



# **Plan de Suivi et Évaluation du GC7 VIH, TB, Paludisme et SRPS de la Mauritanie**

**- PR/SENL -**

**Septembre 2024**

# SOMMAIRE

<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	6
1.2 PRESENTATION DU GC7 EN MAURITANIE .....	6
1.3 OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION.....	6
<b>2 CADRE INSTITUTIONNEL DU SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>7</b>
2.1 STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PR/SENLS .....	7
2.2 ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS CLES.....	8
2.3 COORDINATION AVEC LES SOUS-RECIPIENDAIRES ET PARTENAIRES .....	9
<b>3 CADRE DE PERFORMANCE .....</b>	<b>9</b>
3.1 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DU GC7 .....	9
3.2 INDICATEURS CLES DE PERFORMANCE .....	9
3.2.1 <i>Indicateurs VIH</i> .....	9
3.2.2 <i>Indicateurs Tuberculose</i> .....	10
3.2.3 <i>Indicateurs Paludisme</i> .....	10
3.2.4 <i>Indicateurs SRPS</i> .....	10
3.3 CIBLES ET JALONS .....	10
<b>4 SYSTEMES DE COLLECTE DE DONNEES .....</b>	<b>11</b>
4.1 SOURCES DE DONNEES.....	12
4.2 OUTILS DE COLLECTE .....	12
4.3 FREQUENCE DE COLLECTE.....	13
4.4 FLUX D'INFORMATION .....	13
<b>5 GESTION DES DONNEES .....</b>	<b>14</b>
5.1 STOCKAGE ET SECURISATION DES DONNEES .....	14
5.2 CONTROLE QUALITE DES DONNEES .....	15
5.3 ANALYSE DES DONNEES.....	16
<b>6 RAPPORTAGE ET UTILISATION DE L'INFORMATION .....</b>	<b>17</b>
6.1 TYPES DE RAPPORTS.....	17
6.2 FREQUENCE DE RAPPORTAGE .....	17
6.3 DIFFUSION DES RESULTATS.....	18
6.4 UTILISATION DES DONNEES POUR LA PRISE DE DECISION.....	19
<b>7 ÉVALUATIONS ET REVUES .....</b>	<b>20</b>
7.1 ÉVALUATIONS INTERNES LORS DES SUPERVISIONS .....	20
7.2 ÉVALUATIONS EXTERNES.....	20
7.3 REVUES PROGRAMMATIQUES.....	20
<b>8 RENFORCEMENT DES CAPACITES EN SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>20</b>
8.1 PLAN DE FORMATION .....	20
8.2 ASSISTANCE TECHNIQUE.....	21

<b>9</b>	<b>BUDGET ET RESSOURCES .....</b>	<b>21</b>
9.1	BUDGET ALLOUE AU SUIVI ET EVALUATION .....	21
9.2	RESSOURCES HUMAINES .....	21
9.3	RESSOURCES MATERIELLES.....	21
<b>10</b>	<b>PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....</b>	<b>22</b>
10.1	CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DE S&E .....	22
10.2	RESPONSABILITES POUR LA MISE EN ŒUVRE.....	22
<b>11</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>23</b>
11.1	PERIODES ET FREQUENCE DU RAPPORTAGE PROGRAMMATIQUE.....	24
11.2	BUTS ET OBJECTIFS DU GC7 MRT.....	25
11.3	INDICATEURS D'IMPACT DU GC7 MRT .....	26
11.4	INDICATEURS DE RESULTATS DU GC7 MRT .....	28
11.5	INDICATEURS DE COUVERTURE DU GC7 MRT .....	30
11.6	BUDGET DES ACTIVITES DE SUIVI ET EVALUATION 2025, 2026 ET 2027 .....	49

## Sigles et abréviations

Acronym	Définition	Page
ACT	Thérapie combinée à base d'artémisinine (Artemesin-based combination thérapie)	42
AGD	Association de Gestionnaires du Développement	9
AMAMI	Association Mauritanienne d'Aide aux malades Indigents	9
AMNIR	Logiciel de suivi des dossier patient des PVVIH	5
ARV	Anti Rétroviraux	24
ASC	Agent de Santé Communautaire	10
CAMEC	Centrale d'Achat de Médicament et Consommable	9
CCC	Communication pour le Changement du comportement	29
CDM	Campagne de distribution de Masse	17
CDT	Centre de Diagnostic et Traitement tuberculose	26
CIDD	Cibles des interventions et données démographiques	26
CPN	Consultations Périnatales	34
CPS	Chimio prévention saisonnière du paludisme	17
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire	6
DATP	Dispositif d'appui	33
DGSP	Direction Générale de la sante publique	18
DHIS	District Heath Information System	35
DLMT	Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles	18
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires	9
DQA	Data Quality Assesement	48
DRH	Direction Ressources Humaines	37
DRS	Direction Régionale de la Santé	17
DRTB	Drug Resistant TBV treatment	38
ECG	Electrocardiogramme	39
EDS	Enquête Démographique et Santé	9
EIP	Enquête Indicateurs Paludisme	9
EVVIH	Enfant Vivant avec le VIH	33
FOSA	Formations sanitaires	10
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks	9
HBV	Virus de l'Hépatite B	48
HEC	Hodh EL Chargui	41
HIV	Virus de l'Immunodéficience Humaine	24
HPV	Papillomavirus Humaine	48
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes	29
IBBS	Integrated Biological and Behavioral (Surveillance) Survey	9
ISO	Organisation Internationale de Normalisation	44
IST	Infections Sexuellement Transmissibles	29
LNR	Laboratoire National de Reference	45
LNRM	Laboratoire national de référence mycobactéries	38
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête UNICEF)	9
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action	40
MRT	Mauritanie	3
NDB	Nouadhibou	49
NKC	Nouakchott	49
NKTT	Nouakchott	49
ODD	Objectifs de Développement Durable	24
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	26
ONG	Organisation Non Gouvernementales	29
OSC	Organisation de la Société Civile	25
PAAR	Prioritized Above Allocation. Request	41

<b>Acronym</b>	<b>Définition</b>	<b>Page</b>
PCR	Polymerase Chain Reaction	35
PEC	Prise en Charge	32
PENTA	VACCIN DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE, HÉPATITE B, Hib	40
PEV	Programme Elargi de Vaccination	40
PNLP	Programme de Lutte contre le Paludisme	26
PNLS	Programme de Lutte contre le VIH/sida	33
PNLTL	Programme de Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre	26
PNSCM	Programme de Santé Communautaire et des Populations Mobiles	9
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction	25
POC	Point of Care	35
PSN	Plan Stratégique National	26
PSNEP	Plan stratégique national d'élimination du paludisme	40
PTF	Partenaires Techniques et Financiers	34
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant	25
PUDR	Rapport de progrès	48
PVVIH	Personnes Vivants avec le VIH	5
RDQA	Routine Data Quality Assessment	48
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat	26
RHS	Ressource Humaine santé	25
RSSH	Renforcement du Système de Santé	43
SARA	Services Availability and Readiness Assessment	9
SENLS	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida	1
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis	4
SIG	Système d'Information Géographique	14
SIGL	Système d'Information	48
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile	34
SNIS	Système National d'Information Sanitaire	6
SOS/PE	SOS PAIR EDUCATEUR	9
SRMNIA	Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents	41
SRPS	Système Résilient et Pérenne pour la Santé	1
SSR	Santé Sexuelle de la Reproduction	34
TARV	Traitement Anti Rétroviral	25
TBMR	Tuberculose Multi Résistante	24
TBRR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine	38
TDR	Test de Diagnostic Rapide	26
TME	Transmission Mère Enfant	25
TPI	Traitement Préventif Intermittent	41
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance	34
UPEC	Unité de prise en Charge	6
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine	1
XDR	Test de détection de la TB résistante	38

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte et justification

La Mauritanie, comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, fait face à des défis majeurs en matière de santé publique, particulièrement dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ces maladies continuent d'avoir un impact significatif sur la santé de la population, le développement socio-économique et les systèmes de santé du pays.

Face à ces défis, le gouvernement mauritanien, en collaboration avec ses partenaires internationaux, a intensifié ses efforts pour renforcer la réponse nationale à ces maladies. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme joue un rôle essentiel dans ce combat en apportant un soutien financier et technique substantiel à travers ses cycles de financement.

## 1.2 Présentation du GC7 en Mauritanie

Le septième cycle de financement (GC7) du Fonds mondial en Mauritanie marque une étape importante dans la lutte contre ces trois maladies et le renforcement des systèmes de santé. Ce nouveau cycle de subvention, couvrant la période allant de janvier 2025 à décembre 2027, vise à consolider les acquis des cycles précédents tout en introduisant des approches innovantes pour accélérer les progrès. Le GC7 en Mauritanie se concentre sur quatre composantes principales :

1. La lutte contre le VIH/SIDA ;
2. La lutte contre la tuberculose ;
3. La lutte contre le paludisme ;
4. Le renforcement des systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS).

Le Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida (SENL) a été désigné comme Principal Récipiendaire (PR) pour la mise en œuvre de ce programme, témoignant de la confiance accordée à cette institution nationale dans la gestion et la coordination des interventions financées par le Fonds mondial.

## 1.3 Objectifs du plan de suivi et évaluation

Dans ce contexte, un plan de suivi et évaluation (S&E) robuste et efficace est essentiel pour garantir la réussite du programme GC7. Les objectifs principaux de ce plan de S&E sont les suivants :

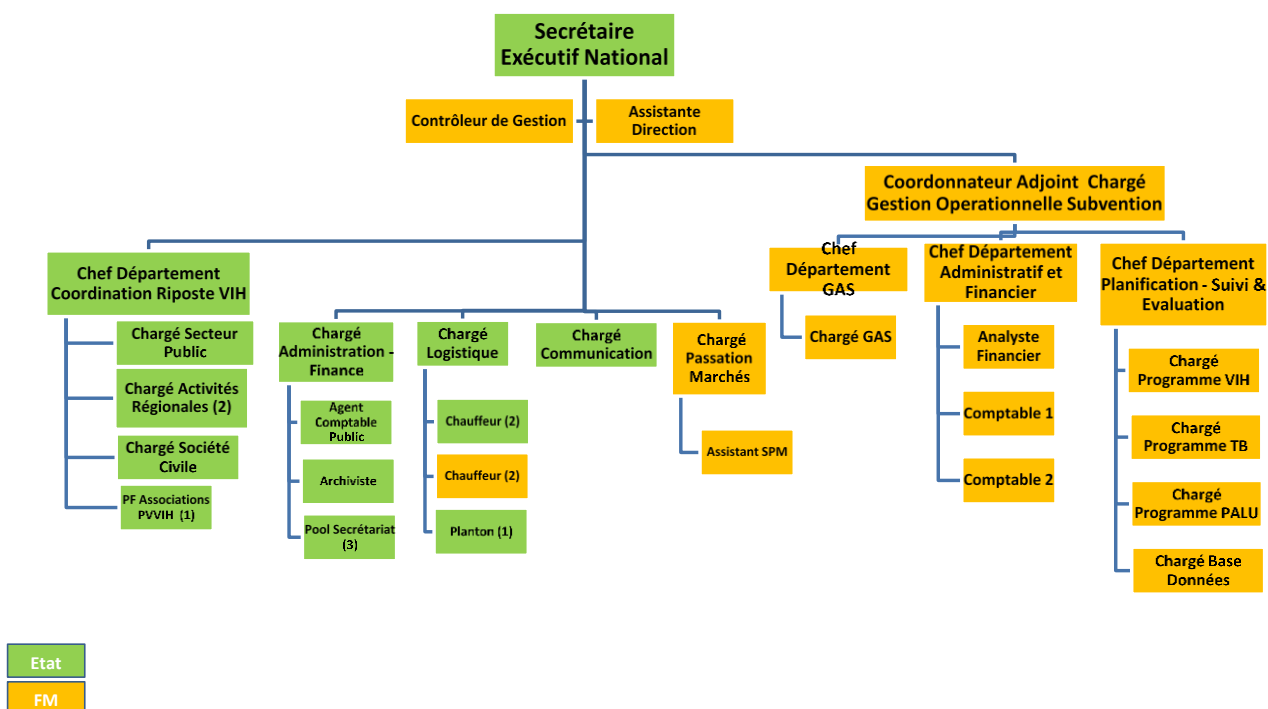
1. Fournir un cadre cohérent pour le suivi systématique des progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités du GC7 pour chacune des quatre composantes.
2. Mesurer l'atteinte des objectifs et des cibles fixés dans le cadre de performance du programme.
3. Assurer la collecte, l'analyse et l'utilisation de données de qualité pour informer la prise de décision et l'amélioration continue des interventions.
4. Renforcer la redevabilité envers le Fonds mondial, le gouvernement mauritanien et les autres parties prenantes en fournissant des informations précises et opportunes sur les résultats du programme.
5. Contribuer au renforcement des capacités nationales en matière de suivi et évaluation dans le secteur de la santé.

