



REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE LA MAURITANIE

Honneur-fraternité-Justice

MINISTERE DE LA SANTE

Direction Générale de la Santé

Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles

Service de Lutte contre la tuberculose et la Lèpre (SLCTL)

**Service de Lutte contre le Sida, les Hépatites et les Infections sexuellement
Transmissibles (SLSHI)**

PLAN CONJOINT TB/VIH

2022-2024

Septembre 2021



L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme



**EXPERTISE
FRANCE**

Contenu

LISTE DES ABREVIATIONS	3
LISTE DES FIGURES.....	5
LISTE DES TABLEAUX	6
REMERCIEMENTS.....	7
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PLAN CONJOINT TB/VIH	8
II. PROCESSUS DE MISE A JOUR DU PLAN CONJOINT TB/VIH 2022-2024.....	9
A. Implication des parties prenantes	9
B. Les étapes du processus de la mise à jour du plan conjoint TB/VIH	9
C. Encrage du plan conjoint TB/VIH.....	10
D. Considérations générales par rapport à la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH	10
E. La stratégie mondiale pour la gestion de la co-infection TB/VIH.....	14
III. DONNEES GENERALES SUR LA MAURITANIE.....	15
A. Caractéristiques physiques	15
B. Situation démographique	15
C. Situation administrative.....	17
D. Situation politique et sécuritaire	17
E. Situation socioéconomique	17
F. Principaux indicateurs du système de santé en Mauritanie.....	18
G. Organisation du système communautaire	20
H. Structuration du système de santé.....	21
I. Les priorités sanitaires nationales	22
IV. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET L'ORGANISATION DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA ET DE LA TUBERCULOSE.....	25
A. La Tuberculose.....	25
B. Le VIH.....	29
C. La Co-infection TB/VIH.....	34
V. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CO-INFECTIION TB/VIH	35
VI. PLAN CONJOINT TB/VIH 2022-2024.....	38
A. But et objectifs du plan conjoint TB/VIH 2022-2024.....	38
B. Identification des interventions par objectif.....	39
C. CADRE LOGIQUE DU PLAN CONJOINT TB/VIH 2022-2024	45
D. BUDGET DU PLAN CONJOINT TB/VIH 2022-2024.....	55

LISTE DES ABREVIATIONS

ASS : annuaire des statistiques sanitaires

CHN : Centre Hospitalier National

CPN : consultation prénatale

CS : centre de santé

CTA : centre de traitement ambulatoire

CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose

CDV : centre de dépistage volontaire

DRAS : direction régionale à l'action sanitaire

DMH : direction de la médecine hospitalière

EDS : enquête démographique et de santé

FM : Fonds Mondial

Hakem : préfet de département

INRSP : institut national de recherche en santé publique

IO : Infection opportuniste

Moughataa : département (circonscription territoriale administrative assimilée à un district sanitaire)

NFS : numération formule sanguine complète

Nktt : Nouakchott ville (capitale politique)

NDB : Nouadhibou ville (capitale économique)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : organisation non gouvernementale

PTFs : partenaires techniques et financiers

PTME : prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : personne vivante avec le VIH-Sida

PNDS : plan national de développement sanitaire

PNLTL : Programme National de Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre

PNLS : Programme National de lutte contre le sida

PSN : plan stratégique national

PS : poste de santé

Rx P : radiographie pulmonaire SCAPP : stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée

SENLIS : Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida

SLCTL : Service de lutte contre la Tuberculose et la Lèpre

SLSHI : Service de lutte contre le Sida, les hépatites et les IST

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis

TARV : traitement Antirétroviral

TB : Tuberculose

TB/VIH : infection simultanée (co-infection) par le bacille tuberculeux et le VIH

TPBC: tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée

TPCD: tuberculose pulmonaire cliniquement diagnostiquée

TEP : tuberculose extra pulmonaire(en dehors des poumons)

TB/VIH : infection simultanée (co-infection) par le bacille tuberculeux et le VIH

UPEC : unité de prise en charge de l'infection VIH/SIDA

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VIH-positif : présence d'anticorps anti VIH

VIH-négatif : absence d'anticorps anti VIH

Wali : gouverneur ou préfet de région

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Population RIM en 2021

Figure 2 : répartition des CDT en Mauritanie /Source PNLTL

Figure 3 : Cascade de soins VIH a S1 2021

Figure 4 : Carte des structures de prise en charge de la TB et du VIH, 2021

Figure 5: Carte des structures de prise en charge de la TB et les sites Genexpert, 2021

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :Taux de notification des cas tuberculose de 2000 à 2020 (Données SLCTL)

Tableau 2 : Evolution de la prévalence de l'épidémie de VIH par sexe et par âge dans la population générale de 2010 à 2019

Tableau 3 : Personnes vivant avec le VIH (Estimations faites sur la base du Spectrum 2021)

Tableau 4 : *Cadre logique du Plan 2022-2024*

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce document était codirigé par les deux services de lutte contre la tuberculose et la lèpre (SLCTL) et le service de lutte contre le VIH, les hépatites et les IST (SLSHI) ; et dans le cadre d'un processus inclusif avec les partenaires de la lutte contre la tuberculose et contre le VIH en Mauritanie (Ministère de la santé/DLMT, MS/DMH, SENLS, CCM, la société civile, les partenaires tels que l'OMS, l'ONUSIDA, GCI).

A l'issue du travail abattu pour la mise à jour de ce plan TB/VIH, nous voulons remercier :

Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé de la République Islamique de Mauritanie pour son engagement politique fort dans la lutte manifestée par la facilitation pour la mise en train du processus de la mise à jour du plan TB/VIH.

Tous les cadres du Ministère de la Santé qui ont donné de leur temps et énergie pour la mise à jour et la finalisation de ce document.

Le ministère de la Santé remercie les partenaires pour leur soutien technique et financier. Nous sommes reconnaissants pour leur révision approfondie et critique du plan TB/VIH et pour leurs précieux commentaires.

- les consultants du DATP (Dispositif d'appui technique planifié) à travers Expertise France qui a apporté, non seulement l'expertise technique mais aussi un soutien financier pour la tenue de l'atelier de validation nationale;
- nos partenaires de la société civile et des organismes des Nations Unies dont l'OMS, l'ONUSIDA ;

Bien qu'il ne soit pas possible de mentionner toutes les personnes qui ont contribué à ce plan, nous leur adressons également nos remerciements. Pour leur disponibilité et leur soutien pendant tout le processus de la revue de l'ancien plan et d'élaboration du nouveau plan.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PLAN CONJOINT TB/VIH

Les estimations de l’OMS en 2019 attribuent à la Mauritanie une incidence estimée à 89 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants (toutes formes nouveaux et rechutes)¹. Le nombre de cas incidents au niveau de la Mauritanie est nettement au-dessous de l’estimation de l’OMS. En effet, 63% des cas attendus ont été détectés en 2018 et 62% en 2019. Les tendances montrent que plus d’un tiers de la cible attendue n’est pas encore détecté. La pandémie à COVID 19 a accentué l’écart avec la baisse de fréquentation des structures de santé. Parmi les malades tuberculeux testés pour le VIH, la proportion de malades co-infectés TB/VIH varie de 7 à 10% entre 2019 et 2020. La stratégie de réalisation du test VIH chez les patients TB n’a démarré qu’en 2019 et la disponibilité des tests n’est pas encore optimale.

La Mauritanie est un pays à faible prévalence VIH dans la population générale. Selon les estimations du Spectrum 2021 (en cours de validation par le Département de l’information stratégique d’ONUSIDA), la prévalence du VIH reste faible au sein de la population générale, (adultes âgés de 15-49 ans) et est estimée autour de 0,29% [0,1% à 0,3%], avec une dynamique de stabilité dans la population générale au cours des dix dernières années. Elle est élevée dans certains groupes, notamment les groupes les plus exposés au risque du VIH.

La pandémie due au Virus de l’Immunodéficience Humaine (VIH) représente un défi majeur pour les programmes nationaux de lutte contre la Tuberculose (TB) dans le monde mais particulièrement en Afrique. La tuberculose est une des premières causes de décès évitables chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Le nombre de personnes co-infectées par les deux maladies (TB et VIH) continue d’augmenter. Cette situation préoccupante oblige le service de lutte contre la tuberculose et le service VIH, à travailler en collaboration de manière étroite et efficace mettant au-devant de la scène les activités conjointes TB/VIH de nature à améliorer la prise en charge des patients co-infectés TB/VIH et la prévention des deux maladies.

Les activités de collaboration TB-VIH restent encore limitées en Mauritanie : Un cadre formel de concertation entre les programmes TB et VIH existe mais il est peu opérationnel. L’accès à la prise en charge VIH se limite à 6 unités pour tout le pays. Les malades sont donc suivis dans deux centres différents pour leur traitement et le principe de «one stop service » n’est pas en vigueur selon les orientations du Ministère de la santé publique sur l’intégration des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les tests de détection de l’infection à VIH sont cependant disponibles au niveau de certains centres de diagnostic et de traitement pour la tuberculose (CDTs) depuis juillet 2019 mais la réalisation est encore faible et ne dépasse pas 50%. Les unités de prise en charge VIH ne font pas le screening de la TB de manière systématique. Le traitement préventif de la tuberculose (TPT) des PVVIH est très timide et la

¹Global report OMS, profil pays 2019

prophylaxie au Cotrimoxazole est quasi absente. De même les référentiels TB/VIH élaborés ne sont pas encore réactualisés pour une application correcte des directives TB/VIH.

Le ministère de la santé à travers ses Services de Lutte contre la TB et le VIH, a élaboré en 2018 un plan conjoint TB/VIH qui couvre la période 2018-2020. Ce plan est déjà à terme et nécessite d'être mis à jour pour servir de base et guider la mise en œuvre conjointe des activités TB/VIH pour les trois (3) prochaines années. Cette mise à jour va également contribuer à améliorer la qualité des soins TB/VIH en Mauritanie.

II. PROCESSUS DE MISE A JOUR DU PLAN CONJOINT TB/VIH 2022-2024

A. Implication des parties prenantes

Le présent plan conjoint TB/VIH pour la période 2022-2024 a été rédigé avec la pleine implication de toutes les parties prenantes et les partenaires des services VIH et TB. Afin de prendre en compte leurs attentes et d'avoir leur adhésion à la mise en œuvre de ce plan, les partenaires techniques, les acteurs du domaine de la santé, les organisations à base communautaires ont été consultés et impliqués dans le processus d'élaboration du présent document.

B. Les étapes du processus de la mise à jour du plan conjoint TB/VIH

La méthodologie d'élaboration de ce Plan conjoint TB/VIH incluait:

Une phase préparatoire du processus. Elle a consisté à (i) la rédaction des termes de référence par l'équipe du DATP et du Ministère de la Santé (les deux services de lutte contre les maladies VIH et TB sous le lead de la DLMT) ; (ii) la mobilisation des experts internationaux par Expertise France dans le cadre de la mise en œuvre des activités du DATP.

L'analyse de situation a porté sur les points suivants :

- a) Réalisation des entretiens avec les différentes parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH en présentiel (MS/DLMT dont les services VIH et TB, MS/DMH, ONUSIDA, OMS, SENLS, CCM, OSC, etc.) qui prend en compte l'évaluation de la mise en œuvre du précédent plan conjoint TB/VIH;
- b) Réalisation des visites des structures de prise en charge TB et VIH (hôpitaux, CTA, CDT) ;
- c) Revue documentaire incluant, entre autres, l'analyse des données et orientations des deux PSN (VIH et TB), les documents du NFM2 et NFM3, les directives nationales de prise en charge, les publications internationales sur la co-infection TB/VIH, etc.

Le recueil de données de mise en œuvre de l'ancien plan conjoint ainsi que les interviews menés auprès des différentes structures de soutien et les bénéficiaires ont permis de ressortir les résumés sur les réalisations, les progrès, les performances, les facteurs de succès, les goulots d'étranglement. A partir de toutes les informations recueillies, les orientations et les perspectives ont été dégagées par l'équipe du ministère de la santé avec l'appui des consultants internationaux.

A l'issue des visites de terrain, il y'a eu une réunion de restitution et d'échanges avec l'équipe du Ministère de la Santé pour fixer les grandes orientations pour les prochaines années pour la lutte contre la co-infection TB/VIH.

La version provisoire du plan a été partagée avant l'atelier de validation aux principaux acteurs nationaux et partenaires techniques (OMS, ONUSIDA) pour avis et enrichissement.

L'atelier de validation a regroupé les représentants du Ministère de la Santé, des intervenants aux différents niveaux du système de santé impliqués dans la lutte contre la TB et le VIH, des partenaires des deux services, des représentants de la Société Civile et du CCM ainsi que des bénéficiaires des services et soins de santé. Les recommandations seront prises en compte dans le document final.

C. Encrage du plan conjoint TB/VIH

Les deux services de lutte contre la tuberculose et le VIH, sont appelés à mettre en œuvre des actions synergiques pour répondre aux attentes des patients co-infectés TB/VIH et qui vont bénéficier, d'une prise en charge intégrée TB/VIH au lieu d'être traités dans deux centres de prise en charge différents (CDT et CTA/UPEC) dont l'accessibilité peut poser problèmes parfois à cause de leurs emplacements géographiques.

Ce Plan Conjoint TB/VIH 2022-2024 trouve son ancrage dans les PSN des deux services (VIH et TB), le document de «Politique et Stratégie de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA» du SENLS en tenant compte des orientations du cadre stratégique de la SCAPP, du PNDS II et des directives et orientations internationales de l'OMS en la matière de lutte contre la co-infection TB/VIH.

D. Considérations générales par rapport à la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH

Il y a lieu de signaler que dans le cadre de la mise en place du plan conjoint TB/VIH, il sera impératif de penser à mettre au-devant les points ci –dessous.

1. La confidentialité en matière d'activités liées à la co-infection TB/VIH, pour assurer une prise en charge optimale, doit être le premier objectif et engagement du soignant et du service prestataire tout entier vis-à-vis du patient pour gagner sa confiance et sa soumission à se faire traiter. En effet, le personnel des centres de prise en charge a

souvent besoin d'informations précieuses mais délicates sur le patient co-infecté TB/VIH. Ces informations doivent être stockées en un lieu sûr. A titre d'illustration, les registres contenant ces informations doivent être gardés si possible dans une armoire fermée à clé et pas à la portée de tous. Le patient se confie à ce personnel mais pas aux autres. C'est là où la règle d'or du secret professionnel doit prévaloir sur toute autre considération quelle qu'elle soit.

