

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA

Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le SIDA



# Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST en Mauritanie 2022-2026

Version du 24 avril 2021

## – Table des matières

<b><u>PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST EN MAURITANIE 2022-2026</u></b> .....	<b>0</b>
<b><u>1 INTRODUCTION ET CONTEXTE</u></b> .....	<b>6</b>
1.1 INTRODUCTION.....	6
<b><u>2 CONTEXTE GLOBAL DE LA SANTE EN MAURITANIE</u></b> .....	<b>8</b>
2.1 DETERMINANTS SOCIAUX MAJEURS DE LA SANTE .....	8
2.2 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE .....	8
2.3 PRINCIPAUX INDICATEURS ET DEFIS DU SYSTEME DE SANTE EN MAURITANIE.....	9
2.4 IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 .....	12
2.5 SYSTEME COMMUNAUTAIRE EN SANTE .....	13
2.6 CONTEXTE DE L'ELABORATION DU PSN 2022-2026 .....	13
<b><u>3 SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH EN MAURITANIE</u></b> .....	<b>16</b>
3.1 ESTIMATIONS DE L'EPIDEMIE A VIH .....	16
3.2 PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH .....	16
3.3 DECES DUS AU SIDA .....	17
3.4 POPULATIONS CLES ET POPULATIONS EN CONTEXTE E VULNERABILITE .....	18
3.5 POPULATIONS CLES.....	18
3.6 HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH) .....	19
3.7 PROFESSIONNELLES DU SEXE :.....	20
3.8 LA POPULATION CARCERALE : .....	20
3.9 ESTIMATION DE LA TAILLE DES POPULATIONS CLES .....	21
3.10 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES.....	22
3.11 TRAVAILLEUSES DU SEXE .....	22
3.12 POPULATIONS EN CONTEXTE DE VULNERABILITE : .....	23
<b><u>4 SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE</u></b> .....	<b>25</b>
4.1 PREVENTION ET DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH.....	25
4.2 PREVENTION EN POPULATION GENERALE .....	25
4.3 PREVENTION DANS LES POPULATIONS CLES .....	26
4.4 DEPISTAGE DANS LES POPULATIONS CLES.....	27
4.5 IMPACT DU STIGMA ET DE LA DISCRIMINATION SUR L'ACCES AUX SERVICES DE PREVENTION ET DEPISTAGE ....	28
4.6 CONCLUSIONS SYNTHETIQUES POUR LES POPULATIONS CLES.....	28
4.7 PREVENTION DANS LA POPULATION DES ADOLESCENTS ET JEUNES.....	29
4.8 ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG ET LIQUIDES BIOLOGIQUES (AES/LB) .....	30
4.9 SECURITE TRANSFUSIONNELLE .....	31
4.10 ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH .....	31
4.11 DEPISTAGE DES NOUVEAU-NES ET ENFANTS EXPOSES.....	32
4.12 DONNEES GLOBALES POUR LE DEPISTAGE DU VIH .....	32
4.13 CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH .....	33
4.14 DEPISTAGE COMMUNAUTAIRE .....	33
4.15 DEPISTAGE EN MILIEU DE SOINS (CDIP) .....	34

4.16	AUTRES APPROCHES DE DEPISTAGE .....	34
4.17	DONNEES DE DEPISTAGE PAR POPULATION.....	34
4.18	AU TOTAL SUR LE DEPISTAGE .....	35
4.19	LIEN AU TRAITEMENT.....	36
4.20	PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH .....	36
4.21	FILE ACTIVE DES PVVIH .....	37
4.22	COUVERTURE EN ARV .....	38
4.23	SUPPRESSION VIRALE.....	39
4.24	PRISE EN CHARGE GLOBALE DES ADULTES PVVIH .....	39
4.25	PEC DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES .....	40
4.26	PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES.....	41
4.27	SUIVI BIOLOGIQUE .....	42
4.28	CONTRIBUTION COMMUNAUTAIRE .....	43
4.29	LUTTE CONTRE STIGMA ET DISCRIMINATION, PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE, PROTECTION SOCIALE.....	45
4.30	STIGMATISATION ET DISCRIMINATION.....	45
4.31	PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE .....	46
4.32	RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE LA GESTION DE LA REPONSE.....	47
4.33	COORDINATION DE LA REPONSE .....	47
<b>4.</b>	<b><u>APPROCHE DE PRIORISATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2022-2026 .....</u></b>	<b>49</b>
	"KNOW YOUR EPIDEMIC" .....	49
	ANALYSER LES DONNEES CENTREES SUR LES PERSONNES ET LEUR CONTEXTE DE RISQUE "KNOW YOUR PEOPLE" .....	49
	"KNOW YOUR SYSTEM" .....	49
	<b><u>4.2 PRIORITES ISSUES L'ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH ET LA REPONSE NATIONALE AU VIH/SIDA.....</u></b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b><u>VISION DE LA REPONSE A L'EPIDEMIE DE VIH EN MAURITANIE.....</u></b>	<b>51</b>
5.1	FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS DU PSN 2022-2026 .....	51
5.2	LA VISION ET LES AMBITIONS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2022-2026 .....	51
5.3	REFERENTIELS DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH.....	52
5.4	RESULTATS D'IMPACT DU PSN 2022-2026.....	53
5.5	CHAINE DE RESULTATS DU PSN 2022-2026 .....	54
5.6	RESULTAT D'IMPACT 1 : D'ICI 2026, LES NOUVELLES INFECTIONS A VIH SONT REDUITES D'AU MOINS 50%, EN PARTICULIER PARMIS LES POPULATIONS CLES ET LEURS PARTENAIRES.....	54
5.7	RESULTAT D'IMPACT 2 : D'ICI 2026, LA MORTALITE LIEE AU VIH/SIDA EST REDUITE DE 50% .....	57
5.8	RESULTAT D'IMPACT 3 : LA REDUCTION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION, LE RESPECT DES DROITS HUMAINS ET LA PROMOTION DE L'EGALITE ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES SONT RENFORCES, D'ICI 2026	61
5.9	RESULTAT IMPACT 4 : LA GOUVERNANCE EST RENFORCEE POUR GARANTIR L'ACCELERATION, L'EFFICIENCE, LA REDEVABILITE ET LA DURABILITE DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH/SIDA.....	63
5.10	CIBLES DE COUVERTURE PAR LES SERVICES .....	65
<b>6</b>	<b><u>CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE EN MAURITANIE .....</u></b>	<b>67</b>
6.1	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE SECTION .....	67
6.2	CCM MAURITANIE .....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
6.3	PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT / PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF).....	68

<b><u>7</u></b>	<b><u>CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE .....</u></b>	<b><u>69</u></b>
7.1	SYSTEME DE SURVEILLANCE ET DE NOTIFICATION .....	69
7.2	DONNEES DES PROGRAMMES ET RAPPORTS D’ACTIVITES .....	70
7.3	SYSTEME DE SURVEILLANCE ET DE NOTIFICATION .....	71
<b><u>8</u></b>	<b><u>FINANCEMENT DU PSN 2022-2026 .....</u></b>	<b><u>71</u></b>
8.1	BUDGETISATION PREVISIONNELLE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
8.2	STRATEGIE DE MOBILISATION DES RESSOURCES .....	71
<b><u>9</u></b>	<b><u>CADRE DE PERFORMANCE DU PSN 2022-2026 .....</u></b>	<b><u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u></b>

**Avant-propos du Ministre de la Santé**

**Préface du Secrétariat Exécutif**

## Abréviations et acronymes

ARV/TARV	Antirétrovira-l-ux / Traitement antirétroviral
AMAMI	Association Mauritanienne d'Aide aux malades Indigents
AGD	Association des Gestionnaires pour le Développement
CPN	Consultation Périnatale
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
CS	Centre de Santé
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CNLS	Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DHIS	District Health Information System
DRAS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires
DLMT	Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
GPS	Global Positioning System
HBC	
FVVIH/FEVVIH	Femme Vivant avec le VIH / Femme Enceinte Vivant avec le VIH
For MVD	Pour une Mauritanie Verte et Démocratique
FOSA	Formation Sanitaire
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IBBS/IBBSS	Integrated Biological and Behavioral (Surveillance) Survey
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
MS	Ministère de la Santé
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
SMNIA	Santé Maternelle Néonatale Infantile et des Adolescents
OBC	Organisation à Base Communautaire
OIM	Organisation Internationale de la Migration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies contre le Sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PC / KPs	Populations clés / Key Populations
PC	Prison Civile
PE	Pair Educateur
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PDV	Perdu de vue
PrEP	Prophylaxie préexposition
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PUDR	Progress Update and Disbursement Request
PEC	Prise en charge
PS / TS	Professionnelle de sexe / Travailleuse de sexe
PvVIH / PVVIH	Personne vivant avec le VIH
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida
RC	Relai communautaire
REMAP+	Réseau Mauritanien des personnes vivants avec les PVVIH
RDS	Responding Driven Sample
SENL	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida
SIDA / sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SOS PE	SOS Pairs Educateurs
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SDV	Service de Dépistage volontaire
UD / UDI	Usager de Drogues / Usager de Drogues Injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UPEC	Unité de prise en charge
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# 1 Introduction et contexte

## 1.1 Introduction

L'objectif de la revue n'est pas de faire une description exhaustive des réalisations de la période concernée (2018-2020) car ce serait une répétition des rapports nationaux sur la riposte. Il s'agit plutôt d'évaluer l'atteinte des objectifs définis par le Plan Stratégique National (PSN) en confrontant les réalisations obtenus en termes de couverture des interventions aux données de suivi de l'épidémie (études biocomportementales auprès des populations) afin de pouvoir dégager des priorités pour les actions à venir. L'analyse de la situation de l'épidémie montre que la prévalence du VIH en Mauritanie, estimée autour de 0,2%, est stable dans la population générale depuis plusieurs années. Mais l'épidémie est beaucoup plus dynamique dans deux groupes de populations clés (professionnelles du sexe féminin, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), avec des taux de prévalence du VIH estimés respectivement 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). Le profil épidémiologique de la Mauritanie est ainsi plus proche de la moyenne des pays de la région MENA que de celle des pays de la région AOC : une épidémie faible en population générale mais à dynamique forte dans les populations clés identifiées (PS et HSH) et leurs partenaires. La Mauritanie fait donc face à une épidémie de type concentrée.

Selon les données du Spectrum 2021 (base de données de 2020), le nombre total de PVVIH est estimé à **8.700 en 2021** (6.870-11.130). L'analyse de la situation épidémiologique du VIH devrait être approfondie par des données au niveau infrarégional. Mais leur indisponibilité actuelle, notamment sur les populations clés, ne permet pas de mieux cibler la réponse. L'hétérogénéité populationnelle et spatiale de l'épidémie doit en effet être prise compte dans les stratégies de prévention et de prise en charge. Mais aussi pour l'identification d'autres populations clés potentielles, comme c'est le cas des usagers de drogues ou des transgenres dans certains pays voisins. Aucune information stratégique n'est disponible pour l'instant en Mauritanie sur ces populations spécifiques.

En terme de couverture des besoins en 2020, seulement 42% des PVVIH connaissaient leur statut, seulement 57,8% des PVVIH avaient accès à un traitement ARV et seulement 19,9% des personnes traitées avaient atteint la suppression virale. Ces performances sont loin des objectifs identifiés dans le PSN. Ils questionnent donc les stratégies identifiées, les approches d'intervention, les acteurs identifiés pour les mettre en œuvre et leurs performances, mais aussi les modalités de mise en œuvre (en particulier dans les services publics de santé), et plus globalement la gouvernance de la réponse.

Les fortes inégalités entre les hommes et les femmes persistantes dans la société mauritanienne, qui sont des inégalités structurelles, agissent comme des déterminants puissants de la santé des populations : niveau d'éducation et de formation professionnelle, accès à l'emploi, niveau de revenus, accès à la terre et à l'habitat, organisation des communautés ont des impacts sur les performances en matière de santé et donc de réponse à l'épidémie de VIH.

Ces faibles performances nécessitent une transformation radicale de la réponse du secteur santé, dans le sens d'une décentralisation et d'une intégration des services, un paquet de services complet aux bénéficiaires, lequel s'est progressivement réduit au cours du temps à la simple distribution des

ARV<sup>1</sup>. La dimension holistique de la prise en charge des PVVIH doit redevenir un objectif affiché de la réponse du secteur santé, qui doit pour cela s'allier avec les acteurs communautaires crédibles pour renforcer l'accès et la qualité des services.

La stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des PVVIH demeurent à un niveau élevé en Mauritanie, ce qui n'est plus acceptable dans les structures de santé et doit être activement combattu dans la société en général. Des innovations et une différenciation des services (comme la PrEP ou l'autotest), une communication plus large et plus adaptée, ainsi que la mobilisation des acteurs communautaires sont susceptibles de réduire les conséquences de ces obstacles objectifs à la réponse au VIH.

L'existence d'ONG solides, dont les contributions sont décrites ci-dessus, ainsi que l'émergence de réseaux coordonnés et dirigés par les bénéficiaires, notamment les PVVIH et les populations clés, constituent néanmoins des opportunités qui peuvent contribuer à inverser ces tendances, à travers une implication communautaire massive et innovante dans la réponse nationale :

- Dans les domaines de l'offre de dépistage (développement du dépistage communautaire, délégation des tâches, promotion de l'autotest)
- Dans le lien au traitement, l'offre de soins et la rétention dans les soins (accompagnement psychologique et social, observance thérapeutique dans tous les centres de prise en charge, recherche des perdus de vue...)
- Dans le respect des droits, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des bénéficiaires

Les recommandations issues de la revue du PSN ont été discutées avec l'ensemble des parties prenantes. Elles ont abouti à l'identification de 9 priorités d'action, qui constituent un appel ambitieux à l'action, pour renforcer et étendre les interventions de prévention et de dépistage auprès des populations clés et vulnérables, de suivi et de traitement des personnes atteintes (enfants, adolescents et adultes).

Ainsi le **Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2022-2026 de Mauritanie**, a été revu et actualisé à la lumière des résultats de la revue et de la détermination des priorités nationales. Il vise à travers les quatre résultats d'impact et les résultats d'effet et de produits qui s'y rattachent à : i) Résultat d'impact 1 : D'ici 2026, les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50%, en particulier parmi les populations clés et leurs partenaires, ii) Résultat d'Impact 2 : D'ici 2026, la mortalité liée au VIH/sida est réduite de 50%, iii) Résultat d'Impact 3 : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes sont renforcés, d'ici 2026, iv) Résultat Impact 4 : La gouvernance est renforcée pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida

---

<sup>1</sup> A noter que dans le cadre de sa nouvelle politique sanitaire, la Mauritanie a l'ambition affichée d'offrir un dépistage VIH à tous les niveaux du système de santé et particulièrement lors de la CPN pour les femmes enceintes.

## 2 Contexte global de la santé en Mauritanie

### 2.1 Déterminants sociaux majeurs de la santé

En Mauritanie, le taux d'accroissement démographique annuel moyen s'élève à 2,77 %, ce qui laisse présager un doublement de la population dans 25 ans. En 2015, plus d'un tiers des naissances (34,4 %) n'étaient pas enregistrées à l'état civil, ce qui affecte négativement le taux de scolarisation. Si l'indice de développement humain (IDH) a connu une progression importante sur les trois dernières décennies, la Mauritanie reste classée parmi les pays à faible IDH.

En 2018, les services de base étaient très inégalement disponibles d'une wilaya à l'autre et selon le milieu socio-économique : 63,5% pour l'école primaire, 26,2% pour l'enseignement secondaire, 42,6% pour le transport public, 36,9% pour l'électricité (seulement 2,7% en milieu rural et semi urbain), 32,6% pour l'information (radio/TV). L'accès à l'eau potable était assuré à 62,1% de la population, la qualité microbiologique de l'eau de consommation domestique estimée à 52% et l'assainissement figurait parmi les plus faibles scores à 9,8 %.

L'accessibilité aux services « poste/centre de santé » était garantie pour seulement 33,6% de la population. Le pourcentage de population vivant dans un rayon de 5km d'une formation sanitaire variait de 51 % au Tagant à plus de 99 % à Nouakchott, avec une moyenne de 79%.

Enfin, les données du RGPH 2013 montraient un taux d'analphabétisme à 36,3% (41,0% pour les femmes ; 31,3% pour les hommes), contre 46,9% en 2000, soit une régression de plus 10 points.

Les défis environnementaux (faible dispositif de riposte et de maîtrise des risques climatiques et des catastrophes naturelles ; vagues de sécheresse dans les deux tiers nord et inondations récurrentes dans le tiers sud) doivent être également pris en compte. De même que le statut de la femme, qui a connu des améliorations en termes de droits, d'autonomisation économique et de participation au pouvoir de décision.

Enfin, la sécurité routière est précaire avec la multiplication des accidents de la voie publique liés à la motorisation accélérée du pays.

### 2.2 Organisation du système de santé

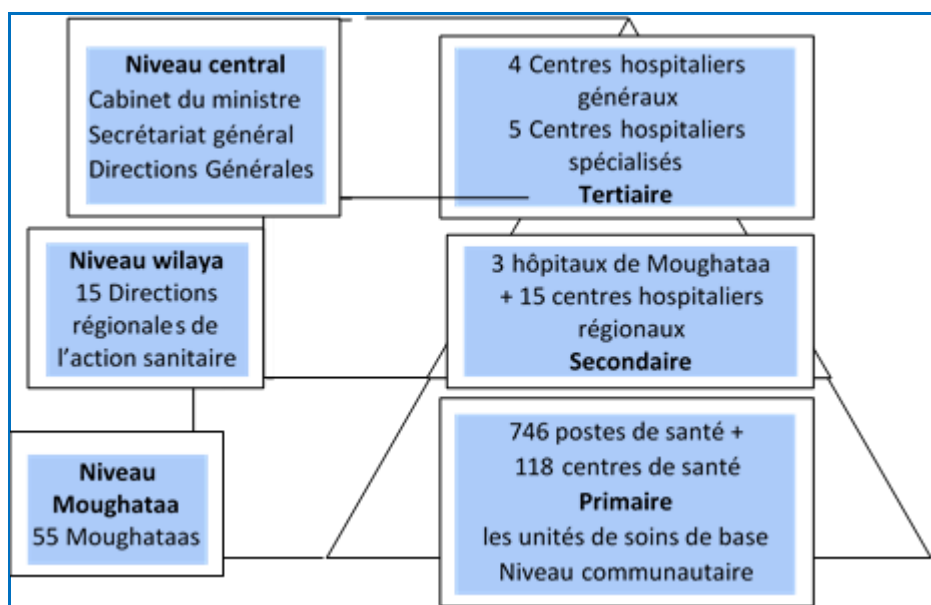
L'organisation du système de santé s'appuie le découpage administratif du pays, qui est de type pyramidal, à trois niveaux :

**Tableau 1 : Organisation du système de santé par niveau de prestations**

Niveau	Organisation administrative	Prestations de services de santé
<b>Niveau central (Nouakchott)</b>	<p>Ministère de la Santé (MS) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cabinet du Ministre de la Santé</li><li>▪ Secrétariat Général</li><li>▪ Inspection Générale de la Santé</li><li>▪ 3 Directions Générales : DG Santé, DG Ressources, DG Régulation, Organisation et Qualité des Services et des Soins</li><li>▪ 12 Directions : DSME, DMT, DMNT, DISSE pour la DGS ; DRH, DAF et DIMM pour la DGR ; DAJ, DMH, DPL, DHP, DOQS pour la DGROQSS</li><li>▪ Services et Divisions (rattachés aux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 4 Hôpitaux de Référence (CHG)</li><li>▪ 5 Hôpitaux Spécialisés (CHS)</li><li>▪ Etablissements d'Appui publics et parapublics</li><li>▪ Secteur privé contribue aussi à la couverture sanitaire</li></ul>

	Directions), <ul style="list-style-type: none"> <li>2 cellules : Cellule de Planification et de Coopération ; Cellule Sectorielle en charge du Processus des Passations de Marchés).</li> </ul>	
<b>Niveau intermédiaire (Wilaya)</b>	15 Directions Régionales à l'Action Sanitaire (DRAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 Hôpitaux Régionaux (HR),</li> <li>3 Hôpitaux de Moughataa</li> <li>Secteur privé contribue aussi à la couverture sanitaire</li> </ul>
Niveau départemental (Moughataa)	55 Circonscriptions Sanitaires (CS) : démembrements les plus décentralisés du système de santé mauritanien	<ul style="list-style-type: none"> <li>746 Postes de Santé : dans les grandes communes rurales et collectivités d'accessibilité difficile, tenus par 1 infirmier</li> <li>118 Centres de Santé Primaires, tenus par médecin, consultations préventives et curatives, soins d'urgence</li> </ul>

**Graphique 1 : Pyramide de santé**



### **2.3 Principaux indicateurs et défis du système de santé en Mauritanie**

Les principaux indicateurs socio-sanitaires de la Mauritanie figurant dans le tableau ci-dessous, issus de différentes sources incluant la récente EDS 2019-2020, méritent un intérêt pour comprendre le contexte spécifique de la Mauritanie.

**Tableau 2 : Principaux indicateurs du système de santé**

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	5%	2015	CNS 2015

produit intérieur brut (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 <sup>ème</sup> 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 ans actuellement mariées ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale	31% < 20 ans 31 à 37% entre 20 et 44 ans 23,6% chez les > 45 ans	2019	EDS 2019
Prévalence contraceptive moderne	8% chez les 15-19 ans 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

Hépatite B		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

Les principaux problèmes du système de santé et les défis correspondants sont résumés dans le tableau ci-dessous. Ils proviennent des différentes analyses conduites sur le système de santé durant les 5 dernières années (Stratégie de Coopération de l'OMS avec la Mauritanie 2018-2022 ; revue du PNDS 2020).

**Tableau 3 : Principaux défis du système de santé**

Principaux problèmes	Principaux défis
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un manque de coordination et de régulation au sein du secteur de la santé</li> <li>▪ La faible collaboration intersectorielle pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé (comportement des populations et environnement).</li> </ul>	<p><b>Défis liés au leadership et à la gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir une vision stratégique pour le système dans sa globalité et obtenir l'adhésion autour du MS de toutes les parties prenantes y compris le secteur privé ;</li> <li>▪ Instaurer une gestion efficiente dans le respect de l'exigence de transparence et de l'obligation de produire des résultats et de rendre compte ;</li> <li>▪ Prendre conscience de l'importance de la structuration organisationnelle pour en faire une question prioritaire.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des taux de mortalité et de morbidité encore élevés, notamment chez les groupes les plus vulnérables, en particulier le couple mère-enfant</li> <li>▪ De fortes prévalences et incidences des maladies transmissibles (paludisme, TB, hépatite B et VIH/sida) avec une émergence inquiétante des maladies à potentiel épidémique</li> <li>▪ L'ampleur grandissante des MNT (diabète, HTA, cancers)</li> <li>▪ Un système d'offre de soins insuffisamment performant</li> </ul>	<p><b>Défis liés aux prestations de services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile ;</li> <li>▪ Parvenir au contrôle du VIH/sida, de la TB, de l'hépatite B, des MTN et à l'élimination du paludisme ;</li> <li>▪ Amener le pays à un niveau de préparation acceptable pour la réponse aux urgences de santé publique et contribuer à la sécurité sanitaire mondiale ;</li> <li>▪ Assurer un meilleur suivi des facteurs de risque des MNT et développer des stratégies de prévention et de prise en charge appropriées de ces maladies ;</li> <li>▪ Renforcer le niveau périphérique du système de santé afin qu'il offre de soins de qualité, intégrés et centrés sur la personne.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un système d'information sanitaire fragmenté et peu performant</li> </ul>	<p><b>Défis relatif à l'information sanitaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablir un cadre intégré et inclusif pour l'évaluation de la performance du système et instaurer un processus continu de suivi-évaluation-révision coordonné ;</li> <li>▪ Créer un environnement de travail incitatif et promouvoir une culture de prise de décision fondée sur des bases factuelles.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le financement du secteur est insuffisant (4,6 % du budget de l'Etat en 2013 contre 15 % recommandé par la déclaration d'Abuja) et dont l'efficacité par rapport à l'objectif de la CSU doit être renforcée</li> </ul>	<p><b>Défis relatifs au financement de la santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accroître les fonds publics en respectant les engagements des Chefs d'Etat au sommet d'Abuja et en mobilisant plus d'aides extérieures ;</li> <li>▪ Adopter une stratégie de financement appropriée orientée vers la CSU, de façon à mieux satisfaire les exigences d'équité et d'efficacité.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des ressources humaines insuffisantes en quantité et qualité, peu motivées et mal réparties</li> </ul>	<p><b>Défis relatifs aux ressources humaines et matérielles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmenter en termes de quantité et de qualité, les Ressources humaines en santé (RHS) et veiller à une répartition équilibrée entre les différentes localités du pays et</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les difficultés dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>à l'équité dans la gestion des carrières, dans les affectations et dans la motivation tout en assurant des conditions optimales de sécurité en milieu de travail ;</li> <li>▪ Améliorer l'efficacité des mécanismes d'approvisionnement, de distribution et d'utilisation des produits pharmaceutiques, tout en développant la production locale des produits de la médecine traditionnelle ;</li> <li>▪ Se doter d'une stratégie pour les acquisitions des équipements biomédicaux et mobiliers et leur maintenance.</li> </ul>
--	---

## **2.4 Impact de la pandémie de COVID-19**

L'inquiétude face à la propagation de la COVID 19 reste très élevée dans l'ensemble de la Mauritanie, malgré une organisation efficace de la part du Ministère de la Santé. En effet, 85% des ménages restent inquiets vis à vis de la seconde vague voir de la troisième. L'inquiétude est également sévère dans les zones urbaines autres que Nouakchott et Nouadhibou avec un taux de 43% des ménages qui sont très inquiets. En zone rurale, 9,8% des ménages disent ne connaître aucun cas de COVID 19 dans leur quartier/localité. L'attitude des ménages en ce qui concerne les mesures de limitation de la propagation du virus face à la hausse des contaminations est assez positive. On note que 63% des ménages font plus attention, 30% pratiquent les mêmes mesures que précédemment et seulement 6,5% ne pratiquent aucune mesure face à la hausse des contaminations. Les principaux canaux d'information concernant le virus reste la télévision 56%, la radio 48% et les réseaux sociaux 25%.

A la suite de la hausse des cas, le gouvernement a pris de nouvelles mesures en décembre 2020 pour limiter la propagation des cas. La majorité des ménages jugeait la plupart d'entre elles appropriées (> 90% des ménages), même le couvre-feu (84,5%) sauf pour la fermeture des marchés et restaurants (seulement 50,5% des ménages approuvaient). Entre novembre 2020 et décembre 2020 les ménages ont réduit de plus en plus les visites passant de 48% de ménages ayant fait moins de visites en novembre à 65% en décembre. En ce qui concerne les cérémonies, on est passé de 16% des ménages ayant fait moins de cérémonie en novembre à 40% en décembre. La tendance est la même pour les interactions sociales avec les autres.

La pandémie a entraîné une perte de revenu au sein des ménages (41%) dans différents secteurs Les ménages les plus affectés étaient ceux ayant des revenus d'entreprises non agricoles (50%), y compris les entreprises familiales. On notait également une diminution des transferts depuis l'étranger dans 46% des ménages et des transferts à l'intérieur du pays dans 42% des ménages. En revanche, l'augmentation des revenus durant la pandémie concernait principalement les ménages ayant des revenus issus d'activités agricoles, de l'élevage et de la pêche (29,5% des ménages) et ceux bénéficiant des programmes d'assistance de l'Etat (34% des ménages). Les revenus restaient inchangés pour les ménages les plus aisés possédant des revenus issus de la propriété, d'investissements et de l'épargne (71% des ménages) et de l'emploi salarié 56,7% des ménages.