Ce plan de S&E se veut un outil dynamique et flexible, capable de s'adapter aux évolutions du contexte et aux besoins émergents tout au long de la mise en œuvre du GC7. Il s'aligne sur les stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que sur les directives du Fonds mondial en matière de suivi et évaluation.

La mise en œuvre effective de ce plan nécessitera l'engagement et la collaboration de tous les acteurs impliqués dans le GC7, y compris le SENLS, les sous-récepteurs, les partenaires techniques et les communautés bénéficiaires. Ce n'est qu'à travers cet effort collectif que nous pourrons garantir une utilisation optimale des ressources du Fonds mondial et maximiser l'impact de nos interventions sur la santé de la population mauritanienne.

## 2 Cadre institutionnel du suivi et évaluation

### 2.1 Structure organisationnelle du PR/SENLS



### Organigramme du PR/SENLS

Le Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida (SENLS), en tant que Principal Récepteur (PR) du GC7, joue un rôle central dans la mise en œuvre et le suivi-évaluation du programme. La structure organisationnelle du SENLS pour le S&E du GC7 se présente comme suit :

1. **La Coordination du GC7 :** supervisée par le Coordonnateur Adjoint Chargé de la gestion opérationnelle de la subvention GC7. Il est responsable de la gestion du programme et de la coordination avec le Fonds mondial.

2. **Département de Suivi et Évaluation** : dirigé par le Chef de Département de Planification et de S&E, ce département est chargé de la planification, de la mise en œuvre et de la supervision de toutes les activités de S&E liées au GC7.
3. **Équipes techniques par composante** : des équipes spécialisées pour le VIH/TB, le Paludisme et la Santé Communautaire, chacune dirigée par un Chargé de programme, qui travaillent en étroite collaboration avec le département S&E.
4. **Chargé de Base de Données au SENLS** : Il est responsable de la collecte, de la gestion, du stockage et de l'analyse des données pour l'ensemble des programmes. Le logiciel AMNIR sert à la gestion des dossiers médicaux des PVVIH.

## 2.2 Rôles et responsabilités des acteurs clés

1. **Coordinateur Adjoint du SENLS** :
  - Assure la supervision générale du programme GC7 ;
  - Valide les rapports de S&E avant leur soumission au Fonds mondial ;
  - Facilite la coordination avec les autorités nationales et les partenaires.
2. **Chef du Département S&E** :
  - Élabore et mets à jour le plan de S&E ;
  - Supervise toutes les activités de S&E ;
  - Assure la qualité des données et des rapports ;
  - Coordonne les évaluations et les revues du programme.
3. **Chargé de programme par composante** :
  - Supervise la mise en œuvre des activités spécifiques à leur composante ;
  - Contribuent à la collecte et à l'analyse des données de leur domaine ;
  - Participent à l'élaboration des rapports techniques.
4. **Chargé de Base de Données au SENLS** :
  - Gère le système d'information du programme ;
  - Appuie les CTA et UPEC dans la gestion du logiciel AMNIR ;
  - Assure la qualité et la sécurité des données ;
  - Produit des analyses et des visualisations de données.

## 2.3 Coordination avec les sous-récepteurs et partenaires

La coordination efficace avec les sous-récepteurs (SR) et les partenaires est la clé pour le succès du S&E du GC7. Les mécanismes suivants seront mis en place :

1. **Réunions de coordination trimestrielles** : Organisées par le SENLS pour tous les SR et partenaires clés afin de discuter des progrès, des défis et des ajustements nécessaires.
2. **Formations conjointes en S&E** : Des sessions de formation régulières pour renforcer les capacités en S&E de tous les acteurs impliqués dans le GC7.
3. **Visites de supervision intégrées** : Effectuées par les équipes du SENLS auprès des SR pour assurer la qualité de la mise en œuvre et de la collecte des données.
4. **Groupes de travail thématiques** : Des groupes spécifiques pour chaque composante (VIH, TB, Paludisme, Santé Communautaire et SRPS) se réunissant mensuellement pour discuter des aspects techniques du S&E.
5. **Mécanisme de feedback** : Un système structuré pour fournir un retour d'information régulier aux SR sur la qualité de leurs rapports et de leurs données.
6. **Collaboration avec les systèmes nationaux** : Alignement et intégration du S&E du GC7 avec le SNIS et les autres programmes de santé publique à travers le DHIS2.

Ce cadre institutionnel vise à assurer une gestion efficace et transparente du S&E du GC7, en favorisant la collaboration entre tous les acteurs impliqués et en garantissant la production de données de qualité pour informer la prise de décision et améliorer la performance du programme.

## 3 Cadre de performance

### 3.1 Objectifs et résultats attendus du GC7

Le GC7 en Mauritanie vise à renforcer la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, tout en améliorant les systèmes de santé. Les objectifs généraux pour chaque composante sont :

1. **VIH** : Réduire les nouvelles infections, améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et réduire la stigmatisation.
2. **Tuberculose** : Augmenter la détection des cas, améliorer les taux de guérison et réduire la tuberculose multirésistante.
3. **Paludisme** : Réduire l'incidence du paludisme, diminuer la mortalité liée au paludisme et renforcer la prévention.
4. **SRPS** : Renforcer les capacités du système de santé pour une meilleure prestation de services.

### 3.2 Indicateurs clés de performance

#### 3.2.1 Indicateurs VIH

1. Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes non infectées
2. Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral ;

3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique ;
4. Nombre de personnes issues des populations clés (professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ayant bénéficié de services de prévention du VIH.

### **3.2.2 Indicateurs Tuberculose**

1. Taux de notification des cas de tuberculose toutes formes confondues pour 100 000 habitants ;
2. Taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose ;
3. Pourcentage de cas de tuberculose multirésistante détectés parmi les cas présumés ;
4. Nombre de cas de tuberculose notifiés (toutes formes confondues) contribués par les prestataires de soins non affiliés au Programme National de Lutte contre la Tuberculose.

### **3.2.3 Indicateurs Paludisme**

1. Incidence parasitaire annuelle du paludisme pour 1 000 habitants ;
2. Taux de mortalité attribuable au paludisme pour 100 000 habitants ;
3. Pourcentage de la population à risque ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente ;
4. Proportion de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test de diagnostic.

### **3.2.4 Indicateurs SRPS**

1. Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu de rupture de stock des produits traceurs ;
2. Nombre de personnels de santé formés, avec l'appui du Fonds mondial ;
3. Taux de promptitude et de complétude des rapports du système d'information sanitaire ;
4. Pourcentage de dépenses de santé couvertes par des mécanismes de protection financière.

## **3.3 Cibles et jalons**

Pour chaque indicateur, des cibles annuelles et des jalons semestriels seront définis en consultation avec les parties prenantes nationales et en alignement avec les stratégies nationales de santé. Voici un exemple de tableau de cibles pour un indicateur de chaque composante :

Indicateur	Baseline (2023)	Cible 2025	Cible 2026	Cible 2027
Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral	60%	70%	80%	90%
Taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose	75%	80%	85%	90%
Incidence parasitaire annuelle du paludisme pour 1000 habitants	50	40	30	20
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu de rupture de stock des produits traceurs	70%	80%	85%	90%

Les cibles seront revues annuellement en fonction des progrès réalisés et des changements dans le contexte national. Des jalons semestriels seront également définis pour permettre un suivi plus rapproché des progrès.

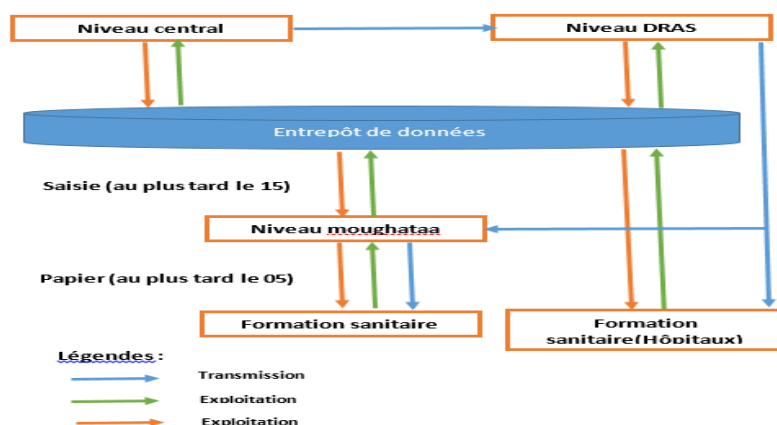
Le cadre de performance servira de base pour :

- Le suivi régulier des progrès du programme ;
- L'identification précoce des écarts de performance ;
- La prise de décisions basée sur les données pour l'amélioration continue du programme ;
- La communication des résultats aux parties prenantes, y compris le Fonds mondial.

Une révision annuelle du cadre de performance sera effectuée pour s'assurer de sa pertinence continue et de son alignement avec les priorités nationales et les objectifs du Fonds mondial.

## 4 Systèmes de collecte de données

Bien qu'il existe des systèmes parallèles, le circuit des données via le DHIS2 respecte le schéma ci-dessous :



#### 4.1 Sources de données

Le système de collecte de données du GC7 en Mauritanie s'appuiera sur diverses sources pour assurer une couverture complète et fiable des informations nécessaires au suivi et à l'évaluation du programme. Les principales sources de données incluent :

1. **Système National d'Information Sanitaire (SNIS)** : Fournis des données régulières sur les services de santé, y compris pour le VIH, la TB et le paludisme.
2. **Enquêtes nationales** : telles que l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), le MICS, SARA et l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIP).
3. **Systèmes de surveillance spécifiques aux maladies** :
  - Système de surveillance sentinelle du VIH ;
  - Système de surveillance de la tuberculose ;
  - Système de surveillance épidémiologique et entomologique du paludisme.
4. **Données programmatiques** : Collectées directement par les sous-récepteurs et partenaires de mise en œuvre du GC7.
5. **Études spéciales et recherches opérationnelles** : Menées pour répondre à des questions spécifiques ou combler des lacunes dans les données (IBBS 2024/2026, Coûts catastrophiques liés à la TB).
6. **Données communautaires** : Collectées par les organisations à base communautaire et les agents de santé communautaires (PNSCM, SOS/PE, STOP SIDA, AGD et AMAMI).
7. **Données de gestion des achats et des stocks** : Pour le suivi de la disponibilité des médicaments et des produits de santé (GAS SENLS en collaboration avec la CAMEC et la DPL).

#### 4.2 Outils de collecte

Pour assurer une collecte de données standardisée et de qualité, les outils suivants seront utilisés :

1. **Formulaires électroniques** : Développés sur des plateformes telles que DHIS2 pour la collecte de données sur tablettes ou smartphones.
2. **Registres électroniques des dossiers médicaux et activités destinés aux populations clés** : ils se trouvent dans les centres spécialisés (UPEC, CTA).
3. **Registres standardisés** : Pour la collecte de données au niveau des établissements de santé.
4. **Fiches de rapport mensuel** issues des registres : Pour la compilation des données au niveau des districts sanitaires.
5. **Outils de collecte communautaire** : Adaptés pour être utilisés par les agents de santé communautaires.
6. **Questionnaires d'enquête** : Pour les enquêtes nationales et les études spéciales.
7. **Systèmes de gestion logistique** : Pour le suivi des stocks et de la distribution des produits de santé.

8. **Plateforme de rapportage en ligne** : Pour la soumission des rapports par les sous-récepteurs.

### 4.3 Fréquence de collecte

La fréquence de collecte des données variera selon le type d'indicateur et la source de données :

- **Données de routine** : collectées mensuellement au niveau des établissements de santé.
- **Données programmatiques des SR** : rapportées trimestriellement.
- **Enquêtes nationales** : réalisées tous les 3 à 5 ans.
- **Études spéciales** : selon les besoins, généralement annuellement ou bisannuellement.
- **Données de surveillance** : collectées en continu avec des rapports hebdomadaires ou mensuels.
- **Données communautaires** : rapportées mensuellement.
- **Données de gestion des stocks** : Mises à jour quotidiennement, rapportées mensuellement.