2. En plus de la prise en charge thérapeutique des patients co-infectés TB/VIH au niveau des centres de prise en charge, la dimension psychosociale et celle nutritionnelle sont extrêmement importantes à prendre en considération et méritent toute l'attention eu égard à ce qu'elles peuvent apporter de bénéfique à ces patients qui ont besoin d'appui psychosocial et nutritionnel en règle générale.
3. Un organe de coordination (comité de coordination et de collaboration TB/VIH) des activités TB/VIH efficace sera mis en place progressivement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et périphérique).
4. Le test de dépistage du VIH doit être systématiquement proposé pour être fait à tout patient déclaré tuberculeux et présumé suite à un counseling et à un consentement éclairé. Ce test de dépistage doit être disponible au niveau des structures de prise en charge de la TB et du VIH (CDT, CTA, UPEC, Services de maladies Infectieuses).
5. La mise sous traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH (en dehors d'une TB active et les enfants de moins de 5 ans vivant sous le même toit qu'un malade tuberculeux identifié (TPBC) permet d'éviter la tuberculose maladie.
6. La mise sous TARV de patients co-infectés/VIH doit être précoce mais il y a lieu de la conduire avec beaucoup de prudence afin d'éviter les interactions possibles d'association médicamenteuses à éviter, à prévenir ou à minimiser au maximum.
7. La prophylaxie des IO chez les malades co-infectés TB/VIH à travers la mise en place d'une chimio prophylaxie au Cotrimoxazole est indiquée dans toute prise en charge TB/VIH.
8. La recherche active de la tuberculose (screening de la tuberculose, à travers la recherche des 4 signes cliniques chez les PVVIH) est l'une des stratégies très importantes à mettre au-devant en matière de co-infection TB/VIH.
9. La réalisation d'exercices de planification conjointe au niveau national entre le SLCT et le SLSHI relatives aux activités conjointes TB/VIH doit être une activité régulière dans le temps (trimestrielle/annuelle) voir même urgente quand le besoin est imminent.
10. Dans le cadre de la prise en charge des patients tuberculeux VIH positifs, l'accessibilité au suivi biologique est extrêmement importante. A travers la subvention du suivi biologique, le patient tuberculeux VIH+ peut bénéficier d'un examen de base gratuit avant sa mise sous TARV conformément à la politique de prise en charge de la co infection TB/VIH en Mauritanie.

11. Dans le cadre du renforcement des outils de diagnostic à travers la radiographie pulmonaire ou la réalisation du Test Xpert/MTB Rif au profit de patients présumés tuberculeux VIH positifs, la contractualisation avec certains hôpitaux de référence ici à Nouakchott ou à l'intérieur du pays, doit être prise en considération par le SLCTL.
12. La mise à jour, de façon concertée entre le SLCTL et le SLSHI, d'une liste standard d'indicateurs de suivi et d'évaluation dans le cadre de la co-infection TB/VIH, est impérative. Se référer au manuel de formation TB/VIH.
13. Dans le cadre de la co-infection TB/VIH, la formation/recyclage du personnel de santé au niveau des structures de prise en charge des deux programmes doit être faite de façon régulière pour avoir les compétences professionnelles nécessaires mise à jour au besoin. Pour cela, se référer au manuel de formation TB/VIH mis à jour.
14. L'élaboration/Révision/Vulgarisation des outils de collectes des données (registres au niveau des CDT, et au niveau des CTA/UPEC, carte de soins, fiches de suivi, registres de laboratoire, fiches de stock, fiches de référence, etc...) doit aussi être une activité régulière dans le temps (tous les deux ans par exemple) en concertation avec le SLSHI.
15. Les rapports trimestriels faits au niveau départemental et au niveau régional doivent être revus (annuellement) en commun accord entre le SLCTL et le SLSHI compris le volet TB/VIH.
16. L'acquisition/la gestion des produits/l'approvisionnement/des outils de renforcement du diagnostic de la tuberculose/réactifs et consommables utiles et indispensables au niveau de ces structures sanitaires où la prise en charge des cas co-infectés TB/VIH sera globale, doit aussi être une activité régulière dans le temps(trimestrielle ou semestrielle par exemple) afin d'éviter les ruptures qui pourront agir négativement sur les performances des deux programmes concernés (un plan d'acquisition, de gestion et d'approvisionnement en médicaments , réactifs et consommables, doit être régulièrement mis à jour).
17. L'acquisition et la ventilation de matériels d'information, d'éducation et de communications communes à la co-infection TB/VIH dans les services de prise en charge de la TB et du VIH doivent être réalisées dans les meilleurs délais possibles et renouvelables au besoin.
18. Veiller à lutter contre l'infection nosocomiale tuberculeuse (chez les PVVIH) dans les structures de soins et les lieux collectifs (adaptation des locaux avec ventilation parfaite, circuit des patients à l'intérieur de la structure de prise en charge).Ceci suppose des réaménagements d'espaces ou de locaux pouvant être par-ci ou par-là plus ou moins onéreux laissés à la charge de la structure sanitaire concernée ou pris en charge dans le cadre de la mise à disposition des Fonds (Fonds Mondial).
19. La mise en place de comités intégrés de supervision pour les activités TB/VIH à tous les niveaux (central et régional) s'impose, avec révision des grilles de supervision dans les

meilleurs délais possibles. La supervision du niveau central vers le niveau régional doit être semestrielle et celle du niveau régional vers le niveau périphérique doit être trimestrielle.

20. Renforcement de la collaboration avec la société civile dans le domaine de la co-infection TB/VIH.
21. En matière de référence et de contre référence, une fiche de référence et de contre référence est élaborée en concertation avec le SLSHI et diffusée à toutes les structures de prise en charge co-infection TB/VIH dans les meilleurs délais possibles. Cette fiche pourra être révisée au besoin tous les deux ans. Dans le cas où les services ne sont pas disponibles sur place pour un patient tuberculeux dépisté VIH positif ayant besoin d'une prise en charge du VIH et d'un accompagnement, la nécessité absolue de la mise.
22. La recherche opérationnelle dans le cadre de la co-infection TB/VIH reste un domaine vierge et riche à explorer d'un point de vue scientifique. La Mauritanie dispose actuellement de nouvelles institutions scientifiques dotées de moyens humains et techniques qu'il y a lieu de mettre à contribution (faculté de médecine, INRSP,...) dans ce volet de recherche opérationnelle et recherche action.
23. L'amélioration des capacités de gestion du personnel des deux programmes en charge de la co-infection TB/VIH et sur la TB est vivement demandée à travers la participation à des cours internationaux relatifs à la stratégie halte à la TB et sur la politique de lutte contre la co-infection TB/VIH.
24. L'élaboration du plan triennal relatif à la co-infection TB/VIH doit être une activité primordiale faite tous les trois ans par le SLCTL et le SLSHI (de préférence au dernier trimestre de l'année triennal qui s'écoule) en collaboration avec tous les intervenants en la matière.
25. Le financement des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH doit être suffisant et disponible faisant ainsi appel au concours souhaitable, voire indispensable de tous les intervenants potentiels (Etat, PTFs, bailleurs de fonds,..). Ainsi toutes les opportunités qui se présentent doivent être pleinement saisies qu'elles soient internationales ou nationales.
26. Le suivi/Evaluation des activités conjointes TB/VIH est essentiel et mérite d'être pris en considération pour être réalisé tout le long de la période de mise en œuvre pour ajuster et réajuster au besoin en vue de l'atteinte des objectifs fixés. L'unité de suivi /évaluation doit avoir les compétences nécessaires et les moyens financiers pour mener à bien ses missions.
27. En plus du suivi/évaluation, il est parfois utile de mener des enquêtes ponctuelles permettant d'apporter des éléments de réponses à des questionnements que l'on peut se poser tout le long du processus de mise en œuvre; ce qui enrichit davantage le processus de suivi/évaluation pour une plus grande globalité.

E. La stratégie mondiale pour la gestion de la co-infection TB/VIH

L'OMS recommande pour la lutte contre ces deux maladies : (A) la mise en place et le renforcement des mécanismes de coordination et de concertation entre les programmes nationaux de lutte contre les deux maladies pour la prestation de services intégrés TB et VIH complets et de qualité au même moment ; (B) la réduction de la charge de la TB chez les PVVIH et la mise en route le plus tôt possible du traitement antirétroviral (TARV) ;(C) la réduction de la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux. La nécessité d'assurer une continuité et une disponibilité des soins.

Tableau 1. Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées
A. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH
A.1 Créer et renforcer un organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant à tous les niveaux
A.2 Déterminer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
A.3 Planifier conjointement l'intégration des services tuberculose et VIH
A.4 Suivre et évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH
B. Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et commencer rapidement le traitement antirétroviral (les « trois I » de la lutte contre le VIH et la tuberculose)
B.1 Intensifier le dépistage des cas et assurer un traitement antituberculeux de haute qualité
B.2 Prévenir la tuberculose par l'isoniazide et le commencement rapide du traitement antirétroviral
B.3 Lutter contre la transmission de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs
C. Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux
C.1 Assurer le dépistage du VIH et des services de conseil aux patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux
C.2 Mettre en place les méthodes de prévention du VIH auprès des patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux
C.3 Dispenser le traitement préventif au cotrimoxazole aux patients tuberculeux vivant avec le VIH
C.4 Mettre en place les prophylaxies et dispenser traitement et soins aux patients tuberculeux vivant avec le VIH
C.5 Dispenser le traitement antirétroviral aux patients tuberculeux vivant avec le VIH

Source : Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (1).

III. DONNEES GENERALES SUR LA MAURITANIE

A. Caractéristiques physiques

La Mauritanie est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Sa superficie est de 1 030 700 km². Elle possède des frontières avec l'Algérie (463 km) et le territoire du Sahara occidental (1 561 km) au nord, le Mali (2 237 km) à l'est et au sud-est, enfin le Sénégal au sud-ouest. Le climat de la Mauritanie est globalement de type saharien, très sec, avec des températures très élevées en été (45° à 47°C) mais plus basses en hiver, en particulier la nuit. Sur le littoral le climat est beaucoup plus agréable grâce à l'influence de l'Océan et des alizés. Dans le Sud le climat est de type sahélien plus humide et il devient difficile voire impossible de circuler en juillet–août–septembre à cause des pluies. Pays essentiellement désertique, la Mauritanie ne dispose que de 0,5 % de terres arables. Le « Schéma national d'aménagement du territoire » découpe la Mauritanie en 4 grands espaces d'activité :

- Le Nord, zone désertique où se trouvent les mines de fer de Zouerate et de F'derick et le port de Nouadhibou (port minéralier et de pêche industrielle) avec une population d'ouvriers (hommes) pour la plupart migrante.
- Le Sud, espace agricole le long du fleuve Sénégal, en cours d'aménagement avec l'appui de l'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal, cette zone est caractérisée par l'enclavement saisonnier et le déplacement des agriculteurs sur les sites d'exploitation.
- Le Centre et l'Est, espace agropastoral extensif qui se vide de plus en plus de sa population suite aux sécheresses répétitives,
- Nouakchott la capitale qui regroupe près de 28,7 % de la population et ne cesse de s'étendre avec des zones périphériques très pauvres et de forte promiscuité.

Les principales voies de communication sont terrestres, aériennes et maritimes. Le réseau routier est peu dense et souvent en mauvais état et présente 5 grands axes principaux : l'axe routier Ouest-Est « la route de l'espoir » ; l'axe allant vers le Sénégal, l'axe Nord-Sud (de Nouakchott vers Atar) ; l'axe Nord reliant Nouakchott à Nouadhibou et l'axe Nouakchott-Kaédi. Ce réseau routier se compose de 2265 km de routes bitumées et de 6190 km de pistes. Les distances entre les agglomérations sont souvent très grandes.

B. Situation démographique

La population mauritanienne est composée de Maures, de Peuls, de Soninkés et de Wolofs. Le Sahara mauritanien couvre la majorité du pays, la vie y est par conséquent difficile. Les

régions les plus fortement peuplées se situent au sud du pays, plus particulièrement les régions du Gorgol et du Guidimakha.

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) effectué entre mars et juin 2013, l'effectif de la population légale en Mauritanie a atteint le nombre de 3.387.886 habitants parmi lesquels 50,7% de femmes et 49,3% d'hommes. La population actuelle de la Mauritanie en 2021 est estimée à 4.271.197 personnes au milieu de l'année selon les données de l'ONU, dont 56,1% est urbaine (2.540.632 personnes).

La ville de Nouakchott abrite 27% de la population totale. La moitié de la population est âgée de moins de 20 ans. Le taux d'accroissement de la population quant à lui se situe à 2,77% accompagné d'une forte urbanisation causée par la dégradation des moyens d'existence des populations en milieu rural. En effet, cet important mouvement de population a porté la population citadine d'environ 5% lors de l'indépendance en 1960, à près de 70% aujourd'hui, avec une concentration à Nouakchott, la capitale, qui totalise près du tiers de la population. Le nombre des femmes en âge de procréer est estimé à 785 204 femmes représentant 22,2 % de la population totale (RGPH 2013). La situation sanitaire n'est pas satisfaisante au regard du niveau des principaux indicateurs présentés dans le profil sanitaire de la Mauritanie.

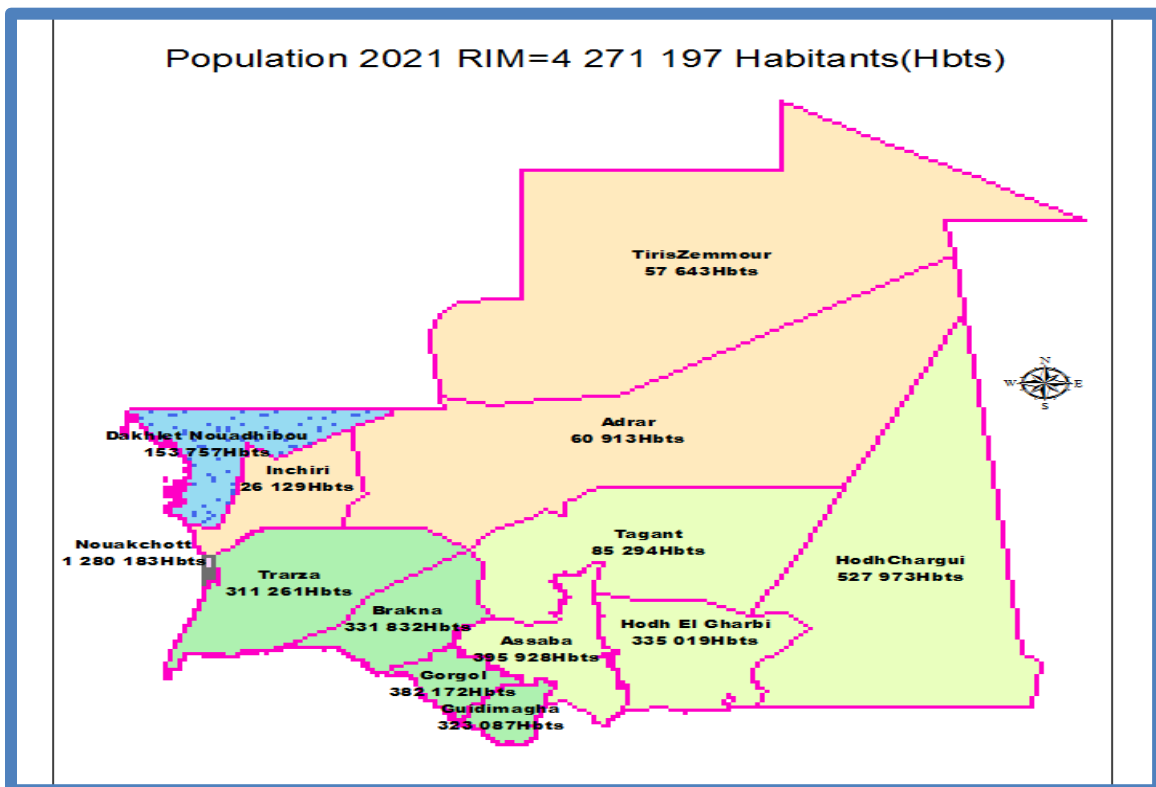


Figure 1: Population RIM en 2021 **Figure 1** **Figure 2**

C. Situation administrative

Sur le plan administratif, la Mauritanie est découpée en 15 régions (ou wilayas) ; elles même découpées en 57 départements (ou Moughataa) découpés en 211 communes. La ville de Nouakchott est subdivisée depuis 2014 en 3 Wilayas (Nouakchott-Nord, Nouakchott-Ouest, Nouakchott-Sud) comptant chacune 3 Moughataa.