L'accès aux services de santé restait une préoccupation majeure durant cette seconde vague de contamination, mais on notait une réduction de la peur des malades à fréquenter les services de santé du fait de la maladie (16% à 2%). L'accueil de la vaccination contre la COVID-19 restait mitigé : 53% des ménages seraient prêts à se faire vacciner si le vaccin est gratuit, mais 13% ne sont pas du tout prêt à se faire vacciner, ce qui correspond à des réactions similaires dans plusieurs pays de la région notamment lorsque l'information est confuse.

En ce qui concerne l'assistance sociale durant la période, 26,5% des ménages ont bénéficié d'au moins un programme d'assistance social. On relèvait également que 78,3% des ménages

pensaient que la présence de programmes de protection sociale Taazour Teqavoul a amélioré la situation dans leur localité.

## **2.5 Système communautaire en santé**

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.

Le système de santé comprend également un niveau communautaire qui inclue l'ensemble des acteurs communautaires engagés pour la santé évoluant à la base et au sein des communautés urbaines et rurales. Ils travaillent sur la mobilisation et la sensibilisation des communautés pour la santé, sur l'accès aux services de santé et sociaux, notamment les services de prévention et de prise en charge du VIH, de la tuberculose, du paludisme et d'autres pathologies (comme la COVID-19 par exemple).

Certaines associations telles que SOS Pairs Educateurs, Stop Sida, REMAP +, AGD, Amami se sont mobilisées pour réduire l'impact négatif de l'épidémie de la COVID 19 autour d'initiatives citoyennes au coté des structures du Ministère de la Santé de Mauritanie. Il s'agissait, de participer à la sensibilisation de la population générale et en particulier les PVVIH et autres populations vulnérables y compris les populations clés pour réduire les dysfonctionnements des différents services du CTA et des UPEC et notamment le suivi des PVVIH maintenir le continuum de services de prise en charge globale du VIH et des hépatites virales tout en garantissant des mesures de prévention et des outils pour réduire la propagation du Covid-19.

## **2.6 Contexte de l'élaboration du PSN 2022-2026**

Le processus d'élaboration du nouveaux Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida (PSN) 2022-2026, s'est déroulé dans le contexte de l'épidémie mondiale de COVID-19 qui a imposé des modalités de travail inédites. Les échanges entre les parties prenantes n'ont en effet pas été possibles dans les conditions habituelles.

Une mission sur place de l'équipe des consultants internationaux a néanmoins permis de développer une dynamique de travail au sein du Groupe Technique de Travail chargé d'élaborer le nouveau PSN 2022-2026 mis en place par le SENLS. Durant cette mission, il a notamment été possible de rencontrer les parties prenantes clés de la réponse : principales organisations de la société civile (OSC), REMAP+, représentants des populations clés , professionnels de santé, cadres du SENLS et du Ministère de la Santé.

Mais le processus a aussi nécessité la mobilisation de moyens de communication virtuels de type visioconférences et audioconférences via des plateformes internet spécialisée (zoom, teams, etc.) pour le suivi de la mission.

L'élaboration du PSN 2022-2026 a ainsi suivi une démarche méthodologique dont les principales caractéristiques ont été :

- Une approche participative visant l'implication et de responsabilisation des parties prenantes nationales et des PTF
- La recherche de l'appropriation et le renforcement du leadership national pour créer les principes de base de l'implication et promouvoir l'adhésion et la pérennité
- L'inclusion de l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs et communautaires y compris le REMAP+ et les représentants des populations clés soit en tant que bénéficiaires des associations, soit des leaders de populations clés

- L'utilisation des données et informations stratégiques disponibles pour une bonne analyse de la situation et la justification du Plan comme réponse adaptée aux besoins et problèmes identifiés
- La diversification des sources des données et la triangulation des informations
- La recherche du consensus autour du cadre de résultats (impacts, effets, produits), des cibles et des stratégies de mise en œuvre.

En pratique, cette approche s'est traduite en six (6) grandes étapes :

- **Etape 1** : Constitution de l'équipe d'élaboration avec des consultants nationaux et internationaux
- **Etape 2** : Entretiens approfondis avec toutes les parties prenantes comprenant les principales organisations de la société civile, le REMAP+, des représentants des populations clés, des professionnels de santé, les cadres du SENLS et du Ministère de la Santé, pour documenter la revue du précédent PSN et tirer les principaux enseignements de sa mise en œuvre (analyse épidémiologique et de la réponse)
- **Etape 3** : Atelier de consensus sur l'analyse épidémiologique et de la réponse du précédent PSN, de Priorisation pour réponse en 2022-2026 et de consensus sur le Cadre de Résultats du PSN 2022-2026 (Atelier du 17 mars 2021)
- **Etape 4** : Proposition d'un draft 0 soumis au Comité technique de suivi du processus pour enrichissements, et organisation d'une retraite pour la rédaction du draft 1 du PSN sur la base du draft 0 produit
- **Etape 5** : Circulation du draft 1 élargie aux PTF à l'issue de la retraite de rédaction pour recueil des commentaires et amendements
- **Etape 6** : Validation du Plan Stratégique National après discussion et intégration des amendements et remarques.

**Dans l'étape 2**, la revue du PSN 2018-2021 a permis une analyse approfondie de la réponse nationale dans son ensemble avec la recherche des inégalités en terme d'accès à la prévention et aux soins. Ainsi, la prise en compte des carences programmatiques et des goulots d'étranglement ont été identifiés, montrant les insuffisances dans la mise en œuvre :

- Celle-ci a donné l'occasion d'observer le niveau de réalisation et de couverture des objectifs 90/90/90 de l'ONUSIDA à l'échéance de fin 2020.
- Une revue documentaire a été réalisé autour de l'analyse de la situation épidémiologique, avec la triangulation des données issues des études bio-comportementales réalisées en 2014 et en 2018-2019 ainsi que la cartographie de l'estimation de la taille des populations clés réalisée en 2020.
- Le groupe technique de travail chargé d'élaborer le nouveau Plan Stratégique National 2022-2026 de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie s'est réuni en session le 16 mars 2021 pour étudier les données disponibles sur les populations clés hautement exposées au risque VIH. Le groupe a notamment examiné les données estimatives de taille des populations clés disponibles actuellement pour le pays, afin de dégager un consensus national permettant de développer le PSN 2022-2026 sur les données de bases les plus robustes (cf. Note technique sur la triangulation des données concernant les Populations clés en Mauritanie).

**Pour l'étape 3**, l'atelier de consensus sur l'analyse épidémiologique et de la réponse du précédent PSN du 17 mars 2021 a réuni l'équipe du SENLS (équipe de suivi-évaluation), des représentants du Ministère de la Santé et de l'INRSP des partenaires techniques et financiers de la Mauritanie (OMS, ONUSIDA et les co-sponsors), des experts de la société civile, ainsi que l'équipe d'experts nationaux et internationaux en charge de l'appui au pays pour l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National 2022-2026 de lutte contre le VIH/sida. Il a permis

d'identifier les priorités de la réponse à l'épidémie pour la période 2022-2026 et d'établir un consensus sur le Cadre de Résultats du PSN 2022-2026.

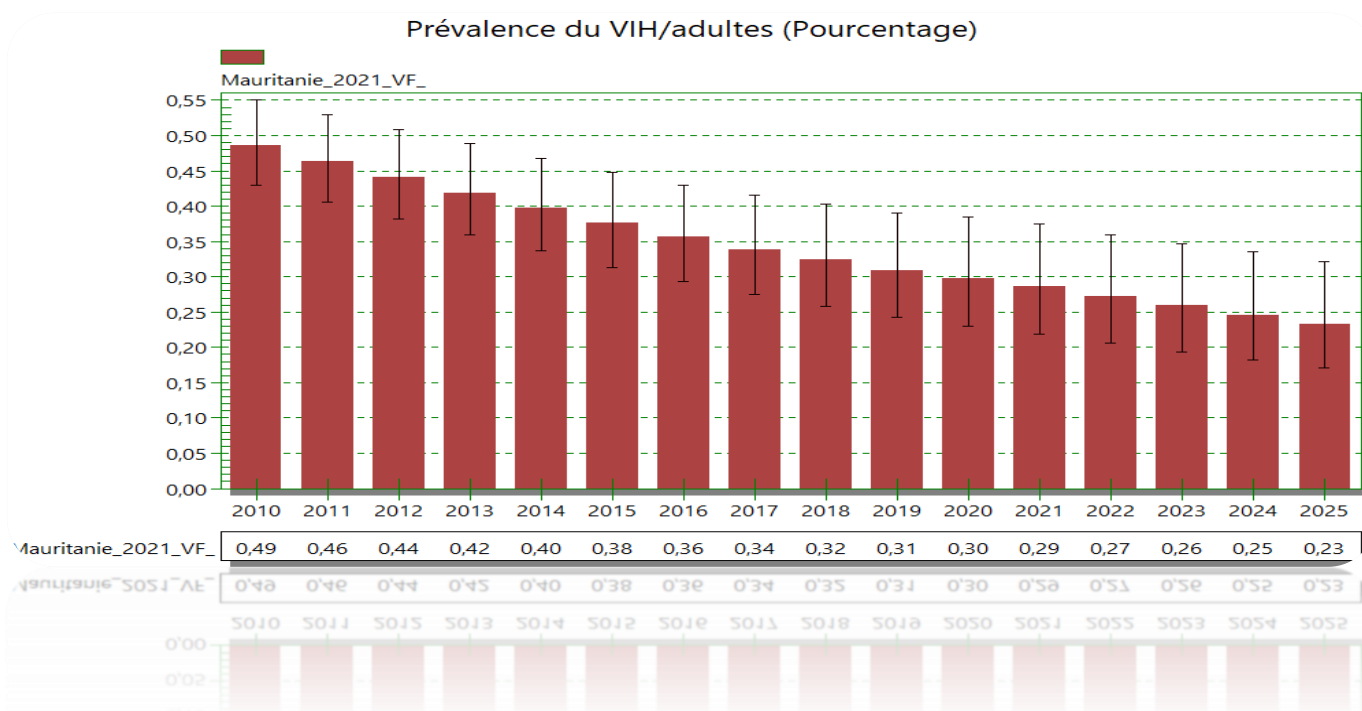
**Durant l'étape 4**, un atelier de rédaction du PSN a permis de reprendre le draft 0 en y intégrant toutes les contributions des membres du groupe technique.

**Les étapes 5 et 6** ont enfin permis de collecter toutes les contributions des acteurs clés de la réponse et des partenaires techniques et financiers, pour aboutir à l'atelier de validation national du PSN 2022-2026, qui s'est tenu du 21 au 22 avril 2021 à Nouadhibou.

### 3 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique de l'infection à VIH en Mauritanie

La prévalence du VIH reste faible en Mauritanie en population générale, (adultes âgés de 15-49 ans) estimée autour de 0,29% (0,1% à 0,3%), avec une dynamique de réduction dans la population générale depuis ces dix dernières années, selon les estimations du Spectrum réalisé par l'ONUSIDA en juin 2021.

Graphique 1 : Prévalence de l'épidémie de VIH en population générale de 2010 à 2021



L'épidémie de VIH se distingue par son caractère concentré, selon l'étude intégrée de surveillance comportementale et biologique auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection par le VIH (IBBS 2019), la prévalence du VIH est estimée respectivement à 9% chez les PS (10,3% à Nouakchott, 2,9% à Nouadhibou et 1,1% à Rosso), 23,4% chez les HSH (24,9% à Nouakchott, 4,7% à Nouadhibou et 3,7% à Rosso).

#### 3.1 Estimations de l'épidémie à VIH

#### 3.2 Personnes vivant avec le VIH

Selon les estimations 2020 avec le logiciel Spectrum sur la base de données de 2019, le nombre de PVVIH (tous âges confondus) était estimé entre (8743-4253), soit 5803 personnes.

L'épidémie VIH en Mauritanie se distingue par son caractère concentré avec des taux de prévalence faibles dans la population générale et très élevées dans certains groupes hautement exposés au risque VIH. En outre, selon les données les plus récentes du Spectrum 2021 sur la base de données de 2020 le nombre de PVVIH est estimé à **8700 en**

**2021** (6870- 11130) avec 4200 femmes et 4490 hommes pour la population totale. Pour la tranche d'âge 15-49, il est estimé 3030 hommes et 3000 femmes vivant avec le VIH.

**Tableau 6 : Estimation du nombre de PVVIH 2021-2025 Spectrum 2021**

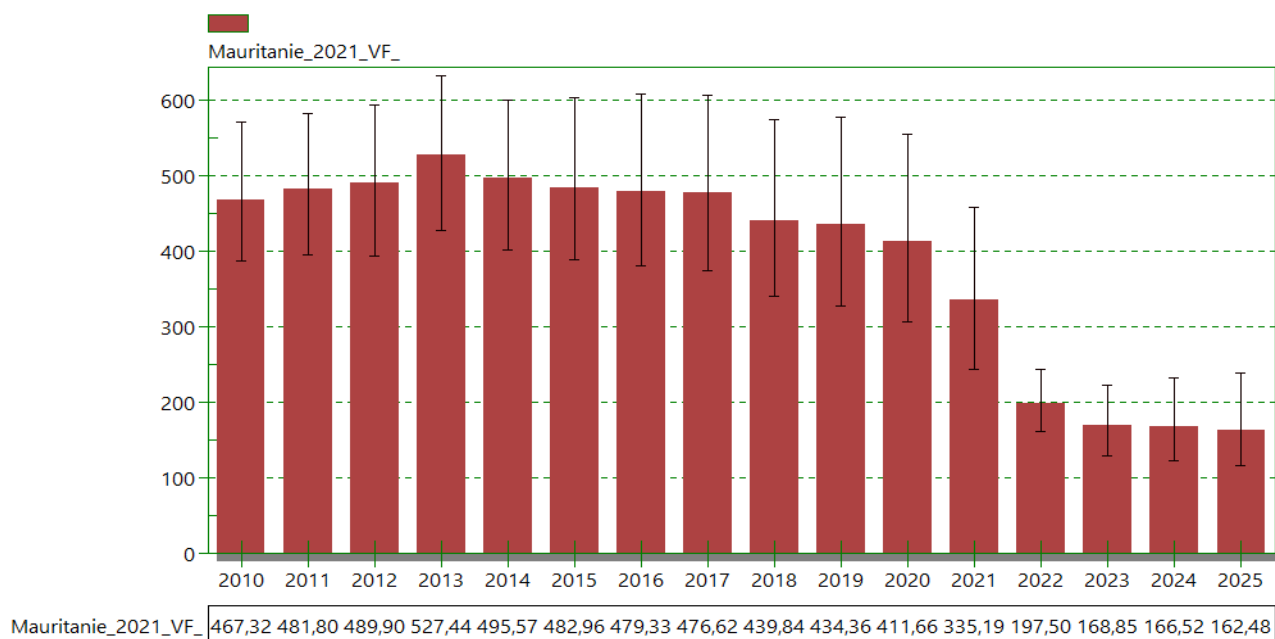
Population VIH+ (Milliers) - (Hommes Femmes)			
	Spectrum Mauritanie_2021	Borne inferieur	Borne supérieure
<b>2010</b>	9220	8140	10460
<b>2011</b>	9210	8090	10430
<b>2012</b>	9170	8000	10510
<b>2013</b>	9080	7880	10600
<b>2014</b>	8960	7700	10610
<b>2015</b>	8880	7540	10540
<b>2016</b>	8810	7430	10570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

### **3.3 Décès dus 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 au dépistage et aux soins plus tardifs malgré l'utilisation des ARV, ce qui dénote un diagnostic tardif et par conséquent une mise sous traitement également tardive. A cela s'ajoute aussi des difficultés liées au diagnostic et à la prise en charge des infections opportunistes.

**Graphique 2 : Projection sur l'estimation des décès liés au VIH 2020-2025 Spectrum 2021**

### Décès dus au SIDA



### 3.4 Populations clés et populations en contexte e vulnérabilité

### 3.5 Populations clés

En Mauritanie trois populations sont considérées comme à haut risque d'exposition aux IST/VIH : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe et la population carcérale. En effet selon l'étude intégrée de surveillance comportementale et biologique (IBBS 2019) chez les professionnelles du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) réalisée en 2019 à Rosso, Nouakchott et Nouadhibou, 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)**. L'étude intégrée de surveillance comportementale et biologique (IBBS) chez les femmes professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes a été menée à Rosso, Nouakchott et Nouadhibou, en Mauritanie en 2019. Les personnes éligibles étaient âgées de 18 ans ou plus et ont vécu ou travaillé dans les zones d'étude respectives.

**Tableau 6 : Les tailles de l'échantillon calculées pour les enquêtes**

Ville	PS	HSH
Nouakchott	200	200
Nouadhibou	200	200
Rosso	200	200
Total	600	600

Les données ont été recueillies dans trois villes de Mauritanie<sup>2</sup> : Rosso (population d'environ 35 847 habitants), Nouakchott (population d'environ 1 116 739 habitants) et Nouadhibou (population d'environ 132 246 habitants), Rosso est une ville frontalière dans le sud-ouest de

<sup>2</sup> Agence Nationale de la Statistique et de l'Analyse Démographique et Economique ANSADE Mauritanie

la Mauritanie et elle est la capitale de la région du Trarza. Elle est située sur le fleuve Sénégal à la tête d'un ferry de traversée internationale sur la route principale entre Nouakchott et la capitale sénégalaise de Dakar. Nouakchott se repose le long de la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest et est la capitale et la plus grande ville de Mauritanie et l'une des plus grandes villes dans le Sahara. Nouadhibou est la deuxième plus grande ville et occupe la zone la plus au nord en Mauritanie le long de la côte atlantique et constitue un important pôle économique. Les deux villes Nouakchott et Nouadhibou ont des ports maritimes.

### **3.6 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)**

Deux cents (200) HSH à Rosso, 302 à Nouakchott et 203 à Nouadhibou ont été recrutés dans l'enquête IBBS en Mauritanie. La plupart des HSH ont entre 20 et 29 ans (Nouakchott médiane : [22 max : 53] ; Nouadhibou médiane : [21 max : 60] ; Rosso médiane : [25 max : 63]) et de nationalité mauritanienne. Presque tous ont été déjà scolarisés, dont 36% à Nouakchott, 50% à Nouadhibou et à 29% à Rosso ont terminé le cycle secondaire. Vingt-neuf pour cent (29%) des HSH à Nouakchott et 40% à Rosso travaillent dans le secteur privé, alors que 31% à Nouadhibou travaillent à temps partiel. Entre 16% à Nouakchott et 37% à Rosso n'ont jamais travaillé et 17% à Nouakchott et 15% à Nouadhibou sont actuellement à l'école.

La plupart des HSH dans Rosso sont dans une relation de couple avec une femme ou dans une relation de couple avec un homme. Quarante-cinq pour cent des HSH à Nouakchott sont dans une relation de couple avec un homme et 32 % ne se trouvent dans aucune relation stable et 26 % des HSH à Nouadhibou sont dans une relation stable en couple avec un homme et 42 % ne sont pas dans toute relation stable. La plupart des HSH dans Rosso et Nouakchott considèrent leur orientation sexuelle comme homosexuel ou gay et la plupart à Nouadhibou considèrent leur orientation sexuelle comme bisexuelle. La majorité des HSH à Rosso et Nouakchott et 34% à Nouadhibou préfèrent les hommes comme partenaires sexuels et 53% des HSH à Nouadhibou pratiquent de relations sexuelles à la fois avec des hommes ou des femmes.

**Les modalités de rencontre :** La plupart des HSH à Rosso (42%) et à Nouadhibou (69%) ont le plus souvent rencontré d'autres HSH au cours des six derniers mois sur internet ou par téléphone, 30% des HSH à Nouakchott ont rencontré d'autres HSH dans des bars et clubs. Parmi tous les endroits possibles où pratiquer rapports sexuels, au cours des six derniers mois, la plupart à Rosso ont eu des relations sexuelles à la maison d'un ami et la plupart à Nouakchott et Nouadhibou ont eu des relations sexuelles dans l'habitation du partenaire sexuel. Trente-quatre pour cent (34%) des HSH à Rosso ont le plus souvent eu des rapports sexuels avec un homme à la maison d'un ami et 60% à Nouakchott et 64% à Nouadhibou ont le plus souvent eu des rapports sexuels à la maison d'un partenaire sexuel. Tous les HSH dans les zones sondées ont utilisé Internet au cours du dernier mois, dont la majorité l'a utilisé tous les jours. A Rosso et à Nouadhibou, la plupart des HSH ont visité un site gay tous les jours au cours du mois passé. Parmi tous les sites web de rencontre avec les HSH, la plupart des HSH dans toutes les villes ont visité Facebook.

**Début des rapports sexuels :** La plupart des HSH à Rosso et Nouadhibou ont eu leur premier rapport sexuel avec une femme et 78% à Nouakchott ont eu leur premier rapport sexuel avec un partenaire masculin. La majorité des HSH dans tous les endroits ont eu leurs premiers rapports sexuels avec un partenaire quelconque et avec un homme lorsqu'ils avaient entre 15 et 19 ans (médiane : **Rosso** 18 ans pour tout partenaire et partenaire de sexe masculin ; **Nouakchott** : 16 avec un partenaire quelconque, 17 avec un homme,

**Nouadhibou** : 15 avec un partenaire quelconque, 16 avec hommes). La plupart des HSH dans tous les sites ont eu un premier partenaire sexuel masculin à l'âge de 22 ans ou plus (Rosso médiane : 20 ans ; Nouakchott : 23 ans, Nouadhibou : 21 ans).

**La majorité des HSH** dans toutes les trois régions enquêtées, avaient entre 20 et 29 ans, étaient célibataires, ont déjà suivis un cursus scolaire, étaient de nationalité mauritanienne et ont eu leurs premiers rapports sexuels lorsqu'ils avaient entre 15 et 19 ans.

La plupart des HSH dans tous les sites ont eu 2 à 5 partenaires sexuels masculins au cours des six derniers mois et entre 23% des HSH à Nouakchott et 66% à Nouadhibou ont reçu un paiement pour le sexe au cours des six derniers mois. Les HSH à Rosso avaient un pourcentage plus élevé, par rapport aux deux autres sites, de ceux qui connaissent les organisations de la société civile STOP SIDA, AMAMI et MSF. Plus de la moitié des HSH à Rosso, et seulement 7% à Nouakchott et 8% à Nouadhibou, ont visité un centre de santé ou un hôpital public au cours des 12 derniers mois.

### **3.7 Professionnelles du sexe :**

**La plupart des PS** dans les trois localités étudiées sont âgées de plus de 24 ans (62% au total), ont été déjà scolarisées (76% au total), ont atteint au moins un niveau intermédiaire d'éducation (75 %), ne sont pas actuellement inscrites à l'école (87%) et sont de nationalité mauritanienne. À l'exception de Rosso (67%), moins de 10% des PS sont actuellement mariées. La plupart des PS à Nouakchott sont célibataires et la plupart à Nouadhibou sont séparées, divorcées ou veuves. Alors que 69% des PS à Rosso gagnent de l'argent en plus de la vente du sexe, seulement 28% à Nouakchott et 38% à Nouadhibou le font. De ceux qui gagnent de l'argent en plus de la vente du sexe, la majorité ont un travail instable comme dans le secteur informel de vente et le travail domestique. L'âge médian des premiers rapports sexuels vaginaux ou anaux chez les PS dans toutes les villes était de 17 ans.

**Modalités de rencontres** : La longueur médiane de la période passée dans le commerce du sexe à Rosso est de 16 ans, 4 ans à Nouakchott et 3 ans à Nouadhibou (6 ans pour toutes les villes combinées). Les PS à Rosso ont déclaré que les principaux moyens permettant de trouver les plus hauts pourcentages de clients étaient le téléphone ou l'Internet (46%), alors que les PS de Nouakchott ont déclaré avoir trouvé le plus de clients dans un espace public ouvert (63%) et à Nouadhibou, dans un espace public fermé (41%).

Peu de PS ont déjà consommé de l'alcool ou pris de la drogue. Presque la moitié des PS à Rosso, 15% à Nouadhibou et seulement 7% à Nouakchott ont été privées d'un service au cours des 12 derniers mois pour être perçues comme vendeuses de sexe.

La séroprévalence du VIH est de 1% à Rosso, 10% à Nouakchott et 3% à Nouadhibou. La prévalence de la syphilis est de 1% à Rosso et 0,5% à Nouadhibou. Aucune PS n'a la Syphilis à Nouakchott. La prévalence combinée du VIH est de 9% et celle de la syphilis est de 0,5%.

### **3.8 La population carcérale :**

La prévalence du VIH chez les prisonniers enquêtés est restée largement supérieure au taux national (3,9% en 2007 et 2,88% en 2014 selon le Rapport Enquête Combinée Comportementale et Sérologique sur le VIH/SIDA chez les Prisonniers 2014. sans qu'elle ne connaisse de véritable variation statistiquement significative en sept ans. Cependant, tout laisse à croire que l'exposition au risque d'infection à VIH au niveau de ce groupe, et ce au vu de l'évolution importante de la prévalence de la syphilis entre 2007 et 2014, la tranche

d'âge des 25-39 ans serait la plus touchée (4,2%) par rapport aux 15-24 ans (1,6%). Le niveau de connaissance reste faible sans amélioration entre 2007 (7,4%) et 2014 (11,5%) : (différence non significative).

La moitié environ des détenus (48,5%) considèrent que leur dernier rapport sexuel était à risque, avec 39,9% qui déclaraient en 2014 ne pas avoir utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque malgré leur niveau élevé de connaissance relatif à l'importance de ce moyen de prévention et la principale raison évoquée « l'interdiction par les gardes pénitentiaires de l'accès des préservatifs aux prisonniers ». Le milieu carcéral est caractérisé par un accès limité aux soins et par le développement de comportement sexuel à risque, notamment les rapports sexuels non protégés. En l'absence des enquêtes bio-comportementales prévues en 2016 et dont la réalisation est prévue prochainement, celles de 2014, restent les seules données de référence à considérer.

### **3.9 Estimation de la taille des populations clés**

S'agissant de la taille des PS et HSH, l'IBBS 2019 a estimée (méthode de l'objet unique multiplicateur) à 19 179 la taille des PS au niveau national (4220 à Nouakchott, 790 à Nouadhibou et 404 à Rosso), l'IBBS 2019 a estimé également à 19 930 la taille des HSH dans le pays. La population carcérale a été estimée à 500 (Nouakchott, Nouadhibou et Rosso) en 2018.

Selon la cartographie<sup>3</sup> des hot spots, principaux lieux de regroupement dans 6 villes de Mauritanie (Néma, Nouadhibou, Nouakchott, Kiffa, Rosso et Zouerate) réalisée en mars 2021, 211 sites ont été identifiés. S'agissant de la répartition des 211 lieux de fréquentation et socialisation des PS et HSH dans les 6 villes couverts par l'enquête, on remarque que la ville de Nouakchott abrite la moitié des sites (50% soit 106/211) suivie de Nouadhibou qui abrite un site sur quatre (25% soit 52/211). Bien qu'il existe des spécificités par ville, la répartition par type de site montre dans l'ensemble une prédominance des maisons de passe (28% soit 59/211) suivie des maisons closes (21% soit 44/211), des maisons clandestines et des restaurants / fast-food (8% soit 17/211), et des hôtels/ appartements/ auberges (7,5% soit 16/211).

