatifs dont 11 200 préservatifs féminins ont été distribué notamment au sein des populations à risque d'infection par le VIH et autres populations vulnérables.

La visibilité des Personnes Vivant avec le VIH est effective dans le pays. Les PVVIH sont représentées au niveau des structures de gestion des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et participent activement aux prises des décisions à différents niveaux (SENLS, CCM).

TRAITEMENT

La prise en charge thérapeutique continue à enregistrer des résultats positifs, ainsi près de 3 800 personnes sont suivies, dont 1643 malades mis sous traitement ARV. L'action du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) initialement limité à Nouakchott, a atteint ces objectifs. Le traitement et les autres prestations y sont gratuits. L'extension de la prise en charge à l'intérieur s'est faite au niveau de 3 hôpitaux (Nouadhibou, Kaédi et Kiffa).

SOINS ET 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 niveau des Associations des Personnes Vivant avec le VIH dans le cadre de la stratégie Nationale de prise en charge des PVVIH ainsi que les appuis nutritionnels, les groupes de paroles, les visites à domiciles et les aides économiques d'urgence fournies à toute personne dépistée positive sont suspendus à cause de la rareté de fonds dédiés à ces fins.

CONNAISSANCES ET CHANGEMENTS INTERVENUS DANS LES COMPORTEMENTS

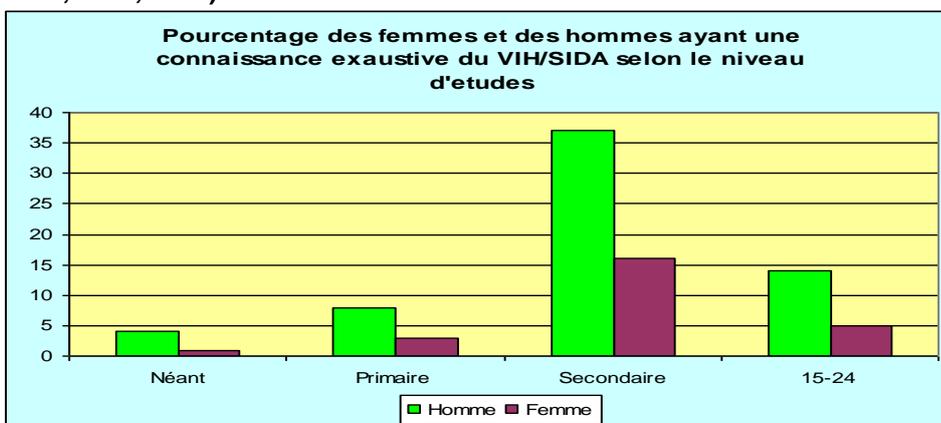
La connaissance du mode de transmission du VIH et des stratégies de prévention constitue une condition décisive de la réduction du taux d'infection à VIH. L'information correcte constitue le premier jalon de la sensibilisation des jeunes et de la mise à leur disposition des outils de protection contre 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).

L'enquête MICS menée en 2007 a néanmoins révélé des insuffisances quant à la qualité de la communication. En effet parmi les personnes enquêtées 98% ont entendu parler du VIH SIDA mais seules 13 % des femmes et 32% des hommes connaissent 3 modes de prévention de VIH SIDA.

La mise en place d'une stratégie de communication couplée d'une redynamisation des comités régionaux, prévues pour 2008, doivent permettre de renforcer ces activités et assurer un suivi rapproché de leur qualité.

Graphique N° 4 Pourcentage des femmes et des hommes ayant une connaissance exhaustive du VIH/SIDA selon le niveau de scolarité (Enquête MICS, ONS, 2007)



Le graphique présente le pourcentage des femmes et des hommes qui connaissent les principales méthodes de transmission du VIH/SIDA. Comme on pouvait s'y attendre, la connaissance de méthodes de prévention est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Elle est plus fréquente chez les plus instruits (es) .

VI. MEILLEURES PRATIQUES

INTENSIFICATION DES PROGRAMMES EFFICACES DE PREVENTION

Parmi les meilleures pratiques caractérisant la lutte contre le VIH/SIDA en Mauritanie on peut citer entre autres :

- L'engagement ferme et permanent des religieux mauritaniens dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'organisation des activités pérennantes en matière de sensibilisation des autres secteurs publique, privé et de la société civile ainsi que leurs participation active dans les conférences régionales et sous régionales. Par ailler ces imams 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 SI

VII. Principaux obstacles et mesures correctrices

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

- Le manque d'archivage des données
- Non fonctionnalité des structures de coordination
- Faiblesse des capacités de reporting des structures de mise en œuvre
- Manque 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.
- Faiblesse du SNIS et la non régularité des études
- La non- exhaustivité des données en termes de complétude et de qualité
- Absence d'un plan national de suivi évaluation(en cours de finalisation)
- Tarissement des financements (clôture des principaux projets :BM et FM) et faiblesse des ressources internes mobilisées
- Engagement politique timide

Les Mesures entreprises :

- La restructuration du SENLS
- La redynamisation du comité technique de suivi évaluation regroupant les principaux intervenants
- La mise en place d'une unité de coordination sectorielle au niveau du Ministère de la santé, de 8 autres secteurs publics et d'une coordination du secteur privé et de la société civile
- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- Elaboration d'un plan d'action national 2012-2013
- Soumission au financement du Fonds Mondial pour la continuité des services en faveur des PVVIH jusqu'au 31 Aout 2015
- Le service de suivi évaluation en collaboration avec Coordination ONUSIDA ont mis en place un système de collecte de données afin de permettre aux différents centres d'exécution du Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA de contribuer de façon optimale à l'élaboration de rapports périodiques .