D. Situation politique et sécuritaire

La communauté internationale a salué la transition pacifique et démocratique réalisée par la Mauritanie lors des dernières élections présidentielles. Le pays a subi de nombreuses attaques terroristes entre 2005 et 2007 mais n'a connu aucun incident sécuritaire significatif au cours des dix dernières années. La Mauritanie est active dans la sécurité collective en Afrique, notamment par le biais de ses Casques bleus en République centrafricaine et son rôle au sein du G5 Sahel créé en 2014 avec le Mali, le Niger, le Tchad et le Burkina Faso. En Afrique subsaharienne, la Mauritanie reste liée par un accord d'association à la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), qu'elle a quittée en décembre 1999. Elle participe à des organisations ad hoc comme l'Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS), la Grande Muraille verte, dont elle héberge l'agence panafricaine, ou le Comité permanent inter-États de lutte contre la sécheresse dans le Sahel.

La Mauritanie a adhéré à la Ligue arabe en novembre 1973 et a participé à la création de l'Union du Maghreb arabe en février 1989. La Mauritanie participe aussi aux instances euro-méditerranéennes.

E. Situation socioéconomique

La Mauritanie est classée parmi les pays à revenu intermédiaire (classe inférieure). La croissance économique a considérablement augmenté, de 3,6 % en 2018 à 6,3 % en 2019, sous l'effet du boom minier qui a été soutenu par une croissance modérée des secteurs non extractifs.

L'inflation a diminué de 3 % en 2018 à 2,3 % en 2019, en raison d'une décélération de la croissance des prix internationaux du blé. Sur le plan des finances publiques, le gouvernement a maintenu un excédent budgétaire (hors dons) pour la deuxième année consécutive, atteignant 0,6 % du PIB en 2019. Cette solide position budgétaire et la croissance accélérée ont réduit le ratio de la dette sur PIB (hors dette du Koweït) de 82,5 % du PIB en 2018 à 76,4 % en 2019.

F. Principaux indicateurs du système de santé en Mauritanie

Les principaux indicateurs socio-sanitaires figurant dans le tableau ci-dessous sont issus de différentes sources incluant la récente EDS 2019-2020.

Indicateurs	Données	Année	Source
Population totale (et projection, 2017)	4 077 347	2019	ONS 2019
Espérance de vie à la naissance	60,3 ans (générale) 58,3 ans (hommes) 61,8 ans (femmes)	2013	RGPH 2013
Dépenses totales de santé en % du produit intérieur brut (2015)	5%	2015	CNS 2015
Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses totales des administrations publiques	6%	2015	CNS 2015
Dépenses privées en santé en % des dépenses totales de santé	42%	2015	CNS 2015
% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté	31%	2015	CNS 2015
Rang de l'IDH sur 185 pays (2016)	157 ^{ème} rang		
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant eu des soins prénatals d'un prestataire de santé qualifié	83% chez les < 34 ans 76% chez les ≥ 35 ans	2019	EDS 2019
Pourcentage ayant effectué 4 visites prénatales ou plus	33,5% 38,9% 33,5%	2019	EDS 2019
Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié	64,7% 62,9% 59,1%	2019	EDS 2019
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0)	30 à 85 pour 10.000	2019	EDS 2019
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	29 (les deux sexes)	2015	MICS 2015
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans	115 (les deux sexes)	2013	RGPH
Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	582	2013	RGPH
Pourcentage de femmes de 15-49	31% < 20 ans	2019	EDS 2019

Indicateurs	Données	Année	Source
ans actuellement mariées ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale	31 à 37% entre 20 et 44 ans 23,6% chez les > 45 ans		
Prévalence contraceptive moderne	8% chez les 15-19 ans 10% entre 25 et 39 ans 4% chez les 45-49 ans	2019	EDS 2019
Pourcentage de femmes de 15- 19 ans ayant déjà commencé leur vie procréative	36,4% à 19 ans 12,1% à 16 ans	2019	EDS 2019
Indice synthétique de fécondité global (ISF)	4,3	2013	RGPH
ISF en régions (15-49 ans)	4,2 à 6,5 selon les Wilayas	2019	EDS 2019
Vaccination des enfants	42 % des 12-23 mois ont reçu tous les vaccins de base <1% n'ont reçu aucun vaccin. 20 % ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge	2019	EDS 2019
Malnutrition chronique infantile	moins de 6 mois (14 %) 38 % des enfants 18-23 mois	2019	EDS 2019
Anémie des enfants	90% des 12-17 et 18-23 mois 67% des 48-59 mois	2019	EDS 2019
Anémie des femmes	66% des 15-19 ans à 52% des 40-49 ans	2019	EDS 2019
Paludisme	0 à 31,7% d'utilisation des MII par les enfants < 5 ans selon la wilaya 0 à 41,1% d'utilisation des MII par les FE selon la wilaya FE ayant reçu au moins 3 doses de TPI de 0,1% à 30% selon la wilaya	2019	EDS 2019
VIH-SIDA	Taux de prévalence - Pop générale : 0.29% Hommes ayant des rapports sexuels avec	2021	PSN VIH 2022-2026

Indicateurs	Données	Année	Source
	d'autres hommes (HSH) : 23,4% Professionnelles du sexe (PS):: 9% Population carcérale : 2,88%		
Tuberculose	Incidence TB: 89/100000	2019	PSN TB 2021-2025
Hépatite B	4,3% population générale	2019	EDS 2019
Handicap	1,4% à 9% des femmes et 2,1% à 7,5% des hommes ont beaucoup de difficultés ou ne peuvent pas fonctionner dans au moins un domaine (vue, ouïe, communication, fonctions cognitives, marche et autonomie pour se laver ou s'habiller)	2019	EDS 2019
Excision	65 % parmi celles de 15-19 ans 78 % parmi celles de 40-49 ans	2019	EDS 2019

G. Organisation du système communautaire

Le Ministère de la Santé a adopté une stratégie nationale de santé communautaire qui détermine les modalités de l'offre des soins par des agents communautaires dans les petites localités éloignées et non couvertes par les structures de santé conventionnelles.

Ainsi deux types d'agents communautaires ont été retenus à savoir : i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) identifié par sa communauté pour délivrer des soins essentiels et orienter les cas vers cette structure appelée Unité de Santé de Base (USB). ii) Le Relais Communautaire (RC) qui lui ne délivre pas de soins et se limite à la promotion de la santé en général et des pratiques familiales essentielles à la survie de la mère et de l'enfant en particulier. En termes de couverture des agents de santé communautaire selon les normes, le taux de couverture national actuellement est de 59% soit 500 ASC. Les régions les plus couvertes sont : le Guidimakha, l'Assaba et le Hodh-Chargui.

Il est à signaler la très faible implication des organisations à base communautaire et de la société civile dans la stratégie de riposte nationale à la tuberculose. L'ensemble des activités de santé communautaires restent focalisées sur les agents de santé communautaires et les relais communautaires. Cette faible implication limite de fait la performance du programme et va à l'encontre du deuxième principe de la stratégie End TB et de ceux de la Déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose qui stipulent que les personnes atteintes de tuberculose ont besoin de soins et d'un soutien intégré, y compris de la part de la communauté.

H. Structuration du système de santé

Le système de santé en Mauritanie est de **type pyramidal**, avec trois niveaux de prestations et de pilotage. Le niveau de prestations comprend trois niveaux que sont :

- le **niveau opérationnel ou périphérique** où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé. En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) sont installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km).
- le **niveau intermédiaire** comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de Moughataas :
 - o Les hôpitaux de Moughataa
 - o Les hôpitaux régionaux
 - o Les centres hospitaliers régionaux,
- le **niveau tertiaire** qui représente la référence au niveau national comprend les hôpitaux généraux et les hôpitaux spécialisés.

A côté de la pyramide de soins, existe **la pyramide administrative** avec :

- **au niveau central** : les entités centrales du Ministère de la santé à savoir les directions, services, divisions assurant le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire.
- **au niveau intermédiaire** : les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), avec les équipes régionales assurant la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel.
- **Au niveau opérationnel** : les circonscriptions sanitaires de Moughataas avec les équipes cadres de Moughataas assurant l'action au quotidien et mettant en œuvre les programmes de santé.

Une nouvelle dynamique et la volonté politique affichée pour le secteur a conduit à beaucoup de réformes pour l'amélioration de sa gouvernance et des services de santé de base en mettant l'accent sur l'approche axée sur les résultats.

I. Les priorités sanitaires nationales

A cause de la recrudescence de la pandémie de COVID 19, l'enquête EDSM 2019/2020 n'est pas encore finalisée pour renseigner tous les indicateurs mais certains ont été estimés sur la base des données antérieures.

➤ La COVID 19

Dès la fin de l'année 2019, le monde est confronté à une nouvelle crise sanitaire sans précédent. Il s'agit d'une épidémie à Coronavirus qui a débuté en Chine, dans la ville de Wuhan, province de Hubei, où l'agent pathogène a été identifié le 7 janvier 2020. Cette pandémie au COVID-19, en terme de gravité, d'ampleur et de vulnérabilité dépasse de loin celle de la peste, du choléra, de la grippe espagnole, du VIH, du SRAS et du virus Ebola.

L'Afrique n'a pas été épargnée et a connu son premier cas de COVID-19 le 15 février 2020. La COVID 19 a secoué les systèmes de santé et suscité des réflexions sur la résilience des systèmes de santé. Ces derniers ont été mis à rude épreuve et ont fait face au choc en mettant en œuvre une approche multisectorielle, pluridisciplinaire sous le haut leadership des Gouvernements.

La Mauritanie a enregistré un premier cas de COVID-19 le 13 mars 2020. Depuis, le Pays a eu à enregistré plusieurs cas touchant toutes les régions. A la date du 7 Mars 2021, 17309 cas COVID 19 sont déclarés avec 442 décès et 16656 guéris.

➤ La nutrition

L'état nutritionnel des enfants s'est amélioré durant la période 2017 – 2020. En effet, la proportion d'enfants qui bénéficient d'une alimentation minimale acceptable a légèrement évolué passant de 14,5% en 2015 à 17,8% à 2019. Cependant, il existe des disparités au sein des wilayas, sur 15 wilayas, 10 d'entre elles soit 66%, ont enregistré une baisse de la proportion d'enfants bénéficiant d'une alimentation minimale acceptable entre 2018 et 2019 selon les données du SNIS.²

➤ La mortalité maternelle

La mortalité maternelle était estimée à 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Recensement des populations 2013 ONS). Ce taux anormalement élevé serait dû à une faible accessibilité des soins maternels essentiels, en particulier à la césarienne. En 2020, le ratio de mortalité maternelle de base est estimé à 334 décès pour 100 000 naissances vivantes. Cette tendance en baisse s'explique par le programme de redynamisation des hôpitaux régionaux et entamé, des expériences (i) de forfait obstétrical, (ii) de mutualisation et (iii) de prise en charge des indigents qui devraient garantir une accessibilité financière de ces services.

² SNIS 2019

➤ **La planification familiale**

Selon les données du SNIS de 2019, le pourcentage de femmes de 15 – 49 ans actuellement mariées qui utilisent une méthode de contraception (traditionnelle ou moderne) est de 13,3%, pour une cible attendue du PNDS de 25%. Les contraintes socioculturelles, les difficultés d'accès aux formations sanitaires offrant la PF et l'absence de mécanisme d'approvisionnement au dernier kilomètre constituent des limites à l'utilisation des contraceptifs.

➤ **La mortalité infanto-juvénile**

Pour ce qui est de la mortalité infanto juvénile, cet indicateur est passé de 122/1000 en 2007 à 54/1000 en 2015(enquête MICS 2015). Les principales causes de la mortalité infanto juvénile sont (i) les IRA, (ii) les diarrhées, (iii) le paludisme, (iv) la malnutrition et (v) les épidémies de rougeole. En considérant l'écart, la tendance baissière du taux de mortalité infanto juvénile se poursuit avec une réduction de 7,6 points par an soit 16/1000 en 2020.

➤ **Le Paludisme**

Il représente la 1ère cause de décès dans les 8 wilayas endémiques où il est responsable de 60% des motifs d'hospitalisation ». En réponse, le département de la santé a adopté et commencé la mise en œuvre d'un plan stratégique national ayant pour stratégies de base (i) l'utilisation de moustiquaires imprégnées, (ii) le traitement précoce et efficace des cas et (iii) l'amélioration de l'hygiène du milieu.

➤ **La Tuberculose**

Selon l'estimation de l'OMS 2019, l'incidence de la tuberculose est de 89 pour cent mille en 2019, ce qui constitue un problème de santé publique, c'est à ce titre que le département de la santé en a fait une priorité.

➤ **Les Infections Sexuellement Transmissibles**

Du fait du tabou culturel autour des IST, les données relatives à ces pathologies restent insignifiantes et/ou peu fiables. La prévalence des IST à l'exclusion du VIH et des hépatites se situe chez les 15-49 ans à 9%. Malgré le manque de données, le taux de détection des IST serait très bas et une faible proportion de ces IST consulte un agent de santé.