La catégorisation des 211 sites identifiés selon le type de population clés qui les fréquentent a permis de distinguer les sites fréquentés exclusivement par les PS (73,5% soit 155/211) ; les sites fréquentés exclusivement par les HSH (10,9% soit 23/211) et les sites fréquentés à la fois par les PS et HSH (15,7% soit 33/211). A propos de la fréquentation des sites identifiés il ressort que dans le but de rencontrer de nouveaux partenaires sexuels ou client (e)s, la plupart des sites ont une fréquentation mixte (hommes et femmes, PS, HSH, et HSH-ayant des rapports sexuels en échange d'argent ou travailleurs de sexe masculin/TSM et autres).

Afin d'affiner les données d'estimation de la taille issue de l'IBBS 2019 et de la cartographie de mars 2021, le groupe technique de travail chargé d'élaborer le nouveau Plan Stratégique National 2022-2026 de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie s'est réuni en session le 16 mars 2021 pour étudier les données disponibles sur les populations clés ou populations hautement exposées au risque VIH. Le groupe a notamment examiné les données estimatives de taille des populations clés disponibles actuellement pour le pays, afin de dégager un consensus national permettant de développer le PSN 2022-2026 sur des données de bases les plus robustes.

La session du groupe technique de travail a réuni l'équipe du SENLS (équipe de suivi-évaluation), des représentants du ministère de la santé et de l'INRSP des partenaires

---

<sup>3</sup> Rapport cartographie PS HSH zones urbaines Mars 2021

techniques et financiers de la Mauritanie (OMS, ONUSIDA et les co-sponsors), des experts de la société civile, ainsi que l'équipe d'experts nationaux et internationaux en charge de l'appui au pays pour l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National 2022-2026 de lutte contre le VIH/sida.

### **3.10 Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes**

Les données disponibles sur la taille de la population des HSH en Mauritanie sont issues d'études nationales et d'une estimation selon les recommandations de l'OMS (Policy Brief OMS 2019).

<b>Données disponibles</b>	<b>Estimation de taille de population</b>	<b>Commentaires</b>
IBBS 2019	<b>10 490</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode : Objet multiplicateur + SS-PSE</li> <li>• Extrapolation à la population masculine de 15 à 59 ans, par exercice d'estimation basé sur une cartographie régionale</li> <li>• Estimation haute de 19 930 HSH retenir dans le rapport final, sur la base d'une proportion de 1,9% de la pop masculine 15-59 ans</li> <li>• Estimation basse de 10 490 HSH (sur la base d'une proportion de 1% de la pop masculine 15-59 ans) est retenue ici</li> </ul>
Cartographie 2020 des hot spots dans 6 villes de Mauritanie	<b>1 687</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimation haute de 1353 HSH fréquentant le samedi soir (de 21h à minuit) les 211 sites « points chauds » répertoriés dans 6 villes du pays (Néma, Nouadhibou, Nouakchott, Kiffa, Rosso et Zouerate)</li> <li>• Estimation par les responsables de sites et les HSH qui les fréquentent</li> <li>• Proportion des points chauds de l'ensemble du pays pris en compte dans cette cartographie estimée à 80% (poids démographique de ces 6 villes)</li> </ul>
Estimations selon le « Policy Brief de l'OMS » (2019)	10 675	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1% de la population des hommes âgés de 15 à 59 ans</li> <li>• Population masculine âgée de 15 à 59 ans estimée à 10 675 hommes en 2020</li> </ul>
<b>Estimation nationale triangulée</b>	<b>7 617</b>	<b>Moyenne pondérée des estimations corrigées</b>

### **3.11 Travailleuses du Sexe**

Les données disponibles sur la taille de la population des PS en Mauritanie sont issues d'études nationales et d'une estimation pondérée sur la base des données disponibles dans la région africaine.

<b>Données disponibles</b>	<b>Estimation de taille de population</b>	<b>Commentaires</b>
IBBS 2019	9 025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode : Objet multiplicateur + SS-PSE</li> <li>• Extrapolation à la population masculine de 15 à 59 ans, par exercice d'estimation basé sur une cartographie régionale</li> <li>• Estimation haute de 19 179 TS (sur la base</li> </ul>

		<p>d'une proportion de 1,7% de la pop féminine 15-59 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimation moyenne de 9 025 TS (sur la base d'une proportion de 0,8% de la pop féminine 15-59 ans)</li> </ul>
Cartographie 2020	2 241	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimation haute du nbre de TS fréquentant le samedi soir (de 21h à minuit) les 211 sites « points chauds » cartographiés dans 6 villes du pays (Néma, Nouadhibou, Nouakchott, Kiffa, Rosso et Zouerate)</li> <li>• Estimation par les responsables de sites et par les TS qui les fréquentent</li> <li>• 80% des points chauds du pays pris en compte dans cette cartographie</li> </ul>
Estimations (moyenne de la région) appliquée sur base pop 2020	14 167	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,2% de la population des femmes âgées de 15 à 59 ans (ref. ci-dessous)</li> <li>• Population estimée à 1 151 866 femmes</li> </ul>
<b>Estimation nationale triangulée</b>	<b>8 477</b>	<b>Moyenne pondérée des estimations corrigées</b>

NB : Il n'existe pas de données factuelles sur la population des usagers de drogues et sur la population des transgenres. Des analyses de situation concernant ces populations seront prévues dans le cadre de la recherche de l'information stratégique.

### **3.12 Populations en contexte de vulnérabilité :**

Il s'agit des camionneurs, marins, pêcheurs et des miniers présentent des prévalences proches de celle dans la population générale à l'exception des routiers (1,17% selon l'Enquête Combinée Comportementale et Sérologique sur le VIH/SIDA chez les groupes mobiles : (Routiers et Pêcheurs) de 2014.) largement supérieure à la moyenne nationale estimée à 0,4%.

La connaissance adéquate du VIH/SIDA est très faible chez ces populations (<11%) et l'utilisation déclarée du préservatif dans le groupe de routiers reste très insuffisante devant un rapport à risque avec une partenaire occasionnelle (40,6%) ou avec une TS (50%). Selon les focus groupes, « *la situation et la nature des activités des camionneurs, groupe mobile, leur impose de rester loin de leur famille pendant plusieurs semaines. ... à cela s'ajoute l'existence de femmes qui dispensent des services sexuels le long des grands axes routiers.* ». Considérés comme un des principaux sous-groupes de clients de TS, les routiers nécessitent une surveillance plus accrue et des programmes de prévention plus ciblés.

La migration interne (miniers vers le nord et travailleurs agricoles vers le sud) et l'émigration transfrontalière concernent d'importantes communautés de jeunes, surtout des hommes, célibataires (permanents ou occasionnels) dans leur quasi-totalité, qui se déplacent de manière périodique entre leurs lieux de travail et leur pays (la Mauritanie) ou région d'origine. L'absence de données n'occulte pas leur risque certain dans des pays ou des villes du nord où ils ont accès au commerce du sexe, parfois pour ces groupes disposant souvent de revenus minimum.

**Migrants et réfugiés :** Les dernières statistiques mensuelles (décembre 2017) renseignent sur 2289 réfugiés en milieu urbain (de plusieurs nationalités) et environ 54 000 réfugiés au

camp de Mbira (de nationalité malienne). Le HCR<sup>4</sup> en Mauritanie a utilisé la méthode de l'échantillonnage piloté par le répondant « Respondent Driven Sampling », RDS. Les données sont collectées par le biais de référencements effectués par des pairs des répondants via leurs réseaux sociaux. Une fois mis en œuvre et analysé correctement, le RDS fournit des données représentatives du réseau des populations à partir desquelles l'échantillon a été recueilli. Compte tenu des estimations très divergentes et de la nature difficile à atteindre des populations migrantes et réfugiées en mouvement, le HCR en Mauritanie a décidé d'utiliser la méthodologie du RDS pour l'enquête de Nouadhibou dont les résultats ont été publiés en 2019. Dans le cas de l'enquête de Nouadhibou, les « semences » étaient âgées de 14 ans ou plus, provenaient d'Afrique occidentale, centrale et orientale ainsi que du Moyen-Orient, étaient installées légalement ou de façon irrégulière, et résidaient à Nouadhibou (et en Mauritanie) depuis plus de deux mois. Les « semences » ont été identifiées par le HCR et ses partenaires et sont donc, par définition, biaisées. Cependant, la présence de longues chaînes de recrutement dans l'échantillon réduit ce biais initial. L'analyse RDS emploie également un système de pondération utilisant les informations sur les réseaux sociaux de chaque répondant afin de garantir que les personnes disposant de grands réseaux sociaux ne soient pas surreprésentées dans l'échantillon final.

L'enquête estime que la population de migrants et de réfugiés de Nouadhibou, âgée de 14 ans et plus, originaire d'Afrique occidentale, centrale et orientale compte aux alentours de 10 000 personnes. La plupart des migrants et des réfugiés à Nouadhibou sont des hommes. La plupart des migrants et des réfugiés à Nouadhibou sont des hommes (74%) âgés de 30 à 40 ans (26%). Ces hommes sont musulmans (73%) et célibataires (63%). Ils travaillent principalement dans les secteurs de la pêche (12%), du port (11%) et de la construction (18%). La population des hommes migrants et réfugiés à Nouadhibou est estimée à 7 500 personnes. Les femmes ont un profil distinct par rapport aux hommes. Les femmes représentent 26% des réfugiés et des migrants à Nouadhibou. Elles sont pour la plupart âgées de 24 à 26 ans (28%) et mariées (36%), divorcées, séparées ou veuves (38%). Comme les hommes, elles sont majoritairement musulmanes (75%). Les femmes représentent environ 2 500 personnes de la population migrante et réfugiée. Par rapport aux hommes, plus de femmes vivent à Nouadhibou depuis au moins un an (70% de femmes contre 30% d'hommes), ont quitté leur pays d'origine pendant au moins un an (75% de femmes contre 52% d'hommes), ont les enfants (82% de femmes contre 35% d'hommes), vivent avec d'autres personnes (89% de femmes contre 73% d'hommes) et ont voyagé avec quelqu'un jusqu'à la Mauritanie (56% de femmes contre 27% d'hommes). Les profils de travail des femmes diffèrent de ceux des hommes : 17% mendient (contre 3% des hommes) 16% effectuent des travaux domestiques (contre 4% des hommes) et 10% travaillent comme vendeurs (contre 4% des hommes). Les adolescents constituent 6% des populations en mouvement à Nouadhibou. L'enquête a révélé que 6% de la population migrante et réfugiée à Nouadhibou sont des adolescents âgés de 14 à 17 ans (c'est-à-dire environ 606 jeunes). Parmi les adolescents, 21% sont des filles, 13% sont mariés et 60% sont musulmans. En outre, 49% travaillent dans la construction et 12% mendient. S'agissant de leur voyage en Mauritanie, 89% ont quitté leur pays d'origine depuis plus d'un an et 58% ont voyagé seuls. Les réfugiés et demandeurs d'asile vivant avec le VIH reçoivent gratuitement les antirétroviraux du centre de traitement ambulatoire (CTA) de Nouakchott pour ceux vivant en milieu urbain, au même titre que les nationaux. Le camp de Mbira quant à lui est doté d'une unité de prise en charge du VIH pour les PVVIH issues de ce groupe.

---

<sup>4</sup> Rapport sur les résultats de l'enquête du HCR auprès des réfugiés et des migrants à Nouadhibou 5 septembre 2019

En ce qui concerne la sensibilisation les associations assurent la prévention de VIH notamment avec l'association STOP SIDA.

**Aspects comportementaux parmi les populations clés et en contexte de vulnérabilité :** Les études réalisées ces dernières années (séries IBBS 2014 et 2019/2020), montrent des situations de grande vulnérabilité croisées aussi bien chez les populations clés (Professionnelles du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et populations carcérales) que les populations en contact avec les populations clés (pêcheurs, routiers, miniers, etc.). L'accès aux services de prévention est limité à cause du rejet social et la discrimination largement répandus y compris en milieu de soins, les violences et le harcèlement de la part des forces de sécurité, mettent les populations-clés face à des risques accrus et affaiblissent leur accès aux services de santé. Toutes ces entraves augmentent les facteurs de risque parmi ces populations et compromettent les changements de comportements en matière de prévention. Par exemple, beaucoup de professionnelles du sexe n'utilisent pas les préservatifs durant les relations sexuelles faute d'une accessibilité régulière aux outils de prévention. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes pratiquent à environ 90% des relations bisexuelles (IBBS,2019) et les inégalités d'accès aux services de santé les éloignent en permanence de la prévention y compris face aux IST qu'ils contractent. Les efforts de prévention qui sont menés par les associations, échouent à servir ces communautés en raison de la discrimination et des inégalités entre les hommes et les femmes et trop de personnes issues du milieu des populations clés sont encore marginalisées et laissées pour compte

En ce qui concerne les relations des PS avec les services de sécurité, près de deux PS sur cinq (39,1%) a un antécédent d'arrestation, et la période de la dernière arrestation date des 30 derniers jours dans 6,7% de cas et plus d'un an dans 23,5% de cas.

Le statut de PS est le principal motif de la dernière arrestation chez 23,5% de PS. S'agissant des HSH moins d'un HSH sur trois (29,5%) a un antécédent d'arrestation, et la période de la dernière arrestation date des 30 derniers jours dans 1,6% de cas et de plus d'un an dans 18% de cas. Le principal motif de la dernière arrestation est le « statut de HSH » chez 18% de HSH.

## **4 Synthèse de l'analyse de la réponse nationale**

### **4.1 Prévention et dépistage de l'infection à VIH**

### **4.2 Prévention en population générale**

Selon les données de l'enquête EDS 2019-2020, la connaissance des moyens de prévention du VIH a été étudiée. Chez les hommes, le pourcentage de ceux qui connaissent les deux moyens de prévention (utilisation des préservatifs à chaque rapport sexuel, se limiter à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires) a tendance à augmenter avec l'âge, passant de 25% à 15-19 ans à 45% à 40-49 ans. Chez les femmes, les écarts de connaissance selon l'âge ne font pas apparaître de tendance et se situent entre 19% et 25,4%. Il existe d'importants écarts entre Wilayas, On constate des écarts importants entre les wilayas : Dakhlet Nouadhibou ayant les plus forts taux (43 % chez les femmes, 62 % chez les hommes)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Données issues de l'EDS 2019-2020, concernant seulement les régions, mais pas la capitale.

### 4.3 Prévention dans les populations clés

La couverture en intervention de sensibilisation sur les IST et le VIH reste notoirement insuffisante, particulièrement parmi les HSH) comme en témoignent les données issues de l'IBBS 2019. En effet, au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête :

Professionnelles du sexe et HSH	Indicateurs de couverture
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 33,2% des TS a déclaré avoir reçu des informations sur le VIH et les IST et comment s'en protéger par une collègue ou une paire éducatrice (PE) ; 29,4% ont été contactée par une personne d'une OSC/OBC (seulement 18% chez les HSH) ; 26,5% a participé à une réunion de groupe sur ce sujet (seulement 14,8% chez les HSH)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 26,1% des TS a déclaré avoir obtenu des informations sur comment se protéger du VIH et des IST par la télévision (contre 13,1% des HSH), 13% par la radio (1,6% chez les HSH), 24,8% par des brochures (11,5% des HSH)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20,2% des TS ont déclaré avoir été incitées à se rendre à l'hôpital ou dans une clinique de la part d'une personne en charge de prévention du VIH et des IST (contre seulement 6,6% des HSH)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 26,1% des TS a déclaré avoir obtenu des informations sur comment se protéger du VIH et des IST par la télévision (contre 13,1% des HSH), 13% par la radio (1,6% chez les HSH), 24,8% par des brochures (11,5% des HSH)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 13,4% des TS ont déclaré avoir assisté à une démonstration de l'utilisation des préservatifs masculins (seulement 9,8% des HSH).</li> </ul>

En matière d'utilisation et d'accès aux préservatifs et gels lubrifiants des populations clés, les données issues de focus groupes avec les TS et les HSH sont inquiétantes, avec une utilisation non systématique majoritaire de ces outils de prévention et des difficultés majeures d'accès aux préservatifs ou aux gels lubrifiants à base d'eau (très peu accessibles pour ces derniers globalement). Les données chiffrées disponibles reposent essentiellement sur l'enquête IBBS 2019, en dépit du fait que des associations telles que SOS PE et STOP SIDA mènent des actions de prévention en direction de ces populations clés. En effet, s'agissant des travailleuses du sexe, sur un total de 46% des TS enquêtées a déclaré avoir utilisé un préservatif lors des dernières relations sexuelles avec pénétration vaginale/anales, seulement 20,6% de façon systématique durant les 30 derniers jours. L'enquête a également révélé que seulement 14,3% de TS avaient reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois d'un prestataire de service en prévention, qu'il s'agisse d'une OSC/OBS ou d'une structure de santé. Moins de la moitié des TS (45,8%) interrogées connaissaient un endroit / une personne ressource où obtenir des préservatifs. Les principales sources de préservatifs des TS était une officine pharmaceutique (56,9%), un ami ou un client (33,5%).

S'agissant des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, un total de 70,3% des HSH interrogés a déclaré avoir utilisé un préservatif lors des dernières relations sexuelles avec pénétration anale au cours des 6 derniers mois, seulement 34% de façon systématique. Les rapports oro-génitaux sont peu protégés (33,4%). En ce qui concerne l'accès aux préservatifs, le constat est identique à celui des TS : dans l'IBBS de 2019, seulement 6,2% des HSH avaient reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois d'un prestataire de service en prévention, qu'il

s'agisse d'une OSC/OBS ou d'une structure de santé. Les trois-quarts (75,2%) des HSH interrogés connaissaient néanmoins un endroit ou une personne ressource où obtenir des préservatifs.

Mais les principales sources d'approvisionnement des préservatifs pour les HSH 58,5% étaient les officines pharmaceutiques privées, les boutiques spécialisées (19,3%) et les pairs-éducateurs (PE) des OSC/OBC (3,4%). L'utilisation de lubrifiant par les HSH était rare (1/3 des interrogés) et inappropriée (seulement 5,7% de gels à base d'eau). Seulement 36,8% savaient où se procurer des gels lubrifiants, dont 48% s'approvisionnaient en officine pharmaceutique.

#### 4.4 Dépistage dans les populations clés

L'offre et l'accès au dépistage du VIH restait très limité chez les PS et HSH, malgré les efforts des associations, en effet, selon les données de l'IBBS 2019 :

Professionnelles du sexe et HSH	<b>Indicateurs de couverture</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 26% des TS et 21,8% des HSH avaient déjà bénéficié d'un test de dépistage du VIH au moins 1 fois.</li> <li>▪ 10,4% des TS et 3% des HSH avaient été testées et avaient reçu le résultat du test au cours des 12 derniers mois.</li> </ul>
<b>Selon les gérants des sites de commerce de sexe, durant les 6 derniers mois</b>	
Professionnelles du sexe et HSH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 12% des sites avaient bénéficié d'offre de dépistage du VIH en stratégie avancée, de visites de PE-TS, et de sensibilisation sur les IST et le VIH/Sida</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 11% des sites avaient bénéficié de distribution gratuite de préservatifs</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10% des sites avaient bénéficié de visites de PE-HSH ; 9% de séances d'éducation sur les rapports sexuels protégés par des PE-TS ;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5% des sites avaient bénéficié de visites de cliniques mobiles et de distribution gratuite de gels lubrifiants.</li> </ul>
<b>Fréquentation par les populations clés de structures intervenant dans la prévention améliorerait très significativement l'accès et l'utilisation des services de prévention et dépistage</b>	
Professionnelles du sexe et HSH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 56,3% des TS avait bénéficié d'un dépistage VIH dont 24,4% durant les 6 derniers mois et 9,2% durant les 3 derniers mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 41,2% des TS avait consulté au planning familial durant les 12 derniers mois ; 31,9% avait consulté une structure de santé pour IST au cours des 3 derniers mois.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 31,1% des HSH avait bénéficié d'un dépistage VIH, dont 13,1% dans les 6 derniers mois</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 19,7% des HSH avait consulté dans une structure sanitaire pour IST au cours des 3 derniers mois.</li> </ul>

Pour l'offre de services adaptés aux populations clés, un total de 15 structures réparties dans les villes de Nouadhibou (8), Nouakchott (6) et Rosso (1) étaient identifiables en 2019 lors de l'enquête IBBS.

Dans l'ensemble, les services VIH offerts dans les centres de santé ne ciblaient cependant pas spécifiquement les populations clés PS et HSH. Du fait de la stigmatisation et discrimination très poussée, en termes de recours pour les soins IST, les populations clés avaient volontiers une préférence pour le secteur privé (cas de la clinique Assalama à Nouadhibou).

Les performances en matière de couverture des services de prévention et dépistage étaient globalement médiocre en 2020 (cf. tableau XX ci-dessous)

Tableau XX : Indicateurs de couverture de programme de prévention et de dépistage du VIH (Rapport SENLS 2020)

Indicateurs de couverture	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage
Pourcentage d'HSH bénéficiant de programmes de prévention du VIH - ensemble de services défini	398	1 851	21,5%
Pourcentage d'HSH testés pour le VIH au cours de la période considérée et qui connaissent leur statut	302	1 851	16,3%
Pourcentage de TS touchés par les programmes de prévention du VIH - ensemble de services défini	542	2 570	21,1%
Pourcentage de TS testées pour le VIH au cours de la période de référence et qui connaissent leur statut	406	2 570	15,8%

#### **4.5 Impact du stigma et de la discrimination sur l'accès aux services de prévention et dépistage**

S'agissant des populations clés, l'IBBS 2019 a permis de documenter l'impact du stigma et de la discrimination sur l'accès aux services de prévention et dépistage des TS et HSH, ce qui s'apparente à une violation des droits humains de ces groupes hautement exposés au risque VIH

l'impact du stigma et de la discrimination sur l'accès aux services de prévention et dépistage	
Professionnelles du sexe et HSH	<ul style="list-style-type: none"> <li>10,3% des TS et 8,6% des HSH ont ainsi été privés d'un service du fait de leur statut ou orientation sexuelle (8,8% de TS ont été privées des soins de santé à cause de leur statut de TS et 1,8% de HSH privés des soins de santé à cause de leur orientation sexuelle)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1,4% de HSH ont été privés d'un emploi à cause de leur orientation sexuelle</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>17% de HSH et 1,1% de PS ont évité le dépistage, la prévention ou le traitement du VIH par crainte de stigmatisation</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>65% des PS et 23,4 % des HSH ont été victimes d'insultes verbales et 65,1% des PS et 9,5% des HSH ont été victimes d'agression physiques</li> </ul>

#### **4.6 Conclusions synthétiques pour les populations clés**

Les populations clés que sont les TS et les HSH sont hautement exposés au risque de VIH en Mauritanie et les principales caractéristiques suivantes décrivent et explicitent leurs vulnérabilités, selon les résultats de l'IBBS 2019.

Professionnelles du sexe	Hommes ayant de relations sexuelles avec les
--------------------------	--

	hommes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La situation de ces populations clés, exige immédiatement, d'intensifier l'offre de prévention combinée autour d'interventions globales qui prennent en compte les différentes dimensions liées au facteur de risque et au croisement de vulnérabilités multiples. L'offre de dépistage devraient être renforcée et diversifiée notamment le dépistage communautaire, l'autotest, l'index-testing, la prophylaxie pré exposition et la prophylaxie post-exposition y compris aux partenaires et ou clients. L'offre de préservatif et du gel lubrifiant leur accessibilité leur gratuité et leur utilisation correcte.</li> <li>▪ La réduction de la discrimination et la stigmatisation y compris en milieux de soins et la décriminalisation le leur statut de populations clés pour lever les obstacles à l'accès aux services de santé dans une perspective de droits humains, seuls en mesure d'inverser les tendances épidémiologiques et réduire durablement l'incidence du VIH et des hépatites.</li> </ul>	
Les PS sont vulnérables et sans instruction	De nombreux HSH ne sont pas conscients des risques associés à l'infection par le VIH
Les PS ont des profils différents d'une ville à l'autre (Rosso versus Nouakchott et Nouadhibou) <sup>6</sup>	Les HSH ont à la fois des hommes et des femmes comme partenaires sexuels
De nombreuses PS viennent d'autres pays, mais la majorité sont mauritaniennes.	Les HSH ont également des pratiques de commerce du sexe et des comportements à haut risque
La plupart de leurs clients sont mauritaniens	Les HSH ont des rôles actifs et passifs au cours des rapports sexuels avec les partenaires masculins
Mauvais usage du préservatif -les préservatifs devraient être gratuits et largement disponibles	Hauts niveaux de comportements sexuels à risque et mauvaise utilisation du préservatif dans un contexte de multipartenariat
Peu d'usage de substances psychoactives	Des pourcentages élevés des HSH à Nouadhibou consomment des substances psychoactives
La prévalence des IST peut être élevée parmi les PS	Les HSH accèdent plus aux services à Rosso qu'à Nouakchott ou Nouadhibou
Le dépistage du VIH chez les adolescentes PS est faible	Les taux d'accès des HSH au dépistage du VIH sont faibles
10% se sont vues refuser des services	Évitement des services de soins de santé à cause de la stigmatisation et de la discrimination
Des niveaux élevés d'agressions verbales et physiques	Des niveaux élevés d'agressions verbales et physiques
Prévalences élevées du VIH : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1% à Rosso,</li> <li>• 3% à Nouadhibou</li> <li>• 10% à Nouakchott</li> </ul>	Prévalences très élevées du VIH : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3,7% à Rosso,</li> <li>• 4,7% à Nouadhibou</li> <li>• 24,9% à Nouakchott</li> </ul>
Les TS ont de solides réseaux sociaux à exploiter dans la réponse	Les HSH ont de solides réseaux sociaux à exploiter dans la réponse

#### **4.7 Prévention dans la population des adolescents et jeunes**

L'offre de services de santé pour les adolescents est assez limitée, elle est estimée à 25% selon l'enquête SARA, l'accès aux adolescents aux services de planification (4%) et aux conseils et dépistage du VIH (2%). Aussi, la disponibilité de directives et de personnel formé reste très faible de 3% à 13% en 2018. Par rapport au test de diagnostic au VH/Sida, 80% des centres de

<sup>6</sup> **A Rosso** : activité de TS ≥ 12 ans, début plus jeune, vivent entre femmes, soutiennent ≥ 3 dépendants, nbre de clients/jour ↗, pratiques de sexe anal, IST et test VIH plus fréquents au cours des 12 derniers mois, comparativement à Nouakchott et Nouadhibou.

santé ne disposent pas de capacités de diagnostic du VIH/SIDA. Cette capacité est de 3% au niveau des postes de santé. Néanmoins, certains points forts ont été soulignés comme l'intégration de la question des adolescents dans la politique SR, la prise en compte de la SRAJ dans la stratégie 2016 – 2020 et la mise en exergue dans la loi SR des besoins spécifiques des jeunes/adolescents.

Une part importante des actions qui ciblent les adolescents et jeunes est réalisée à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) dans le cadre de l'initiative du Partenariat de Ouagadougou Conférence Régionale sur la Population, le Développement et la Planification Familiale tenue à Ouagadougou au Burkina Faso en février 2011. En effet, dans le cadre du repositionnement de la planification familiale au travers de cette initiative, l'engagement des OSC va dans le sens de l'intégration de l'éducation sexuelle complète dans les curricula d'enseignements primaires et secondaires et de la mise en place d'un plan d'action national budgétisé de la santé sexuelle spécifique pour les adolescents et les jeunes.

En partenariat avec l'association des gynécologues, Intrahealth international et la coalition des OSC a permis de renforcer les capacités de 18 structures de santé prestataires en services adaptés aux besoins des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR). Plusieurs autres OSC offrent des services de prévention en direction des adolescents et jeunes. Les rapports de ces activités ne sont cependant pas disponibles au niveau du SENLS, ce qui dénote un défaut persistant dans l'intégration des services SSR et VIH.