### 4.4 Flux d'information

Le flux d'information suivra une approche pyramidale, assurant la remontée des données du niveau communautaire jusqu'au niveau national :

1. **Niveau communautaire** → Agents de santé communautaires (ASC) et Relais Communautaires (RC) collectent les données puis les transmettent aux Formations Sanitaires (FOSA).
2. **Niveau Formations sanitaires** → Compile les données de leurs services et des agents communautaires, les valide et les transmet au Moughtaa.
3. **Niveau Moughataa** → Agrège les données des établissements, effectue un premier niveau de validation et les transmet à la Wilaya.
4. **Niveau Wilaya** → Consolide les données des Moughataas, effectue une validation supplémentaire et les transmet au niveau central.
5. **Niveau central (PR/SENLS et programmes nationaux)** → Agrège les données de toutes les Wilayas, effectue une validation finale et produit les rapports nationaux en préparation de la revue des données.
6. **Sous-récepteurs** → soumettent leurs rapports directement au PR/SENLS en version électronique.
7. **PR/SENLS** → compile toutes les données (système de santé et SR), effectue une analyse globale et prépare les rapports pour le Fonds mondial et les autres parties prenantes.

Pour assurer l'efficacité de ce flux d'information :

- Des retours d'information réguliers seront fournis à chaque niveau pour améliorer la qualité des données.
- Des réunions de validation des données seront organisées trimestriellement à chaque niveau.
- Un système d'alerte sera mis en place pour signaler les retards dans la soumission des données ou les anomalies détectées.

Ce système de collecte de données vise à assurer une disponibilité en temps opportun de données fiables et de qualité pour le suivi et l'évaluation efficaces du GC7 en Mauritanie. Il sera régulièrement évalué et ajusté pour répondre aux besoins changeants du programme et aux évolutions du système de santé national.

## 5 Gestion des données

### 5.1 Stockage et sécurisation des données

La gestion efficace et sécurisée des données est cruciale pour le succès du GC7 en Mauritanie. Le système de stockage et de sécurisation des données comprendra les éléments suivants :

#### 1. Infrastructure informatique centralisée :

- Un serveur central sécurisé sera mis en place au niveau du PR/SENLS pour héberger toutes les données du GC7.
- Des serveurs de sauvegarde seront installés dans un lieu distinct pour assurer la continuité en cas de défaillance du serveur principal.

#### 2. Système de gestion de base de données :

- Utilisation d'un système de gestion de base de données robuste (DHIS2) pour stocker et organiser les données de manière efficace.
- Mise en place d'une structure de base de données normalisée pour faciliter l'intégration des données de différentes sources.

#### 3. Sécurité des données :

- Mise en œuvre d'un système d'authentification à deux facteurs pour l'accès aux données.
- Cryptage des données sensibles, en particulier les informations personnelles des patients.
- Mise en place de pare-feu et de systèmes de détection d'intrusion pour protéger contre les accès non autorisés.

#### 4. Politique de sauvegarde :

- Sauvegardes quotidiennes incrémentales et hebdomadaires complètes (DHIS2, AMNIR).
- Stockage des sauvegardes dans un lieu sécurisé hors site.
- Tests réguliers de restauration des données pour s'assurer de l'intégrité des sauvegardes.

## 5. Gestion des accès :

- Définition de différents niveaux d'accès aux données en fonction des rôles et responsabilités des utilisateurs.
- Mise en place d'un système de journalisation pour suivre tous les accès et modifications des données.

## 6. Plan de continuité des opérations :

- Élaboration d'un plan détaillé pour assurer la continuité de l'accès aux données en cas de panne ou de catastrophe.

### 5.2 Contrôle qualité des données

Pour garantir la fiabilité et la précision des données collectées, les mesures suivantes seront mises en place :

#### 1. Validation à la source :

- Intégration de contrôles, de cohérence et de plausibilité dans les outils de collecte électroniques.
- Formation du personnel de santé sur l'importance de la qualité des données et les techniques de vérification.

#### 2. Vérifications systématiques :

- Mise en place de routines automatisées pour détecter les anomalies, les valeurs aberrantes et les incohérences dans les données.
- Génération de rapports d'erreurs pour un suivi rapide et une correction des problèmes identifiés.

#### 3. Audits de qualité des données :

- Réalisation d'audits trimestriels de la qualité des données dans un échantillon d'établissements de santé et de sous-récepteurs.
- Comparaison des données rapportées avec les registres sources pour vérifier l'exactitude et la complétude.

#### 4. Triangulation des données :

- Croisement régulier des données provenant de différentes sources pour identifier et résoudre les incohérences.

#### 5. Réunions de validation des données :

- Organisation de réunions mensuelles au niveau district et trimestrielles au niveau régional pour examiner et valider les données avant leur transmission au niveau supérieur.

#### 6. Feedback et actions correctives :

- Mise en place d'un système de feedback régulier à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur la qualité des données.
- Élaboration et suivi de plans d'action pour corriger les problèmes de qualité des données identifiés.

### 5.3 Analyse des données

L'analyse des données est essentielle pour transformer les données brutes en informations utiles pour la prise de décision. Le processus d'analyse comprendra :

1. **Analyse de routine :**
  - Calcul mensuel et trimestriel des indicateurs clés de performance pour chaque composante du GC7.
  - Production de tableaux de bord et de rapports standardisés pour suivre les progrès par rapport aux cibles.
2. **Analyse approfondie :**
  - Réalisation d'analyses trimestrielles approfondies pour identifier les tendances, les goulots d'étranglement et les opportunités d'amélioration.
  - Utilisation de techniques statistiques avancées (par exemple, analyse de régression, analyse de séries temporelles) pour comprendre les facteurs influençant les performances du programme.
3. **Analyse spatiale :**
  - Utilisation de systèmes d'information géographique (SIG) pour visualiser et analyser la distribution géographique des indicateurs de santé et des interventions du GC7.
4. **Analyse d'équité :**
  - Désagrégation systématique des données par sexe, âge, statut socio-économique et zone géographique pour évaluer l'équité dans l'accès aux services et les résultats de santé.
5. **Analyse comparative :**
  - Comparaison des performances entre les différentes Wilayas, Moughataas et Formations Sanitaires pour identifier les meilleures pratiques et les zones nécessitant un soutien supplémentaire.
6. **Modélisation et projections :**
  - Utilisation de modèles mathématiques pour projeter l'impact à long terme des interventions du GC7 et informer la planification stratégique. Cela se fait dans le cadre du VIH avec le Spectrum 2024 et avec l'OMS pour les données de la TB.
7. **Intégration des données qualitatives :**
  - Incorporation des résultats des études qualitatives et du feedback des bénéficiaires pour contextualiser et enrichir l'interprétation des données quantitatives.
8. **Diffusion des résultats d'analyse :**
  - Production de rapports d'analyse trimestriels et annuels (Annuaire statistique).
  - Organisation de réunions de revue des données avec les parties prenantes pour discuter des résultats et définir les actions prioritaires.

Le PR/SENLS mettra en place une équipe d'analyse des données composée de statisticiens, d'épidémiologistes et d'experts en santé publique pour mener ces analyses.

## 6 Rapportage et utilisation de l'information

### 6.1 Types de rapports

Le système de rapportage du GC7 en Mauritanie produira divers types de rapports pour répondre aux besoins d'information des différentes parties prenantes :

#### 1. Rapports de routine :

- Rapports mensuels d'activités par composante (VIH, TB, Paludisme, Santé Communautaire, SRPS) ;
- Rapports trimestriels de performance des sous-réциpiendaires ;
- Tableaux de bord trimestriels des indicateurs clés de performance.

#### 2. Rapports de progrès pour le Fonds Mondial :

- Rapport de mise à jour des progrès (PU) ;
- Demande de décaissement (DD) ;
- Rapport annuel sur les résultats actuels/demande de décaissement (RA/DD).

#### 3. Rapports d'analyse thématique :

- Rapports trimestriels d'analyse des goulots d'étranglement par composante ;
- Rapports semestriels sur l'équité dans l'accès aux services ;
- Rapports annuels d'analyse coût-efficacité des interventions.

#### 4. Rapports communautaires :

- Bulletins trimestriels d'information pour les communautés bénéficiaires.

### 6.2 Fréquence de rapportage

La fréquence de rapportage variera selon le type de rapport et les exigences des parties prenantes :

- **Mensuel** : Rapports de routine sur les activités et les indicateurs de base ;
- **Trimestriel** : Rapports de performance, tableaux de bord, rapports d'analyse thématique ;
- **Semestriel** : Rapports PU/DD pour le Fonds Mondial, rapports sur l'équité ;
- **Annuel** : Rapport RA/DD pour le Fonds Mondial, rapport d'analyse coût-efficacité, rapport pour les autorités nationales ;
- **Ponctuel** : Rapports d'évaluations, d'études spéciales et de recherches opérationnelles.



- Utilisation des médias sociaux et des médias traditionnels pour partager les succès et les défis du programme.

#### **6. Feedback communautaire :**

- Organisation de sessions de restitution dans les communautés bénéficiaires et lors des réunions trimestrielles.
- Utilisation de radios communautaires pour diffuser les résultats locaux, surtout lors des campagnes CDM et CPS.

### **6.4 Utilisation des données pour la prise de décision**

L'objectif ultime du système de S&E est d'informer la prise de décision à tous les niveaux. Les stratégies suivantes seront mises en place pour promouvoir l'utilisation des données :

#### **1. Revues programmatiques basées sur les données :**

- Organisation de revues trimestrielles par composante pour analyser les performances et ajuster les stratégies ;
- Utilisation systématique des données dans la planification annuelle des activités.

#### **2. Tableaux de bord de gestion :**

- Développement de tableaux de bord adaptés pour chaque niveau de gestion (national, Wilayas, Moughataas) ;
- Formation des gestionnaires à l'interprétation et à l'utilisation des tableaux de bord.

#### **3. Ateliers de résolution de problèmes :**

- Organisation d'ateliers trimestriels pour identifier les goulots d'étranglement et définir des solutions basées sur les données par exemple la lettre d'engagement des DRS et le schéma des remontées et de validation des données par niveau.

#### **4. Système d'alerte précoce :**

- Mise en place d'un système d'alerte basé sur les données pour identifier rapidement les problèmes de mise en œuvre ou les épidémies.

#### **5. Apprentissage et adaptation :**

- Documentation systématique des leçons apprises et des meilleures pratiques basées sur l'analyse des données ;
- Organisation de sessions d'apprentissage pour partager les expériences entre les équipes et les Wilayas.

#### **6. Intégration dans les processus décisionnels nationaux :**

- Présentation régulière des données du GC7 dans les réunions de la DGSP/DLMT.
- Utilisation des résultats du GC7 pour informer les révisions des stratégies nationales de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme.

En mettant en œuvre ces stratégies, le SENLS vise à créer un environnement où les données du S&E sont systématiquement utilisées pour améliorer l'efficacité et l'impact du GC7, contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs de santé nationaux et des cibles du Fonds Mondial.

## **7 Évaluations et revues**

Les évaluations et revues sont des composantes essentielles du plan de suivi et évaluation (S&E) du GC7. Elles permettent de mesurer l'efficacité des interventions, d'identifier les domaines nécessitant des améliorations et de garantir que les objectifs du programme sont atteints. Cette section détaille les types d'évaluations prévues, leur fréquence, ainsi que les processus de revue programmatiques.

### **7.1 Évaluations internes lors des supervisions**

Les évaluations internes sont conduites par les équipes de S&E du programme pour assurer un suivi continu des activités et des résultats. Elles incluent des revues trimestrielles et annuelles des indicateurs de performance, des visites de terrain pour vérifier la qualité des données et des audits internes pour évaluer la conformité aux procédures établies.

### **7.2 Évaluations externes**

Les évaluations externes sont réalisées par des consultants indépendants ou des organismes externes pour fournir une perspective objective sur la performance du programme. Ces évaluations sont généralement conduites à mi-parcours et à la fin du cycle de financement du GC7. Elles visent à évaluer l'impact des interventions, la pertinence des stratégies mises en œuvre et l'efficacité des ressources utilisées.

### **7.3 Revues programmatiques**

Les revues programmatiques sont des réunions régulières impliquant les principaux acteurs du programme, y compris les sous-réциpiendaires et les partenaires. Ces revues permettent de discuter des progrès réalisés, de partager les leçons apprises et de prendre des décisions informées pour ajuster les stratégies et les activités. Elles sont organisées semestriellement et incluent des présentations des résultats, des discussions sur les défis rencontrés et des recommandations pour les actions futures.

Au total, les évaluations et revues constituent un mécanisme clé pour assurer la transparence, la responsabilité et l'amélioration continue du programme GC7 en Mauritanie. Elles permettent de garantir que les interventions sont efficaces et alignées sur les objectifs de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

## **8 Renforcement des capacités en suivi et évaluation**

Le renforcement des capacités en suivi et évaluation (S&E) est crucial pour assurer la durabilité et l'efficacité des interventions du GC7. Cette section décrit les stratégies et les activités prévues pour développer les compétences des acteurs impliqués dans le S&E, afin de garantir une mise en œuvre efficace et une amélioration continue des programmes.