➤ **Les Hépatites**

Les hépatites en général, et les hépatites virales en particulier, connaissent une recrudescence inquiétante. En effet, des études menées sur les donneurs de sang estiment à plus de 23 % la prévalence de l'hépatite B, et les cirrhoses hépatiques constituent une importante cause d'hospitalisation et de décès dans les services hospitaliers.

➤ Le VIH/SIDA

Selon les estimations du Spectrum 2021, la prévalence du VIH est faible au sein de la population générale (adultes âgés de 15-49 ans) et est estimée autour de 0,29% (0,1% à 0,3%), avec une dynamique de stabilité au cours des dix dernières années. Elle est élevée dans certains groupes, notamment les groupes les plus exposés au risque du VIH. La prévalence du VIH est estimée à 9% chez les PS (10,3% à Nouakchott, 2,9% à Nouadhibou et 1,1% à Rosso), et 23,4% chez les HSH (24,9% à Nouakchott, 4,7% à Nouadhibou et 3,7% à Rosso) (IBBS 2019). Au sein des populations en contexte de vulnérabilité, l'IBBS réalisée en 2014 a estimé à 2,88% la prévalence du VIH chez les détenus, contre 1,17% chez les routiers et 0,38% chez les pêcheurs. Le nombre de PVVIH est estimé à 8700 en 2021 (6870 - 11130) avec 4200 femmes et 4490 hommes pour la population totale (Estimations Spectrum 2021 calculées sur la base des données de 2020). La file active des personnes vivant avec le VIH régulièrement suivies dans les 8 sites de prise en charge (PEC) de l'infection à VIH du pays s'élevait à 3496 au 31/12/2020 (Rapport de supervision DMT/SLVIH, 2020). Cette file active représentait 37% des 9.398 PVVIH inscrits dans ces sites depuis leur création en 2004 (Rapport de supervision DMT/SLVIH, 2020). Le CTA de Nouakchott gère le plus grand nombre des PVVIH du pays (83%). Les sites de Kiffa, Kaédi et Nouadhibou abritent des files actives d'environ 500 PVVIH chacun.

IV. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET L'ORGANISATION DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA ET DE LA TUBERCULOSE

A. La Tuberculose

➤ Données sur la tuberculose en Mauritanie

Les données de notification de la tuberculose sur 20 ans indiquent une constante baisse des taux pour 100 000 habitants avec un maximum en 2001 et un minimum entre 2015-2020. On peut remarquer que la baisse est plus significative pour les tuberculoses toutes formes confondues que pour les tuberculoses confirmées bactériologiquement. Il est important de noter aussi que la baisse de la notification peut être la conséquence d'une baisse des activités de dépistage comme celle d'une réduction de l'incidence dans la population.

Tableau 1 :Taux de notification des cas tuberculose de 2000 à 2020 (Données SLCTL)

Année	Nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmée (TPBC)	Total toutes formes tuberculose	Population	Taux de notification des TPBC/100000 habts	Taux de notification toutes formes/100.000 habt
2000.	1769	3269	2 548 157	69,4	128,3
2001.	2036	3521	2 614 409	77,9	134,7
2002.	1941	3411	2 682 383	72,4	127,2
2003.	1819	3533	2 752 125	66,1	128,4
2004.	1662	3326	2 823 680	58,9	117,8
2005.	1761	3306	2 897 096	60,8	114,1
2006.	1733	3404	2 972 421	58,3	114,5
2007.	1714	3025	3 049 704	56,2	99,2
2008.	1605	2726	3 128 996	51,3	87,1
2009.	1579	2679	3 210 350	49,2	83,4
2010.	1361	2298	3 290 608	41,4	69,8
2011.	1386	2293	3 372 873	41,6	68
2012.	1540	2566	3 457 195	44,5	74,2
2013.	1334	2155	3 537 368	37,7	61
2014.	1315	2356	3 637 185	36,2	64,8
2015.	1222	2190	3 720 125	32,8	58,9
2016.	1298	2495	3 805 659	34	65,5
2017.	1292	2458	3 893 775	33	63
2018.	1243	2430	3 984 233	31	61
2019.	1305	2569	4 077 347	32	62,4
2020.	1257	2372	4 173 077	30	57

Résultats de traitement pour la tuberculose : En 2010, des efforts ont été faits mais le taux de succès est resté en dessous de 70%. Le succès de traitement a baissé à 57% en 2011 avec l'arrêt brusque du financement du Fonds Mondial qui n'a pas permis de réaliser les activités, en particulier le suivi et la supervision. Depuis 2013, avec la reprise des activités liées au financement du Fonds Mondial, le taux de succès est passé à 70%. Les résultats de traitement sont restés en dessous de la cible fixée de 85% jusqu'en 2016. Depuis 2017, les résultats se sont améliorés avec 77% de succès de traitement. En 2018 et 2019, le taux de succès a atteint le niveau de 80% mais il reste en dessous des objectifs de 90%.

Décès liés à la tuberculose : En l'absence de système d'enregistrement des causes de décès, la mortalité TB ne peut pas être mesurée directement. Selon l'OMS, le taux de mortalité est estimé, à 16 pour 100000 habitants en 2019.

➤ **Organisation des structures de lutte contre la tuberculose**

Le SLCTL abrite un programme prioritaire du ministère de la santé. Il est hiérarchiquement rattaché à la direction de la lutte contre les maladies transmissibles. Il comprend 2 divisions techniques qui sont respectivement la division du suivi de la gestion des approvisionnements et des stocks des intrants ainsi que la division de la coordination des acteurs intervenant dans la lutte contre la tuberculose et la lèpre. L'organisation de la lutte est calquée sur la pyramide sanitaire et comprend trois (3) niveaux :

Le niveau central : Service national de lutte contre la tuberculose et la lèpre dirigé par le chef de service de lutte contre la tuberculose et la lèpre. Ses missions sont les suivantes :

<ul style="list-style-type: none"> - Piloter l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre la TB et la lèpre et appuyer les plans opérationnels y afférents ; - Définir les normes et procédures en matière de lutte contre la tuberculose et la lèpre ; - Normaliser et accompagner le renforcement de compétences des différents acteurs, gouvernementaux, non gouvernementaux intervenant dans la lutte contre la TB et la lèpre en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer le suivi et la supervision de l'ensemble des activités et des services de lutte contre la tuberculose et la lèpre y compris le suivi de la gestion des approvisionnements et des stocks des intrants essentiels à la lutte contre la tuberculose et la lèpre ; - Assurer la surveillance et le suivi de la situation de la lutte contre tuberculose en étroite collaboration avec la direction de l'information stratégique et de la surveillance épidémiologique et du service de l'information sanitaire ; - Assurer la coordination des acteurs intervenant la lutte contre la tuberculose et la lèpre.
---	--

Le niveau intermédiaire : Il est dirigé par un directeur régional à l'action sanitaire avec sous sa responsabilité un point focal régional TB.

Le niveau périphérique : Chargé de la mise en œuvre des activités de la lutte antituberculeuse au niveau opérationnel. Il comprend le médecin chef de la Moughataa, un infirmier responsable du CDT et un bacilloscopiste. La confirmation du diagnostic des cas de tuberculose est basée sur l'examen microscopique des crachats des sujets présumés tuberculeux. Le diagnostic est effectué dans les laboratoires des 58 CDT. La grande majorité des CDT sont logés dans les centres de santé (52), les 6 restants se trouvent dans les hôpitaux des 6 Régions (Brakna, Gorgol, Adrar, TirisZemour, Guidimakha, Nouadhibou). Les interventions de lutte contre la TB sont menées dans toutes les régions sanitaires mais on observe une disparité dans la notification selon les localités en Mauritanie. Les Wilayas de Nouakchott détectent plus que les autres en raison de son statut de capitale de pays avec des fortes agglomérations. La détection est faible dans certaines régions. La région de l'Inchiri dispose d'un Centre de Diagnostic et de traitement (CDT) peu fonctionnel et notifiant peu de cas. Cette disparité de cas ne semble pas être liée aux phénomènes socioéconomiques mais plus à une disparité dans la couverture diagnostique (démographie, faible plateau technique, manque de formation du personnel, faible sensibilisation des populations, faible motivation.....).

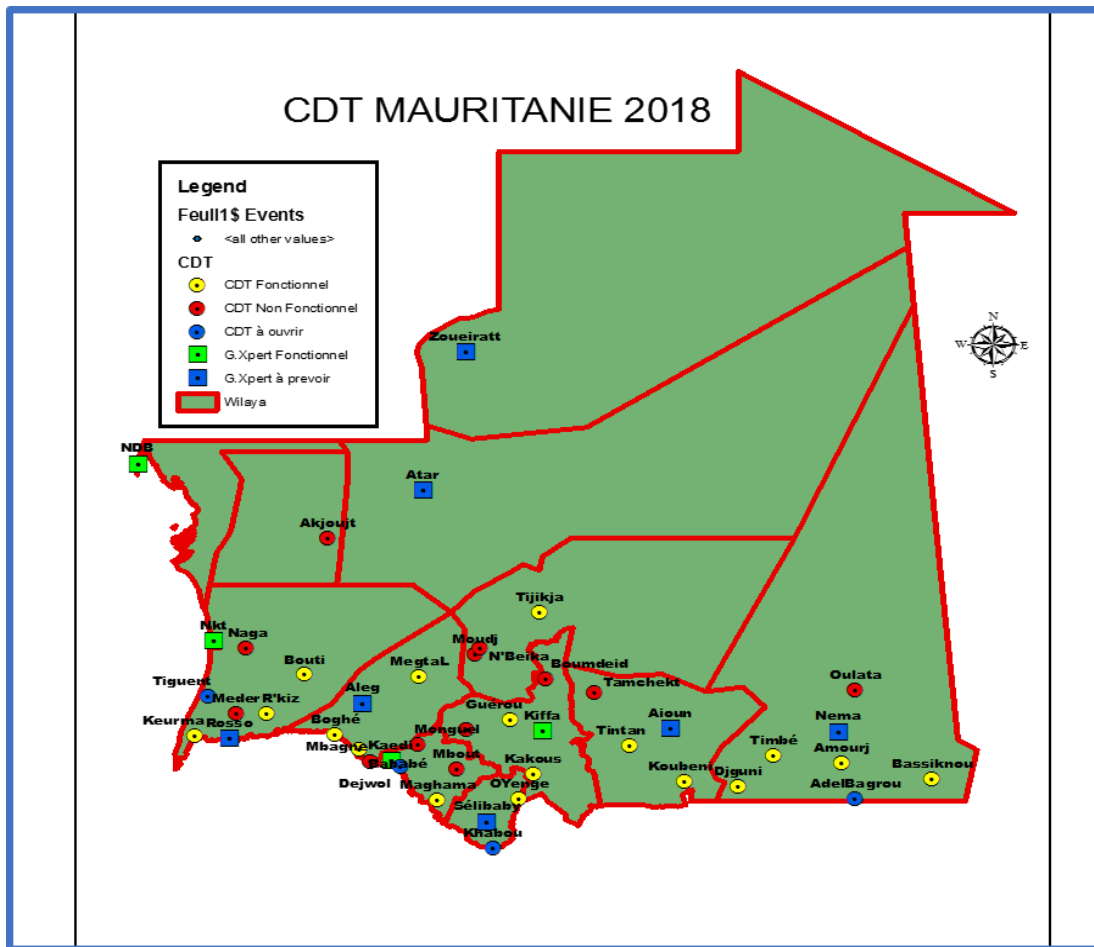


Figure 2: Répartition des CDT en Mauritanie /Source PNLTL

B. Le VIH

➤ Données sur le VIH en Mauritanie

Selon les estimations du Spectrum 2021 (en cours de validation par le Département de l'information stratégique d'ONUSIDA³), la prévalence du VIH reste faible au sein de la population générale, (adultes âgés de 15-49 ans) et est estimée autour de 0,29% (0,1% à 0,3%), avec une dynamique de stabilité dans la population générale au cours des dix dernières années, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Evolution de la prévalence de l'épidémie de VIH par sexe et par âge dans la population générale de 2010 à 2019

Année	PRÉVALENCE ESTIMÉE DU VIH (%)								
	(Femmes, âgées 15–49)			(Hommes, âgés 15–49)			(Adultes, âgés 15–49)		
	Estimation	Basse	Haute	Estimation	Basse	Haute	Estimation	Basse	Haute
2010	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4
2011	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4
2012	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4
2013	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4
2014	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4
2015	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
2016	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
2017	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3
2018	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3
2019	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3

Ces taux de prévalence sont élevés dans certains groupes, notamment les groupes les plus exposés au risque du VIH. La prévalence du VIH est estimée à 9% chez les PS (10,3% à Nouakchott, 2,9% à Nouadhibou et 1,1% à Rosso), et 23,4% chez les HSH (24,9% à Nouakchott, 4,7% à Nouadhibou et 3,7% à Rosso)⁴. Au sein des populations en contexte de vulnérabilité, l'IBBS réalisée en 2014 a estimé à 2,88% la prévalence du VIH chez les détenus, contre 1,17% chez les routiers et 0,38% chez les pêcheurs.

³ Copies d'échanges d'emails entre le Chargé de suivi-évaluation du SENLS et le Département de l'information stratégique d'ONUSIDA

⁴IBBS 2019

Le nombre de PVVIH est estimé à 8700 en 2021 (6870 - 11130) avec 4200 femmes et 4490 hommes pour la population totale comme indiqué dans le tableau ci-dessous⁵.

La file active des personnes vivant avec le VIH régulièrement suivies dans les 8 sites de prise en charge (PEC) de l'infection à VIH du pays s'élevait à 3496 au 31/12/2020 (Rapport de supervision DMT/SLVIH, 2020). Cette file active représentait 37% des 9.398 PVVIH inscrits dans ces sites depuis leur création en 2004 (Rapport de supervision DMT/SLVIH, 2020). Le CTA de Nouakchott gère le plus grand nombre des PVVIH du pays (83%). Les sites de Kiffa, Kaédi et Nouadhibou abritent des files actives d'environ 500 PVVIH chacun.

Tableau 3 : Personnes vivant avec le VIH (Estimations faites sur la base du Spectrum 2021)

Population VIH+ (Milliers) - (Hommes Femmes)			
	Spectrum Mauritanie_2021	Borne inférieure	Borne supérieure
2010	9220	8140	10460
2011	9210	8090	10430
2012	9170	8000	10510
2013	9080	7880	10600
2014	8960	7700	10610
2015	8880	7540	10540
2016	8810	7430	10570
2017	8750	7290	10690
2018	8720	7160	10850
2019	8690	7050	10980
2020	8690	6980	11050
2021	8700	6870	11130
2022	8700	6760	11150
2023	8700	6710	11270
2024	8680	6640	11340
2025	8660	6590	11400

Décès liés au sida : En 2019, 434 personnes sont décédées contre 411 en 2020 et 335 en 2021. En 2021 192 hommes et 143 femmes résultant probablement d'un recours tardif au dépistage et aux soins en dépit de l'utilisation des ARV, ce qui dénote d'un diagnostic tardif et, par conséquent, d'une mise sous traitement également tardive. A cela s'ajoutent des difficultés liées au diagnostic et à la prise en charge des infections opportunistes.