Dans l'enquête EDS 2019-2020, les pourcentages de jeunes femmes qui connaissent les moyens de prévention du VIH<sup>7</sup> étaient très faibles. On constate cependant une tendance à l'augmentation avec l'âge, le pourcentage passant de 3% à 15-19 ans à 6% à 23-24 ans. Chez les hommes, les pourcentages de ceux qui connaissent ces moyens de prévention étaient un peu plus élevés et on constatait aussi une tendance à l'augmentation avec l'âge, passant de respectivement 6% à 13%. Parmi les adolescents et jeunes des populations clés, la question de l'accès aux services est particulièrement posée : bien que la majorité des jeunes PS pensent qu'il est possible de faire un test du VIH confidentiellement dans leurs communautés, elles ne savent pas où le faire et moins d'un quart ont déjà fait un test de dépistage du VIH à Nouakchott et Nouadhibou. Assurer l'accès aux services de dépistage pour cette population est pourtant essentiel à la réduction de la transmission du VIH. Les prestataires de services de dépistage, en milieu de soins ou en milieu communautaire, devraient ainsi recevoir une formation spécialisée sur la manière de s'engager avec les PS pour répondre efficacement à leurs besoins. De plus amples efforts sont nécessaires pour rendre le dépistage du VIH accessible aux jeunes et aux adolescents.

#### ***4.8 Accidents d'exposition au sang et liquides biologiques (AES/LB)***

A ce jour, il n'est pas possible de donner une appréciation de la mise en œuvre de la prophylaxie post-exposition (PPE) au profit des victimes d'accidents d'exposition au Sang et liquides biologique à travers le système d'information sanitaire.

---

<sup>7</sup> Connaissance complète des moyens de prévention du VIH = l'utilisation régulière du préservatif au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH ; une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH ; rejet des deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH (le VIH peut être transmis par des piqûres de moustiques ; une personne peut être infectée en partageant les repas d'une PVVIH).

Les retours venant des sites de prise en charge font état de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre des procédures prévues pour la prise en charge des AES/LB, notamment sur la connaissance des recommandations, la disponibilité des personnels de santé pour répondre à cette demande, voire la disponibilité des ARV.

Il serait donc utile de conduire une analyse situationnelle détaillée à l'effet d'évaluer la mise en œuvre du dispositif de prise en charge des AES/LB à tous les niveaux du système de santé. L'évaluation du dispositif mis en place permettrait d'apprécier sa fonctionnalité et son impact sur la prévention de la transmission de l'infection.

#### **4.9 Sécurité transfusionnelle**

Les activités de mobilisation et de sensibilisation des donneurs de sang sont organisées à travers le pays, par des campagnes de collecte de sang.

La qualification biologique des poches de sang (tests pour le VIH, l'hépatite B, la syphilis et l'hépatite C) a permis de sécuriser 100% des dons en 2019 (20 766 poches de sang collectées ; Rapport CNTS 2019).

Un système de dépistage systématique existe pour l'ensemble des donneurs de sang. Tout le sang transfusé est sécurisé par rapport au risque de transmission du VIH et des IST.

Au total, les difficultés rencontrées peuvent être résumées comme suit :

- Faible mobilisation de la population pour des dons bénévoles de sang et absence d'un système de suivi de donneurs bénévoles en vue de leur fidélisation
- Faible accès des cas d'AES/LB fréquentant les services de santé au kit PEP lié notamment à l'absence d'un programme de précaution universelle et à la faiblesse des capacités techniques des prestataires.

#### **4.10 Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH**

La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), qui a fait place à l'e-TME (élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant), demeure un défi majeur de la lutte contre le VIH/sida en Mauritanie. En effet, les données disponibles sont parcellaires et il y a très peu d'activités de PTME à l'intérieur du pays. Les taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes sont donc très bas, le nombre de femmes enceintes dépistées positives bénéficiant d'un traitement ARV très réduit. Un contrat de prestation entre le SENLS et le PNSR a permis la redynamisation et le suivi de sept sites PTME à Nouakchott. Il a permis, en effet, de réintégrer les activités de PTME dans les services de consultation pré et post-natales au niveau d'un centre de santé à Sebkhya, trois à Elmina, deux à Arafat et un à Teyarett. En concordance avec la circulaire du Ministre de la Santé relative à la stratégie TETERIM, les femmes enceintes sont mises sous traitement sitôt le diagnostic posé, indépendamment du taux de CD4 et du stade clinique. La séroprévalence au VIH est de 0.49% et que seulement un tiers des femmes consultant pour le suivi de la grossesse ont bénéficié de pré-test pour la réalisation du dépistage VIH. L'acceptation du test est faible (51%) par rapport à ce qu'elle a été par le passé lors des dépistages réalisés en Mauritanie et dans les pays de la sous-région (supérieure à 90%). Les raisons de cette chute du taux d'acceptation restent à mettre en évidence.

Dans le cadre de l'actualisation de la stratégie nationale de PTME avec l'objectif de l'élimination de la TME, le pays a pourtant recommandé de proposer un dépistage de l'infection à VIH :

- Certaines femmes vivant avec le VIH n'ont toujours pas accès aux services prénatals pendant la grossesse et l'allaitement.
- Les femmes enceintes et allaitantes qui ont accès aux services liés à la transmission verticale du VIH, y compris les ARV, ne poursuivent pas toutes leur traitement et leurs soins tout au long de la grossesse et de l'allaitement.
- Les femmes continuent de contracter le VIH pendant la grossesse et l'allaitement maternel en raison de l'absence de prévention.

Tableau Données PTME au niveau des structures des soins des PVVIH

Année de référence	Nombre de femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes mises sous ARV
2018	46	46
2019	53	50
2020	35	34
Total	134	130

#### **4.11 Dépistage des nouveau-nés et enfants exposés**

Dans le cadre de la stratégie nationale de PTME, le pays recommande de tester dès la naissance tous les nouveau-nés de mères vivant avec le VIH. Mais ce type de dépistage est resté très limitée et peu accessible dans le pays, puisque le diagnostic précoce était jusqu'à présent effectué uniquement au CTA de Nouakchott en utilisant un GèneXpert (CEPHEID).

Dans la plupart des régions et même à Nouakchott, le diagnostic des enfants exposés était donc tardif, effectué à partir de l'âge de 18 mois par test rapide (recherche des anticorps).

#### **4.12 Données globales pour le dépistage du VIH**

En Mauritanie, la couverture en dépistage de la population générale est considérée comme faible, avec une estimation de seulement 42% des PVVIH qui connaissent leur statut. Selon les données de l'enquête EDS 2019-2020, les données sur le dépistage en population générale montraient un niveau de connaissance du statut sérologique globalement très bas :

- Le pourcentage de femmes connaissant un endroit où effectuer un test du VIH augmente avec l'âge, de 13% à 15-19 ans à 23% à 30-39 ans, variant fortement entre les wilayas (45 % à Guidimagha contre 7 % à Tagant) ;
- Parmi les hommes, les pourcentages de ceux connaissant un endroit où on peut faire un test du VIH sont nettement plus élevés que chez les femmes (20,2% 15-19 ans à 38,5% à 30-39 ans), avec variation de 9% dans l'Adrar à 76 % à Dakhlet Nouadhibou.
- Le pourcentage de femmes ayant déjà fait un test du VIH et ayant reçu le résultat variait entre 1,2% à 15-19 ans et 9,6% à 30-39 ans, variant de 1% à Hodh Echargui à 24% à

Dakhlet Nouadhibou. Entre 0,5% et 3,6% dans les mêmes tranches d'âges avaient fait un test dans les 12 derniers mois.

- Les pourcentages d'hommes ayant déjà effectué un test du VIH et ayant reçu le résultat n'étaient pas beaucoup plus élevés, de 2,5% à 15-19 ans à 12% à 30-39 ans, avec des variations entre wilayas (0,3% dans l'Adrar à 28,1% à Dakhlet Nouadhibou). Entre 2,1% et 7,4% des hommes dans les mêmes tranches d'âges avaient fait un test dans les 12 derniers mois.

Les données concernant les dépistages VIH réalisés dans le pays sont détaillées dans le tableau ci-dessous par type de dépistage (communautaire, en milieu de soins, et autres circonstances).

Tableau XX : Données de dépistage par type de dépistage de 2016 à 2020

	2017	2018	2019	2020
Nbre de personnes dépistées pour le VIH en milieu communautaire et milieu de soins	26531	31047	35749	47190
Nbre de personnes testées séropositives	62	75	163	214
% de séropositivité observée	0,23%	0,24%	0,45%	0,45%

#### **4.13 Conseil et dépistage volontaire du VIH**

Le dépistage volontaire du VIH dans des centres dédiés (CDV) a pratiquement disparu en Mauritanie. Le dépistage du VIH dans le pays est pratiqué soit à visée diagnostique et à l'initiative des prestataires de soins, soit dans le cadre de campagnes spécifiques ciblant des groupes spécifiques réalisées par des ONG en milieu communautaire.

#### **4.14 Dépistage communautaire**

Le pays dispose d'un tissu associatif et ayant une expérience avérée dans le dépistage du VIH. Les stratégies communautaires reposent sur le dépistage mobile et en stratégie avancée et ne ciblent présentement que les populations clés. Les ONG les plus expérimentées sont Stop Sida, SOS-Pairs Educateurs, AGD avec la participation active de pairs-éducateur(ric)e(s) issu(e)s des communautés ciblées. Dans une moindre mesure, For-MVD fait également du dépistage communautaire. L'ONG SOS-PE a développé un dépistage communautaire du VIH efficace à travers l'utilisation de mallettes de dépistage ciblant les populations clés par des PE.

Le nombre de dépistage du VIH réalisé en 2018 par les acteurs communautaires était de 11500 personnes, y compris des membres des populations clés, mais ce chiffre est en-deçà de la réalité parce que le SENLS ne centralise pas toutes les données issues des acteurs communautaires.

On observe néanmoins une augmentation significative du nombre des dépistages effectués en milieu communautaire depuis 2019, après une période d'au moins 3 années de réalisations plutôt faibles (2016, 2017 et 2018). Les taux de séropositivité observés montrent qu'un effort de ciblage a été fait à partir de 2018, qui se traduit par des taux significativement plus élevés qu'en population générale (0,2% en 2020).

Cet effort doit être largement amplifié, car le dépistage doit cibler particulièrement les groupes hautement exposés au risque et leurs partenaires, qui ont des taux de prévalence beaucoup plus élevés encore.

Cela souligne l'intérêt de développer en matière de dépistage communautaire des approches de dépistage différenciées, adaptées au type d'épidémie concentrée dans les populations clés que l'on observe en Mauritanie.

#### **4.15 Dépistage en milieu de soins (CDIP)**

Selon l'enquête SARA de 2018, seulement 5% des formations sanitaires (FOSA) recensées (soit 45 FOSA) offraient des services de conseil et dépistage du VIH. On y observait une disparité de l'offre selon le type de FOSA (27% des hôpitaux, 11% des Centre de Santé seulement 2% des Postes de Santé) et une différence notable entre le secteurs public (3%) et le secteur privé (14%). La disponibilité des services en dehors de Nouakchott est très réduite. Dans les établissements de soins pourtant, les circonstances qui doivent amener un professionnel de santé à proposer (systématiquement) un test VIH sont nombreuses, qu'il s'agisse de la tuberculose, des IST, de l'hépatites virales B ou C, du dépistage des cas index (dépistage des partenaires ou enfants de PVVIH), de cas de malnutritions chez des enfants ou d'infections opportunistes du VIH chez tout type de patient consultant ou hospitalisé dans une FOSA.

Cependant, les résultats de l'enquête SARA de 2018 montraient une couverture faible de l'offre de service de tests VIH aux patients tuberculeux : seulement 51% des 58 FOSA qui offraient des soins aux patients TB disposaient de capacité de diagnostic du VIH. Depuis 2016, le dépistage du VIH chez les tuberculeux n'est presque plus réalisé faute de coordination entre les programmes de lutte contre le VIH et de la tuberculose.

Les tests sont réalisés à l'aide de tests diagnostics rapides (TDR) et sont accompagnés d'un conseil pré et post-test. Mais beaucoup de faiblesses ont été identifiées notamment en termes de disponibilité des tests et de qualité du dépistage.

L'information sur le nombre de tests réalisés chez les personnes qui présentent des IST n'était pas disponible.

#### **4.16 Autres approches de dépistage**

Des campagnes de dépistage volontaire s'adressent parfois à d'autres publics (grand public, jeunes, établissements scolaires, etc.) et peuvent être initiées par le secteur gouvernemental et/ou par les ONG à l'occasion d'événements (festivals, diverses manifestations nationales) ou lors de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida. Ce type de dépistage n'est le plus souvent pas ciblé et s'adresse à des publics non prioritaires parce que moins exposés au risque VIH. Dans un pays à épidémie concentré, ce type d'approche est peu rentable en terme de rendement pour identifier des personnes atteintes, mais vise plutôt des objectifs de communication (entretenir un engagement national sur la lutte contre le VIH).

#### **4.17 Données de dépistage par population**

Même si en matière de dépistage du VIH, le PSN 2018-2021 ciblait explicitement les populations clés (TS, HSH, prisonniers), leurs partenaires, des groupes en contexte de vulnérabilité comme les femmes enceintes, les adolescents et jeunes, les réfugiés, les migrants, les marins, les transporteurs routiers, les patients atteints de tuberculose ou d'Infections Sexuellement Transmissibles, l'évaluation a montré que le dépistage n'est pas systématiquement réalisé pour toutes les cibles identifiées.

Les activités de dépistage se sont concentrées sur les TS, les HSH et les détenus à travers le travail des ONG. Mais en l'absence d'une cartographie actualisée et d'une estimation fiable de

la taille des populations cibles, la couverture du dépistage au sein de ces populations n'est pas connue. Elle est cependant estimée comme faible par les OSC prestataires de services. A titre d'exemple, sur 11500 dépistages réalisés par les Organisation de la Société Civile (OSC) en 2018, le SENLS n'en a comptabilisé que 1328 personnes, avec 35 cas positifs dont 12 dans les prisons et 21 HSH et 2 PS.

L'activité de dépistage des détenus s'inscrit dans le cadre de la prévention et la prise en charge du VIH en milieu carcéral. Suite à la formation des personnels soignants en milieu carcéral, toutes les prisons concernées ont commencé à dépister et traiter les détenus.

Il y a peu de données disponibles sur les autres catégories de personnes vulnérables, mis à part des activités ponctuelles conduites par des ONG (exemple de SOS-PE en T4/2020 avec l'Institut d'hépatovirologie dans 5 sites de populations vulnérables).

#### **4.18 Conclusion sur le dépistage**

L'absence de communication adaptée et la faible accessibilité aux services de dépistage du VIH sont donc au cœur du problème en Mauritanie pour expliquer la faible couverture du 1<sup>er</sup> 90 :

- Il n'existe quasiment pas de promotion du dépistage du VIH dans le pays : quelques rares campagnes de sensibilisation sont organisées lors de la JMS ne suffisent pas à combattre la persistance de fausses croyances des populations sur le VIH et la faible connaissance globale du statut sérologique VIH par les Mauritaniens.
- L'absence d'offre structurée de dépistage volontaire anonyme dans des centres dédiés pose des problèmes, car les personnes qui souhaitent se faire dépister ne savent pas où aller.
- Le dépistage est très réduit en population générale, ce qui dans le contexte d'une épidémie concentrée est logique car les campagnes en population générale sont coûteuses et peu productives en termes d'identification de nouveaux cas.
- L'offre de dépistage reste faible dans les populations clés et vulnérables, ce qui est beaucoup plus ennuyeux dans le contexte d'une épidémie qui se concentre dans quelques populations spécifiques identifiées.

L'offre réduite de dépistage à l'initiative des prestataires de soins est également un obstacle objectif à l'amélioration de la couverture du 1<sup>er</sup> 90 :

- Les lieux de dépistage du VIH sont peu disponibles et peu connus : seuls 7 centres de santé sur 56, 7 hôpitaux sur 26 et le CNTS proposent un service de dépistage VIH de qualité (enquête SARA 2018).
- De nombreuses occasions manquées de dépistage à l'initiative des prestataires de soins sont observées au sein des FOSA, particulièrement en pédiatrie, dans les centres de récupération nutritionnelle, dans les services de consultation et d'hospitalisation de médecine, dans les centres de prise en charge de la tuberculose. Malgré quelques tentatives en milieu communautaire (expérience SOS-PE et Institut d'hépatovirologie), le dépistage du VIH en milieu de soins n'est toujours pas intégré à celui d'autres comorbidités (IST, Hépatites, etc.).
- La faible réalisation du dépistage à l'initiative du prestataire concourt à un diagnostic tardif de l'infection au VIH chez les PVVIH, ce qui s'accompagne d'un taux de décès important dans les 6 mois succédant au diagnostic.

- Le dépistage des femmes enceintes est très insuffisant, et même si leur prévalence est basse, il s'agit d'une occasion manquée inacceptable pour mettre sous traitement les FVVIH et réduire la transmission mère-enfant.

L'implication des acteurs communautaires dans le dépistage demeure insuffisante au regard des caractéristiques de l'épidémie. Alors que l'atteinte des populations cibles nécessite justement leur mobilisation beaucoup plus massive pour se porter au-devant des populations clés qui sont plus difficile d'accès et souvent défiantes par rapport aux FOSA du secteur public.

Le dépistage du VIH parmi les populations clés est principalement réalisé par les ONG mais financé au coup par coup, ce qui ne permet pas de développer cette activité avec une ambition et une vision adaptée :

- La qualité des services de dépistage est inégale : le counseling pas toujours réalisé avant le dépistage, soit mal conduit, faute de formation du personnel.
- La confirmation du test au niveau des CTA/UPEC, du CNTS et de l'INRSP reste trop centralisée et peu disponible en dehors de Nouakchott.
- Dans certains lieux des dépistages du VIH payants dans plusieurs structures et situations.

#### **4.19 Lien au traitement**

Si des initiatives louables de lien au traitement des PVVIH nouvellement dépistées vers les structures de prise en charge existent à travers l'utilisation de fiches de référence, le dispositif s'est avéré globalement inefficace. Le maillon communautaire qui permet de consolider ce lien au traitement, par l'accompagnement des PVVIH dans les sites de PEC, n'a jamais été mis en place réellement.

A cela s'ajoute le nombre limité de structures de PEC, lesquelles sont souvent éloignées des lieux de dépistage, ajoutant un obstacle physique à l'accès aux soins. C'est ainsi qu'un nombre important de perdus de vue précoces était observé jusqu'en 2018, avec un taux de 26% sur les nouvelles inclusions.

L'accompagnement physique des personnes nouvellement dépisté(e)s positifs-ves pour le VIH par TDR, par les mêmes personnels (pairs-éducateurs) dans un site de prise en charge (CTA, UPEC ou autre) est le moyen d'éviter les perdus de vue précoces. Pour confirmer le diagnostic, un test de confirmation y sera mis en œuvre par un agent médicalement formé. Alors que ce test n'était mené jusque là qu'au niveau du CTA (Nouakchott) ou des UPEC (capitales régionales dotées), il convient que tous les hôpitaux et Centres de Santé importants (dans les plus grandes villes) soient en mesure d'effectuer ces tests de confirmation et d'entreprendre une prise en charge adéquate de l'infection une fois confirmée.

#### **4.20 Prise en charge globale des PVVIH**

Comme expliqué ci-dessus, la prise en charge d'une personne vivant avec le VIH démarre lorsqu'elle bénéficie de l'accompagnement qui lui permet d'être prise en charge dans une structure adaptée : c'est ce qu'on appelle habituellement le lien au traitement.

Cet indicateur n'est pas facile à mesurer, particulièrement dans le cas de la Mauritanie, où les données permettant de l'évaluer avec précision ne sont pas disponibles. Cependant, si l'on rapproche le nombre des nouveaux patients inscrits dans la cohorte du nombre de nouveaux patients démarrant un traitement ARV dans le même temps, on constate que le lien au traitement était plutôt correct (531/587, soit 90,5% en 2018 ; 602/ 655 soit 91,9% en 2019 et 509/585 soit 87% en 2020).

Ce lien au traitement semble néanmoins plus difficile pour les populations clés. L'ONG Stop Sida a ainsi apporté un paquet minimum d'activités (PMA) adapté à 398 HSH et 542 TS en 2020, parmi lesquels 302 HSH et 406 TS ont été dépistés. Mais parmi les 38 personnes dépistées positives, seulement 13 ont pu être accompagnées au CTA pour la confirmation de leur sérologie et le démarrage d'une prise en charge adaptée.

#### **4.21 File active des PVVIH**

La **file active des personnes vivant avec le VIH** régulièrement suivies dans les huit (8) sites de prise en charge (PEC) de l'infection à VIH du pays (Centre de Traitement Ambulatoire - CTA - de Nouakchott, Unités de Prise en Charge - UPEC - de Kiffa, Kaédi, Nouadhibou, Rosso, Zouérate, Néma et du camp de Mbéra) s'élevait à **3.477** au 30 juin 2020, un nombre qui a été porté à **3496** au 31/12/2020 (Rapport de supervision DMT/SLVIH, 2020 et rapport GAM).

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 différentiel entre le nombre des PVVIH inscrites dans les sites et le nombre de PVVIH en file active (c'est-à-dire vues au moins 1 fois en consultation dans le site durant le semestre écoulé) est particulièrement élevé au CTA de Nouakchott et dans les UPEC de Kaédi, Nouadhibou et Kiffa. Pour le CTA, cela est logiquement lié au fait qu'il s'agit du site de prise en charge historique des PVVIH dans lequel les plus anciens patients sont répertoriés.

Par définition, les 63% des patients inscrits qui ne font donc plus partie de la file active sont soit décédés, soit « perdus de vue ». Mais le nombre des décès rapportés durant l'année 2020 n'excédait pas n=42, et celui des perdus de vue n=163. Un audit de la file active serait certainement utile pour appurer ces chiffres, mais il est néanmoins vraisemblable que ces patients sont dans une large majorité plutôt décédés et non répertoriés comme tels, que vivants et perdus de vue (PDV).

La notification des cas de décès est en effet très faible, malgré l'existence d'une colonne spécifique dans l'outil "AMNIR". Pour améliorer la qualité des données, le SENLS a contractualisé avec le REMAP+ pour la recherche des PDV en 2020. Cette initiative a permis d'actualiser le statut de 412 PVVIH décédées dans la base de données nationale des PVVIH et de ramener dans les différents sites de prise en charge 235 PVVIH qui étaient PDV et avaient abandonné leur traitement ARV.

Enfin, on a remarqué une baisse de 1,2% de la file active en juin 2020 par rapport à juin 2019 (n=3.519), alors que le nombre total des PVVIH inscrites dans les différents sites avait progressé de 7% par rapport à 2019 (n=8.740 PVVIH) (Rapport de supervision

DMT/SLVIH, 2020). L'explication de ce constat se trouve probablement dans les conséquences de la crise sanitaire liée à COVID-19, qui a entraîné une baisse de fréquentation des sites particulièrement notable au 1<sup>er</sup> semestre 2020.

Le CTA de Nouakchott gère le plus grand nombre des PVVIH du pays (83%). Trois sites abritent des files actives d'environ 500 PVVIH chacune (Kiffa, Kaédi et Nouadhibou). Les files actives de Néma, Zouérate, Rosso et Mbera sont restées de petite taille (< 150 PVVIH). Cela dénote une centralisation toujours très forte de la prise en charge.

#### 4.22 Couverture en ARV

Parmi les PvVIH de la file active, un total de **3.227** PVVIH recevaient un traitement antirétroviral (ARV) au 30 juin 2020, nombre qui a été porté à **3.396** au 31/12/2020. Durant le 1<sup>er</sup> semestre 2020, quelques **255** nouveaux PVVIH ont été inscrits dans la file active, dont **234** ont démarré un traitement ARV (dont 25 femmes enceintes, 21 patients atteints de tuberculose et 49 patients atteints d'hépatite B). Pour l'année 2020, le total du nombre des PVVIH qui ont démarré le traitement ARV était de **509**, dont 329 au CTA de Nouakchott (65%), 51 à Nouadhibou et Kaédi, 34 à Kiffa, 19 à Néma, 15 à Rosso et 10 à Zouérate.

Tableau **XX** : Evolution des indicateurs de prise en charge du VIH en Mauritanie entre 2018 et 2020

	2018		2019		2020	
	S1	S2	S1	S2	S1	S2
PVVIH Inscrits	8125	8431			9398	9729
PVVIH en file active	3276	3193			3477	3496
1 <sup>er</sup> 90	81%		79%			
PVVIH traitées par ARV	2968	3112			3227	3396
2 <sup>ème</sup> 90	52,7% [3112/5900]		61,9% [3529/5700]		57,8% [3396/5870]	
Nouvelles PVVIH inscrites	269	318	322	333	255	330
Nouveaux traités	276	255	269	343	509	
Décès	19	11	12	17	28	14
PDV	108	64	84	116	81	82
PTME	37	10	26	18	25	13
CV	201	97	1476		346	64
CV supprimée	136	50	1304		674	
3 <sup>ème</sup> 90	10,05%(313/3112)		36.9%(1304/3529)		19.8%(674/3396)	

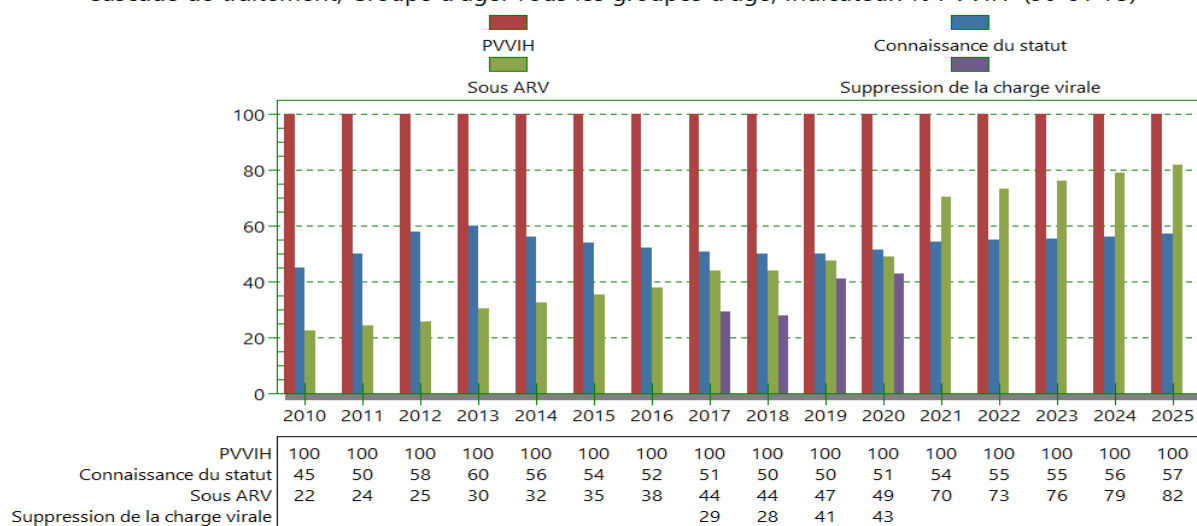
Lorsque l'on discute de la couverture en ARV de la population des PVVIH, il est logique de se référer au deuxième indicateur (2<sup>ème</sup> 90) de la stratégie d'accélération de la réponse de l'ONUSIDA, qui était l'objectif à atteindre à la fin de l'année 2020. Dans le cas de la Mauritanie, il s'établissait à **52% en 2018, 58,6% en 2019 et 57,8% en 2020** prenant comme dénominateurs les nombres des PvVIH estimées connaître leur statut VIH respectivement en 2018, 2019 et 2020, selon les données de Spectrum 2020.