VIII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

SOUTIEN DE LA BANQUE MONDIALE

Le Projet Multisectoriel a été préparé et négocié en 2003 et mis en œuvre en 2004 avec un appui financier de la Banque Mondiale à hauteur de Vingt Un Millions de Dollars sous forme de Don et sur une période de cinq ans (janvier 2004 - mars 2009). 4 200 000 USD n'ont pas été exécutés au niveau de ce projet à cause de la suspension intervenue en 2008. Néanmoins la Banque Mondiale a accordé à une extension retroactive du projet MAP pour un montant de 4,6 millions USD .Ce projet prendra fin au 31 Mars 2012.

SOUTIEN DU FONDS MONDIAL

Le Fonds Mondial s'est engagé en 2011 à mettre à la disposition du pays 35 000 000 USD pour financer un programme de continuité de service au profit de 1631 PVVIH.

Les objectifs de ce programme sont :

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), Gorgol et Assaba.

SOUTIEN DU SYSTEME DES NATIONS UNIES

En 2011, les agences du Système des Nations Unies ont appuyé les différents volets de la lutte contre le Sida. La contribution des agences au financement de la réponse nationale cette année était de l'ordre de 2460812US\$. Cette contribution catalytique s'inscrit dans le cadre de l'UNDAF.

Cette contribution vient renforcer la réponse nationale en l'absence de bailleurs traditionnels.

IX. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'EVALUATION

L'ancien cadre stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2007 ne prenait pas en compte d'une façon détaillée un plan de suivi évaluation. Néanmoins des efforts ont été entrepris dans la mise en place et la consolidation d'un seul système de suivi évaluation selon les orientations de la stratégie mondiale sur le Sida. C'est dans ce cadre qu'une cellule a été mise en place, composée d'un spécialiste en santé publique et d'un gestionnaire de base de données au niveau du SENLS dont le nouveau Plan stratégique national 2011-2015 prend désormais cet aspect en compte .

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.

Nonobstant un plan de suivi Evaluation élaboré par l'unité du SENLS en charge de ce volet, dans le cadre du projet du Fonds Mondial, le pays ne dispose pas encore d'un plan national de suivi Evaluation. Il existe cependant un DRAFT de plan de suivi évaluation réalisée par un consultant mobilisé par l'ONUSIDA. Ce document mérite d'être finalisé à la faveur de la validation d'un plan National de S&E, harmonisé, cohérent et approprié.

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.

Les autres secteurs publics et ceux de la société civile et du privé n'ont rapporté au SENLS, en 2011 que les activités financées par le MAP, occasionnant ainsi d'énormes pertes d'information relatives à l'ampleur réelle de leur riposte respective !

Pour le moment, l'unité de Suivi évaluation au SENLS s'attèle à disposer des informations utiles à partir des unités de production des données et se charge tant bien que mal de les compiler, de les analyser et d'en assurer la retro information et la diffusion.

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.

ETAPES DU PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH-SIDA

- Élaboration d'un plan national consensuel de suivi évaluation ;
- Consolidation des résultats et rédaction du manuel de suivi et évaluation ;
- Planification décentralisée au niveau régional et sa consolidation dans un plan national de Lutte contre le VIH/SIDA
- Mise en place d'une base de données décentralisée

La remontée de l'information connaît encore certaines difficultés surtout au niveau périphérique, il est prévu dans ce cadre de s'appuyer sur les systèmes existants, notamment au niveau des secteurs, pour améliorer cette situation.

Pour renforcer le système de suivi évaluation des mesures doivent être entreprises telles que :

- Mise en œuvre le nouveau plan stratégique de lutte contre les MST/VIH/SIDA 2011-2015 qui intègre le système de suivi évaluation dans toute sa dimension
- Adoption des indicateurs de la réponse nationale et du manuel de suivi évaluation
- Mise en œuvre les plans d'actions 2012- 2013 couplés de plans de suivi évaluation
- Appui en matière d'évaluation de programme
- Finalisation du plan national de Suivi Evaluation
- Redynamisation du comité technique de suivi Evaluation
- Renforcement de compétences des structures impliquées

**COMITE DE REDACTION DU
RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA REPONSE AU SIDA EN MAURITANIE
2012**

COORDINATION DE LA REDACTION

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

Dr Elhadj Ould ABDELLAHI, Coordonnateur pays ONUSIDA

EQUIPE DE REDACTION

Dr Mohamed Idoumou OULD MOHAMED VALL responsable suivi/évaluation au SENLS/CNLS

Dr Niang Saidou Doro DLM,MS

Dr Barikallah OULD ELYLITIM ,médecin chef CTADr Boubacar Ould Abdoul Aziz
OMS

Dr Sidi ould zahaf UNICEF

Dr Abdarrahmane O/ Mohamedoun, UCSS

Dr Fall Zahra INRSP/MS

Mr Mohamed OULD BEDDA,coordonateur secteurs publics/SENLS

Mme Ba Waranka, coordonatrice secteur Privé-OSC/SENLS

Mme Nevissa Ba Taleb,ordonatrice secteur Education nationale

Dr Sira Ba, pharmacienne responsable GAS/SENLS

CI Dr Kane Hamedina, coordonnateur secteur Défense nationale

Mr Aliou Diop Président SOS Pairs Educateurs

Dr Coline Koog,pharmacienne Responsable GAS/CRF

Mme Fanta Touré Diop, responsable santé/CRF

Mr Melainine OULD KHALED,Président CEMA

Mr El Houssein OULD Sid'Ahmed, Président ONG Espoir et vie

Mr Mohamed Iemine 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

Formatted: French (France)