⁵Estimations Spectrum 2021 calculées sur la base des données de 2020

➤ Organisation des structures de lutte contre le VIH

En termes de riposte à l'épidémie de VIH/SIDA, à l'instar de la communauté internationale, la Mauritanie s'est lancée très tôt dans la lutte contre le VIH/SIDA (le premier cas étant découvert en 1987) avec la mise en place du Comité national de Lutte contre VIH/SIDA (organe politique d'orientation et de décision) disposant d'un organe d'exécution appelé le SENLS. Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, qui préconisent la multisectorialité et la décentralisation de la réponse sur le terrain, constitue le cadre de référence et de détermination des objectifs nationaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Concernant la prise en charge du VIH, le dépistage constitue l'activité essentielle et la porte d'entrée incontournable. Il existe une vingtaine de CDV répartis sur le territoire, un CTA à Nouakchott (qui draine le plus grand nombre de PVVIH), 6UPEC (Nouadibou, Kaédi, Kiffa, Zouerate, Néma et Rosso non fonctionnel).

La répartition des CTA/UPEC en Mauritanie montre que le pays est largement non couvert en matière de prise en charge des PVVIH.

Les résultats programmatiques montrent que la cascade sur le continuum de soins VIH montre 42% de performance de PVVIH connaissant leur statut VIH6. La mise sous ARV est à 94% tandis que la suppression virale est à 9% avec seulement 346 Charges virales (CV) réalisées au CTA de NKTT en 2020. La suppression virale sur les CV réalisées est de 91% (315/346), voir figure ci-dessous

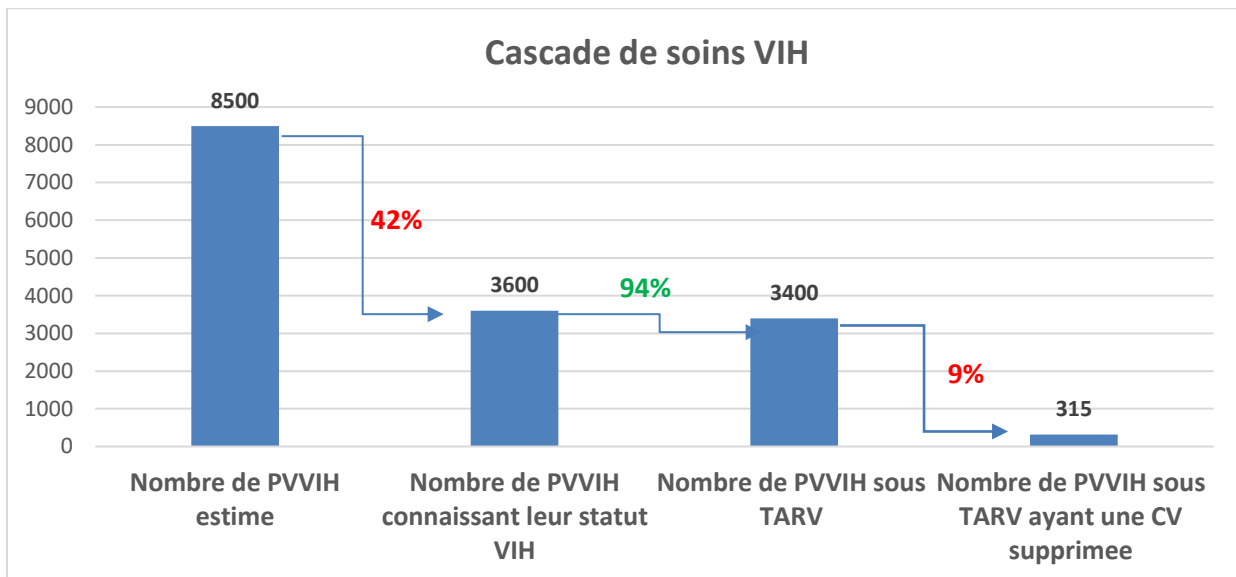


Figure 3 : Cascade de soins VIH à S1 2021

⁶ Rapport supervision S1 2021

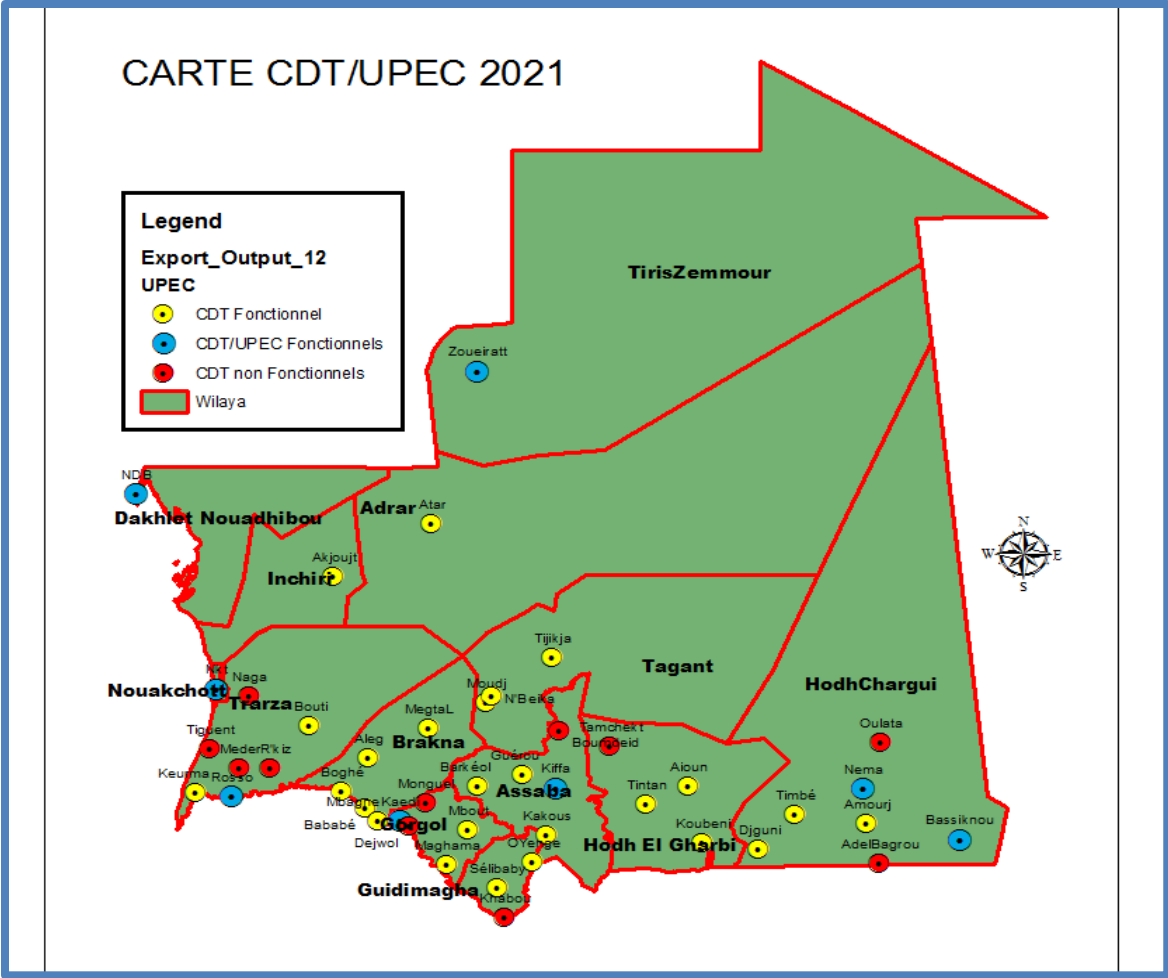


Figure 4: Carte des structures de prise en charge de la TB et du VIH, 2021

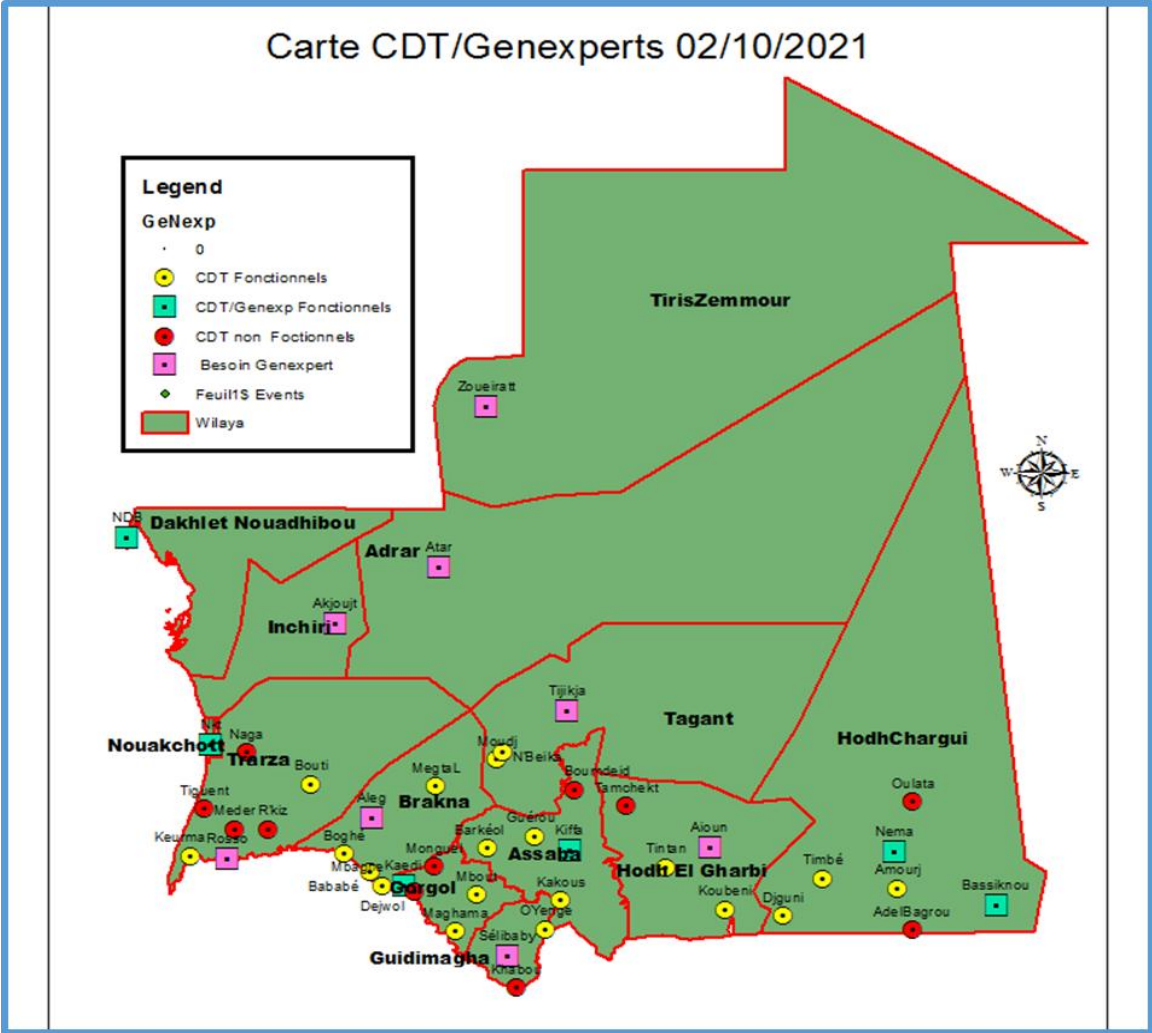


Figure 5: Carte des structures de prise en charge de la TB et les sites Genexpert, 2021

C. La Co-infection TB/VIH

➤ **Données sur la co-infection TB/VIH en Mauritanie**

Les malades tuberculeux testés au VIH, la proportion de co-infectée varie de 7 à 10% entre 2019 et 2020.

Le profil pays OMS 2019, donne un taux de 9,6% (30 cas) de patients séropositifs parmi ceux dont le statut VIH est connu. Parmi eux 28 cas sont mis sous traitement antirétroviral (soit 93%). La stratégie de réalisation du test VIH n'a démarré qu'en 2019 et la disponibilité des tests n'est pas encore optimale.

➤ **Organisation des structures intégrées pour la lutte TB/ VIH**

Il y a lieu de préciser ici que les activités de lutte contre la co-infection TB/VIH sont limitées et non disponibles actuellement dans tout le pays. : Un cadre formel de concertation entre les programmes TB et VIH existe mais il est peu opérationnel. L'accès à la prise en charge VIH se limite à 6 unités pour tout le pays. Les malades sont donc suivis dans deux centres différents pour leur traitement et le principe de «one stop shop » n'est pas en vigueur selon les orientations du Ministère de la santé publique sur l'intégration des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

V. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CO-INFECTION TB/VIH

La situation de la prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH est résumée comme suit :

- Concernant les documents de politique nationale pour la lutte : Le guide de prise en charge de la tuberculose intègre les aspects de la coïnfection TB/VIH. Il a été mis à jour avec une assistance technique internationale sur financement du Fonds mondial en 2017 et il est en cours de révision avec l'appui d'Expertise France dans le cadre du DATP.
- Il existe un cadre formel de concertation entre les programmes TB et VIH mais il est peu opérationnel. La dernière réunion date de l'année dernière. La composition de ce cadre est à élargir pour une bonne implication des parties impliquées dans la lutte d'où la nécessité d'une révision des termes de référence du dit cadre. Une mise à jour également de la feuille de route du comité est également nécessaire. On note une faible fonctionnalité des comités régionaux et périphériques de coordination des activités de collaboration TB/VIH.
- Il n'y a pas de point focal pour la coïnfection TB/VIH au sein de l'équipe de la coordination des deux services de Lutte contre la tuberculose et le VIH.
- Il y'a eu la formation des prestataires sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH en 2018-2019. Depuis 2019, les protocoles de prise en charge TB et VIH ont évolué pour prendre en compte les recommandations les plus actuelles en matière de gestion des deux maladies. Ces modifications sont maintenant prises en compte dans le manuel de formation TB/VIH réalisé dans le cadre du DATP et justifient des mises à jour et des missions de coaching pour un démarrage effectif de l'activité dans les structures identifiées.
- L'accès à la prise en charge VIH se limite à 8 unités pour tout le pays. Les malades sont donc suivis dans deux centres différents pour leur traitement et le principe de « **One stop shop** » n'est pas en vigueur selon les orientations du Ministère de la Santé sur l'intégration des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les patients co-infectés (environ 7-10 %) continuent séparément leur traitement au niveau des CDT et des UPEC car le traitement ARV n'est pas encore décentralisé avec une délégation claire des tâches. Cependant au niveau du CTA le « **One stop shop** » est effectif depuis 2019. Les systèmes de référence n'existent pas. Les circuits doivent être clairement définis et connus des prestataires et des patients.
- Les tests de dépistage de l'infection à VIH sont cependant disponibles au niveau de certains CDTs depuis 2019 mais la réalisation est encore faible et ne dépasse pas 50%. Une rupture fréquente de stock des tests VIH ne facilite pas le dépistage du VIH parmi les patients tuberculeux.