Indicateurs de couverture	Numérateur	Dénominateur	%
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant actuellement un traitement antirétroviral	<b>3 396</b>	<b>5 870</b>	<b>57,85%</b>
Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu un TAR pendant la grossesse	<b>34</b>	<b>201</b>	<b>17%</b>

### 4.23 Suppression virale

La mesure de la suppression virale par la charge virale plasmatique VIH, qui avait progressé significativement en 2019, a connu une importante diminution en 2020 (mesurée à **19,9%** des personnes traitées par ARV). Cette contre-performance a fait suite aux difficultés rencontrées par l'INRSP, en charge de cet examen, à faire face à la demande dans le contexte de la pandémie de COVID-19. En ce qui concerne la rétention dans les soins, la Base de Données "AMNIR" (BdD) ne donne pas la désagrégation des PVVIH par groupe cible, ce qui ne permet pas de suivre cet indicateur parmi les populations clés (PC), les groupes vulnérables dans les sites de PEC.

Cascade de traitement; Groupe d'âge: Tous les groupes d'âge; Indicateur: % PVVIH (90-81-73)



### 4.24 Prise en charge globale des adultes PVVIH

Le paquet de service délivré aux PVVIH se résume aujourd'hui à la prise en charge médicale avec le traitement ARV, au CTA et dans les UPEC : la prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle ne sont plus assurées faute de financement.

Le dépistage communautaire qui pourrait être développé à la faveur d'une prise en charge holistique des PVVIH (dépistage des cas index, dépistage familial) n'est pas soutenu.

La prise en charge psychosociale des PVVIH est également faible dans tous ses aspects de soutien psychologique, de renforcement de l'observance et de recherche des perdus de vue, de soutien communautaire et nutritionnel. Les soignants ne sont pas suffisamment formés, voire ne sont pas formés du tout à la prise en charge psychosociale des PVVIH. Les agents communautaires, les médiateurs ne sont pas suffisamment impliqués et ne sont pas formés non

plus à la PEC psychosociale. Il n'existe pas de stratégies élaborées et adaptées au contexte pour la mise en place des services de soutien psychosocial pour les groupes spécifiques (enfants, adolescents, parents, populations-clés, soignants etc.). Les soignants ont besoin de formation continue en counselling, en psychologie et en psychiatrie.

Le problème est plutôt actuellement pour les bénéficiaires de garantir un **paquet minimum de services de traitement, soins et soutien**, qui soit complet et qui vise à autonomiser les patients et à les impliquer activement dans leur prise en charge. Cela nécessite un personnel en nombre suffisant et bien formé.

A noter que la prise en charge thérapeutique par les ARV opère actuellement le changement de protocole de première ligne vers l'association TLD. La transition est réalisée depuis janvier 2020 et actuellement à l'exception des cas particuliers l'ensemble des patients bénéficie de ce nouveau protocole thérapeutique.

#### ***4.25 PEC des enfants, adolescents et jeunes***

Le nombre des enfants traités et suivis dans la cohorte des PVVIH de Mauritanie était de 175 en 2018 (dont 146 suivis au CTA de Nouakchott), soit 5,9% de l'ensemble des personnes traitées par ARV dans le pays. Ce nombre est passé à 194 en 2019 et 159 en 2020 sur un cumul du nombre d'enfants de 370 personnes .

Les enfants et adolescents n'émergent pas non plus dans le suivi en tant que groupes spécifiques et ne sont pas impliqués dans des activités psychothérapeutiques, ou de renforcement de l'adhésion au traitement ou la création de groupes de pairs.

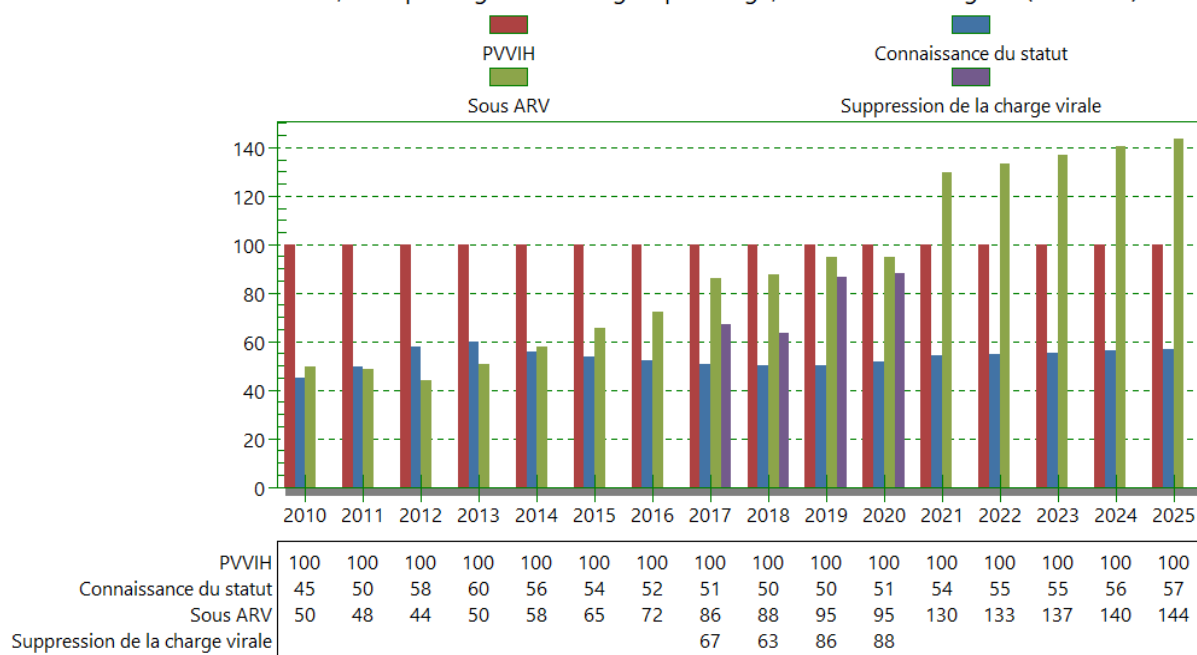
Par exemple, il n'existe pas de guide d'entretien permettant d'identifier chez les enfants suivis leurs modalités de gestion du deuil, des angoisses (angoisse de mort, questions et angoisses autour du secret du diagnostic, tabou associé au virus, angoisse de l'avenir) et d'autres troubles (troubles de l'image corporelle, de la sexualité, etc.).

Il convient également de travailler avec les parents l'annonce éventuelle de la séropositivité/maladie à l'enfant, à travers des critères d'annonce de la séropositivité, des activités d'expression pour enfants ou impliquant enfants et parents, etc.

Tout cela doit intervenir dans un cadre physique de prise en charge psychosociale approprié aux enfants, où une évaluation psychologique systématique des enfants, adolescents et jeunes est possible.

Mais ces conditions ne sont pas pour l'instant réunies dans les sites de prise en charge de Mauritanie.

Cascade de traitement; Groupe d'âge: Tous les groupes d'âge; Indicateur: % éligible (90-90-90)



#### 4.26 Prise en charge des comorbidités

**La coïnfection TB/VIH :** 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 mais non encore réactualisé. Il existe aussi un cadre de collaboration normatif entre les deux programmes mais presque pas fonctionnel. La réalisation du test VIH chez les tuberculeux n'a démarré qu'en 2019 et la proportion de tuberculeux testés au VIH est encore faible (42%).

**Existence d'un plan d'action TB :** Jusqu'à présent, la collaboration entre les prestataires de service de VIH et de TB est faible. Il n'existe pas encore d'intégration de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH, les patients co-infectés (7%) continuent séparément leur traitement au niveau des CDT et des CTA car le traitement ARV n'est pas encore décentralisé. Par ailleurs, l'utilisation du Genexpert n'est pas systématique chez les PVVIH présumés tuberculeux suivis ou qui consultent au niveau du CTA de Nouakchott. Le traitement préventif n'est pas encore appliqué chez les PVVIH.

Chez les patients tuberculeux testés au VIH, la proportion de coinfectée varie de 7 à 10% entre 2019 et 2020. La stratégie de réalisation du test VIH n'a démarré qu'en 2019 et la disponibilité des tests n'est pas encore optimale.

**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 personnes touchées par des IST consultent un agent de santé.

**Hépatites :** 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.

## **4.27 Suivi biologique**

Les moyens de suivi biologique des patients VIH sont mis à disposition dans les laboratoires des sites de PEC, au CTA et dans les UPECs : appareil d'hématologie, de biochimie et de dosage des CD4. La charge virale a été longtemps disponible qu'à Nouakchott, mais des appareils Gene-Xpert sont maintenant installés à Mberra, Néma, Kiffa, Kaédi et Nouadhibou. On doit donc disposer d'un système d'acheminement des prélèvements à Nouakchott, mais aussi utiliser les appareils Gene-Xpert pour le dosage de la charge virale VIH en mutualisant ces appareils point-of-care avec le programme tuberculose.

Les outils utilisés pour le recueil des données ne sont pas encore bien standardisés. La qualité des données enregistrées s'est néanmoins améliorée mais les contrôles biologiques ne se font pas régulièrement chez les patients traités par ARV.

Les machines pour la charge virale et pour la numération des CD4 doivent bénéficier d'une maintenance adéquate et régulière, préventive, pour améliorer le rendement des moyens de suivi biologique des PVVIH.

Cependant, malgré la présence des appareils Gen-X-Pert capable de mesurer la charge virale, peu de patients en ont bénéficié en 2020, ce qui dénote un problème de faible demande des prescripteurs, et parfois de disponibilité des cartouches de la charge virale après la formation des techniciens de labo.

La personne est comptée dans la file active (FA) quand elle est régulièrement de passage dans les structures de prise en charge (PEC), notamment quand son délai du dernier passage ne dépasse pas les six (6) mois. La FA sous traitement anti rétroviral (FA/STAR) est défini comme étant l'ensemble des PVVIH/STAR, dont la dernière délivrance des ARV ne dépasse pas les six (6) mois.

Selon les Directives nationales de PEC, une personne testée positive doit être systématiquement mise sous traitement anti rétroviral (STAR).

Les données des structures de PEC du pays montrent qu'au 31/12/2020, 3396 PVVIH sont sous ARV dans les huit (8) différentes structures de PEC du pays, dont 261 sont STAR depuis 12 mois et 674 ont supprimé la charge virale(CV).

La suppression de la CV a connu une chute en 2020. Plusieurs raisons sont à la base de cette contreperformance, y compris le fait que l' (INRSP, pratiquement la seule institution chargée de ce volet est en sous-effectif et le personnel en charge de CH est actuellement occupé par le COVID-19.

Malheureusement, la Base de Données "AMNIR" (BdD) ne donne pas la désagrégation des PVVIH par groupe cible. Ce fait nous permet pas de suivre de près le niveau de rétention des populations clés (PC) et les groupes vulnérables ou en contexte de vulnérabilité dans les structures de PEC.

La notification des cas de décès (DC) est très faible, malgré l'existence de cette colonne dans l'outil "AMNIR". Pour contribuer à la résolution de ce problème qui entrave la qualité des données et par la suite la PEC, Le SENLS a contractualisé avec le REMAP+ pour la recherche des perdues de vue (PDV), afin de mettre à jour la BdD des PVVIH. Cette initiative a pu actualiser le statut de 412 DCD et ramener aux différentes structures de PEC 235 PVVIH, qui ont abandonné leurs traitements dans des différentes périodes.

Il existe des moyens de suivi biologique des patients VIH sont mis à disposition dans les laboratoires des structures de PEC abritant les UPECs. Il s'agit pour chaque unité d'un appareil d'hématologie, de biochimie et de dosage CD4. Cependant, la charge virale est disponible seulement à Nouakchott, Kaédi et le camp de Mbera. Il est indispensable d'avoir un système d'acheminement des prélèvements à Nouakchott et d'utiliser les appareils Gene-Xpert pour le dosage de la charge virale. Les outils utilisés pour le recueil des données ne sont pas standardisés, la qualité des données enregistrées s'est améliorée et les contrôles biologiques ne se font pas régulièrement.

Le personnel signale des difficultés relatives au logiciel de gestion des dossiers médicaux(SANTIA). Les machines pour la charge virale et le CD4 étaient en panne au moment du passage de l'équipe de supervision en juillet et août 2018. L'appareil CD4 fonctionnel de Zouerate a été envoyé à Nouakchott pour la maintenance. Cette situation montre le besoin de mettre en place un système de maintenance adéquat et régulier pour améliorer le rendement des moyens de suivi biologique des PVVIH. ( Rapport, PNLS 2018)

#### **4.28 Contribution communautaire**

Un partenariat est établi entre le SENLS et le **réseau des Associations des PVVIH (REMAP+)**. Ce partenariat porte sur la participation effective du réseau dans l'élaboration des documents stratégiques, la PEC financière des représentants du réseau lors des rencontres internationales, un appui régulier au fonctionnement du réseau. Plusieurs conventions ont été signées entre les deux entités pour la recherche des perdus de vue et l'actualisation de leurs statuts.

D'autres acteurs communautaires mènent des actions en matière de lutte contre le VIH, c'est le cas notamment de **SOS pairs Educateurs** qui a mis en œuvre un programme de prévention combinée du VIH au sein des populations clés et des groupes aux niveaux de Nouakchott, Nouadhibou et Chami. Le projet vise à : i) Atteindre les personnes à haut risque et qui ont besoin de faire des tests du VIH plus fréquemment, à cause de leur multi partenariat sexuel ou leur orientation sexuelle à risque par rapport au VIH, ii) Permettre aux populations clés qui ne bénéficient pas des campagnes de dépistages ordinaires pour des raisons multiples, d'avoir accès à l'autotest, iii) Permettre aux utilisateurs des kits d'autotest de le réaliser dans des conditions qui satisferont leurs souhaits en termes de confidentialité et de soutien, iv) Permettre aux utilisateurs des kits d'autotest d'être liés aux tests de confirmation, à la prévention et aux soins, v) Permettre aux populations clés identifiées dans le cadre du projet à avoir accès aux autres services de prévention combinée dont le dépistage rapide classique. Le projet travaille sur le renforcement des fonctions d'offre et de demande des services du VIH notamment le dépistage à travers l'autotest dans les Moughataa concernés. En parallèle, le projet pourra générer des indicateurs sur les canaux de distribution les plus efficaces qui atteindront la population cible pour éclairer les révisions des politiques et directives nationales.

Une autre initiative financée par Expertise France et mise en œuvre par **SOS PE et AGD** consiste en la promotion de l'accès des populations à un dépistage du VIH de qualité à travers l'action communautaire. Ce Programme a pour objectif général l'amélioration de la qualité de la prévention, des soins du VIH/sida et de l'accès aux traitements, notamment à destination des populations clés, dans la région MENA et en particulier dans les pays cibles. Il s'articule autour de trois axes principaux : i) Améliorer les connaissances et pratiques des acteurs communautaires en matière de service de prévention, de soins et de traitement aux PVVIH et populations clés, ii) Disposer de données nationales et régionales sur la qualité de l'accessibilité aux services de prévention, traitements et soins des PVVIH et populations clés, iii) Influencer les

stratégies de prévention et de prise en charge et leurs modalités de mise en œuvre (au niveau national, régional et international).

En outre **AGD** met en œuvre, avec le soutien d'Expertise France à travers Solidarité Sida, un programme de veille communautaire fondé sur des observatoires de la qualité et l'accès aux services de prévention et de soins des populations clés.

**Solidarité Nouakchott Association (SNA)** est une jeune association identitaire qui intervient sur la protection et le renforcement des capacités des populations clés par le biais des formations, sensibilisations, le plaidoyer en vue de réduire les inégalités dans l'accès à la prévention et aux soins en s'efforçant de limiter les discriminations et la stigmatisation envers ces populations.

L'association SNA s'est intégrée au tissu associatif national de lutte contre le VIH, et participe pleinement à la dynamique nationale pour réduire l'incidence de l'épidémie de VIH en Mauritanie et à promouvoir les droits à la santé des populations clés et marginalisées.

**Stop SIDA**, association plus ancienne, dispose aussi, ainsi que quelques organisations des structures de santé pour le dépistage du VIH la prophylaxie des IST et le traitement de . Elle a développé plusieurs partenariats avec les services du Ministère de la santé, dont des actions de plaidoyer et des activités de sensibilisation des adolescents en milieu scolaire.

Un partenariat avec l'ONG Stop Sida a permis en 2020 d'offrir un paquet minimum d'activités (PMA) pour 398 HSH et 542 PS, contre 302 HSH et 406 qui se sont fait dépister et connaissent leurs statuts sérologique. Parmi ces chiffres, 38 personnes ont été avérées positives, dont seulement 13 ont été accompagnées au CTA pour la confirmation.

Les activités réalisées contractuellement par l'ONG **pour une Mauritanie verte et démocratique (For-MVD)** a permis de dépister 225 PS et 105 HSH. Les personnes dépistées positives au sein de ces groupes clés ont été référées au CTA de Nouakchott, mais on ne dispose pas pour le moment des données relatives à leur mise sous traitement ARV. Cependant, les contraintes par rapport à la mise sous traitement et à l'observance du traitement ont été rapportées : peur de la stigmatisation, manque d'information et de sensibilisation sur l'intérêt du traitement.

Les progrès réalisés ces dernières années démontrent le rôle essentiel de la riposte communautaires au VIH en Mauritanie en particulier à travers l'offre de services de prévention venant combler les inégalités dans l'accès aux services de santé des populations clés et vulnérables. En prenant en compte toutes les résultats obtenus à travers la mobilisation communautaires, force est de constater qu'il y a une certaine efficacité puisque nombre de personnes isolées ont pu bénéficier de l'accès à certains services de santé. Les contrats de partenariat, par lesquels les autorités sanitaires ou les collectivités territoriales se sont associées aux organisations de la société civile pour la fourniture de services se sont avérés efficaces. Bien que le réseau des associations communautaires essaye de développer des initiatives louables et parfois assez innovantes, l'impact de la réponse communautaire est cependant encore limité par plusieurs facteurs entravant sa contribution à tous les niveaux :

- L'accès très limité aux ressources domestiques pour la lutte contre le VIH et la tuberculose des acteurs communautaires à l'exception des ressources mobilisées avec des partenaires financiers internationaux Fonds mondial, Système des Nations Unies et organisations internationales de la société civile
- Les défis en termes de renforcement des capacités, de coordination des interventions avec le secteur de la santé (mais aussi avec les autres secteurs en charge de la riposte à ces épidémies) et de redevabilité.

- Mais aussi la faible capitalisation des données produites par les acteurs communautaires sur le terrain qui ne permettent pas de capitaliser et de mesurer la contribution communautaire dans l'atteinte des résultats nationaux.

#### **4.29 Lutte contre stigma et discrimination, prise en charge psychologique et sociale, protection sociale**

#### **4.30 Stigmatisation et discrimination**

La stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/Sida constituent une véritable entrave à l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH. C'est évidemment une réalité en Mauritanie, touchant ces personnes au niveau familial, social et professionnel et entraînant des attitudes négatives de stigmatisation interne très fortes.

En Mauritanie dans de nombreux cas, quand on vient à apprendre la séropositivité d'une personne, cette dernière est mise de côté. Elle est délaissée par les siens, qui la perçoivent comme une personne impure. Elle est stigmatisée, discriminée et mise à l'écart socialement. La discrimination a d'abord été identifiée comme une réduction arbitraire des droits, contraire à l'égalité en droit, et induisant une dévalorisation de ce groupe d'humain

Une enquête Stigma Index est en cours de préparation. Elle devait être réalisée en 2021 sur financement Fonds Mondial. Elle permettra d'avantage d'évaluer cette stigmatisation, estimer l'impact, y afférent et proposer un Plan de travail adéquat.

Les personnes dépistées positives au sein des populations clés ont été référées au CTA de Nouakchott, mais des contraintes par rapport à la mise sous traitement et à l'observance du traitement ont été rapportées : peur de la stigmatisation, manque d'information et de sensibilisation sur l'intérêt du traitement. L'atteinte des cibles ambitieuses 3x90 est corrélée à l'objectif « zéro discrimination ». Les données disponibles issues de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS Mauritanie, 2015) révèlent un très faible niveau de tolérance à l'égard des PvVIH (3,2% chez les femmes contre 6,8% chez les hommes du même groupe d'âge) ; ce faible niveau de tolérance s'accompagne d'attitudes discriminatoires chez la quasi-totalité des hommes (81,9%) et des femmes (85,9%) âgés de 15-49 ans (81,9%). S'agissant des populations clés, l'IBBS 2019 a permis de noter des cas graves de violation des droits humains des PS et HSH : 10,3% de PS et 8,6% de HSH privés d'un service du fait de leur statut/orientation sexuelle ; 8,8% de PS privées des soins de santé à cause de leur statut de PS ; 1,8% de HSH privés des soins de santé à cause de leur orientation sexuelle ; 1,4% de HSH privés d'un emploi à cause de leur orientation sexuelle ; 17% de HSH et 1,1% de PS ayant évité le dépistage, la prévention ou le traitement du VIH par crainte ou par préoccupation au sujet de la stigmatisation ; 65% des PS et 23,4 % des HSH ont été victimes d'insultes verbales et 65,1% des PS et 9,5% des HSH ont été victimes d'agression physiques. En ce qui concerne de l'accès aux préservatifs par les populations clés, l'IBBS 2019 révèle que seulement 14,3% de PS et 6,2% de HSH ont reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois d'un service, d'une association ou d'une clinique. Moins de la moitié de PS (45,8%) et 75,2% de HSH connaissent un endroit/personne chez qui obtenir des préservatifs ; la principale source de préservatifs chez les PS est « ami/client (33,5%) », chez les HSH par contre ce sont respectivement les boutiques spécialisées (19,3%) et les pairs éducateurs/ONG (3,4%). Par ailleurs 32,7% de HSH affirment avoir déjà achetés des préservatifs.

Le défi de la création des environnements juridiques et sociaux favorables, y compris l'effectivité des lois et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination contre le PVVIH et les populations clés est essentiel et sera pris en compte dans la perspective de ce nouveau Plan stratégique.

#### **4.31 Prise en charge psychologique et sociale**

L'évaluation du pôle psychosociale du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) a permis d'établir un diagnostic de l'offre de services à ce niveau dans ses aspects de qualité et d'efficacité.

Aucun dispositif de soutien psychosocial n'est véritablement fonctionnel, malgré les initiatives du REMAP+. Les patients se confrontent à des problèmes majeurs avec une offre d'éducation thérapeutique et d'un soutien psychologique assez limité y compris l'appui financier et nutritionnel. Le nombre considérable des perdus serait une conséquence de ce dysfonctionnement dans le dispositif global de prise en charge. Des problèmes de transport récurrents sont signalés par les patients et notamment les patients en retard sur leurs rendez-vous. Aucune forme de soutien communautaire n'existe et les patients sont mis en situation de vulnérabilité face au rejet et à la stigmatisation notamment en l'absence d'un réseau de PVVIH au niveau de la wilaya. Au niveau de l'UPEC les patients ne peuvent bénéficier de suivi psychologique pour gérer en temps réel leurs situations psychologiques dans les moments clés de l'annonce de la séropositivité et de la mise sous traitement. Par ailleurs le counseling fait dans les conditions permettant d'assurer une bonne préparation des patients au vivre avec la maladie.

Les perdus de vue L'UPEC enregistre un total de 80 perdus de vue sur les 124 patients enregistrés. Rapport de supervision CTA et UPEC en 2020 19/22. La recherche par appels téléphoniques s'est avérée infructueuse. Les facteurs expliquant ce taux élevé de perte seraient : - Le manque de moyen de transport - Le déni de la maladie (avec comme conséquence le refus du traitement) - Niveau d'éducation très faible des patients (manque de scolarisation) - Le manque d'un dispositif de soutien psychosocial

L'existence de tentatives de mise en place d'un système de recherche de perdus de vue à travers des appels téléphoniques et des visites à domicile a permis de récupérer certains patients dans le circuit de prise en charge. Cependant, il faut instaurer un système fiable permettant de retenir les patients dans le système des soins en impliquant les associations des PVVIH du REMAP+. L'existence de tentatives de mise en place d'un système de recherche de perdus de vue en collaboration avec les associations de PVVIH qui seraient présentes dans 10 régions : ces associations accompagneraient la recherche de perdus de vue, joueraient le rôle d'intermédiaires dans la dispensation des ARV et avec distribution de préservatifs ; cependant, la faiblesse des capacités de la plupart de ces associations est mise en avant pour limiter leur implication effective dans le processus de prise en charge.

- la faiblesse des capacités de la plupart des associations est mise en avant pour limiter leur implication effective dans le processus de prise en charge.
- Les soignants ne sont pas suffisamment formés, voire ne sont pas formés à la prise en charge psychosociale des PVVIH
- Les agents communautaires, les médiateurs ne sont pas impliqués et ne sont pas formés non plus à la PEC psychosociale.

- Il n'existe pas de stratégies élaborées et adaptées au contexte pour la mise en place des services de soutien psychosocial pour les groupes spécifiques (enfants, adolescents, parents, populations-clés, soignants etc.) ;
- Les soignants ont besoin de formation et formation continue en counselling, en soutien psychologique et psychothérapeutique et.

La prise en charge (PEC) psychosociale consiste un travail d'équipes chargées du conseil, de l'accompagnement, du suivi et de l'observance au sein des structures de prise en charge et dans les communautés.

Elle doit tenir compte des besoins et des problèmes des personnes infectées et ou affectées par le VIH/sida à différents stades de la maladie (besoins physiques, besoins émotionnels et leurs besoins d'interaction et d'intégration sociale.

La prise en charge psychosociale signifie la continuité du soutien pour résoudre les problèmes psychologiques, sociaux et spirituels des personnes infectées par le VIH/sida, leurs partenaires, leurs familles et leurs soignants.

Des problèmes de rétention des patients dans les milieux des soins ont été signalés dans plusieurs rapports d'évaluation et de supervision.

### ***NOUVELLES ORIENTATIONS POUR UNE PEC PSYCHOSOCIALE DE QUALITE***

**Tout en étant centrée sur la personne vivant avec le VIH, la prise en charge psychosociale doit intégrer à elle :**

✓ **La PEC de l'équipe soignante**

Organisée sous différentes formes : réunions de l'équipe psychosociale, séances de supervision, séances de thérapies brèves pour éviter le **burnout**, la dévitalisation, la perte de valeurs et des certitudes relatives à l'amour, la mort, la sexualité, etc.

✓ **La PEC des personnes proches/entourage**

Une composante importante de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (stress post-traumatique, deuil anticipé, deuils multiples, difficulté d'attachement et angoisse de perte)

✓ **La PEC des personnes volontaires dans les associations**

Besoin d'un soutien spécifique pour pouvoir à la fois occuper leurs fonctions essentielles dans la lutte contre l'épidémie et en même temps poursuivre leur développement personnel (épuisement psychique, deuil multiple)

## ***4.32 Renforcement de la Gouvernance et de la gestion de la réponse***

### ***4.33 Coordination de la réponse***

La coordination de la réponse de la lutte contre le VIH/SIDA et son leadership sont ancrés au niveau du Comité National de lutte contre le Sida, sous l'égide du Premier Ministre, ce qui témoigne de l'engagement de haut niveau de la Mauritanie.