### **8.1 Plan de formation**

Un plan de formation détaillé sera élaboré pour répondre aux besoins identifiés. Ce plan inclura des sessions de formation sur les méthodologies de S&E, l'utilisation des outils de collecte de données, l'analyse des données et la rédaction de rapports. Les formations seront dispensées par des experts en S&E et seront adaptées aux différents niveaux de compétence des

participants, allant des formations de base pour les nouveaux employés aux formations avancées pour les cadres supérieurs.

## **8.2 Assistance technique**

En complément des formations, une assistance technique continue sera fournie aux équipes de S&E. Cette assistance pourra inclure des sessions de mentorat, des ateliers pratiques, et des visites de terrain pour offrir un soutien direct et personnalisé. Des partenariats avec des institutions locales et internationales seront également établis pour renforcer les capacités techniques et offrir des opportunités d'apprentissage continu.

Le renforcement des capacités en S&E est un élément clé pour assurer la qualité et l'efficacité des interventions du GC7 en Mauritanie. En investissant dans le développement des compétences des acteurs impliqués, le programme vise à créer une culture de S&E robuste et durable, capable de répondre aux défis actuels et futurs dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

## **9 Budget et ressources**

La gestion efficace du budget et des ressources est essentielle pour la mise en œuvre réussie du plan de suivi et évaluation (S&E) du GC7 en Mauritanie. Cette section détaille les allocations budgétaires, les ressources humaines et matérielles nécessaires pour soutenir les activités de S&E.

### **9.1 Budget alloué au suivi et évaluation**

Le budget alloué au S&E sera détaillé dans un plan financier spécifique, couvrant toutes les activités prévues dans le cadre du plan de S&E. Cela inclut les coûts associés aux formations, aux évaluations internes et externes, à l'achat d'outils de collecte de données, et aux activités de rapportage et de diffusion des résultats. Une allocation budgétaire adéquate est cruciale pour garantir que toutes les activités de S&E peuvent être menées de manière efficace et sans interruption.

### **9.2 Ressources humaines**

Les ressources humaines dédiées au S&E comprennent les équipes de S&E au niveau national et régional, ainsi que les agents de terrain responsables de la collecte des données. Il est essentiel de disposer de personnel qualifié et formé pour mener à bien les activités de S&E. Le plan de renforcement des capacités décrit dans la section VIII vise à assurer que tout le personnel impliqué possède les compétences nécessaires pour exécuter leurs tâches de manière efficace.

### **9.3 Ressources matérielles**

Les ressources matérielles nécessaires pour le S&E incluent les équipements informatiques, les logiciels de gestion de données, les outils de collecte de données (comme les tablettes et les smartphones), et les infrastructures de stockage des données. Il est également important de prévoir des ressources pour la maintenance et la mise à jour régulière de ces équipements afin de garantir leur bon fonctionnement tout au long du cycle de financement.

En conclusion, une gestion rigoureuse du budget et des ressources est indispensable pour la réussite du plan de S&E du GC7 en Mauritanie. En assurant une allocation budgétaire adéquate

et en investissant dans les ressources humaines et matérielles, le programme peut garantir la qualité et l'efficacité de ses activités de suivi et évaluation, contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

## 10 Plan de mise en œuvre

Le plan de mise en œuvre du suivi et évaluation (S&E) du GC7 en Mauritanie est conçu pour garantir que toutes les activités prévues sont exécutées de manière efficace et en temps opportun. Cette section décrit le chronogramme des activités de S&E et les responsabilités pour leur mise en œuvre.

### 10.1 Chronogramme des activités de S&E

Un chronogramme détaillé sera élaboré pour planifier les différentes activités de S&E tout au long du cycle de financement du GC7. Ce chronogramme inclura les dates clés pour les évaluations internes et externes, les sessions de formation, les visites de terrain, et les périodes de collecte et d'analyse des données. Le respect de ce chronogramme est essentiel pour assurer une surveillance continue et une évaluation régulière des progrès du programme.

### 10.2 Responsabilités pour la mise en œuvre

La mise en œuvre des activités de S&E repose sur une répartition claire des responsabilités parmi les différents acteurs impliqués. Les rôles et responsabilités spécifiques seront définis pour chaque niveau de l'organisation, y compris :

- **Chef du Département du PR/SENLS** : Responsable de la supervision globale des activités de S&E, de la coordination avec les partenaires et de la garantie de la conformité aux normes et procédures établies.
- **Équipes régionales de S&E des Wilayas** : Chargées de la mise en œuvre des activités de S&E au niveau des Wilayas, y compris la collecte de données, les visites de terrain, l'analyse et la remontée des données.
- **Agents responsables de la mise en œuvre opérationnelle des activités** : Responsables de la collecte des données sur le terrain, de la vérification de la qualité des données et de la transmission des informations aux équipes Moughataas/Wilayas.
- **Partenaires et sous-récepteurs** : Collaborent avec les équipes de S&E pour assurer la mise en œuvre des activités de S&E, fournir des données et participer aux évaluations et revues programmatiques.

Le plan de mise en œuvre du S&E du GC7 en Mauritanie est structuré pour garantir une exécution efficace et coordonnée des activités. En définissant clairement les responsabilités et en établissant un chronogramme précis, le programme peut assurer une surveillance continue et une évaluation régulière, contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

## 11 Annexes

<b>11.1 PERIODES ET FREQUENCE DU RAPPORTAGE PROGRAMMATIQUE .....</b>	<b>24</b>
<b>11.2 BUTS ET OBJECTIFS DU GC7 MRT.....</b>	<b>25</b>
<b>11.3 INDICATEURS D'IMPACT DU GC7 MRT.....</b>	<b>26</b>
<b>11.4 INDICATEURS DE RESULTATS DU GC7 MRT .....</b>	<b>28</b>
<b>11.5 INDICATEURS DE COUVERTURE DU GC7 MRT .....</b>	<b>30</b>
<b>11.6 BUDGET DES ACTIVITES DE SUIVI ET EVALUATION 2025, 2026 ET 2027 .....</b>	<b>49</b>

## 11.1 Périodes et fréquence du rapportage programmatique

<b>Pays / Candidat</b>	Mauritania
<b>Nom de la subvention / Nom de la demande de financement</b>	MRT-Z-SENL5
<b>Date de début du programme</b>	01-janv-25
<b>Date de fin du programme</b>	31-déc-27
<b>Fréquence du rapportage programmatique</b>	12
<b>Date de début de la période d'utilisation des allocations</b>	01-janv-25
<b>Date de fin de la période d'utilisation des allocations</b>	31-déc-27

<b>Navigation de page</b>	<a href="#">Réceptendaires principaux</a>	<a href="#">Périodes de rapportage</a>	<a href="#">Buis</a>	<a href="#">Instructions</a>
	<a href="#">Objectifs</a>	<a href="#">Modules</a>	<a href="#">Interventions</a>	

<b>Composante</b>
HIV/AIDS
Tuberculosis
Malaria

<b>Numéro du Réceptendaire Principal</b>	<b>Réceptendaire Principal</b>	
	National Executive Secretariat for fight against Aids of the Islamic Republic of Mauritania	

Périodes de rapportage			
Date de début de la période	Date de fin de la période	Date d'échéance du PUDR	Date de Remise du Rapport
01-janv-25	31-déc-25	Oui	1-Mar-26
01-janv-26	31-déc-26	Oui	1-Mar-27
01-janv-27	31-déc-27	Non	29-Feb-28

## 11.2 Buts et Objectifs du GC7 MRT

### B. Program Goal, impact and outcome indicators

<b>Buts:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VIH : Mettre en place une base solide à l'atteinte des 95-95-95 en 2027 et à l'élimination de l'épidémie en 2030.</li> <li>- TB : Réduire sensiblement le fardeau de la tuberculose en Mauritanie d'ici 2027 dans le sens des objectifs du développement durable (ODD) et de ceux fixés par la nouvelle stratégie End TB de l'OMS.</li> <li>- PALUDISME : Contribuer à l'atteinte de l'objectif d'élimination du paludisme d'ici 2030.</li> <li>- SRPS : Améliorer durablement l'état de santé des populations par l'approche de santé primaire qui fournit un accès équitable à des services promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité auxquels participent de manière responsable tous les secteurs et acteurs, en particulier les usagers et les communautés habilitées</li> </ul>
1	VIH : Réduire l'incidence du VIH d'au moins 75% d'ici 2027 ; HIV : Reduce HIV incidence by at least 75% by 2027 ;
2	VIH : Réduire la mortalité liée au VIH d'au moins 75% d'ici 2027 ; / HIV : Reduce HIV-related mortality by at least 75% by 2027 ;
3	VIH : Réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 5% d'ici 2027
4	TB : Détecter 7.822 cas de tuberculose de 2025 à 2027
5	TB : Traiter avec succès au moins 88% des nouveaux épisodes de tuberculose d'ici 2027
6	TB : Diagnostiquer 148 cas de TBMR de 2025 à 2027 et traiter 100 % des malades
7	TB : Assurer le dépistage de l'infection VIH chez 100% des malades tuberculeux notifiés et la mise sous ARV- cotrimoxazole de 100% des patients co-infectés tuberculose/VIH
8	PALUDISME : Réduire l'incidence du paludisme à moins de 15 cas pour 1000 habitants et atteindre zéro décès dus au paludisme dans les wilayas à faible transmission
9	PALUDISME : Renforcer les capacités gestionnaires de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux, y compris communautaires
10	SRPS : Accélérer de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile
11	SRPS : Renforcer de la lutte contre la maladie

### 11.3 Indicateurs d'impact du GC7 MRT

Indicateurs d'impact								
Date de remise du rapport : 01/03/2026, 01/03/2027 et 29/02/2028								
Indicateur standard	Référence #N Référence #D	Référence %	Référence Année	Référence Source	Cible N# Cible D#	Cible N# Cible D#	Cible N# Cible D#	Commentaires
<b>HIV I-6</b> Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes vivant avec le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois		28,00%	2023	<a href="https://aidsinfo.unaids.org/">https://aidsinfo.unaids.org/</a>	12 /121	10/136	7/150	<p>Le suivi actuel du statut des enfants nés de mères séropositives n'est pas systématique. Par conséquent, le pays ne dispose pas de données suffisantes pour apprécier cet indicateur. Cependant, vu la faible prévalence du VIH dans la population générale et la concentration du VIH chez les populations clés, la Mauritanie présente un profil très propice à l'élimination de cette transmission verticale. En effet, l'estimation de l'ONUSIDA crédite la Mauritanie de moins de 300 FE séropositives. L'actuelle stratégie d'opérationnalisation de la PTME prend en compte l'intensification et l'accélération des interventions :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) un pool de sage-femmes et autres prestataires déjà formés sur la PTME dans chacune des 15 wilayas du pays.</li> <li>2) disponibilité des intrants PTME (Test VIH et ARV) avec une ligne budgétaire inscrite au MS ;</li> <li>3) révision des outils PTME et leur paramétrage en cours dans le DHIS2; 4) Reproduction desdits outils est prévue dans la présente subvention.</li> <li>5) Existence d'un comité technique de pilotage de la PTME sous l'égide de la DGSP, présidé par le DLMT ;</li> <li>6) Repositionnement du PNSR au cœur de la Mise en œuvre de la PTME ;</li> <li>7) Existence d'une assistance technique continue résidentielle et perleée à travers les Experts de l'initiative/EF;</li> <li>8) Les opportunités du GC7 (grande implication des communautaires à travers les RHS, le renforcement du système communautaire, la participation des OSC, la désignation de mères-mentors issues de la communauté et des marraines issues des sage-femmes ayant dépisté des FE séropositives, l'opportunité d'intégration d'autres tests).</li> <li>9) la revue des données PTME dans toutes les Wilayas pour leur restitution et leur validation. Ces interventions permettront d'assurer un traçage des FE séropositives, leurs mises sous TARV, le Diagnostic précoce du nouveau-né et la documentation du statut final des enfants nés de mères séropositives. À la vue de tout ce qui précède, il est fort envisageable d'arriver à une élimination de la TME en Mauritanie d'ici 2027.</li> </ol>