- Les unités de prise en charge VIH ne font pas le screening de la TB de manière systématique et même quand il est fait, il n'est pas notifié.
- La prescription du traitement préventif de la tuberculose(TPT) chez les PVVIH non tuberculeux n'est pas systématiquement faite par les prestataires. Cette prophylaxie chez les PVVIH est très timide et celle liée au Cotrimoxazole quasi absente. Très peu de cas mis sous INH pour 6 mois au niveau du CTA de Nouakchott. En dehors de de cette molécule, le pays n'a pas encore opté d'autres options médicamenteuses dans la prévention de la tuberculose chez les PVVIH. Cependant dans le nouveau PSN, il est prévu de passer à partir de 2022 au protocole de 3-1 mois.
- Notons également l'absence de la recherche active autour des cas contagieux.
- L'utilisation du test Expert MTB /Rif n'est pas systématique chez les PVVIH présumés tuberculeux suivis ou qui consultent au niveau des structures où l'appareil est disponible. Le système de transport des échantillons n'est pas opérationnel dans tout le pays, ce sont les patients qui se déplacent eux-mêmes pour leurs examens de crachats ou de charge virale.
- Le taux de réalisation de la charge virale chez les PVVIH est faible avec seulement 346 Charges virales (CV) réalisées au CTA de NKTT en 2020.
- La supervision intégrée TB/VIH n'est pas encore totalement opérationnelle, et on note une insuffisance dans la disponibilité des données sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

➤ **Défis**

- Les mécanismes de planification et de mise en œuvre conjointe dans le cadre de la coïnfection TB/VIH fonctionnels ;
- La réactualisation des documents normatifs TB/VIH ;
- Le renforcement des capacités des prestataires et des acteurs communautaires
- L'amélioration de la réalisation du test VIH chez les tuberculeux ;
- L'amélioration du screening de la TB chez les PVVIH ;
- La mise en œuvre optimale du traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH ;
- La décentralisation du traitement VIH dans les Wilayas à forte charge de la TB ;
- L'optimisation de la mise sous Cotrimoxazole des co-infectés TB/VIH ;

- La mise en œuvre progressive des guichets uniques de prise en charge en commençant par Nouakchott ;
- La disponibilité permanente des tests de dépistage et les médicaments antituberculeux et TARV ;
- Le renforcement du système de rapportage et analyse des données sur la co-infection TB/VIH.

VI. PLAN CONJOINT TB/VIH 2022-2024

Ce plan conjoint triennal est élaboré par les deux services TB et VIH et l'instance de coordination déjà mise en place sera redynamisée.

A. But et objectifs du plan conjoint TB/VIH2022-2024

➤ But

Renforcer la collaboration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH à travers la disponibilité d'un plan conjoint TB/VIH 2022-2024 en Mauritanie.

➤ Objectif Général

Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liée à la co-infection TB/VIH

➤ Objectifs spécifiques

1. Assurer le dépistage de l'infection VIH chez au moins 80% des malades tuberculeux notifiés par an en 2024.
2. Initier le traitement ARV chez 100% des patients co-infectés tuberculose/VIH enregistrés au niveau des registres de traitement
3. Assurer le screening de la tuberculose chez les PVVIH : (i) au moins 60% des PVVIH déjà enregistrées au niveau des centres de prise en charge (CTA/UPEC, Service des maladies infectieuses, PTME) et (ii) systématiquement chez 100% de nouvelles inclusions PVVIH lors de leur mise sous ARV d'ici 2024.
4. Initier le TPT chez 80% des nouvelles inclusions PVVIH d'ici 2024 après avoir exclu une tuberculose active.
5. Assurer la coordination et la collaboration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les activités conjointes TB/VIH.

➤ Résultats attendus par rapport aux objectifs du plan

Il est évident que l'on doit s'attendre logiquement à des résultats par rapport à chaque objectif spécifique du plan conjoint TB/VIH d'ici 2024. La formulation de ces résultats attendus cadre avec chacun des objectifs spécifiques cités plus haut (cadre logique du plan).

B. Identification des interventions par objectif

Les activités collaboratives étant limitées, ce plan doit offrir l'opportunité de renforcer le cadre de concertation entre les services TB et VIH et d'avoir un document de plaidoyer pour la recherche de financements auprès des partenaires techniques et financiers pour combler les gaps identifiés dans l'analyse de la situation. En effet, l'accès aux soins intégrés centrés sur le patient exige une collaboration étroite, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, entre le service de lutte contre la tuberculose et le service de lutte contre le VIH. Les avantages de l'intégration des services antituberculeux et anti-VIH (« One stop service » ou « One stop shop ») ne sont plus à démontrer. Les pays devront aller vers cette vision d'intégration pour améliorer la qualité de vie des patients co-infectés TB/VIH et réduire leur mortalité. Dans le présent PSN TB 2022-2025, un accent est mis pour développer l'approche ENGAGE TB. Ceci faciliterait l'intégration des activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile.

Les plans stratégiques TB et VIH en cours prévoient de renforcer la prise en charge de la co-infection TB/VIH. Ainsi, l'accent sera mis sur la redynamisation du comité TB/VIH, la réalisation du test VIH chez les patients tuberculeux, le screening de la TB chez les PVVIH, la mise en œuvre d'activités conjointes ainsi que la prise en charge communautaire de la co-infection TB/VIH, la capitalisation et l'uniformisation des données TB/VIH.

La stratégie de collaboration met un accent particulier sur la prise en charge du patient co-infecté TB/VIH dans le même site (**One Stop Shop**) tout en poursuivant les actions de routine. Il sera mis en place progressivement cette stratégie recommandée par le Ministère de la Santé dans le cadre de l'intégration des services TB et VIH. Cette approche intégrée du traitement TB / VIH va permettre de garantir aux patients co-infectés une prise en charge pour les deux infections dans la même formation sanitaire, par le même prestataire, en même temps. Ceci contribuerait à la réalisation des objectifs de traitement de l'ONUSIDA 95-95-95, en particulier en augmentant le nombre de patients tuberculeux qui bénéficient d'un test de dépistage du VIH (premier 95) et le nombre de patients tuberculeux infectés par le VIH qui commencent un traitement ARV (deuxième 95).

Objectif général : Renforcer la collaboration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH à travers la disponibilité d'un plan conjoint TB/VIH permettant de réduire la morbidité et la mortalité liées à la co-infection TB/VIH en Mauritanie.

Objectifs spécifiques	Principales interventions et activités
<p>1. Assurer le dépistage de l'infection VIH chez au moins 80% des malades tuberculeux notifiés en 2024.</p> <p><i>Le dépistage VIH de malades tuberculeux n'a démarré véritablement qu'en 2019 et est passé de 12,5% à 43% en 2020. Pour améliorer cet indicateur, le test du VIH sera effectué chez les malades traités pour une tuberculose. Le SLCTL portera une attention particulière à la disponibilité permanente des tests dans les CDTs en collaboration avec le programme VIH.</i></p>	<p>1.1. Dépistage du VIH chez 80% des tuberculeux</p> <p>1.1.1. Le service VIH/SIDA fournit des tests de dépistage rapide du VIH à tous les centres de santé pourvus de CDT (pour 2492 patients en 2022, 2541 patients en 2023, ...cibles du PSN TB)</p> <p>1.1.2. Formation des prestataires des CDT (62 CDT) sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH.</p> <p>1.2. Disponibilité des intrants TB dans les structures de PEC du VIH</p> <p>1.2.1. Mettre sous forme d'affiche l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH</p> <p>1.2.2. Reproduire les affiches de l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH</p> <p>1.2.3. Distribuer les affiches de l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH</p> <p>1.2.4. Approvisionner les sites VIH en bulletins de demande d'examen de crachat</p> <p>1.2.5. Approvisionner les sites VIH en crachoirs pour les prélèvements</p> <p>1.2.6. Approvisionner les sites VIH en Isoniazide</p> <p>1.2.7. Approvisionner les sites VIH en Cotrimoxazole</p> <p>1.2.8. Doter les sites VIH en glacières pour le transport des échantillons biologiques</p> <p>1.2.9. Approvisionner les sites VIH en médicaments antituberculeux</p> <p>1.3. Disponibilité des intrants VIH dans les sites de PEC de la TB</p> <p>1.3.1. Doter les sites de PEC de la TB en réactifs et intrants de test VIH</p> <p>1.3.2. Doter tous les sites TB de glacières pour le transport des échantillons biologiques</p>

	<p>1.3.3. Doter les sites de PEC de la TB en ARV</p> <p>1.3.4. Approvisionner les sites de PEC en Cotrimoxazole</p> <p>1.3.5. Approvisionner les CDT en préservatifs</p>
<p>2. Initier le traitement ARV chez 100% des patients co-infectés tuberculose/VIH enregistrés au niveau des registres de traitement</p> <p>Il s'agira de mettre en place des conditions favorables pour un bon environnement de prise en charge des malades TB/VIH et assurer le principe de « one stop service » où les malades ne se déplaceront pas pour prendre dans deux lieux différents leurs traitements TB et VIH. Une décentralisation du traitement ARV dans les CDTs s'avère nécessaire pour optimiser l'intégration des services</p>	<p>2.1. Révision du Guide technique coïnfection TB VIH (Expert international et national pendant 15 jours en 2022)</p> <p>2.1.1. Réviser du Guide technique TB/VIH</p> <p>2.1.2. Valider le Guide technique TB/VIH et les outils de gestion des cas TB/VIH</p> <p>2.1.3. Multiplier le guide et les supports de gestion des cas de TB/VIH</p> <p>2.1.4. Diffuser les guides et les supports de gestion des cas de PVV</p> <p>2.2. Mise en place de la stratégie pilote « One Stop Shop » dans 15 sites pilotes de Nouakchott</p> <p>2.2.1. Recruter un consultant international pour élaborer la stratégie du « One Stop Shop » ou encore appelé « One Stop Service TB/VIH » et accompagner la mise en œuvre pilote à Nouakchott.</p> <p>2.2.2. Organiser un atelier de validation du draft de la stratégie "One Stop Shop" des 15 sites pilotes.</p> <p>2.2.3. Evaluer les besoins en renforcement des capacités des 15 sites pilotes</p> <p>2.2.4. Acquérir la logistique (motos, microscopes, matériels informatiques) pour le renforcement des capacités des 15 sites</p> <p>2.2.5. Former les agents des 15 sites pilotes (3 agents identifiés par sites)</p> <p>2.2.6. Réaliser les activités du guichet unique dans 15 sites pilotes</p> <p>2.3. Réaliser des missions de coaching auprès des 15 sites pilotes qui mènent l'activité pendant la première année (équipe nationale du MS et consultants TB et VIH)</p> <p>2.4. Evaluation de la phase pilote</p> <p>2.5. Extension de la stratégie "One Stop Shop"</p> <p>2.5.1. Identifier 47 nouveaux sites de "One Stop Shop"</p> <p>2.5.2. Former les agents des 47 nouveaux sites "One Stop Shop» (2 par sites)</p> <p>2.5.3. Réaliser les activités du guichet unique dans les</p>

	47nouveaux sites "One Stop Shop"
	<p>2.6. Mettre tous les malades co-infectés TB/VIH sous ARV et Cotrimoxazole d’abord par le CDT jusqu’à la fin du traitement de la tuberculose puis les orienter à l’unité de prise en charge (UPEC) ou le CTA le plus proche.</p> <p>2.6.1. Former en 5 jours, 30 personnes des CTA/UPECs et CDT sur la prise en charge intégrée de la coïnfection TB/VIH pour démarrer la décentralisation du traitement ARV (2 personnes/Wilaya)</p> <p>2.6.2. Tenir des réunions trimestrielles entre le CTA /UPECs et les CDTs.</p> <p>2.6.3. Vulgariser les rapports des réunions (sans coût).</p>
	<p>2.7. Mise en œuvre de l’approche ENGAGE TB pour la prise en charge communautaire de la coïnfection TB/VIH</p> <p>2.7.1. Solliciter une assistance technique pour l’analyse de la situation ENGAGE TB</p> <p>2.7.2. Produire un guide national de renforcement de l’implication de la communauté dans la réponse TB/VIH (expert international, 15j en 2022)</p> <p>2.7.3. Elaborer des modules de formations des acteurs communautaires</p> <p>2.7.4. Former les acteurs communautaires sur l’approche ENGAGE TB</p> <p>2.7.5. Mettre en œuvre l’approche ENGAGE TB dans les 3 wilayas de Nouakchott</p> <p>2.7.6. Appuyer la mise en œuvre des clubs TB/VIH dans les 3 wilayas de Nouakchott</p> <p>2.7.7. Déployer l’outil « One Impact » dans les 3 wilayas de Nouakchott</p>
	<p>2.8. Organiser des journées de plaidoyers sur la tuberculose à l’endroit des leaders de femmes, responsables des transporteurs, des responsables universitaires (15 pers par journée) à l’an 2 ; des leadeurs des nomades</p>
	<p>2.9. Organiser des visites de plaidoyer aux responsables d’entreprises minières pour accompagner le financement de la lutte</p>
	<p>2.10. Mettre en place un cadre de redevabilité multisectoriel</p>

	de la lutte contre la tuberculose
<p>3. Assurer le Screening de la tuberculose (i) au moins 60% des PVVIH déjà enregistrées au niveau des centres de prise en charge (CTA/UPEC, Service des maladies infectieuses, PTME) et (ii) systématiquement chez 100% de nouvelles inclusions PVVIH lors de leur mise sous ARV d'ici 2024.</p> <p>La directive relative au dépistage systématique de la tuberculose chez les PV VIH est faiblement appliquée par les structures. La fiche de dépistage clinique de la tuberculose chez les PVVIH sera intégrée dans le dossier de suivi. La stratégie sera intensifiée par une orientation des prestataires impliqués. Les PVVIH présentant des symptômes évocateurs de tuberculose bénéficieront d'un test Xpert MTB/Rif.</p>	<p>3.1. Recherche systématique de la tuberculose chez toutes les PVVIH</p> <p>3.1.1. Faire un screening par testXpert MTB/Rif de la tuberculose chez les PVVIH (cible nouvelle inclusion et inclure dans l'achat des cartouches)</p> <p>3.1.2. Inclure dans l'achat des cartouches le dépistage des PVVIH présumés TB</p> <p>3.1.3. Reproduire les dossiers de suivi y compris les fiches de dépistage TB chez les PVVIH</p>
<p>4. Initier le TPT chez 80% des nouvelles inclusions PVVIH d'ici 2024 en dehors de celles qui ont une tuberculose active.</p>	<p>4.1. Mettre sous TPT les PVVIH chez qui la tuberculose active a été éliminé selon les cibles du cadre de performance.</p> <p>4.2. Rendre disponible les intrants (TPT) au niveau des sites de prise en charge identifiées.</p>
<p>5. Assurer la coordination et la collaboration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les activités conjointes TB/VIH.</p>	<p>5.1. Renforcement de la collaboration TB/VIH</p> <p>5.1.1. Mettre à jour la composition et les missions du comité de coordination TB/VIH</p> <p>5.1.2. Rendre fonctionnel le comité de coordination TB et VIH/SIDA avec des réunions trimestrielles et les échanges de données sur les indicateurs standards recommandés par l'OMS (30 personnes, 1jour)</p> <p>5.1.3. Mettre en place des organes de coordination sous la</p>