Le Secrétariat Exécutif National de lutte contre le SIDA (SENLS) assure le secrétariat technique du CNLS. A cet effet il est chargé de : (i) coordonner les activités des différents plans sectoriels de lutte, (ii) suivre et évaluer les interventions réalisées dans le cadre de ces plans, (iii) suivre et gérer les projets financés par les partenaires, (iv) assurer un appui technique aux partenaires de la société civile, (v) suivre et évaluer les interventions communautaires et les actions de mobilisation sociale.

Un processus de renforcement du SENLS dans tous les aspects, en particulier sur le volet capacités techniques a été entrepris. Dans ce cadre, un certain nombre d'actions furent menées avec une assistance technique périodique appréciable.

Le renforcement des capacités du SE/CNLS a été rendu nécessaire par le choix de cette structure en tant que bénéficiaire principal des subventions du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et cela a permis de rétablir des liens de confiance avec ce partenaire.

Des efforts soutenus ont été faits par le gouvernement pour réduire la dépendance du financement de la riposte des partenaires externes. Depuis 2014, une ligne budgétaire de 1000 000\$ est inscrite chaque année pour le SENLS, l'enjeu est de poursuivre et d'augmenter ce financement domestique.

Le défi de la gouvernance qui revêt plusieurs dimensions dont en particulier (i) la réduction de la dépendance dans le financement de la réponse et la pérennité des ressources par la mobilisation des ressources nationales, (ii) le renforcement du leadership et des capacités de mobilisation du SENLS de l'ensemble des acteurs de la lutte dans un dispositif institutionnel efficace garantissant la participation de tous dans une complémentarité efficiente des rôles ; (iii) l'efficacité et la transparence dans la gestion des ressources financières.

Avec les orientations stratégiques de la réforme du système de santé, le défi du renforcement du système de santé et de la réponse communautaire. Pour relever ce défi, il est essentiel de (i) renforcer l'efficacité du système de santé dans son offre intégrée de services de dépistage, de PTME et de prise en charge, de soutien ; (ii) renforcer le partenariat entre les structures communautaires et associatives et les structures publiques pour la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH (continuum de soins) avec l'appui de la mise en place de relais communautaires à tous les niveaux, une place non négligeable devra être accordée aux réseaux des PVVIH : REMAP+, principaux acteurs et bénéficiaires de la riposte.

En outre, la gouvernance de la réponse nationale devra être analysée en vue de définir un modèle de gouvernance innovant correspondant à la vision nationale, au contexte de l'épidémie de VIH en Mauritanie permettant de maintenir un engagement de haut niveau tout en accordant une place prépondérante au Ministère de la santé à travers son Service de Lutte contre le sida, les hépatites et les IST sous l'égide de la Direction de la lutte contre les Maladies Transmissibles.

## 4. Approche de priorisation du Plan Stratégique National 2022-2026

<p>Connaître et comprendre le contexte des épidémies</p> <p>"Know your epidemic"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'analyse de la situation épidémiologique du VIH focalisée sur la dynamique de l'épidémie de VIH dans sa globalité avec les spécificités régionales au niveau de la population générale (dans les régions), des populations clés (HSH et leurs partenaires, PS et leurs partenaires) les populations carcérales et des autres groupes en situation de vulnérabilité notamment les femmes et les jeunes filles, les jeunes, les migrants et les réfugiés ainsi que les pêcheurs, les miniers et personnes en uniforme.</li> <li>▪ Ces données ont été triangulées avec les résultats de l'Etude Intégrée de Surveillance Comportementale et Biologique (IBBS 2019) chez les professionnelles du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) réalisée en 2019 à Rosso, Nouakchott et Nouadhibou.</li> <li>▪ Les résultats de l'Étude de la cartographie réalisée en mars 2021 ayant permis l'exercice de l'estimation de la taille (Estimations selon le « Policy Brief de l'OMS » (2019)) des populations clés la densité de la population, ii) la prévalence du VIH, iii) l'incidence parmi les populations clés et le croisement des vulnérabilités, iv) la mortalité, v) les cibles attendues des populations clés et vulnérables, vi) les gaps programmatiques, viii) la file active des PVVIH (cartographie)</li> </ul>
<p>Analyser les données centrées sur les personnes et leur contexte de risque</p> <p>"Know your people"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'analyse de la situation et des carences programmatiques identifiées par les populations durant les entretiens auprès des parties prenantes. Notamment les domaines de la prévention et de l'accès au préservatifs et lubrifiants, le domaine de la prise en charge, ainsi que le domaine du soutien psychosocial qui constitue une carence programmatique pour le maintien des PVVIH dans la dynamique de soins et d'observance des traitements ARV.</li> <li>▪ Enfin grâce à la participation des acteurs communautaires qui ont apporté le vécu quotidien des PVVIH et des populations clés, un exercice d'analyse des itinéraires de prévention et de soins des PVVIH et des populations clés et vulnérables a été réalisé afin d'améliorer la couverture des besoins</li> <li>▪ La prise en compte des aspects droits humains et genre qui affectent les programmes, afin de lever les obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH en Mauritanie en particulier pour les populations clés</li> </ul>
<p>Analyser les données liées au système</p> <p>"Know your system"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La réforme du système de santé et les orientations stratégiques du prochain Plan national de développement sanitaire 2021-2030. L'établissement des liens avec les interventions de renforcement du système de santé et l'organisation de la réponse communautaire en particulier dans le contexte de la COVID 19.</li> </ul>

### 4.2 Priorités issues l'analyse de la situation épidémiologique du VIH et la réponse nationale au VIH/sida

**Priorité 1 :** (transversale) : Création d'un environnement favorable pour éliminer les inégalités qui constituent des obstacles à l'accès à la prévention et aux soins. La mise en place d'actions concrètes pour la lutte contre la discrimination à travers un mécanisme de recours et un système de reporting communautaire avec l'appui des acteurs communautaires doit permettre d'améliorer l'environnement de la réponse à l'épidémie.

**Priorité 2** : Réduction de l'incidence et réduction des nouvelles infections liées au VIH et autres comorbidités parmi les populations clés en particulier, en amplifiant les mesures de prévention combinée, accessibles à tous et en levant toutes les inégalités dans l'accès au dispositifs existants

**Priorité 3** : Diversifier l'offre de dépistage plus stratégiquement ciblée pour atteindre efficacement les populations les plus exposées aux risques d'infection par le VIH, notamment à partir de stratégies différenciées qui offrent un corpus de possibilités à chacun selon ses besoins (Femmes, jeunes filles, populations clés...) par le développement des approches différenciées centrées sur les personnes.

**Priorité 4** : Elimination de la TME, est une priorité absolue de la Mauritanie, qui nécessite une intégration des services et une accélération des interventions auprès des femmes enceintes qui constituent une cible prioritaire, par la mise en œuvre du plan d'élimination et de certification avec déclinaisons régionales et nationales.

**Priorité 5** : Développer une approche holistique prenant en compte tous les aspects de la personne. Il s'agit de renforcer la couverture ARV chez les PVVIH, de mettre en place un dispositif de recherche active des perdus de vue et les populations clés au-delà des objectifs mondiaux de « 95-95-95 » pour le traitement contre le VIH. L'amélioration de la qualité des services doit demeurer une préoccupation continue de l'ensemble des acteurs, publics, privés et ONG prestataires de services dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH.

**Priorité 6** : (transversale) : Renforcement de l'implication du système communautaire à tous les niveaux (modalités de contractualisation, partenariat axé sur les résultats)

**Priorité 7** : (transversale) : Gouvernance de la réponse autour d'un nouveau modèle efficient de coordination nationale de la réponse impliquant le Ministère de la Santé et prenant en compte la réforme du Système de Santé et les orientations du PNDS 2021-2030

**Priorité 8** : (transversale) : Suivi et évaluation clarifié et fonctionnel immédiatement opérationnel

**Priorité 9** : (transversale) : Renforcement du système GAS, fonctionnement des laboratoires

## 5 Vision de la réponse à l'épidémie de VIH en Mauritanie

### 5.1 Fondements et principes directeurs du PSN 2022-2026

**Le PSN 2022-2026 est basé sur des résultats, et constitue le référentiel national** autour duquel tous les partenaires nationaux et internationaux s'associent pour l'atteinte des résultats. Il assure l'implication des diverses parties prenantes dans les différentes phases de planification, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi et l'évaluation des interventions. L'approche inclusive et partenariale augmentent la qualité, l'efficacité et la pertinence des politiques et programmes.

**Les PVVIH et les populations clés sont au cœur des priorités de la réponse centrée sur la/les personnes :** L'approche populations et lieux sera privilégiée pour orienter les interventions et les ressources vers les zones de vulnérabilité ou de plus forte prévalence. Pour la Mauritanie les PVVIH et les populations les plus exposées aux risques sont prioritaires et devront bénéficier des interventions de qualité dans les domaines de la prévention, de soins et de soutien. L'implication des populations sera toujours privilégiée.

**Respect des droits humains, du genre et de l'égalité entre les femmes et les hommes :** Un ensemble d'évidences épidémiologiques montrent que les inégalités croisées alimentent l'épidémie de VIH en Mauritanie et bloquent les progrès vers l'élimination à l'horizon 2030. En réduisant les inégalités, nous serons en mesure de réduire considérablement les nouvelles infections à VIH et les décès liés au sida par le respect des droits humains et l'équité dans l'accès aux services VIH et santé globale.

**L'intégration des services de santé, la décentralisation, délégation des tâches pour étendre l'offre de prévention et de soins :** Afin de favoriser une réponse plus appropriée aux contextes locaux, le PSN 2022-2026 sera contextualisé et opérationnalisé dans le souci d'une mise en œuvre décentralisée s'appuyant sur le principe d'intégration des services et de la délégation des tâches. Comme tout processus il est important de capitaliser l'expérience acquise et de veiller à combler les inégalités à l'origine de la marginalisation des usagers de soins.

**Innovation, efficience et efficacité de la réponse :** Dans le contexte de l'accélération de la réponse, et de l'alignement sur la réforme du système de santé portée par le Ministère de la Santé, les principes fondateurs de cette approche viseront et orienteront les financements sur les interventions qui ont un fort impact, tout en introduisant les innovations, ainsi qu'une forte implication des organisations communautaires et des organisations représentatives des populations clés et des PVVIH susceptibles d'apporter une valeur ajoutée à la réponse nationale

### 5.2 La vision et les ambitions du Plan Stratégique National 2022-2026

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2022-2026 de Mauritanie, a été revu et actualisé à la lumière des résultats de la revue et de la détermination des priorités nationales.

Il vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes, les adolescents(es) et les enfants, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH et aux autres comorbidités, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH, le respect des droits humains, la lutte contre toutes les formes de discrimination fondée sur la réduction des inégalités ainsi que l'efficacité de la gouvernance à travers une réponse efficiente et durable.

Le Plan Stratégique National 2022-2026 de Mauritanie cherche en priorité à atteindre les personnes et communautés qui ont été marginalisées à cause des inégalités à l'origine de multiples vulnérabilités. Cela exige de hiérarchiser et renforcer les programmes de lutte contre le VIH qui placent les personnes et les communautés au centre de la réponse nationale, infranationale et communautaire.

Le Plan Stratégique National de la Mauritanie se fonde sur une approche de solidarité nationale, d'équité issues des traditions de la société mauritanienne et une démarche pragmatique qui garantit l'accès à la prévention, aux soins et au soutien pour toutes celles et ceux qui en ont besoin, en particulier les personnes les plus exposées au risque et les populations en contexte de vulnérabilité dans les régions de Mauritanie les plus touchées par le VIH avec une incidence persistante.

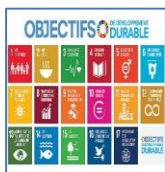
Grace aux interventions multidimensionnelles et multisectorielles la société mauritanienne est protégée contre les risques infectieux notamment ceux liés au VIH, aux risques liés à la tuberculose et aux hépatites virales. Toutes les leçons apprises durant plusieurs décennies seront également utilisées et capitalisées pour lutter contre l'épidémie du COVID 19 selon une approche globale de santé publique qui permettra de protéger et préserver la santé de la population de la Mauritanie.

Le Gouvernement de Mauritanie au plus haut niveau de son organisation et aux côtés de tous ses partenaires nationaux et internationaux s'engage à mettre en œuvre les orientations nationales pour l'atteinte des résultats d'impacts, d'effets et de produits inscrits dans le présent PSN.

### **5.3 Référentiels de la réponse nationale au VIH**

La vision stratégique de la Mauritanie, concernant la réponse nationale au VIH 2022-2026 est en complète adhésion avec le mouvement international de « mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030, en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH »

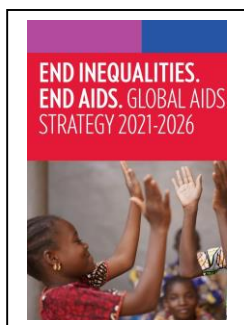
Les référentiels sur lesquels s'appuie le PSN 2022-2026, sont les Objectifs de Développement Durables 2030, la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) pour la période 2016- 2030, le prochain Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030, La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) de l'ONUSIDA, le Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et sur le plan technique Stratégie « En finir avec la TB » de Stop-TB Partnership, les Directives de l'OMS HIV PREVENTION, INFANT DIAGNOSIS, ANTIRETROVIRAL INITIATION AND MONITORING et la Stratégie du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.



Les Objectifs de Développement Durables 2030 : Le Mauritanie a adopté les ODD en se dotant d'un Plan d'Action pour l'atteinte des Objectifs liés à la Santé. Mettre fin au sida à l'horizon 2030 est une composante à part entière (cible 3.3 des ODD) unanimement adoptée par les États Membres des Nations Unies en 2015

**La Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP)** élaborée par le Gouvernement mauritanien, couvre la période 2016- 2030 qui correspond à celle de l'Agenda 2030 pour le développement durable. La vision d'avenir, intitulée « La Mauritanie que nous voulons en 2030 », est fondée sur les valeurs de l'Islam sunnite et tolérant, de la cohésion et de la paix sociales, de l'équité et de la solidarité, de l'unité

nationale, de la justice et de la démocratie, de la transparence et des droits de l'Homme dans un cadre de bonne gouvernance. Elle vise à réaliser une croissance économique forte, inclusive et durable, en vue de satisfaire les besoins essentiels de tous les citoyens et leur assurer un mieux-être. Pour y parvenir, trois leviers convergents constituent les objectifs stratégiques retenus pour assurer cette croissance, à même de réaliser une prospérité profitable à tous : Levier stratégique 1 : Promouvoir une croissance forte, durable et inclusive, Levier stratégique 2 : Développer le capital humain et l'accès aux services sociaux de base, Levier stratégique 3 : Renforcer la gouvernance dans toutes ses dimensions



La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) vise à éliminer les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à placer les populations au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au sida. La nouvelle stratégie est audacieuse. Elle définit un cadre d'action transformateur pour éliminer ces inégalités d'ici 2025 et placer chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030. Pour favoriser les progrès vers ces résultats transformateurs, la stratégie place la lutte contre les inégalités au centre de son approche visant à guider et à orienter l'action dans l'ensemble de la riposte au VIH, notamment en garantissant des normes optimales en matière de planification et de prestation de services, en éliminant les obstacles sociaux et structurels, en donnant aux communautés les moyens de montrer la voie, en renforçant et en adaptant les

systèmes pour qu'ils fonctionnent pour tous et en mobilisant et allouant des ressources suffisantes pour la riposte au VIH.

La Mauritanie a ratifié les principaux instruments africains sur les droits humains et les neuf conventions des Nations unies sur les droits de l'homme. Le pays fait des efforts considérables pour ancrer les obligations internationales dans la législation nationale et dans ses stratégies et orientations politiques. La mise en œuvre du Plan Stratégique National 2022-2026 est également guidée par les principes d'équité et d'inclusion, d'innovation, de santé communautaire, d'intégration, de financement basé sur les résultats, de leadership national et d'appropriation solide, et de responsabilité mutuelle.

Lois 042/2007 de protection des droits et devoirs des PVVIH

## 5.4 Résultats d'impact du PSN 2022-2026

- Résultat impact 1** : D'ici 2026, les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50%, en particulier parmi les populations clés et leurs partenaire
- Résultat Impact 2** : D'ici 2026, la mortalité liée au VIH/sida est réduite de 50%
- Résultat impact 3** : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes sont renforcés, d'ici 2026
- Résultat Impact 4** : La gouvernance est renforcée pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida

## 5.5 Chaîne de résultats du PSN 2022-2026

### 5.6 Résultat d'impact 1 : D'ici 2026, les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50%, en particulier parmi les populations clés et leurs partenaires

L'impact 1 ambitionne de réduire les nouvelles infections d'au moins 50% d'ici fin 2026. Cela se traduit par la mise en œuvre des résultats d'effets conduisant à des changements de comportements et du niveau de risque des populations clés. Cela implique une contribution capitale des acteurs communautaires et de leurs capacités d'innovation sociale, aux côtés des acteurs du secteur public de la santé :

- La prévention combinée sera renforcée avec l'appui des acteurs communautaires pour atteindre 90% des PS, HSH, et détenus, selon des approches de services différenciées en fonction notamment des facteurs de risques et vulnérabilités différents au sein même d'un sous-groupe de population clés, et en passant par la PrEP selon un modèle adapté à la Mauritanie et à ces normes socio-culturelle. Le PSN prévoit de mettre en place un dispositif d'offre de PrEP progressif qui sera évalué avant son extension.
- Avec la contribution des acteurs communautaires, des approches différenciées de prévention seront développées au bénéfice de 90% des femmes et hommes issues des autres populations vulnérables (personnes en uniforme, routiers, migrants, clients de TS, miniers, personnes en uniforme, pêcheurs ). Ceux atteints d'IST bénéficieront d'une prise en charge comme les victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou AELB (exposition en milieu de soins ou exposition sexuelle, y compris les VBG) d'une Prophylaxie Post-Exposition, selon les directives nationales.
- L'offre de service adaptée de prévention permettra à 70% des adolescent(e)s et jeunes de 15-24 ans de disposer de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et à 100% de jeunes et adolescents présentant une IST de bénéficier d'une prise en charge, particulièrement dans les régions prioritaires, selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires.
- L'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels à risque sera effective chez 90% de personnes sexuellement actives, grâce à une accessibilité régulière, à la couverture à 100% des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants selon une approche développée par les pairs éducateurs membres des associations communautaires.
- Enfin, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sera validée avec l'appui des acteurs communautaires, à travers la mise en place du processus de certification de l'eTME d'ici fin 2026, la sensibilisation sur la PTME et le dépistage du VIH, syphilis et hépatites de 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/SSR, le dépistage du VIH chez 95% des femmes enceintes attendues en CPN1 précoce, la rétention dans les soins d'au moins 95% des couples mère-enfant jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé.
- Parmi les éléments innovants, le développement des approches différenciées en prévention et dépistage qui consiste à proposer des services plus adaptés, des approches plus intégrées et mieux centrées sur la personne. Ces approches sont basées sur le principe de base de la reconnaissance de la diversité des besoins spécifiques des PVVIH et les populations clés, dans l'accès aux services liés au VIH. Les approches différenciées ont aussi pour objectif de toucher plus de personnes en besoin.

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
Effet 1.1 : En 2026, 90% des populations	Produit 1.1.1 : 90% des PS bénéficient du paquet de service de	Stratégie 1 : Actualisation et opérationnalisation du paquet de services de prévention combinée pour les TS

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
clés (TS, HSH, détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées	prévention combinée selon les normes nationales	<p><b>Stratégie 2</b> : Adaptation des messages de CCC en direction des PS sur l'utilisation des services proposé par les associations (paquet de prévention combinée)</p> <p><b>Stratégie 3</b> : Redynamisation de la supervision formative des prestataires sur le paquet de service de prévention combinée pour les TS</p> <p><b>Stratégie 4</b> : Renforcement de l'accès aux services de SSR incluant la PEC des IST et la PF chez les TS</p>
	<b>Produit 1.1.2</b> : 90% des HSH bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales	<p><b>Stratégie 1</b> : Actualiser et opérationnalisation du paquet de services de prévention combinée chez les HSH</p> <p><b>Stratégie 2</b> : Adaptation des messages de CCC en direction des HSH sur l'utilisation des services proposé par les associations (paquet de prévention combinée)</p> <p><b>Stratégie 3</b> : Redynamisation de la supervision formative des prestataires sur le paquet de service de prévention combinée pour les HSH</p> <p><b>Stratégie 4</b> : Renforcement de l'accès aux services de santé sexuelle incluant la PEC des IST</p> <p><b>Stratégie 5</b> : Recrutement de nouveaux HSH à travers des activités de mobilisation par les pairs et l'utilisation des réseaux sociaux/applications en ligne/mobiles</p>
	<b>Produit 1.1.3</b> : 90% des détenus bénéficient d'un paquet de services de prévention adaptés à leurs besoins, et au contexte de détention	<p><b>Stratégie 1</b> : Renforcement des capacités des prestataires communautaires, prestataires de santé et acteurs pénitentiaires de santé intervenant en milieu carcéral</p> <p><b>Stratégie 2</b> : Renforcement des interventions de PEC VIH, des IST et le cas échéant de soutien à l'observance en milieu carcéral</p> <p><b>Stratégie 3</b> : Renforcement de la coordination des activités en milieu carcéral</p>
	<b>Produit 1.1.4</b> : 10% des TS et 20% des HSH bénéficient d'une PrEP adaptée à leurs besoins selon un programme défini	<p><b>Stratégie 1</b> : Mise en place d'un programme opérationnel pour l'offre de la PrEP dans les structures communautaires intervenant auprès des populations clés</p> <p><b>Stratégie 2</b> : Information et promotion de la disponibilité de la PrEP auprès des populations clés</p> <p><b>Stratégie 3</b> : Renforcement de la disponibilité et l'accessibilité des intrants de la PrEP</p> <p><b>Stratégie 4</b> : Suivi/supervision des interventions en lien avec la PrEP en vue d'améliorer la qualité des services</p> <p><b>Stratégie 5</b> : Evaluation du dispositif PrEP proposé aux populations clés</p>
<b>Effet 1.2</b> : En 2026, les approches différenciées de prévention sont développées auprès des femmes et des hommes issues des autres populations vulnérables en associant les acteurs communautaires	<b>Produit 1.2.1</b> : 80% des autres populations vulnérables (personnes en uniforme, routiers, pêcheurs, migrants, clients des TS, miniers) bénéficient de services de prévention du VIH et IST adaptés à leurs besoins	<p><b>Stratégie 1</b> : Définition du paquet de services de prévention au profit des populations vulnérables selon des approches différenciées</p> <p><b>Stratégie 2</b> : Renforcement des capacités des ONG intervenant auprès des populations vulnérables</p> <p><b>Stratégie 3</b> : Renforcement de la disponibilité et l'accessibilité des services de prévention adaptés pour les populations vulnérables (personnes en uniforme, routiers, pêcheurs, migrants, clients des TS, miniers) en lien avec les prestataires communautaires</p> <p><b>Stratégie 4</b> : Suivi/supervision formative des interventions et des intervenants ciblant les populations vulnérables</p>

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
		pour améliorer la qualité des services
Effet 1.3 : En 2026, les adolescent(e)s et jeunes 15-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et bénéficient d'une offre de service de prévention adaptée	<b>Produit 1.3.1</b> : 70% de jeunes et adolescent(e)s de 15-24 ans dans les zones prioritaires bénéficient d'un paquet de prévention selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires.	<b>Stratégie 1</b> : Redynamisation de la collaboration et de la coordination des intervenants en direction des adolescent(e)s et jeunes (ministère de la Jeunesse, Ministère de la sante et prestataires communautaires) <b>Stratégie 2</b> : Renforcement des capacités des enseignants et des parents sur la communication pour le changement social et Comportemental (CCSC) des adolescent(e)s et jeunes à travers une éducation complète à la sexualité (ECS)
	<b>Produit 1.3.2</b> : 100% de jeunes et adolescents présentant une IST reçue dans les centres de santé dédiés bénéficient d'une prophylaxie et d'une prise en charge appropriée.	<b>Stratégie 3</b> : Optimisation du système de la paire-éducation dans le secteur éducatif
	<b>Produit 1.3.3</b> : 80% des jeunes et adolescents scolarisés et non scolarisés accèdent à une information de qualité pour disposer de compétences adaptées pour se protéger des IST/VIH	<b>Stratégie 4</b> : Renforcement de l'offre de prévention et soins dédiés aux adolescents et jeunes (y compris adolescents/jeunes non-scolarisés et du secteur informel) <b>Stratégie 5</b> : Promotion de l'offre des services de SSR, dans les établissements de santé et les structures socio-éducatives adaptés aux adolescent(e)s et jeunes
Effet 1.4 : D'ici 2026, 90% des populations clés et vulnérables utilisent systématiquement le préservatif lors des relations sexuelles à risque	<b>Produit 1.4.1</b> : L'accessibilité et l'usage du préservatif sont assurés auprès des populations clés et vulnérables	<b>Stratégie 1</b> : Amélioration de l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins et les gels lubrifiants pour la distribution gratuite dans les services de santé et associations communautaires (dans les hots spots selon les zones identifiées dans la cartographie)
	<b>Produit 1.4.2</b> : La couverture des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants est assurée pour la prévention au sein des populations clés et vulnérables	<b>Stratégie 2</b> : Estimation des besoins nationaux en concertation avec les acteurs communautaires et quantification dans le cadre du GAS
Effet 1.5 : D'ici 2026, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est assurée à moins de 2%	<b>Produit 1.5.1</b> : Le processus de certification de l'eTME est mis en place et fonctionnel d'ici fin 2026	<b>Stratégie 1</b> : Mise en place du comité national de suivi entre toutes les entités du ministère de la Santé, impliquées dans la santé de la mère et de l'enfant/coordination du processus de certification avec les partenaires OMS et UNICEF
	<b>Produit 1.5.2</b> : Toutes les femmes qui fréquentent les services de CPN sont sensibilisées sur la PTME et le dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites	<b>Stratégie 1</b> : Promotion des avantages de la CPN au 1er trimestre de la grossesse et du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite pour les femmes enceintes <b>Stratégie 2</b> : Promotion de l'utilisation continue des services d'eTME et de l'accouchement dans un établissement de santé par les FE/FA vivant avec le VIH <b>Stratégie 3</b> : Renforcement des capacités des prestataires de santé
	<b>Produit 1.5.3</b> : Au moins 95% des femmes enceintes attendues sont dépistées et reçoivent les résultats en CPN	<b>Stratégie 1</b> : <b>Renforcement</b> de la collaboration entre les prestataires de santé et autres acteurs communautaires concernés dans les districts sanitaires en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH, au cours du 1er

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
		<p>trimestre de la grossesse</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Extension du paquet de services PTME dans les structures de santé du secteur public et privé, y compris le rapportage des données de SE</p> <p><b>Stratégie 3 :</b> Intensification des stratégies avancées et intégrées en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH des femmes enceintes au cours du 1er trimestre de la grossesse</p>
	<p><b>Produit 1.5.4 :</b> Au moins 95% des couples mère-enfant sont retenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé</p>	<p><b>Stratégie 1 :</b> Intensification de l'implication communautaire, par la mobilisation des leaders communautaires et des mères relais ("mères mentor") dans le suivi actif du couple mère-enfant</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Renforcement de l'implication des conjoints des FE/FA+ dans le suivi du couple mère-enfant par la mise à échelle des approches innovantes visant l'implication des hommes, intégration de certains services pour les conjoints, etc.)</p> <p><b>Stratégie 3 :</b> Amélioration du suivi actif du couple mère-enfant au niveau communautaire et clinique à toutes les portes d'entrée</p>
	<p><b>Produit 1.5.5 :</b> 100% des femmes enceintes séropositives ayant accouché bénéficient de soins dans un établissement sanitaire, y compris la prophylaxie ARV pour les enfants exposés dans les 72 heures suivant l'accouchement</p>	<p><b>Stratégie 1 :</b> Amélioration de la couverture TARV chez la FE/FA séropositives au VIH</p> <p><b>Stratégie 1 :</b> Promotion de l'accouchement assisté par un prestataire qualifié et de référence active des femmes ayant accouché à domicile vers les centres de santé dans les 72 heures</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Intensification de la référence active des femmes ayant accouché à domicile vers les centres de santé dans les 72 heures</p>
	<p><b>Produit 1.5.6 :</b> Au moins 95% des enfants exposés bénéficient concomitamment d'un dépistage précoce selon les directives PTME et d'une prophylaxie au cotrimoxazole (CTX)</p>	<p><b>Stratégie 1 :</b> Accroissement de l'offre de service de dépistage précoce dans les services de santé maternelle et infantile</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Intensification de la recherche active des enfants exposés aux autres portes d'entrée hors PTME et dans la communauté</p>
<p><b>Effet 1.6 :</b> D'ici 2026, les accidents d'exposition au sang (AES) et autres liquides biologiques sont assurés dans les structures hospitalières</p>	<p><b>Produit 1.6.1 :</b> Les personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou AELB (victimes d'exposition en milieu de soins, victimes d'exposition sexuelle y compris les VBG reçues dans les centres de santé bénéficient d'une Prophylaxie Post-Exposition (PPE) selon les directives nationales</p>	<p><b>Stratégie 1 :</b> Actualisation et promotion auprès des prestataires de santé du protocole des AES et autres AELB</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Définition de la carte d'offre de services AES/VBG sur tout le territoire</p> <p><b>Stratégie 3 :</b> Renforcement du cadre de collaboration avec les structures assurant la coordination de la PEC des accidents d'exposition aux liquides biologiques au niveau central et décentralisé (encrage institutionnel et cadre de coordination)</p> <p><b>Stratégie 4 :</b> Renforcement de la déclaration sanitaire (signalement référence et prise en charge) des cas de VBG</p>

**5.7 Résultat d'Impact 2 : D'ici 2026, la mortalité liée au VIH/sida est réduite de 50%**

**L'impact 2 ambitionne à réduire la mortalité liée au VIH de 50% d'ici fin 2026.** Cela passe par un renforcement du dépistage, à la fois plus ciblé et plus efficace, à travers des approches différenciées de dépistage proposées par les acteurs communautaires. Les PVVIH nouvellement dépistées seront activement accompagnées dans les soins avec le concours des acteurs communautaires, et du REMAP+ pour réduire de façon significative la déperdition à cette étape et un accompagnement pour le lien au traitement. Les patients bénéficieront d'un traitement ARV adapté, d'un suivi clinique et biologique conforme aux directives nationales, ainsi que d'un dépistage et du traitement (prophylactique ou curatif) comorbidités liées au VIH. Ils seront encouragés à rester dans les soins et à observer correctement leur traitement ARV, et bénéficieront d'une charge virale régulière pour vérifier la suppression virale durable.