<p><b>TB I-2</b> Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants</p>	74		2023	Rapport global TB OMS	68	65	63	<p>La cible de l'incidence est en alignement avec les cibles du PSN. On estime une régression de l'incidence d'environ 3% chaque année. Ainsi, les estimations de l'OMS pour les années 2025-2027 ne sont pas connues. La fourchette pour 2022 est très large : 47 - 116. Selon les publications de l'OMS, le taux d'incidence diminuant d'environ 3% chaque année, c'est sur cette base que l'on a donné les cibles pour 2025 à 2027.</p> <p>Hypothèses : Les données de base ont été prises dans le rapport 2023 de l'OMS sur la tuberculose. Les rapports annuels sont publiés à la fin du mois d'octobre de chaque année. Les enquêtes TB n'ont pas été planifiées et notre seule source de données pour cet indicateur sera le résultat du rapport de l'OMS. Les estimations OMS de l'incidence de la tuberculose pour la Mauritanie sont censées diminuer avec la même tendance depuis environ 5 ans, c'est-à-dire pour chaque année au moins de 3 cas pour 100 000 habitants jusqu'à atteindre 63 pour 100 000 habitants en 2027.</p> <p>Cette tendance à la baisse des estimations de l'incidence sera maintenue en raison de l'impact des interventions du PNLTL. Certaines de ces interventions sont : Recherche active des cas de tuberculose dans les Formations Sanitaires (CDT et non CDT) ; mise à l'échelle du diagnostic moléculaire en renforçant le système de transport intégré des échantillons prévu dans GC7.</p>
<p><b>Malaria I-2.1</b> Cas confirmés de paludisme (par microscopie ou TDR) : taux pour 1 000 personnes par an</p>	7		2023	Rapport SNIS/DHIS 2	10	7	5	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés par microscopie ou tests de diagnostic rapide x 1 000</p> <p>Dénominateur : Population à risque (nombre de personnes vivant dans des zones de transmission du paludisme). Cet indicateur permet d'évaluer la charge de morbidité du paludisme et surveiller les progrès vers l'élimination de la maladie. Il permet de quantifier le nombre de cas de paludisme confirmés sur une base annuelle par rapport à la population à risque, ce qui fournit des informations essentielles sur la transmission de la maladie et l'efficacité des interventions de contrôle du paludisme. Pour ce faire, les cas de fièvres qui se présenteront tant dans les établissements de santé que dans la communauté doivent être soumis à un test parasitologique (microscopie ou TDR) pour confirmer le diagnostic.</p> <p>Le nombre de cas de paludisme confirmés en 2023 était de 31 424 en Mauritanie. Le nombre de cas confirmés de paludisme attendu sont de 45 262 cas en 2025, de 34 619 en 2026 et de 23 537 cas en 2027. Le nombre de cas suspects de paludisme est calculé à partir du nombre d'épisodes de fièvre estimé sur lequel est appliqué le taux de recherche de soins (27%, EDS 2019-2021).</p> <p>Les données seront extraites du DHIS2 et le PNLP sera responsable du calcul de l'indicateur. La population de Mauritanie est estimée selon le CIDD avec un taux de croissance appliqué par Wilaya. Cette population est susceptible de modification dès la publication des résultats du dernier recensement du RGPH 2023. En 2025, 2026 et 2027, la population sera respectivement de 4 690 987, 4 803 227, 4 918 539 pour la Mauritanie.</p>

## 11.4 Indicateurs de résultats du GC7 MRT

Indicateurs d'impact								
Date de remise du rapport : 01/03/2026, 01/03/2027 et 29/02/2028								
Indicateur standard	Référence #N Référence #D	Référence %	Référence Année	Référence Source	Cible N# Cible D#	Cible N# Cible D#	Cible N# Cible D#	Commentaires
<b>HIV I-6</b> Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes vivant avec le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois		28,00%	2023	<a href="https://aidsinfo.unaids.org/">https://aidsinfo.unaids.org/</a>	12 /121	10/136	7/150	<p>Le suivi actuel du statut des enfants nés de mères séropositives n'est pas systématique. Par conséquent, le pays ne dispose pas de données suffisantes pour apprécier cet indicateur. Cependant, vu la faible prévalence du VIH dans la population générale et la concentration du VIH chez les populations clés, la Mauritanie présente un profil très propice à l'élimination de cette transmission verticale. En effet, l'estimation de l'ONUSIDA crédite la Mauritanie de moins de 300 FE séropositives. L'actuelle stratégie d'opérationnalisation de la PTME prend en compte l'intensification et l'accélération des interventions :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) un pool de sage-femmes et autres prestataires déjà formés sur la PTME dans chacune des 15 wilayas du pays.</li> <li>2) disponibilité des intrants PTME (Test VIH et ARV) avec une ligne budgétaire inscrite au MS ;</li> <li>3) révision des outils PTME et leur paramétrage en cours dans le DHIS2; 4) Reproduction desdits outils est prévue dans la présente subvention.</li> <li>5) Existence d'un comité technique de pilotage de la PTME sous l'égide de la DGSP, présidé par le DLMT ;</li> <li>6) Repositionnement du PNSR au cœur de la Mise en œuvre de la PTME ;</li> <li>7) Existence d'une assistance technique continue résidentielle et perleée à travers les Experts de l'initiative/EF;</li> <li>8) Les opportunités du GC7 (grande implication des communautaires à travers les RHS, le renforcement du système communautaire, la participation des OSC, la désignation de mères-mentors issues de la communauté et des marraines issues des sage-femmes ayant dépisté des FE séropositives, l'opportunité d'intégration d'autres tests).</li> <li>9) la revue des données PTME dans toutes les Wilayas pour leur restitution et leur validation. Ces interventions permettront d'assurer un traçage des FE séropositives, leurs mises sous TARV, le Diagnostic précoce du nouveau-né et la documentation du statut final des enfants nés de mères séropositives. À la vue de tout ce qui précède, il est fort envisageable d'arriver à une élimination de la TME en Mauritanie d'ici 2027.</li> </ol>

TB I-2 Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants	74		2023	Rapport global TB OMS	68	65	63	<p>La cible de l'incidence est en alignement avec les cibles du PSN. On estime une régression de l'incidence d'environ 3% chaque année. Ainsi, les estimations de l'OMS pour les années 2025-2027 ne sont pas connues. La fourchette pour 2022 est très large : 47 - 116. Selon les publications de l'OMS, le taux d'incidence diminuant d'environ 3% chaque année, c'est sur cette base que l'on a donné les cibles pour 2025 à 2027. Hypothèses : Les données de base ont été prises dans le rapport 2023 de l'OMS sur la tuberculose. Les rapports annuels sont publiés à la fin du mois d'octobre de chaque année. Les enquêtes TB n'ont pas été planifiées et notre seule source de données pour cet indicateur sera le résultat du rapport de l'OMS. Les estimations OMS de l'incidence de la tuberculose pour la Mauritanie sont censées diminuer avec la même tendance depuis environ 5 ans, c'est-à-dire pour chaque année au moins de 3 cas pour 100 000 habitants jusqu'à atteindre 63 pour 100 000 habitants en 2027. Cette tendance à la baisse des estimations de l'incidence sera maintenue en raison de l'impact des interventions du PNLTL. Certaines de ces interventions sont : Recherche active des cas de tuberculose dans les Formations Sanitaires (CDT et non CDT) ; mise à l'échelle du diagnostic moléculaire en renforçant le système de transport intégré des échantillons prévu dans GC7.</p>
<b>Malaria I-2.1</b> Cas confirmés de paludisme (par microscopie ou TDR) : taux pour 1 000 personnes par an	7		2023	Rapport SNIS/DHIS2	10	7	5	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés par microscopie ou tests de diagnostic rapide x 1 000  Dénominateur : Population à risque (nombre de personnes vivant dans des zones de transmission du paludisme)  Cet indicateur permet d'évaluer la charge de morbidité du paludisme et surveiller les progrès vers l'élimination de la maladie. Il permet de quantifier le nombre de cas de paludisme confirmés sur une base annuelle par rapport à la population à risque, ce qui fournit des informations essentielles sur la transmission de la maladie et l'efficacité des interventions de contrôle du paludisme. Pour ce faire, les cas de fièvres qui se présenteront tant dans les établissements de santé que dans la communauté doivent être soumis à un test parasitologique (microscopie ou TDR) pour confirmer le diagnostic.  Le nombre de cas de paludisme confirmés en 2023 était de 31 424 en Mauritanie. Le nombre de cas confirmés de paludisme attendu sont de 45 262 cas en 2025, de 34 619 en 2026 et de 23 537 cas en 2027. Le nombre de cas suspects de paludisme est calculé à partir du nombre d'épisodes de fièvre estimé sur lequel est appliqué le taux de recherche de soins (27%, EDS 2019-2021).  Les données seront extraites du DHIS2 et le PNLP sera responsable du calcul de l'indicateur.  La population de Mauritanie est estimée selon le CIDD avec un taux de croissance appliqué par Wilaya. Cette population est susceptible de modification dès la publication des résultats du dernier recensement du RGPH 2023. En 2025, 2026 et 2027, la population sera respectivement de 4 690 987, 4 803 227, 4 918 539 pour la Mauritanie.</p>

## 11.5 Indicateurs de couverture du GC7 MRT

Indicateurs de couvertures								
Date de remise du rapport : 01/03/2026, 01/03/2027 et 29/02/2028								
Indicateur standard	Référence #N Référence #D	Référence %	Référence Année	Référence Source	Cible N# Cible D#	Cible N# Cible D#	Cible N# Cible D#	Commentaires
<b>KP-1a</b> Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant eu accès aux programmes de prévention du VIH - paquet de services définis	408	5,36%	2023	Base de données ONG SOS PE pour les activités de 2023	1 100	1 500	1 950	<p>Les activités de sensibilisation et de dépistage visant les populations clés n'ont démarré qu'au mois de décembre 2023. Une seule ONG à travers son propre financement a mis en place un dispositif intermittent d'intervention en faveur de 408 HSH qui ont bénéficié de paquet de services en 2023. En effet, les actions récentes de renforcement des activités communautaires (contractualisation au T8 de NFM3, projet "Passerelles", projet "Impact EF/SOS-PE" projet) permettront un passage à l'échelle pour atteindre le maximum de HSH avec un fort taux de couverture pour découvrir le maximum de PVVIH parmi cette cible.</p> <p>Les cibles sont alignées avec le PSN 2022-2027.</p> <p>Le paquet de prévention est détaillé dans le PSN et le Référentiel national d'activité de prévention HSH et PS. Il comprend essentiellement la Prévention de proximité CCC, Promotion de l'utilisation et Distribution des préservatifs et gels lubrifiants, Diagnostic et traitement des IST, Conseil Dépistage du VIH, Prise en charge psychologique et sociale (y compris appui juridique), Prévention de la transmission mère- enfant du VIH, Prise en charge de l'infection à VIH (prévention et traitement des IO, ARV). Rapportage des données : Le numérateur sera tiré des rapports des organisations partenaires de la société civile en particulier SOS Pair éducateurs.</p> <p>Le numérateur est le nombre de HSH ayant bénéficié de programmes préventifs (un paquet de services définis) et le dénominateur est l'estimation de la taille des HSH selon l'enquête IBBS 2019. Partant de la performance de NFM3, le programme entend toucher 25,6% des HSH sur les 3 années de la subvention.</p> <p>Pour le dénominateur, il s'agit d'une moyenne pondérée des estimations corrigées. Les données considérées de 7 617 HSH proviennent de plusieurs sources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données de l'étude IBBS réalisée à Nouakchott, Nouadhibou et Rosso sur les PS et les HSH en 2019 (10 490 HSH).</li> <li>• Les données issues du rapport de la Cartographie des points chauds réalisée, 2020 (1 687 HSH) ;</li> <li>• Les données régionales en termes d'estimation de taille de population des HSH (1% de la population masculine âgée de 15-59 ans) issue du document « Policy Brief OMS, 2019 » (10 675 HSH).</li> </ul> <p>Cette note technique de triangulation des données d'estimation de taille des populations clés en Mauritanie a été adoptée lors de l'élaboration du PSN</p>
	7 617				7 617	7 617		