	<p>responsabilité des DRAS au niveau des Régions</p> <p>5.1.4. Tenir les réunions trimestrielles des comités TB/VIH décentralisés</p> <p>5.1.5. Assurer des supervisions conjointes TB/VIH semestrielles</p> <p>5.1.6. Actualiser et valider la grille de supervision intégrée TB/VIH</p> <p>5.1.7. Actualiser et valider le canevas de rapport de la supervision intégrée</p> <p>5.1.8. Mettre en place et tenir à jour un cahier de supervision intégrée qui restera dans les structures</p>
	<p>5.2. Validation du plan conjoint TB/VIH</p> <p>5.2.1. Rédiger un draft de plan conjoint TB/VIH</p> <p>5.2.2. Tenir un atelier de validation du plan conjoint TB/VIH</p> <p>5.2.3. Reproduire et diffuser le plan conjoint TB/VIH</p>
	<p>5.3. Suivi de la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH</p> <p>5.3.1. Désigner 2 points focaux TB/VIH (1 du service VIH - 1 du service TB)</p> <p>5.3.2. Définir les indicateurs de suivi de la mise en œuvre</p> <p>5.3.3. Produire chaque trimestre un rapport de la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH</p> <p>5.3.4. Réaliser une évaluation finale du plan conjoint TB/VIH</p>

C. CADRE LOGIQUE DU PLAN CONJOINT TB/VIH 2022-2024

Tableau 4 : Cadre logique du Plan TB/VIH 2022-2024

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
1. Assurer le dépistage de l'infection VIH chez au moins 80% des malades tuberculeux notifiés en 2024.	80% des malades tuberculeux notifiés en 2024 connaissent leur statut sérologique VIH	Indicateur 1. Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique pour le VIH est documenté	1.1. Dépistage du VIH chez 80% des tuberculeux	1.1.1. Le service VIH/SIDA fournit des tests de dépistage rapide du VIH à tous les centres de santé pourvus de CDT (pour 2492 patients en 2022, 2541 patients en 2023, ... cibles du PSN TB)
				1.1.2. Formation des prestataires des CDT (62 CDT) sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH.
		Indicateur 2. Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique positif vis-à-vis du VIH a été consigné (statut sérologique connu et VIH positif)	1.2. Disponibilité des intrants TB dans les structures de PEC du VIH	1.2.1. Mettre sous forme d'affiche l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH
				1.2.2. Reproduire les affiches de l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH
				1.2.3. Distribuer les affiches de l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH
				1.2.4. Approvisionner les sites VIH en bulletins de demande d'examen de crachat
			1.2.5. Approvisionner les sites VIH en crachoirs pour les prélèvements	

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités	
		<p>Indicateur3 : Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, mis sous traitement antirétroviral (TARV) pendant leur traitement antituberculeux</p>		1.2.6. Approvisionner les sites VIH en Isoniazide	
				1.2.7. Approvisionner les sites VIH en Cotrimoxazole	
				1.2.8. Doter les sites VIH en glacières pour le transport des échantillons biologiques	
				1.2.9. Approvisionner les sites VIH en médicaments antituberculeux	
				1.3. Disponibilité des intrants VIH dans les sites de PEC de la TB	1.3.1. Doter les sites de PEC de la TB en réactifs et intrants de test VIH
					1.3.2. Doter tous les sites TB de glacières pour le transport des échantillons biologiques
					1.3.3. Doter les sites de PEC de la TB en ARV
					1.3.4. Approvisionner les sites de PEC en Cotrimoxazole
					1.3.5. Approvisionner les CDT en préservatifs
2. Initier le traitement ARV – Cotrimoxazole chez 100% des patients coinfectés tuberculose/VIH			2.1. Révision du Guide technique coinfection TB VIH (Expert international et national pendant 15 jours en 2022)	2.1.1. Réviser du Guide technique TB/VIH	

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités	
enregistrés au niveau des registres de traitement		Indicateur4. Proportion de patients co-infectés TB/VIH vivant à 6 mois de TARV		2.1.2. Valider le Guide technique TB/VIH et les outils de gestion des cas TB/VIH	
				2.1.3. Multiplier le guide et les supports de gestion des cas de TB/VIH	
				2.1.4. Diffuser les guides et les supports de gestion des cas de PVVIH	
		Indicateur 5 : Proportion de nouveaux cas de tuberculose co-infecté TB/VIH mis sous prophylaxie au Cotrimoxazole	2.2. Mise en place de la stratégie pilote « One Stop Shop » dans 10 sites pilotes de Nouakchott		2.2.1. Recruter un consultant international pour élaborer la stratégie du « One Stop Service TB/VIH » et accompagner la mise en œuvre pilote à Nouakchott.
					2.2.2. Organiser un atelier de validation du draft de la stratégie "One Stop Shop" des 15 sites pilotes.
					2.2.3. Evaluer les besoins en renforcement des capacités des 15 sites pilotes
					2.2.4. Acquérir la logistique (motos, microscopes, matériels informatiques) pour le renforcement des capacités des 15 sites
					2.2.5. Former les agents des 15 sites pilotes (3 agents identifiés par sites)
			2.2.6. Réaliser les activités du guichet unique dans 15 sites pilotes		

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
			2.3. Réaliser des missions de coaching auprès des 10 sites pilotes qui mènent l'activité pendant la première année (équipe nationale du MS et consultants TB et VIH)	
			2.4. Evaluation de la phase pilote	
			2.5. Extension de la stratégie "One Stop Shop"	2.5.1. Identifier 47 nouveaux sites de "One Stop Shop"
		2.5.2. Former les agents des 47 nouveaux sites "One Stop Shop» (2 par sites)		
		2.5.3. Réaliser les activités du guichet unique dans les 47 nouveaux sites "One Stop Shop"		
			2.6. Mettre tous les malades co-infectés TB/VIH sous ARV et Cotrimoxazole d'abord par le CDT jusqu'à la fin du traitement de la tuberculose puis les orienter à l'unité de prise en charge (UPEC) ou le CTA le plus proche.	2.6.1. Former en 5 jours, 30 personnes des CTA/UPECs et CDT sur la prise en charge intégrée de la coïnfection TB/VIH pour démarrer la décentralisation du traitement ARV (2 personnes/Wilaya)
		2.6.2. Tenir des réunions trimestrielles entre le CTA /UPECs et les CDTs.		
		2.6.3. Vulgariser les rapports des réunions (sans coût).		

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
			<p>2.7. Mise en œuvre de l'approche ENGAGE TB pour la prise en charge communautaire de la coïnfection TB/VIH</p>	<p>2.7.1. Solliciter une assistance technique pour l'analyse de la situation ENGAGE TB</p> <p>2.7.2. Produire un guide national de renforcement de l'implication de la communauté dans la réponse TB/VIH (expert international, 15j en 2022)</p> <p>2.7.3. Elaborer des modules de formations des acteurs communautaires</p> <p>2.7.4. Former les acteurs communautaires sur l'approche ENGAGE TB</p> <p>2.7.5. Mettre en œuvre l'approche ENGAGE TB dans les 3 wilayas de Nouakchott</p> <p>2.7.6. Appuyer la mise en œuvre des clubs TB/VIH dans les 3 wilayas de Nouakchott</p> <p>2.7.7. Déployer l'outil « One Impact » dans les 3 wilayas de Nouakchott</p>
			<p>2.8. Organiser des journées de plaidoyers sur la tuberculose à l'endroit des leaders de femmes, responsables des transporteurs, des responsables universitaires , des leadeurs des nomades (15 pers par journée) à</p>	

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
			l'an 2 ;	
			2.9. Organiser des visites de plaidoyer aux responsables d'entreprises minières pour accompagner le financement de la lutte	
			2.10. Mettre en place un cadre de redevabilité multisectoriel de la lutte contre la tuberculose	
3. Assurer le Screening de la tuberculose (i) au moins 60% des PVVIH déjà enregistrées au niveau des centres de prise en charge (CTA/UPE, Service les, maladies		Indicateur 6 : Proportion de PVVIH pris en charge (y compris soins PTME) chez qui les signes de la tuberculose ont été recherchés au sein des structures de soins ou traitement du VIH	3.1. Recherche systématique de la tuberculose chez toutes les PVVIH	3.1.1. Faire un screening par test Xpert MTB/Rif de la tuberculose chez les PVVIH (cible nouvelle inclusion et inclure dans l'achat des cartouches)

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
infectieuses, PTME) et(ii) systématiquement chez 100% de nouvelles inclusions PVVIH lors de leur mise sous ARV d'ici 2023.				
		<p>Indicateur 7 : Proportion de PVVIH co-infectées qui ont commencé un traitement antituberculeux dans le trimestre au niveau des CTA/UPEC.</p>		3.1.2. Inclure dans l'achat des cartouches le dépistage des PVVIH présumés TB
		<p>Indicateur 8 : Proportion des nouvelles inclusions PVVIH ayant bénéficié du screening de la tuberculose lors de leur mise sous TARV</p>		3.1.3. Reproduire les dossiers de suivi y compris les fiches de dépistage TB chez les PVVIH de dépistage clinique de TB chez les PVVIH
4. Initier le TPT chez 70% des nouvelles inclusions PVVIH d'ici 2023 en dehors de celles qui		<p>Indicateur 9 : Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH</p>	4.1.Mettre sous TPT les PVVIH chez qui la tuberculose active a été éliminé selon les cibles du cadre de performance.	

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
ont une tuberculose active.		commençant un traitement préventif de la TB		
			4.2. Rendre disponible les intrants (TPT) au niveau des sites de prise en charge identifiées.	
5. Assurer la coordination et la collaboration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les activités conjointes TB/VIH.		<u>Indicateur 10 :</u> Proportion d'activités conjointes programmées et réalisées chaque année par le comité conjoint TB/VIH mis en place pour la période considérée (2022-2024)	5.1. Renforcement de la collaboration TB/VIH	5.1.1. Mettre à jour la composition et les missions du comité de coordination TB/VIH
		<u>Indicateur 11 :</u> Proportion de réunions du comité TB/VIH programmées et réalisées pour la période considérée		5.1.2. Rendre fonctionnel le comité de coordination TB et VIH/SIDA avec des réunions trimestrielles et les échanges de données sur les indicateurs standards recommandés par l'OMS (30 personnes, 1jour)

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
		<p><u>Indicateur 12 :</u> Proportion de supervisions conjointes programmées et réalisées chaque année par le comité conjoint TB/VIH pour la période considérée</p>	<p>5.2. Validation du plan concerté TB/VIH</p>	<p>5.1.3. Mettre en place des organes de coordination sous la responsabilité des DRAS au niveau des Régions</p> <p>5.1.4. Tenir les réunions trimestrielles des comités TB/VIH décentralisés</p> <p>5.1.5. Assurer des supervisions conjointes TB/VIH semestrielles</p> <p>5.1.6. Actualiser et valider la grille de supervision intégrée TB/VIH</p> <p>5.1.7. Actualiser et valider le canevas de rapport de la supervision intégrée</p> <p>5.1.8. Mettre en place et tenir à jour un cahier de supervision intégrée qui restera dans les structures</p> <p>5.2.1. Rédiger un draft de plan conjoint TB/VIH</p> <p>5.2.2. Tenir un atelier de validation du plan conjoint TB/VIH</p> <p>5.2.3. Reproduire et diffuser le plan conjoint TB/VIH</p>

Objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Interventions	Activités
			5.3. Suivi de la mise en œuvre du plan concerté TB/VIH	5.3.1. Désigner 2 points focaux TB/VIH (1 du service VIH - 1 du service TB) 5.3.2. Définir les indicateurs de suivi de la mise en œuvre 5.3.3. Produire chaque trimestre un rapport de la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH 5.3.4. Réaliser une évaluation finale du plan TB/VIH

D. BUDGET DU PLANCONJOINT TB/VIH 2022-2024

NB : Les coûts GAS sont pris en compte dans le NFM3.