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
Effet 2.1 : En 2026, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et approches différenciées de services	<b>Produit 2.1.1 :</b> 95% des PVVIH issues des populations clés (TS, HSH, détenus) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut avec la contribution active des acteurs communautaires	<p><b>Stratégie 1 :</b> Renforcement/ciblage de l'offre de dépistage y compris l'autotest auprès des populations clés par les pairs éducateurs (PE) issus des associations</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Renforcement de l'offre de dépistage communautaire y compris la dispensation d'autotests par les pairs et lors des stratégies avancées d'offre de service de prévention combinée chez les TS (dépistage VIH couplé aux activités de CCC par les PE)</p> <p><b>Stratégie 3 :</b> Mobilisation des HSH/TS par les PE à travers les activités de changement de comportement couplés au CDIP avec un accent sur la dispensation d'autotests</p> <p><b>Stratégie 4 :</b> Renforcement de l'offre de dépistage dans les infirmeries des centres de détention</p> <p><b>Stratégie 5 :</b> Renforcement de l'offre du CDIP y compris l'index testing et la dispensation des autotests à l'endroit des populations clés</p> <p><b>Stratégie 6 :</b> Renforcement de la référence active des populations clés dépistées en communauté vers les structures de PEC en vue de l'offre de traitement ARV</p>
	<b>Produit 2.1.2 :</b> 95% des PVVIH issues des populations vulnérables (clients des TS, migrants, routiers, pêcheurs, miniers, personnes en uniforme) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut avec la contribution active des acteurs communautaires	<p><b>Stratégie 1 :</b> Renforcement /Intégration du CDIP pour les partenaires sexuels des TS (clients et partenaires stables) lors des activités d'offre de services de prévention combinée aux TS</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Promotion du dépistage intégré VIH, multi-maladie dans les lieux de regroupement</p> <p><b>Stratégie 3 :</b> Renforcement du CDIP auprès des populations vulnérables dans les centres de santé publics y compris les centres de santé des personnes en uniformes</p>
	<b>Produit 2.1.3 :</b> 95% des enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active du REMAP+ et des acteurs communautaires	<p><b>Stratégie 1 :</b> Renforcement de l'offre de dépistage en approche famille/ index-testing</p> <p><b>Stratégie 2 :</b> Renforcement de l'offre de dépistage aux différentes portes d'entrée pédiatriques (vaccination, centre de réhabilitation nutritionnelle/ consultations curatives, hospitalisations)</p>
	<b>Produit 2.1.4 :</b> 95% des adolescents et jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique	<p><b>Stratégie 1 :</b> Développement d'approches innovantes dans le dépistage ciblant les adolescents (es) et jeunes vulnérables (enfants dans la rue, centre de détention.)</p>

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
	avec la contribution active du REMAP+ et des acteurs communautaires	<b>Stratégie 2</b> : Renforcement de la référence active des populations clés dépistées en communauté vers les structures de PEC en vue de de l'offre de traitement ARV
	<b>Produit 2.1.5</b> : 90% des PVVIH de la population générale adulte sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active des acteurs communautaires	<b>Stratégie 1</b> : Diversification de l'offre de dépistage du VIH pour favoriser/augmenter la demande du dépistage <b>Stratégie 2</b> : Renforcement des approches innovantes dans le dépistage communautaire en direction des personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique (Index-testing, dispensation d'autotest, consultations multi maladies)
<b>Effet 2.2</b> : En 2026, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, avec la contribution active des acteurs communautaires	<b>Produit 2.2.1</b> : 100% des PVVIH nouvellement dépistés démarrent un traitement ARV adapté, avec l'appui des acteurs communautaires	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement de la mise en œuvre du "Tester et Traiter tous" <b>Stratégie 2</b> : Cartographie des ONG y compris le REMAP+ qui peuvent collaborer efficacement avec les structures de santé qui offrent la PEC avec ARV (Contrat de collaboration axé sur les résultats pour accroître les performances)
	<b>Produit 2.2.2</b> : 95% des PVVIH adultes bénéficient d'un traitement ARV selon les modalités nationales de PEC (Guide thérapeutique actualisé en 2021)	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement des capacités des prestataires (médecins, personnel paramédical (infirmier/ère et sages-femmes) et acteurs communautaires) sur la mise en œuvre de la délégation des tâches <b>Stratégie 2</b> : Mise en œuvre à large échelle de la délégation des tâches de prescription du traitement ARV aux IDE/SFDE dans toutes les structures de PEC VIH <b>Stratégie 3</b> : Optimisation de l'appropriation des directives nationales de PEC du VIH par l'ensemble des acteurs du niveau opérationnel <b>Stratégie 4</b> : Intégration de la PEC VIH dans toutes les structures sanitaires au niveau national selon les orientations issues de la réforme du système de santé mauritanien
	<b>Produit 2.2.3</b> : 95% des enfants adolescents et jeunes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales (Guide thérapeutique actualisé en 2021)	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement de l'intégration de la PEC (pédiatrique et adulte) dans toutes les structures de PEC VIH <b>Stratégie 2</b> : Renforcement des capacités des prestataires sur le paquet de services de PEC ARV chez les adolescents et jeunes <b>Stratégie 3</b> : Renforcement de la collaboration avec le réseau communautaire pour accroître la demande de soins
	<b>Produit 2.2.4</b> : 100% des PVVIH sous traitement ARV bénéficient du suivi clinique et biologique selon les directives nationales (Guide thérapeutique actualisé en 2021)	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement du suivi clinique et biologique dans le cadre de la prise en charge des PVVIH <b>Stratégie 2</b> : Renforcement de l'information sur les modalités de PEC auprès des PVVIH en collaboration avec le REMAP+
	<b>Produit 2.2.5</b> : 100% des PVVIH bénéficient d'une recherche active de la tuberculose, et d'un traitement préventif à l'INH (TPI) pour les patients indemnes de la TB	<b>Stratégie 1</b> : renforcement de la mise en œuvre de la recherche active, du contrôle et de la prise en charge de la TB dans les structures de santé assurant la PEC VIH <b>Stratégie 2</b> : Renforcement des capacités des prestataires (cliniques et communautaires) sur la mise

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
	et d'une prise en charge de la TB pour 100% des PVVIH chez qui la tuberculose a été diagnostiquée	en œuvre de la TPI <b>Stratégie 3</b> : Optimisation du diagnostic et de la PEC des infections opportunistes chez les PVVIH
	<b>Produit 2.2.6</b> : 90% des PVVIH bénéficient d'un dépistage et d'un traitement intégré des comorbidités du VIH autre que la tuberculose (hépatites B et C, cryptocoque, cancer du col utérin, diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale)	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement de la PEC des comorbidités chez les PVVIH <b>Stratégie 2</b> : Renforcement de la PEC des hépatites virales chez les PVVIH <b>Stratégie 3</b> : Renforcement de la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes VIH+
<b>Effet 2.3</b> : En 2026, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable, avec la contribution active des acteurs communautaires et au passage à l'échelle des approches différenciées de services	<b>Produit 2.3.1</b> : 95% des PVVIH adultes traités par ARV sont durablement maintenus dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) et sont observants au traitement ARV avec la contribution active du REMAP+ et des acteurs communautaires	<b>Stratégie 1</b> : Mise en œuvre à large échelle du paquet de services de rétention dans les soins pour les PVVIH adultes (dispositif de recherche des perdus de vue) <b>Stratégie 2</b> : Mise en œuvre à large échelle de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) avec la participation des acteurs communautaires tant en milieu clinique que communautaire <b>Stratégie 3</b> : Promotion d'un environnement favorable à la rétention dans les soins des PVVIH <b>Stratégie 4</b> : Soutien à tous les patients selon leurs besoins (psychologique, nutritionnel, éducation/formation, socio-professionnel, autonomisation, etc.) <b>Stratégie 5</b> : Renforcement de la communication sur services offerts aux PVVIH
	<b>Produit 2.3.2</b> : 95% des PVVIH adolescents et enfants (y compris les OEV) traités par ARV sont durablement retenus (rétention dans les soins) dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois) et sont observants au traitement ARV avec la contribution active du REMAP+ et des acteurs communautaires	<b>Stratégie 1</b> : Mise en œuvre à large échelle du paquet de services de rétention dans les soins pour les PVVIH enfants et adolescents (dispositif de recherche des perdus de vue) <b>Stratégie 2</b> : Mise en œuvre à large échelle de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans les sites de PEC pédiatrique avec la participation des acteurs communautaires <b>Stratégie 3</b> : Soutien à tous les patients selon leurs besoins (psychologique, nutritionnel, éducation/formation, socio-professionnel, économique, etc.) <b>Stratégie 4</b> : Mise en place des cadres conviviaux pour enfants et adolescents
	<b>Produit 2.3.3</b> : 90% des PVVIH traités par ARV avec succès bénéficient des approches différenciées de prise en charge recherche de perdus de vue	<b>Stratégie 1</b> : Intégration des approches différenciés de services de PEC dans tous les sites de PEC <b>Stratégie 2</b> : Mise en œuvre de la distribution communautaire des ARV avec la contribution des ONG engagées dans la prévention et la prise en charge du VIH selon les leçons apprises avec la COVID 19 <b>Stratégie 3</b> : Mise en œuvre des autres modèles/approches de soins différenciés (dispensation accélérée, groupe d'auto-support des patients stables, groupe d'observance thérapeutique, dispensation multi-mois)
	<b>Produit 2.3.4</b> : 100% des PVVIH traités par ARV (adultes, enfants et adolescents) bénéficient de la	<b>Stratégie 1</b> : Optimisation de l'offre de la mesure de la charge virale VIH aux PVVIH sous TARV <b>Stratégie 2</b> : Renforcement des capacités des

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
	mesure de la charge virale VIH, selon les directives nationales (Guide thérapeutique actualisé en 2021)	prestataires cliniques à l'utilisation de la charge virale (médecins, infirmiers, sages-femmes) <b>Stratégie 3</b> : Renforcement des capacités des ressources humaines et des capacités des prestataires de santé à la réalisation et l'utilisation de la charge virale (Pharmaciens, techniciens de laboratoire, gestionnaires de stocks) <b>Stratégie 4</b> : Renforcement de la qualité des services et des données de suivi biologiques

### **5.8 Résultat d'Impact 3 : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes sont renforcés, d'ici 2026**

L'impact 3 ambitionne de tout faire pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que le respect des droits humains afin de renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du VIH/sida. Il s'agit de favoriser l'émergence d'un environnement social et juridique protecteur vis-à-vis des PVVIH et des populations vulnérables, en milieu de soins comme ailleurs dans la société. Il s'agit également de permettre aux PVVIH et populations clés de bénéficier d'un soutien juridique dans le cadre du respect de leurs droits humains. Les efforts pour aligner les politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre réduira l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles, à travers des programmes de prévention et de prise en charge du VIH prenant en compte la notion de l'équité et du genre et l'assistance juridique pour tous les cas de VBG.

La transformation de l'environnement social (y compris le plaidoyer pour la révision des politiques et lois qui entravent l'accès des populations vulnérables aux services de prévention et de prise en charge VIH) à l'accès des PVVIH, populations clés et autres populations vulnérables aux services de prévention et de prise en charge du VIH passera par une mobilisation des parlementaires, leaders d'opinion et leaders communautaires, acteurs clés sur les droits humains, professionnels des forces de l'ordre et de la justice pour l'application des lois et textes correspondants. Enfin, un soutien juridique dans le cadre du respect des droits humains des PVVIH et populations clés doit être proposé et mis à disposition de tous les bénéficiaires à travers le réseau des associations communautaires.

La prise en compte de la notion de l'équité et du genre dans tous les programmes de prévention et prise en charge du VIH sera assurée, avec un accent particulier sur les services dédiés aux jeunes filles et femmes, l'accès à l'information sur les textes et voies de recours en matière de VBG, l'offre de services de prophylaxie post-exposition et de prise en charge du psychotraumatisme. Tandis que les cas de VBG bénéficieront d'une prise en charge médicale, psychologique et d'une assistance juridique, à travers des dispositifs juridiques communautaires, un renforcement des capacités des plateformes multisectorielles de lutte contre les VBG sera effectué, de même que l'intégration des services juridiques liés au VIH aux services gouvernementaux d'aide juridique.

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
Effet 3.1 : En 2026	Produit 3.1.1 : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH	<b>Stratégie 1</b> : Intégration des droits humains en lien avec le VIH et la TB dans les curricula de formation

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination	et les populations clés sont réduites de 75% dans les structures de santé y compris les pharmacies avec la contribution du REMAP+ et les autres acteurs communautaires	des professionnels de santé <b>Stratégie 1</b> : Renforcement des capacités des prestataires de santé en poste sur les droits humains en lien avec le VIH et la TB <b>Stratégie 1</b> : Renforcement du suivi communautaire sur la qualité et l'offre de service à l'endroit des PVVIH et des populations clés à travers le mécanisme national de surveillance communautaire sur la santé
	<b>Produit 3.1.2</b> : Les parlementaires, les leaders d'opinion et les juristes contribuent à l'amélioration d'un environnement favorable à l'accès régulier des PVVIH des populations clés aux services de prévention et de prise en charge du VIH	<b>Stratégie 1</b> : Plaidoyer auprès des parlementaires (commission santé) pour la mise en place d'un environnement juridique favorable à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge VIH <b>Stratégie 2</b> : Plaidoyer auprès des leaders d'opinion et des professionnels de santé, des juristes, des forces de sécurité à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge VIH <b>Stratégie 3</b> : Renforcement des capacités des forces de sécurité, professionnels du parcours de justice, des leaders d'opinion et acteurs clés sur les droits humains en lien avec le VIH
	<b>Produit 3.1.3</b> : 100% des PVVIH et populations clés bénéficient d'un soutien juridique dans le cadre du respect des droits humains	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement de la sensibilisation des populations clés et des PVVIH sur les réponses juridiques et judiciaires <b>Stratégie 2</b> : Mise en place d'un dispositif d'assistance juridique au sein du REMAP+ <b>Stratégie 3</b> : Renforcement de l'assistance Juridique et judiciaire aux PVVIH et aux populations clés <b>Stratégie 3</b> : Renforcement des liens entre les institutions offrant des services juridiques <b>Stratégie 4</b> : Renforcement de Observatoire national de lutte contre la stigmatisation et la discrimination sera mis en place avec l'appui des ONG (SOS PE, STOP SIDA, AGD, FOR MVD et Le REMAP+)
	<b>Produit 3.1.4</b> : Les forces de sécurité bénéficient de renforcement de capacités sur les mesures de prévention et de santé publique pour un environnement favorable	<b>Stratégie 1</b> : Organisation de formations auprès des forces de sécurité pour créer un environnement favorable à l'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables <b>Stratégie 2</b> : Organisation d'atelier de plaidoyer sur le VIH pour faciliter l'environnement des populations vulnérables et clés
Effet 3.2 : En 2026, l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les hommes et les femmes et de	<b>Produit 3.2.1</b> : 100% des programmes de prévention et prise en charge du VIH intègrent les principes de l'équité et d'égalité entre les hommes et les femmes	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement de l'intégration des services dédiés aux femmes et aux jeunes filles dans les programmes de prévention et de prise en charge <b>Stratégie 2</b> : Plaidoyer pour la prise en compte du VIH dans les politiques nationales sur le genre
	<b>Produit 3.2.2</b> : 100% des cas de VBG bénéficient d'une assistance juridique et judiciaire en concertation avec les acteurs communautaires et les associations de protection des droits de la	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement de l'accès à l'information des femmes et des jeunes filles sur les textes et moyens de recours en matière de VBG <b>Stratégie 2</b> : Mise en place d'un dispositif d'assistance juridique au sein des ONG spécifiques au VIH <b>Stratégie 3</b> : Renforcement des capacités des

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
lutte contre les violences basées sur le genre	femme.	plateformes multisectoriels de lutte contre les VBG en lien avec le VIH <b>Stratégie 4</b> : intégration des services juridiques liés au VIH aux services gouvernementaux d'aide juridique

### **5.9 Résultat Impact 4 : La gouvernance est renforcée pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida**

L'impact 4, ambitionne à améliorer la gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST pour en assurer l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité, les efforts porteront d'abord sur le **renforcement du leadership et de la coordination** de la réponse aux niveaux central et décentralisé dans une vision de multisectorialité pragmatique avec le SENLS. Le Ministère de la Santé prend naturellement une place prépondérante dans la mise en œuvre, d'autant que la réforme du système de santé vise pleinement l'intégration des services jusqu'aux soins de santé primaires.

Ils porteront ensuite sur **l'engagement communautaire**, comme contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse, à travers un appui au mécanisme de surveillance communautaire de la réponse, le renforcement de la coordination et de la gouvernance du système communautaire, le renouvellement du cadre de partenariat avec le secteur public et les collectivités territoriales, afin qu'à terme 30% de financement des prestations de services VIH soit directement mis en œuvre par les OSC. Des efforts seront déployés pour augmenter progressivement la part des ressources domestiques dans le financement du PSN (Etat, Collectivités Territoriales, Secteur Privé, ainsi que la CNAM) et pour que toutes les ressources mobilisées (y compris les ressources extérieures) couvrent l'ensemble des besoins du PSN 2022-2026.

Les efforts porteront également sur la production régulière d'une information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST et son utilisation pour la prise de décision.

Enfin, la chaîne d'approvisionnement sera renforcée pour disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)

Résultats d'effet	Résultats produit	Principales stratégies
<b>Effet 4.1 : Le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH/sida et IST sont assurés efficacement aux niveaux central et décentralisé</b>	Produit 4.1.1 : La gouvernance de la réponse nationale est analysée en vue de définir un modèle de gouvernance innovant correspondant à la vision nationale.	<b>Stratégie 1</b> : Elaboration d'un état des lieux pour définir un modèle efficace de gouvernance de la lutte contre le VIH adapté à l'épidémie de VIH en Mauritanie
	Produit 4.1.2 : La coordination multisectorielle de la riposte nationale au niveau central et décentralisé est renforcée	<b>Stratégie 1</b> : Mise en place d'un cadre de coordination multisectorielle efficace entre le secteur public, le secteur privé et le système communautaire <b>Stratégie 2</b> : Mobilisation des secteurs ministériels stratégiques pour une implication efficace et conforme au mandat de chacun
	Produit 4.1.3 : Le leadership de la riposte nationale est renforcé et	<b>Stratégie 1</b> : Concertation entre toutes les parties prenantes pour un leadership partagé

Résultats d'effet	Résultats produit	Principales stratégies
	adapté aux orientations de la réforme du système de santé	<b>Stratégie 2</b> : Redéfinition des rôles et des fonctions de chaque entité en harmonie avec les orientations de la réforme du système de santé
Effet 4.2 : L'engagement communautaire apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse à l'épidémie de VIH/sida	Produit 4.2.1 : Le mécanisme de surveillance communautaire de la réponse au VIH/sida (incluant le respect des droits humains) est fonctionnel	<b>Stratégie 1</b> : Mise en place de l'observatoire des droits humains au sein des ONG <b>Stratégie 2</b> : Mise en place de l'observatoire communautaire de l'accès au traitement
	Produit 4.2.2 : La coordination et la gouvernance du système communautaire sont renforcées	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement de la mobilisation des communautés en faveur de la réponse au VIH/sida <b>Stratégie 2</b> : Renforcement du réseautage et de la coordination communautaire <b>Stratégie 3</b> : Renforcement des capacités organisationnelles et managériales des réseaux de PVVIH et autres organisations de la société civile <b>Stratégie 4</b> : Mise en place d'un cadre de redevabilité (des réseaux de PVVIH, des organisations de la société civile)
	Produit 4.2.3 : Le cadre de partenariat entre les OSC, les institutions gouvernementales et les collectivités territoriales est renouvelé	<b>Stratégie 1</b> : Mise en place d'une convention de partenariat axé sur les résultats entre les OSC et les structures sanitaires publiques <b>Stratégie 2</b> : Renforcement du lien entre les structures communautaires et structures de santé
	Produit 4.2.4 : 30% des financements pour les prestations de services VIH sont directement mis en œuvre par des OSC renforcées d'ici 2026	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement du mécanisme de financement de l'Etat aux organisations communautaires (plaidoyer pour l'accroissement du financement) <b>Stratégie 2</b> : Implication du secteur privé dans le financement des organisations communautaires
Effet 4.3 : Le financement du PSN par les ressources nationales (Etat, Collectivités Territoriales et Secteur Privé) et internationales couvre l'ensemble des besoins du PSN 2022-2026	Produit 4.3.1 : La contribution de l'Etat et les collectivités territoriales au financement de la lutte contre le sida s'accroît de 10% par an	<b>Stratégie 1</b> : Plaidoyer pour l'augmentation continue et durable de la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales à la réponse au VIH/sida
	Produit 4.3.2 : D'ici 2026, les dépenses de santé liées au dépistage et la prise en charge du VIH sont intégrées dans le panier de soins de l'assurance maladie (CNAM)	<b>Stratégie 1</b> : Plaidoyer auprès de la CNAM pour l'intégration dans les paniers de soins des dépenses de santé liées au dépistage et à la prise en charge du VIH <b>Stratégie 2</b> : Renforcement des mécanismes de protection sociale des PVVIH et autres populations vulnérables
	Produit 4.3.3 : La contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le sida couvre 5% des besoins du PSN	<b>Stratégie 1</b> : Plaidoyer auprès des entreprises du secteur privé pour des contributions dans le cadre de l'engagement sociétal
	Produit 4.3.4 : La contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le sida est stabilisée d'ici 2026	<b>Stratégie 1</b> : Plaidoyer pour le financement du PSN 2022-2026 par les partenaires
Effet 4.4 : L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST est régulièrement produite et utilisée	Produit 4.4.1 : Le Système de suivi et d'évaluation est renforcé/fonctionnel pour produire des données de qualité à tous les niveaux	<b>Stratégie 1</b> : Redynamisation du cadre organisationnel et de coordination du suivi évaluation <b>Stratégie 2</b> : Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de SE (qualité et quantité) <b>Stratégie 3</b> : Disponibilité permanente des

Résultats d'effet	Résultats produit	Principales stratégies
pour la prise de décision, le suivi-évaluation des interventions est réalisé de façon efficace		<p>outils (papier et électronique) de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, de laboratoire et logistiques)</p> <p><b>Stratégie 4</b> : Renforcement des capacités des prestataires sur le renseignement correct des outils de collecte de données (Registre PTME suivi Mère-Enfant, PEC, ...)</p>
	Produit 4.4.3 : L'information stratégique sur la riposte nationale au VIH/sida et IST est analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux pour la prise de décision	<p><b>Stratégie 1</b> : Renforcement la surveillance épidémiologique du VIH/sida et IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p><b>Stratégie 2</b> : Réalisation des enquêtes, recherche et études sur le VIH/sida et les IST (Actualisation des études bio-comportementales sur les populations clés, cartographies et estimations de la taille des populations clés)</p> <p><b>Stratégie 3</b> : Mise en place d'un système de surveillance de la résistance et la toxicité aux ARV selon les recommandations de l'OMS</p> <p><b>Stratégie 4</b> : Renforcement de la rétro-information et du cadre diffusion de l'information stratégique</p> <p><b>Stratégie 5</b> : Renforcement du système de rapportage/diffusion des données sur le VIH/sida et les IST</p> <p>Stratégie 6 : Réalisation d'une étude sur les modes de transmission du VIH (MoT)</p>
Effet 4.5 : D'ici 2026, la chaîne d'approvisionnement est renforcée au niveau central et régional et permet de disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)	Produit 4.5.1 : D'ici 2026, le financement des produits de santé nécessaires à la réponse au VIH/sida est optimisé	<b>Stratégie 1</b> : Optimisation des financements de l'Etat pour l'achat des produits de santé du programme VIH de 2022 à 2026
	Produit 4.5.2 : D'ici 2026 100% des clients directs de la CAMEC recevant des médicaments et produits de santé de qualité pour la prise en charge des PVVIH respectent les normes de stockage	<p><b>Stratégie 1</b> : Planification des besoins et commandes des produits de santé des programmes</p> <p><b>Stratégie 2</b> : Disponibilisation des ARV, médicaments pour la prévention et le traitement des IO et autres produits de santé de 2022-2026 pour la PEC des PVVIH et de la PrEP</p> <p><b>Stratégie 3</b> : Amélioration de la coordination de la gestion des produits et approvisionnements au niveau central et déconcentré</p> <p><b>Stratégie 4</b> : Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement en gestion des achats et stocks à tous les niveaux</p> <p><b>Stratégie 5</b> : Mise en place d'un dispositif de contrôle de qualité de médicaments et de réactifs au niveau du LNCQM</p>
	Produit 4.5.3 : d'ici 2026, 100% des structures de santé ne connaissent pas de rupture des produits traceurs	<b>Stratégie 1</b> : Renforcement des capacités de distribution en médicaments et produits de santé de qualité, pour la prise en charge des PVVIH, dans les délais et en bonne quantité au niveau national et décentralisé

### 5.10 Cibles de couverture par les services

Les cibles du PSN 2022-2026 pour la couverture par les activités de prévention, de traitement ARV, de pTME et d'appui psychosocial sont fondées sur les objectifs d'accélération de la riposte

et l'atteinte des 95-95-95 pour toutes les populations prioritaires. Elles ont été définies sur la base d'estimations des populations concernées ayant besoin de services notamment les populations clés plus exposées ou vulnérables et les personnes vivant avec le VIH.