								VIH 2022-2027. Une nouvelle Enquête IBBS_2024 est en cours et sera finalisée d'ici fin décembre. Les résultats obtenus pourront servir de base de réajustement des dénominateurs des cibles pop clés à atteindre.
<b>KP-1c</b> Pourcentage de travailleurs et travailleuses du sexe ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH - paquet de services définis	126				500	700	1 300	Les activités de sensibilisation et de dépistage visant les populations clés n'ont démarré qu'au mois de décembre 2023. Une seule ONG à travers son propre financement a mis en place un dispositif intermittent d'intervention en faveur de 126 PS qui ont bénéficié de paquet de services en 2023. En effet, les actions récentes de renforcement des activités communautaires (contractualisation pendant la dernière année de NFM3, projet Passerelles, projet EF/SOS-PE projet) permettront un passage à l'échelle pour atteindre le maximum de PS avec un fort taux de couverture pour découvrir le maximum de PVVIH parmi cette cible... Les cibles sont alignées avec le PSN 2022-2027. Le paquet de prévention est détaillé dans le PSN et le Référentiel national d'activité de prévention PS. Il comprend essentiellement la Prévention de proximité CCC, Promotion de l'utilisation et Distribution des préservatifs et gels lubrifiants, Diagnostic et traitement des IST, Conseil Dépistage du VIH, Prise en charge psychologique et sociale (y compris appui juridique), Prévention de la transmission mère- enfant du VIH, Prise en charge de l'infection à VIH (prévention et traitement des IO, ARV) (un paquet de services définis). Le dénominateur est l'estimation de la taille des PS selon l'enquête IBBS 2019. Pour le dénominateur, il s'agit d'une moyenne pondérée des estimations corrigées. Les données considérées proviennent de plusieurs sources : • Les données de l'étude IBBS réalisée à Nouakchott, Nouadhibou et Rosso sur les PS en 2019 (9 025 PS); • Les données issues du rapport de la Cartographie des points chauds réalisée, 2020 (2 241 PS) ; • Les données régionales en termes d'estimation de taille de population des PS, issues du document « Policy Brief OMS, 2019 » (14 167 PS). Aujourd'hui les données retenues sont 8 477 PS en Mauritanie. Cette note technique de triangulation des données d'estimation de taille des populations clés en Mauritanie de 8 477 a été adoptée lors de l'élaboration du PSN VIH 2022-2027. Partant de la performance de NFM3, le programme entend toucher 15,34% des PS sur les 3 années de la subvention c'est-à-dire 2025, 2026 et 2027. Une nouvelle Enquête IBBS_2024 est en cours et sera finalisée d'ici fin décembre. Les résultats obtenus pourront servir de base de réajustement des dénominateurs des cibles pop clés à atteindre.
	8 477	1,49%	2023	Base de données ONG SOS PE pour les activités de 2023	8 477	8 477	8 477	

HTS-3a Pourcentage de HSH ayant été dépistés pour le VIH au cours de la période de rapportage dans des programmes destinés spécifiquement aux populations clés et qui connaissent leur résultat	355	4,66%	2023	Base de données ONG SOS PE pour les activités de 2023	880	1 200	1 560	<p>Les activités de la Subvention ciblant cette cible n'ont commencé qu'en 2024. Les données de base sont celles réalisées par SOS PE sans contrat de prestation de service, au cours du NFM3 l'activité a commencé avec du retard. Au total 355 HSH ont été dépistés parmi les 408 ayant bénéficié du paquet d'activité en 2023. Ce résultat est la mise en œuvre d'activités de routine d'une seule OSC hors financement de la Subvention en 2023 qui a permis d'atteindre 5% de l'ensemble des HSH estimés. Cependant, les actions récentes de renforcement des activités communautaires (contractualisation pendant la dernière année de NFM3, projet Passerelles, projet EF/SOS-PE projet) permettront un passage à l'échelle pour atteindre le maximum de HSH avec un fort taux de couverture pour découvrir le maximum de PVVIH parmi cette cible... Ainsi, dans le GC7, le programme va atteindre 20,48% des HSH estimés qui connaîtront leur statut VIH (dépistés).</p> <p>Les stratégies qui seront adoptées comprennent : stratégies mobiles et avancées (OSC), stratégie à l'initiative du prestataire, dépistage démedicalisé mené par les pairs et l'autotest après la validation récemment d'une stratégie nationale de l'autotest.</p> <p>Les cibles sont alignées avec celles du cadre de performance du PSN 2022-2027.</p> <p>Rapportage des données : Le numérateur sera tiré des rapports des organisations partenaires de la société civile. Numérateur : Nombre de HSH ayant été dépistés au VIH et connaissant leur résultat Dénominateur : Nombre de HSH estimé.</p> <p>La note technique de triangulation des données d'estimation de taille des populations clés en Mauritanie donne 7 617 HSH a été adoptée lors de l'élaboration du PSN VIH 2022-2027. Partant de la performance de NFM3, le programme entend dépister 8,85% des PS sur les 3 années de la subvention c'est-à-dire 2025, 2026 et 2027.</p> <p>A travers la subvention GC7, les organisations identitaires HSH existantes seront renforcées pour intensifier leurs actions de dépistage avec l'appui des OSC. L'autodépistage pour les programmes destinés aux populations clés est une activité qui va s'intensifier auprès des HSH et partenaires. Pour la présente demande subvention (GC7), il s'agira de créer davantage de demandes pour l'autodépistage auprès des populations clés (HSH, PS) et renforcer les passerelles entre l'autodépistage et les sites de confirmation ou de prise en charge pour les PS et les HSH. Une nouvelle Enquête IBBS_2024 est en cours et sera finalisée d'ici fin décembre. Les résultats obtenus pourront servir de base de réajustement des dénominateurs des cibles pop clés à atteindre.</p>
	7 617				7 617	7 617		
HTS-3c Pourcentage de travailleurs et travailleuses du sexe ayant été dépistés	104	1,23%	2023	Base de données ONG SOS PE pour	400	560	1 040	<p>Les activités de la Subvention ciblant cette cible n'ont commencé qu'en 2024. Les données de base sont ceux réalisées par SOS PE sans contrat de prestation de service, au cours du NFM3 l'activité a commencé avec du</p>

pour le VIH au cours de la période de rapportage dans des programmes destinés spécifiquement aux populations clés et qui connaissent leur résultat	8 477			les activités de 2023	8 477	8 477	8 477	<p>retard. Au total 104 PS ont été dépistés parmi les 126 ayant bénéficié du paquet d'activité en 2023. Ce résultat est la mise en œuvre d'activités de routine d'une seule OSC hors financement de la Subvention en 2023 qui a permis d'atteindre ces cibles.</p> <p>Numérateur : Nombre de HSH ayant été dépistés au VIH et connaissant leur résultat</p> <p>Dénominateur : Nombre de HSH estimé.</p> <p>La note technique de triangulation des données d'estimation de taille des populations clés en Mauritanie donne 7 617 HSH a été adoptée lors de l'élaboration du PSN VIH 2022-2027. Partant de la performance de NFM3, le programme entend dépister 12,27% des PS sur les 3 années de la subvention c'est-à-dire 2025, 2026 et 2027.</p> <p>A travers la subvention GC7, les organisations des PS existantes seront renforcées pour étendre leurs actions dans les zones de concentration. L'autodépistage pour les programmes destinés aux populations clés est une activité qui a démarré en décembre 2023 par une formation des pairs éducateurs PS et devrait connaître un démarrage effectif. Pour la prochaine subvention, il s'agira de créer davantage de demandes pour l'autodépistage auprès des populations clés (HSH, les PS) et créer des passerelles entre l'autodépistage et les sites de confirmation ou de prise en charge pour les PS et les HSH. Une nouvelle Enquête IBBS_2024 est en cours et sera finalisée d'ici fin décembre. Les résultats obtenus pourront servir de base de réajustement des dénominateurs des cibles pop clés à atteindre.</p>
TCS-1.1 Pourcentage de personnes sous TARV parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	4 216	66,19%	2023	Rapport SENLS 2023 Base de données HI 7es CTA & UPEC	5 166	5 680	6 210	<p>Le Programme prévoit d'atteindre une couverture TARV de 80,22% en 2025 à 87,52% en 2026 et 95,1% en 2027.</p> <p>Pour les adultes : la référence en 2023 est de 4216 PVVIH. Les cibles sont 5166 en 2025, 5680 en 2026 et 6210 en 2027.</p> <p>Les principaux défis pour augmenter la couverture en TARV parmi les enfants sont : (i) la faiblesse du dépistage initié par le prestataire, notamment chez les enfants malnutris, les enfants hospitalisés, le dépistage autour des cas index et les tuberculeux ; (ii) l'insuffisance de l'accès aux prestations de la PTME.</p> <p>Rapportage des données : Le rapport du SENLS permettant de renseigner cet indicateur sera élaboré chaque année à partir des données du logiciel de gestion des dossiers de patients AMNIR au niveau des sites de PEC.</p> <p>Détails de mise en œuvre : Les principales interventions prévues dans le cadre de cette subvention sont : la décentralisation du traitement ARV au niveau des régions par l'accompagnement de nouvelles UPEC, la délégation des tâches ainsi que le renforcement de capacité des acteurs de prise en charge. Des interventions communautaires tel le renforcement des groupes de soutien, la récupération des perdus de vue permettant d'améliorer la rétention des personnes vivant avec le VH sous traitement avec une forte participation des médiateurs communautaires sont aussi prévues. Mise à jour de la stratégie nationale de prise en charge des PVVIH qui prévoit la prescription multimensuelle (3 à 6 mois de traitement). Le programme appuiera aussi la mise en fonction d'une unité de PEC, de soins</p>
	6 370				6 440	6 490	6 530	

								et de traitement du VIH au niveau communautaire (Projet SOS/PE) dans la banlieue de Nouakchott et soutiendra, dans un cadre limité ,la dispensation communautaire des ARV par le biais des Réseaux des PVVIH, des organisations identitaires et des OSC. Le Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral conformément au protocole de traitement approuvé au niveau national (ou aux normes de l'OMS) à la fin de la période de rapportage. Le Numérateur est le nombre total des PVVIH mises sous ARV. Le Dénominateur est le nombre des personnes vivant avec le VIH estimé par Spectrum. Sur la base des patients qui seront sous traitement fin 2023, le programme prévoit d'ajouter chaque année les nouvelles "inclusions" qui comprennent les femmes enceintes dépistées VIH+ et leurs partenaires VIH+; les enfants nés de mères séropositives VIH+, les HSH et PS dépistés VIH+, les tuberculeux VIH+, les enfants malnutris VIH+, les personnes privées de liberté, les adolescentes et jeunes femmes VIH+ et la population générale dépistée VIH+. Ceci correspondrait à une couverture sous ARV de 50,23% en 2022 pour atteindre 70% en 2027. Le Dénominateur : Nombre estimé de tous les adultes et les enfants vivant avec le VIH. Les cibles ont été réajustées avec les données Spectrum 2024.
<b>TCS-1c</b> Pourcentage d'enfants (de moins de 15 ans) sous TARV parmi tous les enfants vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	157	37,12%	2023	Rapport SENLS 2023 Base de données CTA & UPEC	197	242	282	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. Le nombre d'enfants enrôlés dans la prise en charge a considérablement chuté à 157 en 2022. Cette contreperformance est liée au faible dépistage chez les enfants et l'attrition dans la file active des enfants sous ARV. Pour la période 2025-2027, le GC7 permettra l'acquisition d'ARV pédiatriques avec protocoles optimisés à base de Dolutégravir ce qui permettra une meilleure survie des EVVIH. En plus, la décentralisation de la PEC et la réalisation de leur charge virale. Tout comme celle des adultes, la prise en charge différenciée sera structurée pour aligner avec les directives et prendre en compte la délégation des tâches. Numérateur: nombre d'Enfants vivant avec les VIH (EVVIH) mis sous traitement ARV durant la période de rapportage. Dénominateur: nombre d'EVVIH estimé par le Spectrum de l'ONUSIDA pour la même période de rapportage. Les cibles ont été réajustées avec les données Spectrum 2024 et fixées à 88,68 d'ici 2027
	423				363	341	318	
<b>TCS-10</b> Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu une thérapie antirétrovirale pour réduire le risque de transmission verticale du VIH	75	46,30%	2023	Rapport PNSR 2023	128	141	154	La couverture de la PTME sera de 95,10% en 2027, versus 46,30% en 2023. Le résultat est 75 femmes enceintes séropositives mises sous ARV sur 162 attendues. Il nous faut donc une redynamisation de la PTME dans le cadre du GC7. Ainsi le PNLS s'est employé à réadapter, redimensionner les interventions PTME par l'élaboration d'un document d'orientation dénommé « Opérationnalisation de la PTME en Mauritanie » ainsi qu'une feuille de route. Cette démarche s'est faite avec une grande implication du programme national de santé de la reproduction (PNSR). C'est en étroite
	162				160	161	162	