Budget par Objectifs spécifiques	2 022	2 023	2 024	Total	%
1. Assurer le dépistage de l'infection VIH chez au moins 80% des malades tuberculeux notifiés en 2024	116 437	64 683	64 683	245 803	16,78%
2. Initier le traitement ARV chez 100% des patients co-infectés tuberculose/VIH enregistrés au niveau des registres de traitement	465 490	202 788	138 739	807 017	55,08%
3. Assurer le Screening de la tuberculose inclusions PVVIH lors de leur mise sous ARV d'ici 2024	2 985	0	0	2 985	0,20%
4. Initier le TPT chez 80% des nouvelles inclusions PVVIH d'ici 2024 en dehors de celles qui ont une tuberculose active	0	0	0	0	0,00%
5. Assurer la coordination et la collaboration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les activités conjointes TB/VIH.	113 849	96 645	198 808	409 302	27,94%
Total	698 762	364 116	402 229	1 465 107	100%

Budget par entité de mise en œuvre	2 022	2 023	2 024	Total	%
SLTL	203 423	63 427	63 427	330 277	22,54%
SLSHI	155 867	139 403	139 403	434 673	29,67%
SENL	111 108	1 255	1 255	113 619	7,75%
DLMT	228 364	160 030	198 143	586 537	40,03%
Total	698 762	364 116	402 229	1 465 107	100,00%

CHRONOGRAMME

REF	Principales interventions	Activités	Entité de mise en oeuvre	2022				2023				2024				MONTANT TOTAL (euros)	MONTANT TOTAL	
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12			
1. Assurer le dépistage de l'infection VIH chez au moins 80% des malades tuberculeux notifiés en 2024																		
1.1.1	1.1. Dépistage du VIH chez 80% des tuberculeux	1.1.1. Le service VIH/SIDA fournit des tests de dépistage rapide du VIH à tous les centres de santé pourvus de CDT (pour 2492 patients en 2022, 2541 patients en 2023, cibles du PSN TB)	SEMLS													PM	Pris en compte sur le plan GAS NFM3	
1.1.2		1.1.2. Formation des prestataires des CDT (62 CDT) sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH	SLCTL															190282
1.2.1	1.2. Disponibilité des intrants TB dans les structures de PEC du VIH	1.2.1. Mettre sous forme d'affiche l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH	SLCTL													8602		
1.2.2		1.2.2. Reproduire les affiches de l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH	SLCTL													11939		
1.2.3		1.2.3. Distribuer les affiches de l'algorithme de recherche des signes de la TB dans les sites de PEC du VIH	SLCTL													PM		
1.2.4		1.2.4. Approvisionner les sites VIH en bulletins de demande d'examen de crachat	SEMLS													PM		
1.2.5		1.2.5. Approvisionner les sites VIH en crachoirs pour les prélèvements	SEMLS													3766		En compléments des crachoirs achetés sur le NFM3
1.2.6		1.2.6. Approvisionner les sites VIH en Isoniazide	SEMLS													PM		Pris en compte sur le plan GAS NFM3
1.2.7		1.2.7. Approvisionner les sites VIH en Cotrimoxazole	SEMLS													PM		Pris en compte sur le plan GAS NFM3
1.2.8		1.2.8. Doter les sites VIH en glacières pour le transport des échantillons biologiques	SEMLS													4335		20 glacières
1.2.9		1.2.9. Approvisionner les sites VIH en médicaments antituberculeux	SEMLS													PM		Pris en compte sur le plan GAS NFM3

REF	Principales interventions	Activités	Entité de mise en oeuvre	2022				2023				2024				MONTANT TOTAL (euros)	MONTANT TOTAL
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		
1.3.1	1.3. Disponibilité des intrants VIH dans les sites de PEC de la TB	1.3.1. Doter les sites de PEC de la TB en réactifs et intrants de test VIH	SENL													PM	Pris en compte sur le plan GAS NFM3
1.3.2		1.3.2. Doter tous les sites TB de glacières pour le transport des échantillons biologiques	SENL													26878	124 glacières pour les 3 ans
1.3.3		1.3.3. Doter les sites de PEC de la TB en ARV	SENL													PM	Pris en compte sur le plan GAS NFM3
1.3.4		1.3.4. Approvisionner les sites de PEC en Cotrimoxazole	SENL													PM	Pris en compte sur le plan GAS NFM3
1.3.5		1.3.5. Approvisionner les CDT en préservatifs	SENL													PM	Pris en compte sur le plan GAS NFM3
2. Initier le traitement ARV chez 100% des patients co-infectés tuberculose/VIH enregistrés au niveau des registres de traitement																	
2.1.1	2.1. Révision du Guide technique coïnfection TB VIH (Expert international et national pendant 15 jours en 2022)	2.1.1. Réviser du Guide technique TB/VIH	SLCTL													8602	
2.1.2		2.1.2. Valider le Guide technique TB/VIH et les outils de gestion des cas TB/VIH	SLCTL													8602	
2.1.3		2.1.3. Multiplier le guide et les supports de gestion des cas de TB/VIH	SLCTL													1130	
2.1.4		2.1.4. Diffuser les guides et les supports de gestion des cas de PVVIH	SLCTL													PM	
2.2.1	2.2. Mise en place de la stratégie pilote « One Stop Shop » dans 15 sites pilotes de Nouakchott	2.2.1. Recruter un consultant international pour élaborer la stratégie du « One Stop Service TB/VIH » et accompagner la mise en œuvre pilote à Nouakchott	SLCTL													21504	
2.2.2		2.2.2. Organiser un atelier de validation du draft de la stratégie "One Stop Shop" des 15 sites pilotes.	SLCTL													8602	
2.2.3		2.2.3. Évaluer les besoins en renforcement des capacités des 15 sites pilotes	SLCTL													16503	

REF	Principales interventions	Activités	Entité de mise en oeuvre	2022				2023				2024				MONTANT TOTAL (euros)	MONTANT TOTAL
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		
2.2.4		2.2.4. Acquérir la logistique (motos, microscopes, matériels informatiques) pour le renforcement des capacités des 15 sites	SELS													78639	Pour les 15 sites pilotes "One stop service"
2.2.5		2.2.5. Former les agents des 15 sites pilotes (3 agents identifiés par sites)	DLMT													14381	
2.2.6		2.2.6. Réaliser les activités du guichet unique dans 15 sites pilotes	DLMT													PM	
2.3.1	2.3. Réaliser des missions de coaching auprès des 15 sites pilotes qui mènent l'activité pendant la première année (équipe nationale du MS et consultants TB et VIH)	2.3.1. Réaliser des missions de coaching auprès des 15 sites pilotes qui mènent l'activité pendant la première année (équipe nationale du MS et consultants TB et VIH)	DLMT													67261	
2.4.1	2.4 Évaluation de la phase pilote	2.4.1. Évaluation de la phase pilote	DLMT													59560	
2.5.1	2.5. Extension de la stratégie "One Stop Shop"	2.5.1. Identifier 47 nouveaux sites de "One Stop Shop"	DLMT													PM	
2.5.2		2.5.2. Former les agents des 47 nouveaux sites "One Stop Shop» (2 par sites)	DLMT													50742	
2.5.3		2.5.3. Réaliser les activités du guichet unique dans les 47 nouveaux sites "One Stop Shop"	DLMT													72759	
2.6.1	2.6. Mettre tous les malades co-infectés TB/VIH sous ARV et Cotrimoxazole d'abord par le CDT jusqu'à la fin du traitement de la tuberculose puis les	2.6.1. Former en 5 jours, 30 personnes des CTA/UPECs et CDT sur la prise en charge intégrée de la coinfection TB/VIH pour démarrer la décentralisation du traitement ARV (2 personnes/Wilaya)	SLSHI													13479	

REF	Principales interventions	Activités	Entité de mise en oeuvre	2022				2023				2024				MONTANT TOTAL (euros)	MONTANT TOTAL
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		
2.6.2	orienter à l'unité de prise en charge (UPEC) ou le CTA le plus proche	2.6.2. Tenir des réunions trimestrielles entre le CTA /UPECs et les CDTs.	SLSHI													282817	
2.6.3		2.6.3. Vulgariser les rapports des réunions (sans coût).	SLCTL														PM
2.7.1	2.7. Mise en œuvre de l'approche ENGAGE TB pour la prise en charge communautaire de la coinfection TB/VIH	2.7.1. Solliciter une assistance technique pour l'analyse de la situation ENGAGE TB	SLCTL													16503	
2.7.2		2.7.2. Produire un guide national de renforcement de l'implication de la communauté dans la réponse TB/VIH (expert international, 20 jours en 2022)	SLCTL													21504	
2.7.3		2.7.3. Élaborer des modules de formations des acteurs communautaires	SLCTL													16503	
2.7.4		2.7.4. Former les acteurs communautaires sur l'approche ENGAGE TB	DLMT													34409	
2.7.5		2.7.5. Mettre en œuvre l'approche ENGAGE TB dans les 3 wilayas de Nouakchott	DLMT													0	
2.7.6		2.7.6. Appuyer la mise en œuvre des clubs TB/VIH dans les 3 wilayas de Nouakchott	DLMT													9026	
2.7.7		2.7.7. Déployer l'outil « One Impact » dans les 3 wilayas de Nouakchott	DLMT													2985	

REF	Principales interventions	Activités	Entité de mise en oeuvre	2022				2023				2024				MONTANT TOTAL (euros)	MONTANT TOTAL
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		
2.8.1	2.8. Organiser des journées de plaidoyers sur la tuberculose à l'endroit des leaders de femmes, responsables des transporteurs, des responsables universitaires (15 pers par journée) à l'an 2 ; des leadeurs des nomades	2.8.1. Organiser des journées de plaidoyers sur la tuberculose à l'endroit des leaders de femmes, responsables des transporteurs, des responsables universitaires (15 pers par journée) à l'an 2 ; des leadeurs des nomades	DLMT													1504	
2.9.1	2.9. Organiser des visites de plaidoyer aux responsables d'entreprises minières pour accompagner le financement de la lutte	2.9.1. Organiser des visites de plaidoyer aux responsables d'entreprises minières pour accompagner le financement de la lutte	SLSHI													PM	
xxx	2.10. Mettre en place un cadre de redevabilité multisectoriel de la lutte contre la tuberculose	2.10.1. Mettre en place un cadre de redevabilité multisectoriel de la lutte contre la tuberculose	DLMT													PM	
3. Assurer le Screening de la tuberculose inclusions PVVIH lors de leur mise sous ARV d'ici 2024																	
3.1.1	3.1. Recherche systématique de la tuberculose chez toutes les PVVIH	3.1.1. Faire un screening par test Xpert MTB/Rif de la tuberculose chez les PVVIH (cible nouvelle inclusion et inclure dans l'achat des cartouches)	SLSHI													PM	
3.1.2		3.1.2. Inclure dans l'achat des cartouches le dépistage des PVVIH présumés TB	SLSHI													PM	
3.1.3		3.1.3. Reproduire les dossiers de suivi y compris les fiches de dépistage TB chez les PVVIH	SLSHI													2985	Relais pris dans la routine des programmes sur le NFM3
4. Initier le TPT chez 80% des nouvelles inclusions PVVIH d'ici 2024 en dehors de celles qui ont une tuberculose active																	

REF	Principales interventions	Activités	Entité de mise en oeuvre	2022				2023				2024				MONTANT TOTAL (euros)	MONTANT TOTAL
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		
4.1.1	4.1. Mettre sous TPT les PVVIH chez qui la tuberculose active a été éliminé selon les cibles du cadre de performance.	4.1.1. Mettre sous TPT les PVVIH chez qui la tuberculose active a été éliminé selon les cibles du cadre de performance	SLSHI													PM	
4.2.1	4.2. Rendre disponible les intrants (TPT) au niveau des sites de prise en charge identifiées.	4.2.1. Rendre disponible les intrants (TPT) au niveau des sites de prise en charge identifiées	SENL													PM	
5. Assurer la coordination et la collaboration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les activités conjointes TB/VIH.																	
5.1.1	5.1. Renforcement de la collaboration TB/VIH	5.1.1. Mettre à jour la composition et les missions du comité de coordination TB/VIH	DLMT													PM	
5.1.2		5.1.2. Rendre fonctionnel le comité de coordination TB et VIH/SIDA avec des réunions trimestrielles et les échanges de données sur les indicateurs standards recommandés par l'OMS (30 personnes, 1jour)	DLMT													9026	
5.1.3		5.1.3. Mettre en place des organes de coordination sous la responsabilité des DRAS au niveau des Régions	DLMT													PM	
5.1.4		5.1.4. Tenir les réunions trimestrielles des comités TB/VIH décentralisés	SLSHI													135391	
5.1.5		5.1.5. Assurer des supervisions conjointes TB/VIH semestrielles	DLMT													145517	
5.1.6		5.1.6. Actualiser et valider la grille de supervision intégrée TB/VIH	DLMT													PM	

REF	Principales interventions	Activités	Entité de mise en oeuvre	2022				2023				2024				MONTANT TOTAL (euros)	MONTANT TOTAL
				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		
5.1.7		5.1.7. Actualiser et valider le canevas de rapport de la supervision intégrée	DLMT													8602	
5.1.8		5.1.8. Mettre en place et tenir à jour un cahier de supervision intégrée qui restera dans les structures	SLCTL														PM
5.2.1	5.2. Validation du plan conjoint TB/VIH	5.2.1. Rédiger un draft de plan conjoint TB/VIH	DLMT													34506	
5.2.2		5.2.2. Tenir un atelier de validation du plan conjoint TB/VIH	DLMT													6561	
5.2.3		5.2.3. Reproduire et diffuser le plan conjoint TB/VIH	DLMT													2985	
5.3.1	5.3. Suivi de la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH	5.3.1. Désigner 2 points focaux TB/VIH (1 du service VIH - 1 du service TB)	DLMT													PM	
5.3.2		5.3.2. Définir les indicateurs de suivi de la mise en œuvre	DLMT													8602	
5.3.3		5.3.3. Produire chaque trimestre un rapport de la mise en œuvre du plan conjoint TB/VIH	DLMT													PM	
5.3.4		5.3.4. Réaliser une évaluation finale du plan conjoint TB/VIH	DLMT													58111	

Liste de personnes ayant participé à la relecture et l'atelier de validation du plan TB/VIH

Noms et prénoms	Fonctions
Dr Anne Ahmed Tidjane	Directeur de la Lutte contre les Maladies non transmissibles
Dr Fatimata Zahra Fall	NPO/OMS TB
El Moustapha Attigha	ONUSIDA
Dr AbdallahiTraoré	Consultant national Bureau OMS Mauritanie
Dr Kane El HadjMalick	Chef de service d'élite contre la Tuberculose et la lèpre
Dr AwBoubacar	Ministère de la santé_ Service de planification
Dr Ely	SENL
Yacoub med Ahmed	DRAS HEG
B. Med Mahmoud Sidi Med	Ministère de la Santé
Bouh Mohamed	DMH
Sid Ahmed/ Med Iemine	DRAS NKTT SUD
SadioBathéYatéra	Coordinateur NDB
Ini Lee	GCI
Diana Aly Kane	CTA
Cheikh Sid Ahmed	CSOIS
Diop Mohamed	SOS Pair Educateur
Mohameden Salem	SLCTL
AbdallahiMaawiya	SLSHI
Idriss Aw	SLCTL
RamataAliouDiop	Cood. TB/ DRDB

Références

1. Guide SE TBVIH OMS 2015
2. Guide National de prise en charge de la tuberculose en Mauritanie
3. Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne, OMS, juin 2017
4. MAURITANIE - C19RM - DF consolidée - Version revue et consolidée - Draft du 25 Juillet 2021_V09H30GMT
5. MAURITANIE NFM3- DdF- VIH-TB-Palu et RSC-1_RSS_GAS-VIH - Version du 9 Mai 2021
6. Plan TB/VIH 2018-2021
7. Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires, OMS
8. PSN VIH Mauritanie 2022-2026, avril 2021
9. PSN TB Mauritanie 2022-2026, avril 2021
10. Rapport de supervision VIH, S1 2021. Service VIH, DLMT
11. Rapport de supervision VIH, S2 2020. Service VIH, DLMT
12. Rapport final enquête IBBS
13. Rapport « Stratégie de dépistage du VIH en Mauritanie », Juin 2020
14. Stratégie Nationale de PEC PVVIH 2021 version finale validée MS