Les cibles relatives aux personnes nécessitant des services de prévention ont été approchées à partir des données existantes ou des estimations relatives aux tailles des populations concernées. Les objectifs ont par la suite été quantifiés en fonction des données de base sur la couverture, et les capacités actuelles ou futures des intervenants mobilisés.

Les cibles pour les PVVIH sous traitement ARV, ont été approchées à partir des projections au moyen du logiciel Spectrum. Les objectifs ont été fixés sur la base d'un taux de couverture annuel qui devrait progresser pour atteindre 95 95 95 en 2026, ceci en lien avec l'amélioration de l'accès au dépistage et la décentralisation des services de prise en charge, et l'extension des innovations comme l'autotest et la délégation des tâches.

Populations ciblées	2022	2023	2024	2025	2026
PS	4238	5510	6782	8053	8477
HSH	3511	4505	5500	6494	7617
PS sous PrEP (10%)	170	339	509	678	848
HSH sous PrEP (20%)	264	530	795	1059	1324
Migrants	43 826	54 783	65 739	77 696	87 652
Réfugiés	14 516	18 145	21 773	25 402	29 031
Détenus	2320	2320	2320	2320	2320
Miniers/Orpailleurs	21000	24500	28000	31500	35000
Pêcheurs	1800	2100	2400	2700	3000
Routiers	3520	3520	3520	3520	3520
Personnels en uniforme	3600	4200	4800	5400	6000
Jeunes et adolescents	412 170	423 220	434 795	446 885	458 460
FE dépistées pour le VIH	27 806	56 352	85 656	115 744	146 600
PTME (FEVVIH)	270	263	252	241	235
Personnes dépistées pour le VIH	87 188	120 906	155 535	190 800	227 013
Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	7800	8250	8250	8250	8250
PVVIH sous traitement ARV	90%	95%	95%	95%	95%

Tableau 1. Couverture par les activités du Plan d'extension du PSN (nombre de personnes)

Les indicateurs correspondant aux résultats d'impact, d'effet et de produit sont détaillés dans le cadre de performance du PSN 2022-2026 (Annexe 1).

## 6 Cadre institutionnel et organisationnel de la mise en œuvre en Mauritanie

Le PSN 2022-2026 constitue la référence pour tous les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de la réponse au VIH. Toutes les parties prenantes prendront leur part de responsabilité dans l'atteinte des résultats ce qui exige un haut niveau de coordination, de programmation, de redevabilité et de suivi évaluation, ainsi que le renforcement de la synergie d'actions entre le secteur public, privé, société civile et PTF.

Entité	Role/Mission
SENLS	Coordination nationale, Orientation stratégique, Le Suivi évaluation, la diffusion de l'information stratégique, la coordination et le suivi des activités du VIH nonobstant le bailleur, plaidoyer et mobilisation des ressources, .....
Ministère de la Santé	Orientation stratégique, MEO du PSN, informations stratégique, la prise en charge médicale, psychosociale, définition des normes, suivi médical et biologique, la prévention,.....
Autres secteurs publics et parapublics	Dans le cadre de la multisectorialité ils mettent en œuvre leurs plans sectoriels.
Secteur privé	Participe à la mise en œuvre du PSN.
OSC	Dans la cadre de la MEO du PSN les OSC participent aux différents volets de la lutte contre le Sida.
PTF	Contribuent à la mobilisation des ressources, au plaidoyer, à l'appui technique.

### 6.1 Modalités de mise en œuvre section

Le Plan Stratégique 2022-2026 sera mis en œuvre à travers un plan opérationnel pour deux ans qui apportera plus de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et mis en œuvre avec l'implication des parties prenantes.

La coordination nationale du PSN 2022-2026, assurée par le SENLS sera instituée avec pour mission d'orienter, coordonner et assurer le suivi de la politique nationale en matière de lutte contre le sida.

Le Ministère de la Santé est responsable de la mise en œuvre de la réponse sanitaire au VIH. Le renforcement du système de santé et sa réforme permettra l'intégration progressive des activités de conseil et dépistage, de diagnostic, de prise en charge du VIH et d'appui, dans le cadre du paquet minimum de service (PMA) des structures de santé selon la pyramide sanitaire.

Plusieurs Ministères sont impliqués dans la réponse nationale en fonction de leur mandat et sur la base d'un modèle de contribution qui renforce l'accès aux services assurés par chacun d'entre

eux. Il s'agit d'intégrer la composante Santé/VIH dans les stratégies sectorielles des ministères partenaires avec un système de suivi et de redevabilité.

Par Exemple, pour la protection sociale des PVVIH et des populations vulnérables, le Ministre des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille (MASEF) a pour mission d'assurer la solidarité nationale et la protection sociale des groupes vulnérables.

Le MASEF, le CSA et TADAMOUN participent à la mise en place d'un continuum de soins des PVVIH, notamment la nutrition, le cash transfert, AGR et appui aux orphelins et aux veufs(ves) à travers le Réseau des PVVIH.

Les organisations de la société civile assurent un rôle crucial dans la riposte notamment par le biais des programmes de prévention de proximité, de prévention combinée parmi les populations clés, de conseil et dépistage et d'appui psychosocial aux PVVIH. La participation de la société civile à la réponse nationale sera renforcée et un partenariat institué sur la base d'un modèle de contractualisation entre le Ministère de la Santé et les organisations de la société civile. Ce partenariat/ Contractualisation sera axé sur l'atteinte des résultats tangibles permettant d'une part de valoriser la contribution de la société civile et d'autre part ce converger vers l'atteinte des résultats nationaux.

La poursuite de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale Communautaire en Santé (SNCS) constitue une stratégie pour stimuler la demande de services de santé afin d'optimiser les efforts d'amélioration de la santé au niveau communautaire. La DSME est l'acteur principal de mise en œuvre de cette stratégie.

Les contrats de mise en œuvre, accès sur les résultats, par lesquels les gouvernements s'associent aux organisations de la société civile et lui fournissent des services, sont apparus comme une option potentiellement puissante, bien que sous-utilisée, pour atteindre les populations marginalisées ou difficiles à atteindre. Bien que les rôles centraux que jouent les communautés dans la gouvernance du VIH soient reconnus, leur engagement significatif dans les systèmes nationaux de santé en tant que leaders, décideurs et partenaires demeure limité.

Ainsi les interventions ciblant les populations clés les plus exposées au risque d'infection VIH, tireront profit d'une synergie avec le secteur de la Santé à travers l'offre intégré des services de santé de prévention (Conseils et Dépistage, prévention et prise en charge des IST et le secteur social). L'élimination des nouvelles infections à VIH chez les femmes et les enfants tirera profit d'une synergie avec le secteur de la santé à travers l'offre des services de santé de prévention (Conseils et Dépistage), la prévention et la prise en charge des IST, l'intégration du VIH aux programmes SMNI, SR, Vaccination, Nutrition et l'intégration des services VIH dans les structures et services de santé. Le secteur de l'Education dans le cadre de la promotion de la prévention primaire et le secteur de la jeunesse.

## **6.2 Partenaires au Développement/Partenaires Techniques et Financiers (PTF)**

Les partenaires au développement poursuivront leur soutien par un appui technique et financier des différents acteurs de mise en œuvre du PSN 2022-2026. La concertation entre le Gouvernement, les PTF (multilatéraux, bilatéraux, ONG internationales), les OSC et le secteur privé facilitera la mise en œuvre du cadre de résultats et de performances du PSN 2022-2026 à travers le Forum des partenaires de la riposte au VIH. Le cadre de concertation des PTF inclue pour sa part le système des Nations Unies, les coopérations bilatérales et le FM pour échanger

régulièrement sur la mise en œuvre des subventions, la recherche de la complémentarité, l'analyse des gaps programmatiques et financier et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques et de l'assistance technique. Enfin, l'équipe conjointe des Nations Unies sous le leadership de l'ONUSIDA, assure la coordination de la lutte contre le VIH au sein du système des Nations Unies sous l'égide du Directeur Pays ONUSIDA

## **7 Cadre de suivi et d'évaluation du Plan Stratégique**

Le dispositif mis en place dans le PSN 2022-2026, sera renforcé pour assurer la disponibilité d'informations exhaustives, de qualité et en temps réel pour l'orientation des stratégies et activités, l'allocation des ressources, la gestion et la coordination des interventions de tous les acteurs. Ainsi, le système de suivi et d'évaluation permet d'apprécier la pertinence, l'efficacité et l'efficience des interventions, et le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus du PSN.

Un plan National de Suivi et d'évaluation accompagne le PSN et détaille aussi bien les indicateurs et les activités que l'organisation et le dispositif de Suivi et Evaluation.

Le Plan national de suivi et évaluation adopté en 2018 et en bonne partie non encore mis en œuvre, constitue la base du présent cadre de suivi et évaluation du PSN dans ses aspects institutionnels et organisationnels ; les indicateurs seront adaptés au nouveau cadre de résultats du PSN 2022-2026. Ainsi, il est stipulé que « le plan national de suivi et évaluation de la riposte au VIH/sida fournit les données et informations nécessaires pour (i) orienter la planification, la coordination et la mise en œuvre de la riposte au VIH, (ii) évaluer l'efficacité et l'efficience de la riposte nationale en terme de résultats d'impacts, d'effets et de produits

(iii) recenser les domaines dans lesquels les programmes et projets peuvent être améliorés  
(iv) rendre compte aux personnes affectées et/ou infectées par le VIH/sida, aux acteurs de même qu'aux bailleurs de fonds. »

« Gage de transparence et de redevabilité », le cadre de suivi et évaluation permettra à tous les acteurs de la mise en œuvre du PSN 2022-2026 de d'apprécier les résultats et de fonder les décisions sur des évidences solides. A cet égard, « il constitue le cadre de référence pour le suivi effectif de la mise en œuvre des activités » dans le cadre d'un système unique de suivi et évaluation.

L'objectif général du système de suivi et évaluation est de « produire des informations fiables de qualité et pertinentes en temps réel, accessibles et utilisées par tous les acteurs pour une prise de décision en matière de VIH dans une optique d'unicité et de centralisation».

De façon spécifique, le cadre de suivi évaluation vise à :

- « Renforcer le système d'information globale et la documentation des interventions
- Renforcer les capacités des parties prenantes en suivi et évaluation de la réponse à tous les niveaux
- Suivre et évaluer toutes les actions de la réponse nationale au VIH/sida
- Mesurer les progrès réalisés au regard de la mise en œuvre du PSN 2022-2026
- Renforcer la recherche et le système de surveillance
- Assurer les audits, les revues périodiques ».

### **7.1 Système de surveillance et de notification**

Le SENLS, l'INRSP, le MS et les organisations de la société civile partenaires, la surveillance épidémiologique pour suivre les tendances de l'épidémie et l'incidence du VIH parmi les populations clés et vulnérables.

Les indicateurs d'impact et Résultats sont collectés à partir des études et enquêtes. L'agenda de recherche prévu, comporte les enquêtes bio-comportementales RDS (Respondent Driven Sampling) sur les populations clés, les enquêtes de population réalisées périodiquement touchant différents volets de la SSR, eTME et les IST/VIH/sida, l'étude pour évaluer les ressources et dépenses allouées à la riposte au sida, une étude sur la stigmatisation des PVVIH (Stigma-Index), et les revues des programmes et du PSN.

La surveillance épidémiologique sera fondée sur les méthodes suivantes :

- L'analyse des données à travers les cascades du continuum de soins ;
- Des enquêtes bio-comportementales ou enquêtes sérologiques répétées, pour évaluer l'évolution de la prévalence et de l'incidence (dans la mesure du possible) de l'infection à VIH dans les populations à haut risque telles que les TS, les HSH, et les populations carcérales)
- Des analyses de situations seront menées pour identifier d'autres populations vulnérables notamment les usagers de drogues.
- La surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux ;
- La surveillance de la résistance du VIH aux ARV, la notification des cas de sida et des IST compléteront cette surveillance ;
- La surveillance de la prise en charge des IST dans les groupes à haut risque.

## **7.2 Données des programmes et rapports d'activités**

Le suivi de routine des progrès et performances des programmes sera assuré grâce au système d'information qui permet de collecter les données de prévention, de dépistage, de PTME et de PEC des PVVIH. Ces systèmes ont été renforcés par l'introduction d'outils informatisés de suivi à tous les niveaux de gestion (Prise en charge des PVVIH avec l'introduction de AMNIR au CTA et dans les UPEC pour la collecte et le partage des données des laboratoires notamment les CD4 et la charge virale. Pour les programmes de prévention auprès des populations clés (PS, HSH, Migrants), le système de codification unique développé avec la plateforme DHIS2 permet de comptabiliser les bénéficiaires avec une estimation de couverture plus précise. Ce système informatisé avec une solution Web online sécurisée permet de collecter les données sur le terrain et de calculer automatiquement les indicateurs de suivi des activités (prévention, dépistage, préservatif, etc) et les présenter sur des tableaux de bords dynamiques permettant de faire le suivi au niveau d'une section, ville, ONG, province, région et national.

Les indicateurs de couverture et de performance seront renseignés à partir des rapports d'activités. L'enjeu principal du recueil et de la collecte de routine réside dans l'Assurance Qualité et la fiabilité de l'information. Le dispositif de recueil doit comprendre des mécanismes de routine de vérification, de contrôle et d'apurement aux différents niveaux : opérationnel, provincial, régional et national. Pour les ONG et les partenaires, ces mêmes dispositifs doivent permettre la vérification et le contrôle des données avant la consolidation.

Les activités de supervision seront conduites selon le plan de travail établi et mené par des équipes d'encadrement dans une optique d'appui et de formation.

### 7.3 Système de surveillance et de notification

La notification des cas d'IST est assurée au niveau de l'ensemble des services de Santé sur la base d'une fiche trimestrielle qui récapitule les cas pris en charge au cours de la période. Ces données sont saisies dans une base de données informatisée SMI/PF, gérée par le Ministère de la Santé et accessible online d'améliorer la qualité de l'information stratégique liée aux IST et VIH. Les données de dépistage du VIH au niveau des centres de santé sont collectées et saisies dans la même base de données.

La notification des cas de VIH/sida par les cliniciens se fait des services de prise en charge, centres de prise en charge, et médecins, Psychologue. Une application a été développée avec AMNIR pour standardiser et faciliter la collecte des données et sera interfacée. Elle est installée au niveau de tous les centres référents de prise en charge. La notification des cas de Tuberculose est centralisée au niveau des Services de Santé publique des Directions Régionales de Santé et du Programme National de lutte contre la Tuberculose. Il est prévu de réviser le système de surveillance épidémiologique des IST/VIH et rétablir le système de surveillance sentinelle et en s'assurant de la dimension éthique dans le traitement de l'information.

## 8 Financement du PSN 2022-2026

### 8.1 Stratégie de mobilisation des ressources

L'analyse de l'environnement des ressources national et local montre qu'il existe des opportunités pour un financement durable de la réponse nationale en Mauritanie. Dans la continuité, le PSN 2022-2026 vise à mobiliser les partenaires potentiels au niveau national et international. La stratégie de mobilisation de ressources vise :

- L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat à travers le budget national.
- L'implication des collectivités territoriales dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques et l'approche villes
- L'élaboration des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et affectation des financements propres dans leur budget plaidoyer.
- Le développement d'une politique de PPP.
- La contribution des caisses d'assurance-maladie pour la prévention et la prise en charge.
- Le co-investissement pour le maintien du financement des partenaires extérieurs notamment le Fonds mondial.

## 9. Cadre de performance du PSN

Indicateurs	Baseline	Cibles de performance					Commentaires
	2020	2022	2023	2024	2025	2026	
<b>1. ACTIVITES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE - GROUPES CLES ET VULNERABLES</b>							
<b>1.1 PS</b>							
Nombre de TS au niveau national	8,477	8,477	8,477	8,477	8,477	8,477	
% de PS couvertes par la prévention combinée	21.09%	24%	40%	50%	70%	90%	

Nombre de PS couvertes par la prévention combinée	2,570	2,034	3,391	4,239	5,934	7,629	Baseline obtenu avec l'intervention de 2 ONG sur une période de 2 mois. Pour 2022, multiplication par 4 car nouveaux acteurs
Taux d'utilisation des préservatifs par les PS avec leur dernier client	46%	50%	55%	60%	65%	70%	
Nombre de PS utilisant des préservatifs		1,017	1,865	2,543	3,857	5,340	
% de PS couvertes par la prévention qui se font testées	16%	50%	55%	65%	78%	90%	
Nombre de PS ayant fait le test VIH et reçu le résultat	406	1,017	1,865	2,755	4,629	6,866	
% de PS sous PrEP	0	5.0%	6.5%	7.5%	8.5%	10.0%	
Nombre de PS sous PrEP	0	102	220	318	504	763	
Prévalence VIH parmi les PS	9%	9%	7%	7%	3%	3%	
Nombre de PS dépistées VIH+	<b>9</b>	<b>92</b>	<b>131</b>	<b>193</b>	<b>139</b>	<b>206</b>	
<b>1.2 HSH</b>							
Nombre de HSH au niveau national	7,617	7,617	7,617	7,617	7,617	7,617	
% HSH couverts par la prévention combinée	21.50%	24%	40%	50%	70%	90%	
Nombre de HSH couverts par la prévention combinée	1,851	1,828	3,047	3,809	5,332	6,855	
Taux d'utilisation des préservatifs par les HSH lors de leur dernier rapport anal	70.3%	75%	80%	85%	90%	95%	
Nombre de HSH utilisant des préservatifs		1,371	2,438	3,238	4,799	6,512	
% de HSH couverts par la prévention qui se font testés	22%	50%	55%	65%	78%	90%	
Nombre de HSH ayant fait le test VIH et reçu le résultat.	406	914	1,676	2,476	4,159	6,170	
% de HSH sous PrEP	0	11%	14%	16%	18%	20%	
Nombre de HSH sous PrEP	0	201	427	609	960	1,371	
Prévalence VIH parmi les HSH	23.4%	23.40%	14%	14%	6%	6%	
Nombre de HSH dépistés VIH+	<b>29</b>	<b>214</b>	<b>235</b>	<b>347</b>	<b>250</b>	<b>370</b>	
<b>1.3 Migrants</b>							
Nombre de migrants couverts par la prévention	800	2,630	3,506	4,383	7,012	8,000	
% de migrants couverts par la prévention et qui se font testés	21%	6%	8%	10%	16%	20%	
Nombre de migrants ayant fait le test VIH et reçu le résultat.	170	158	280	438	1,122	1,600	
Prévalence VIH parmi les Migrant	3.53%	3.25%	3%	2.75%	2.25%	2%	
<b>Nombre de migrants dépistés VIH+</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	
<b>1.4 Détenus</b>							
Nombre de Détenus couverts par la prévention	0	540	810	1,080	1,350	1,620	
% de détenus couverts par la prévention qui se font testés	0%	70%	70%	70%	70%	70%	
Nombre de détenus ayant fait le test et reçu le résultat.	0	378	567	756	945	1,134	
Prévalence VIH parmi les Détenus	2.9%	2.90%	2.9%	2.9%	1%	1%	
<b>Nombre de détenus dépistés VIH+</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	
<b>1.5 Femmes enceintes</b>							
Nombre de femmes enceintes attendues au niveau national	140,000	140,000	140,000	140,000	140,000	140,000	
Couverture CPN	84%	84%	84%	84%	84%	84%	
Nombre de femmes enceintes couvertes par la CPN	117,600	117,600	117,600	117,600	117,600	117,600	
Couverture des femmes enceintes par le dépistage	17%	50%	60%	70%	80%	90%	
Nombre de femmes enceintes dépistées	23,800	58,800	70,560	82,320	94,080	105,840	
Prévalence VIH	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	
<b>Nombre de femmes enceintes PVVIH</b>	<b>71</b>	<b>176</b>	<b>212</b>	<b>247</b>	<b>282</b>	<b>318</b>	
<b>1.6 Co-infection VIH/TB</b>							
Nombre de NC TB au niveau national	2372	2,366	2,412	2,412	2,445	2,689	

% de TB couverts par la prévention qui se font testés	36.6%	50%	55%	70%	85%	100%	
Nombre de tuberculeux ayant fait le test VIH et reçu le résultat.	977	1,183	1,327	1,688	2,078	2,689	
Prévalence VIH parmi les TB	5.2%	5.2%	5.2%	5.2%	5.2%	5.2%	
<b>Nombre de TB dépistés VIH+</b>	<b>16</b>	<b>62</b>	<b>69</b>	<b>88</b>	<b>108</b>	<b>140</b>	
<b>1.7 RECAPITULATIF GROUPES CLES ET VULNERABLES</b>							
Nombre de PVVIH dépistés parmi les groupes à risque	<b>38</b>	322	390	574	423	619	
Nombre de femmes enceintes PVVIH	<b>34</b>	235	282	329	376	423	
Nombre de TB dépistés VIH+	<b>16</b>	62	69	88	108	140	
<b>2. ACTIVITES DE PREVENTION POPULATION GENERALE</b>							
<b>2.1 Population générale</b>							
Structures d'offre de dépistage	40	60	70	80	90	100	
Nombre de personnes dépistées pour le VIH	47,190	55,190	63,190	71,190	79,190	87,190	Augmentation de 8000 dépistages annuels
Taux de prévalence de la population générale	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	
<b>Nombre de VIH+ parmi la population générale</b>		166	190	214	238	262	
<b>3. IST</b>							
Prévalence de la syphilis active parmi les PS	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	
Prévalence de la syphilis active parmi les HSH	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
Prévalence syphilis active parmi les femmes enceintes	ND	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	
Nombre de structures d'offre de PEC du VIH	8	12	16	20	24	27	
<b>4. PVVIH SOUS ARV</b>							
<b>4.1 Couverture ARV</b>							
Couverture ARV pour tous PVVIH (sauf TB+/VIH+)	36%	90%	90%	90%	90%	90%	
Couverture ARV TB+/VIH+	42%	100%	100%	100%	100%	100%	
Nombre de FEVVIH qui ont reçu des ARV pour réduire le risque de TME	<b>34</b>	<b>212</b>	<b>254</b>	<b>296</b>	<b>338</b>	<b>381</b>	
Nombre de PVVIH Sous ARV parmi les groupes clés et vulnérables		<b>290</b>	<b>351</b>	<b>517</b>	<b>381</b>	<b>557</b>	
Nombre de PVVIH Sous ARV parmi la population générale		<b>149</b>	<b>171</b>	<b>193</b>	<b>214</b>	<b>236</b>	
Nombre de PVVIH Sous ARV parmi les Tuberculeux		<b>62</b>	<b>69</b>	<b>88</b>	<b>108</b>	<b>140</b>	
Nouveaux cas notifiés sous ARV		<b>713</b>	<b>845</b>	<b>1,094</b>	<b>1,041</b>	<b>1,314</b>	
<b>4.2 File active sous ARV</b>							
Estimation du nombre de PVVIH (Spectrum 2021)	5,870	8,700	8,700	8,680	8,660	8,640	
<b>Nombre de PVVIH sous traitement ARV</b>	<b>3,384</b>	<b>3,862</b>	<b>4,200</b>	<b>4,708</b>	<b>5,458</b>	<b>6,198</b>	
<i>Nombre de PVVIH Adultes sous traitement ARV</i>	3,223	3,678	4,000	4,484	5,198	5,903	
<i>Nombre de PVVIH Enfants sous traitement ARV</i>	161	184	200	224	260	295	
Nouveaux cas notifiés sous ARV	596	<b>713</b>	<b>845</b>	<b>1,094</b>	<b>1,041</b>	<b>1,314</b>	
Taux d'attrition des PVVIH sous traitement ARV depuis 12 mois	27%	20%	15%	10%	8%	5%	
Nombre de PDV Attendus par AN (parmi les cas notifiés)	161	143	127	109	83	66	
% Décès	6%	6%	5%	5%	4%	4%	
Nombre de décès liés au sida	204	232	210	235	218	248	
Rétention à 12 mois des PVVIH mis sous traitement ARV	73%	80%	85%	90%	92%	95%	
<b>5. SUIVI BIOLOGIQUE DES PVVIH</b>							

% de PVVIH ayant fait au moins 1 CV dans l'année	20%	50%	65%	80%	85%	95%	
Nombre de PVVIH ayant fait au moins 1 CV dans l'année	750	1,931	2,730	3,766	4,639	5,888	
% des PVVIH sous traitement ARV qui ont une charge virale indetectable	19.8%	90%	90%	90%	90%	95%	
Nombre de PVVIH sous ARV avec une CV indetectable	674	1,738	2,457	3,389	4,175	5,594	
<b>6. LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION</b>							
Pourcentage des PVVIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination les 12 derniers mois	<i>N/D (Stigma Index en cours)</i>	-	-	-			
<b>6. PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION</b>							
% des PVVIH sous traitement ARV qui auront besoin d'une prise en charge nutritionnelle thérapeutique	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
Nombre des PVVIH sous traitement ARV qui auront besoin d'une prise en charge nutritionnelle thérapeutique	376	386	420	471	546	620	

## 8.2 CADRAGE BUDGETAIRE DU PSN 2022-2026

Le budget du PSN s'élèverait – pour les cinq années 2022-2026 – à plus de 325917801MRU.

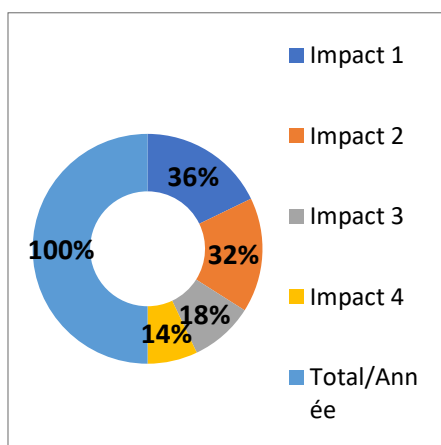
Ces estimations se basent sur une modélisation prenant en compte :

- les résultats (effets et produits) du PSN qui ont permis de quantifier annuellement les cibles;
- et les coûts unitaires réactualisés sur la base des dernières informations disponibles.

Tableau xxx: Prévission budgétaire par résultat d'impact (en UM)

Impact	2022	2023	2024	2025	2026	Total	%
Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50%, en particulier parmi les populations clés et leurs partenaire	86253358	93153627	100605917	108654390	117346741	506014033	36%
La mortalité liée au VIH/sida est réduite de 50%	78 229 343	84 487 690	91 246 706	98 546 442	106 430 157	458 940 339	32%
La réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes sont renforcés, d'ici 2026	43 395 185	46 866 800	50 616 144	54 665 435	59 038 670	254 582 234	18%
La gouvernance est renforcée pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida	34 083 172	36 809 826	39 754 612	42 934 981	46 369 779	<b>199 952 370</b>	14%
<b>Total/Année</b>	<b>241 961 058</b>	<b>261 317 943</b>	<b>282 223 378</b>	<b>304 801 248</b>	<b>329 185 348</b>	<b>1 419 488 975</b>	100%

Répartition budgétaire par impact :



Répartition budgétaire par année :