						<p>collaboration avec le celui-ci que le PNLS a réalisé la révision des 9 modules de formation y compris le module suivi &amp; évaluation ainsi que la formation de 64 sage-femmes prestataires de services périnataux des 3 wilayas de Nouakchott en avril 2023 (Annexe : Rapport Formation des sage-femmes des Wilayas de Nouakchott sur la PTME). En complément, le DATP/L'Initiative/Expertise France a permis de former 25 formateurs nationaux et 252 sage-femmes et autres agents prestataires de services SSR couvrant les 12 autres Wilayas restantes du pays. En plus, un comité technique de pilotage a été mis sur pied et rendu fonctionnel. Ce comité est dirigé par le DLMT et composé du PNLS, PNSR, SENLS et les PTF (OMS, UNICEF, Expertise France).</p> <p>Les insuffisances notées sont liées à (i) la collecte, l'analyse et la remontée des données et au suivi technique (supervision formative, coaching) pour renforcer la qualité des interventions; (ii) faible taux de fréquentation nationale des sites SMNI par les femmes enceintes (couverture CPN 74%) ; (iii) la faible couverture sanitaire de la PTME; (iv) la faible implication communautaire dans la PTME (faiblesse de la promotion des CPN et de l'accompagnement des FE et allaitantes séropositives).</p> <p>Selon la démarche en cours au Ministère de la Santé, les interventions prévues dans NFM3 sont : l'opérationnalisation et extension des interventions de PTME dans les paquets de soins des centres de Santé, des Hôpitaux et des postes de santé, le passage à l'échelle de l'option B+ dans tous les sites PTME, la délégation des tâches, le renforcement de l'approvisionnement en ARV des structures PTME, le monitoring de l'offre des services PTME et une plus grande responsabilisation du PNSR dans la mise en œuvre des activités PTME.</p> <p>L'extension et l'intensification des activités PTME sont proposées dans le GC7 en cours d'élaboration.</p> <p>Les cibles annuelles, 80,22% ; 87,52% et 95,10% respectivement de 2025, 2026 et 2027 ont été obtenues en appliquant un pas de progression annuelle correspondant à la même progression au niveau de la mise sous ARV de la file active générale. La cible de 95 % en 2027 a été raisonnablement retenue sur la base des trois motifs suivants : (i) début de la santé communautaire avec l'introduction avec le GC7 des mères mentors pour booster la PTME (iii) l'augmentation de la couverture sanitaire de la PTME dans les 63 Moughataas que compte le pays et l'engagement du MS pour rendre la santé maternelle plus pérenne sans passer pour la motivation des sage-femmes, mais plutôt en renforçant leurs capacités techniques et en relevant leur plateau technique avec un équipement en petit matériel de consultation et de diagnostic ainsi que du matériel audiovisuel et de communication pour la sensibilisation des clientes venues en consultation.</p> <p>Le numérateur est le nombre de femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH et qui reçoit une thérapie antirétrovirale pour réduire le risque de transmission verticale du VIH au cours de la période de rapportage. Ce numérateur sera calculé en appliquant chaque cible annuelle au nombre estimé de femmes enceintes attendue pour le dépistage du VIH au cours de chaque période correspondante.</p>
--	--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								Le dénominateur est le nombre estimé de femmes enceintes séropositives attendues pour VIH au cours de la période de rapportage. Les cibles ont été réajustées avec les données Spectrum 2024. Le PNSR est responsable de la communication de l'information et la source est le DHIS2 et/ou les rapports transmis par les PF/SR des DRS compilés au PNSR.
VT-1 Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique VIH	47 335	35,19%	2023	PNSR pour le numérateur Annuaire statistique pour le Dénominateur	95 711	107 317	119 504	En 2023, 47 313 FE ont bénéficié du dépistage de VIH. Ce qui représente 35,19% des FE qui ont fait au moins une CPN. Le pays s'est engagé à contribuer sur l'acquisition d'intrant pour la PTME. Ainsi, le GC7 rejoignant la priorité du pays à l'accès à la prévention de la Transmission verticale du VIH assurera le dépistage chez 77,1% des FE attendues en CPN d'ici 2027. Numérateur: nombre de femmes enceintes dépistées au VIH lors des CPN ou au cours de l'accouchement Dénominateur: nombre de femmes enceintes vues au moins une fois en CPN
	134 509				145 000	150 000	155 000	
VT-2 Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un test virologique pour le VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	8	4,94%	2023	Rapport PNSR 2023	70	90	110	Cet indicateur est nouveau et des efforts seront entrepris pour sa réalisation au cours des 2 premiers mois de vie chez les nourrissons. Numérateur : Nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours de la période considérée qui ont reçu un test virologique (PCR) du VIH dans les deux mois suivants la naissance. Dénominateur : Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché (naissances vivantes) au cours de la période considérée. NB : le dépistage à base de PCR qualitatif. Ce diagnostic est considéré comme précoce s'il est réalisé dans les 2 premiers mois qui suivent la naissance du nouveau-né dans la période de reportage. La source de données de base: Registres PTME des sites des Moughataas. Ces données seront consignées dans des rapports à transmettre au PNSR. Parallèlement, la plateforme DHIS2 sera renseignée dans le but de prendre le relais de la transmission des données une fois que le système démontre sa maturité à le faire d'une manière exhaustive et de qualité. Les données reçues seront triangulées entre les différentes sources (DHIS2, Rapports DRS et au besoin, consultation, registre PTME des Moughataas). L'absence de données actuelles ne nous permet pas de disposer d'une Baseline. Cependant, les cibles sont alignées au PSN 2022-2027 qui prévoit une couverture du diagnostic précoce des enfants exposés avec une augmentation pour atteindre 40% en 2027. La Mauritanie dispose actuellement de 30 appareils GeneXpert (POC) pour le diagnostic moléculaire, installés dans les laboratoires des établissements de santé publique. Il existe 3 appareils GeneXpert au CTA, dont 2 fonctionnels. En plus, l'INRSP dispose d'un appareil de type Tagman. Les 5 UPEC les après le CTA sont Nouadhibou, Kaedi, Kiffa, Néma et Rosso. Chacune des wilayas qui abritent ces sites dispose d'au moins un appareil GeneXpert fonctionnel. Avec la mise en place des POC (GeneXpert) disponibles dans chaque Wilaya du pays, le diagnostic précoce sera plus accessible sur l'ensemble du territoire national. L'indicateur est couvert par la somme allouée à 100% et sera renseigné par
	162				160	161	162	

								les données de routine saisie à travers la plateforme DHIS-2 par les districts sanitaires avec les rapports produits par les formations sanitaires. Le PNLS à travers son tableau de bord DHIS-2 sera en mesure de renseigner cet indicateur.
<b>TB/HIV-7.1</b> Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous thérapie antirétrovirale qui ont initié un traitement préventif de la tuberculose (TPT) pendant la période de rapportage	-				3 100	4 260	5 589	Le traitement préventif antituberculeux chez les PVVIH (TPT) est recommandé depuis 1998 par l'OMS et l'ONUSIDA, qui l'ont inscrit dans une stratégie de soins complets du VIH/sida et figure à ce titre dans de nombreuses lignes directrices et recommandations. Le TPT réduit le risque d'évolution vers la tuberculose maladie chez les personnes infectées par M. Tuberculosis particulièrement vulnérable (PVVIH et enfants de moins de 5 ans). Le protocole TPT retenu par la Mauritanie est de donner de l'isoniazide à raison de 10 mg/kg (sans dépasser 300 mg) par jour tous les jours pendant 6 mois. Cependant, les données de monitoring du TPT ne sont pas actuellement disponibles. Pour sa mise en œuvre, le PNLS mettra en place des fiches de screening TB pour écarter une TB active et démarrer un TPT. Les appareils GeneXpert seront mis à contribution au besoin pour confirmer ou non, le développement d'une TB active. Les ateliers de formation et les supervisions/coaching permettront de renforcer les compétences des prestataires qui prennent en charge les PVVIH sur la TPT. Le PNLS veillera à la disponibilité de l'INH et à la Notification des cas mis sous TPT dans le logiciel AMNIR et dans les registres de suivi des PVVIH. La remontée des données se fera dans un premier temps par les rapports mensuels de synthèse de la PEC des PVVIH. L'indicateur sera renseigné selon le mode de calcul suivant: numérateur = Nombre total de PVVIH actuellement sous Thérapie antirétrovirale qui ont initié un TPT pendant la période de rapportage spécifiée. Dénominateur = Nombre total de PVVIH actuellement sous thérapie antirétrovirale pendant la période de rapportage. Dans le dénominateur seront exclus les PVVIH coinfectés par une TB active et celles ayant déjà bénéficié de TPT dans le passé. la couverture est prévue pour 90% d'ici 2027
	-	-	-	Non disponible	5 166	5 680	6 210	

<p><b>TBDT-1</b> Nombre de patients déclarés atteints de tuberculose toutes formes confondues (c.-à-d. confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement) ; *n'inclut que les nouveaux patients et les rechutes.</p>	2 440	-	2023	Base de données PNLTL	de du	2 600	2 700	2 800	<p>1- Définition de l'indicateur :            Numérateur : Il s'agit du nombre des nouveaux cas et rechutes déclarés par le PNLTL au cours de la période de rapportage.            Dénominateur : Non applicable.            2- Valeur de base : 2440 cas notifiés en 2023.            3- Sources de données: Rapport annuel de 2023 du PNLTL, DHIS 2.            4- Hypothèses des cibles : les estimations pour les années 2025, 2026 et 2027 se font sur un pas de progression de l'incidence estimée de l'OMS et en tenant compte de la progression de la cible incidence TB qui diminue de 3 pour 100 000 habitants. Plusieurs interventions seront accentuées envers la communauté et les populations vulnérables telles que les PVVIH, les détenus, les enfants contacts des tuberculeux bactériologiquement confirmés et les nomades. La mise en œuvre des activités de recherche active des cas dans les CDT et non CDT (renforcer l'action des ASC et des relais communautaires dans les formations sanitaires à grande fréquentation pour assurer le dépistage des cas présumés et leur mise sous traitement, amélioration du système de collecte et de transport intégré des échantillons).            Les données de base sont celles du profil pays de la Mauritanie du Global Report Tuberculosis de 2023. Les cibles sont celles du PSN TB 2025-2027.</p>
<p><b>TBDT-2</b> Taux de succès thérapeutique – toutes formes confondues : pourcentage de patients atteints de tuberculose toutes formes confondues, confirmées bactériologiquement et diagnostiquées cliniquement, traitées avec succès (guéris et traitement terminé) parmi tous les patients atteints de tuberculose ayant commencé le traitement pendant une période donnée, *n'inclut que les nouveaux patients et les rechutes</p>	2 098					2 124	2 288	2 431	<p>1- Définition de l'indicateur:            Numérateur : Nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues (c'est-à-dire confirmés bactériologiquement plus cliniquement diagnostiqués) au cours d'une période donnée qui ont été traités avec succès (somme des catégories de résultats de l'OMS « guéri » plus « traitement terminé »).            Dénominateur: Nombre total de cas de tuberculose toutes formes confondues (bactériologiquement confirmés plus cliniquement ) enregistrés pour le traitement au cours de la même période.            2- Valeur de base: Initialement, le succès thérapeutique est à 83,89% en 2023, soit 2 098 cas sur 2 051.            3- Source de données : Rapport annuel du PNLTL 2022.            4- Hypothèse des cibles : le PNLTL compte s'aligner aux recommandations de l'OMS et atteindre 94,99% les prochaines années par l'accentuation des soins centrés sur le patient, ceci à travers l'extension de l'offre des services à travers l'intensification des activités au sein des CDT, le renforcement des capacités des prestataires de soins, la mise à contribution des agents de santé communautaire et des relais communautaires dans le suivi des patients, la mise à disposition des médicaments et le suivi des effets indésirables de ceux-ci ainsi que l'utilisation de smartphones pour améliorer la communication entre les différents CDT et avec les malades.            L'augmentation du taux du succès thérapeutique se fera sur des actions basées sur une bonne collaboration entre le personnel de santé et les acteurs communautaires et des soins centrés sur les patients.            Les données de base sont celles du profil pays de la Mauritanie, du Global Report Tuberculosis de 2023.</p>
	2 501	83,89%	2023	Base de données PNLTL	de du	2 499	2 600	2 700	

								Les numérateurs et les dénominateurs concernent les données projetées des patients qui sont les cibles du PSN TB 2025-2027. Avec tous les paquets d'activités, le pays compte atteindre 90% de succès thérapeutique d'ici 2027.
<b>TBDT-4</b> Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) testés au moyen des tests de dépistage rapide recommandés par l'OMS lors du diagnostic	533	21,84%	2023	Base de données PNLTL	de du	1 605	1 663	1 737
	2 440					2 600	2 700	2 800
								<p>1- Définition de l'indicateur :  Numérateur : Nombre de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) testés au moyen des tests de dépistage rapide recommandés par l'OMS lors du diagnostic au cours de la période.  Dénominateur : Nombre total de patients toutes formes confondues (échecs et reprises exclus) notifiées au cours de la période</p> <p>2- Valeur de base : 21,84% en 2023. (ce chiffre est provisoire en attendant la compilation des rapports)</p> <p>3- Source de données : Rapport annuel du PNLTL, DHIS2.</p> <p>4- Hypothèses des cibles : les tests de diagnostic rapide comme recommandé par l'OMS AL33. Le PNLTL en collaboration avec les autres parties prenantes (PR SENLS, SNIS, Programme de Santé Communautaire et DRH) va intensifier les systèmes de transport intégré des échantillons afin de le rendre plus efficace au bénéfice des cas présumés. Le programme compte atteindre le maximum de cas présumés afin de couvrir une proportion de 65,97% des patients tuberculeux diagnostiqués par un test de diagnostic rapide à la fin de la subvention en 2027.</p> <p>Les données de base sont celles du profil pays de la Mauritanie, du Global Report Tuberculosis de 2023. Les numérateurs et les dénominateurs concernent les données projetées des patients qui sont les cibles du PSN TB 2025-2027.</p> <p>La cible du cadre de performance pour le nombre de cas déclarés de tuberculose en 2025 de 2 600, en 2026 de 2 700 et 2 800 en 2027 selon les projections du PSN 2025-2027.</p>
<b>DRTB-2</b> Nombre de personnes atteintes de TB-RR et/ou de TB-MR confirmée qui ont été déclarés	36	-	2023	Base de données PNLTL	de du	43	50	55
								<p>1- Définition de l'indicateur :  Numérateur : nombre des patients TBRR/TBMR notifiés</p> <p>2- Valeur de base : on part de 36 cas TBMR en 2023.</p> <p>3- Source de données : rapport annuel PNLTL 2023</p> <p>4- Hypothèse des cibles : les cibles sont estimées à partir du pourcentage des nouveaux cas et des cas de retraitement susceptible de développer la TBMR. L'amélioration du système de transport intégré des échantillons, l'extension du diagnostic moléculaire à toutes les cibles (les enfants, les détenus, les nomades et les réfugiés) permettra de rechercher activement des cas de TBMR dans l'ensemble du pays. Ainsi, les cibles projetées (43 en 2025, 50 en 2026 et 55 en 2027) permettront de couvrir respectivement 84,3%, 94,64% et 98,1% de la détection de cas TBMR par rapport aux cibles estimées de l'OMS pour les prochaines années.</p> <p>Les données de base sont celles du profil pays de la Mauritanie, du Global Report Tuberculosis de 2023. Les numérateurs et les dénominateurs concernent les données projetées des patients qui sont les cibles du PSN TB 2025-2027.</p> <p>La résistance à la rifampicine sera connue pour plus de 65,97% des</p>

							tuberculoses pulmonaires confirmées bactériologiquement et on prévoit de dépister 43 TB-RR en 2025, 50 en 2026 et 55 en 2027.	
<b>DRTB-3</b> Pourcentage de personnes atteintes de TB-RR et/ou de TB-MR confirmée qui ont commencé un traitement de deuxième intention	36	100,00%	2023	Base de données PNLTL	de du	43	50	55
	36					43	50	55
	1 947	79,80%	2023	Base de données PNLTL	de du	2 200	2 469	2 660
<b>TB/HIV-5</b> Pourcentage de patients atteints de tuberculose enregistrés (nouveaux cas et rechutes) dont le statut sérologique VIH est documenté	2 440					2 600	2 700	2 800

tuberculoses pulmonaires confirmées bactériologiquement et on prévoit de dépister 43 TB-RR en 2025, 50 en 2026 et 55 en 2027.

1- Définition de l'indicateur :  
 Numérateur : nombre des cas TBRR/TBMR mis sous traitement.  
 Dénominateur : nombre des cas diagnostiqués TBRR/TBMR.  
 2- Valeur de base : 100% en 2023.  
 3- Source de données : Rapport annuel PNLTL 2023, DHIS 2  
 4- Hypothèse des cibles : le PNLTL compte optimiser le lien au traitement à travers l'apport des ASC et des relais communautaires qui permettra d'améliorer le lien au traitement, la compliance aux médicaments, la détection et l'éducation thérapeutique des patients diagnostiqués TBMR. La résistance à la rifampicine sera connue pour plus de 64,97% des tuberculoses pulmonaires confirmées bactériologiquement et on prévoit de dépister 43 TB-RR en 2025, 50 en 2026 et 55 en 2027 et les tests de pharmacosensibilité pour les médicaments antituberculeux de 2e ligne seront mis en place au niveau du Laboratoire National de Référence de Mycobactéries (LNRM). L'approvisionnement en cartouches Xpert et la maintenance intégrée seront réguliers pour éviter l'arrêt de ce service. Le programme prévoit d'assurer le suivi biologique de tous les malades mis sous traitement de 2e ligne et 3e ligne, apporter un soutien nutritionnel pour les TB-RR et les XDR, assurer les soutiens aux patients TB-RR et XDR (transports et logements), acheter les médicaments et appareils pour les effets secondaires de tous les patients mis sous traitement, acheter 1 appareil ECG pour le centre de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, aménager et équiper 1 salle de réanimation à l'Unité de Prise en Charge pour prendre en charge les patients atteints de TB-RR en insuffisance respiratoire.

La co-infection tuberculose-VIH représente un défi majeur pour la santé publique, en particulier dans les pays à forte prévalence du VIH. Le dépistage systématique des patients tuberculeux pour le VIH est essentiel pour assurer une prise en charge adéquate et améliorer les résultats de traitement.  
 Définition de l'indicateur :  
 Numérateur : Nombre de patients tuberculeux (nouveaux cas et rechutes) ayant bénéficié d'un test VIH.  
 Dénominateur : Nombre total de patients tuberculeux (nouveaux cas et rechutes) enregistrés au cours de la période.  
 Valeur de base : 79,8% en 2023 (Source : Rapport annuel PNLTL 2023)  
 Afin d'améliorer le résultat, il faut renforcer l'intégration des services de dépistage du VIH dans les centres de traitement de la tuberculose. Former le personnel de santé sur l'importance du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et les procédures de conseil et de test. Sensibiliser les patients et les communautés sur les avantages du dépistage du VIH. Assurer la disponibilité continue des tests de dépistage du VIH dans les centres de traitement de la tuberculose.

								Les cibles sont pour 2025 : 84,62% ; 2026 : 91,44% et 2027 : 95% Ces cibles ambitieuses reflètent l'engagement du programme national à augmenter progressivement la proportion de patients tuberculeux testés pour le VIH, afin d'atteindre au moins 95% d'ici 2027. Elles sont basées sur la valeur de base de 79,8% en 2023 et l'hypothèse que la mise en œuvre des interventions prévues permettra de maintenir et d'améliorer ces performances au cours de la période du GC7.
<b>TB/HIV-6</b> Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) vivant avec le VIH sous TARV pendant leur traitement antituberculeux	34					77	78	79
	49	69,39%	2023	Base de données PNLTL	de du	77	78	79
								1- Définition de l'indicateur : Numérateur : Nombre de patients tuberculeux (nouveaux cas et récidives) séropositifs au VIH sous traitement antirétroviral pendant leur traitement antituberculeux. Dénominateur : Nombre total de patients TB VIH+ . Nous avons maintenu une prévalence VIH parmi les patients tuberculeux de 2,5% pour les 3 prochaines années jusqu'en 2027. 2- Valeur de base : 69,39% en 2023 vs 100% en 2022. ce recul est attribué à une insuffisance dans le système de notification, de remonté de données et surtout de coordination entre les CDT et les UPEC/CTA ainsi que la non-opérationnalisation du Guichet unique. 3- Source de données : Rapport annuel PNLTL 2023 4- Hypothèse des cibles : le programme envisage de rendre effectif le guichet unique au niveau des CDT et d'améliorer le système de gestion des données des CDT en coordination avec les UPEC/CTA. Ainsi, la couverture en co-traitement sera vite atteinte dès 2025 et de maintenir la proportion de patients TB identifiés co-infectés avec le VIH mis sous TARV afin d'atteindre et de maintenir un taux de 100% en 2027. Les données de base proviennent du profil pays du rapport Global de l'OMS sur la TB de 2023. Etant donné le résultat obtenu en 2023, la mise en œuvre des interventions prévues va nous permettre de maintenir cette bonne performance à moins de 2,5% pour les trois prochaines années du GC7 d'ici 2027.
<b>VC-1</b> Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées aux populations à risque de transmission du paludisme dans le cadre de campagnes de distribution de masse	1 584 341	-	2023	Base PNL	CDM	-	997 118	-
								Numérateur : Nombre de MILDA distribué dans les zones ciblées pendant la campagne de masse En 2026, une distribution de masse de moustiquaires aura lieu dans les 22 Moughataas priorisées selon la récente stratification du risque du paludisme réalisé par l'OMS à partir des données de 2022. Un total de 997118 moustiquaires seront ainsi distribuées à la population de ces zones, soit une moustiquaire pour 1,8 personnes. Pour la population cible en 2026, l'estimation a été réalisée à partir des données du CIDD 2015-2027. Les données du dénombrement de la campagne 2023 n'ont pas été utilisées pour ces estimations de cibles, car incomplètes. Pour améliorer la qualité des données de cette campagne, la collecte des données de distribution de moustiquaires prévoit d'être numérisée à l'aide des tablettes via une plateforme interconnectée avec le DHIS2 du SNIS tel que Kobo collect ou toute autre solution adaptée.

									La source de données sera le DHIS2. La PNLP sera responsable du calcul de l'indicateur.
<b>VC-3</b> Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles	22 061	-	2023	SNIS	117 501	143 686	170 831		<p>Numérateur : Nombre de MILDA distribué dans la zone Sud - Sud Est chez les femmes enceintes pendant la CPN et chez les enfants de moins de 1 an pendant le PEV dans les wilayas du Sud et Sud Est.</p> <p>Les MILDA sont distribuées en routine dans les formations sanitaires aux femmes enceintes qui viennent pour leur première CPN et aux enfants de moins d'un an qui viennent en vaccination pour le PENTA 3, dans la zone du Sud et du Sud-est du pays;</p> <p>Les cibles du taux de couverture de distribution de routine de MILDA en PEV et CPN sont alignées avec celles du cadre de performance du PSNEP 2024-2027 soit 50%, 60% et 70% pour 2025, 2026 et 2027.</p> <p>Pour les femmes enceintes, la cible est de 65 428 en 2025 ; 80 015 en 2026 et 95 138 en 2027. Pour les enfants de moins de 1 an, la cible est de 52 073 en 2025 ; 63 671 en 2026 et 75 693 en 2027.</p> <p>Les données sont collectées via les outils de reportages mensuels du SNIS dans la base du DHIS2.</p> <p>Le PNLP est responsable du calcul de l'indicateur.</p> <p>Cet indicateur est pour référence, car le FM ne finance pas les MILDA dédiées aux interventions de routine. Les MILDA de routine de type standard sont prises en charge par l'État.</p>
<b>SPI-1</b> Proportion des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme	24 628				29 443	50 009	71 353		<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI selon les directives nationales dans les wilayas du Sud et Sud Est</p> <p>Dénominateur : Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale au cours d'une année dans les wilayas du Sud et Sud Est</p> <p>Le nombre de femmes enceintes estimées dans les huit Wilayas du Sud et Sud Est est de respectivement 130 856, 133 358 et 135 911 en 2025, 2026 et 2027. La cible du taux de CPN1 est de 75% selon le PSN santé maternelle (SRMNIA-N) 2022-2026 page 67. En 2022 le taux de couverture CPN1 dans la zone Sud et Sud-Est était de 71,6% selon les données du DHIS2 SNIS.</p> <p>Les cibles sont alignées avec celles du cadre de performance du PSNEP 2024-2027 soit 30% en 2025 ; 50% en 2026 et 70% en 2027 de femmes ayant complété au moins 3 doses de TPIg3 parmi celles qui ont effectué leur première consultation prénatale (CPN1).</p> <p>Afin d'améliorer cet indicateur, il est prévu selon le PSNEP d'assurer la disponibilité des stocks de SP, formation des sages-femmes, suivi des femmes enceintes perdues de vue et la sensibilisation de la communauté.</p> <p>Les données sont collectées via les outils de reportages mensuels du SNIS dans la base du DHIS2.</p> <p>Le PNLP est responsable du calcul de l'indicateur.</p>
	88 589	27,80%	2023	SNIS	98 142	100 018	101 934		

<b>SPI-2.1</b> Pourcentage d'enfants ayant bénéficié d'une CPS complète par saison de transmission dans les zones ciblées	69 195	61,20%	2023	Base PNLN	CPS	68 645	70 518	72 422	<p>Numérateur : Nombre d'enfants 3-59 mois des Moughataas ciblées qui ont reçu au moins 3 ou 4 passages de traitement au cours de la campagne CPS. Dénominateur : Nombre d'enfants 3-59 mois des Moughataas ciblées pour la CPS.</p> <p>Estimation de la population des enfants de 3 - 59 mois dans les 03 Moughataas de la zone Sud / Sud Est ciblée selon les données du CIDD 2017-2025.</p> <p>Cet indicateur concerne seulement les 03 Moughataas situés entre la Wilaya de HEC où la CPS a été mise en œuvre dans le cadre du NFM3 et qui sont renouvelées dans la somme allouée du GC7. Les cibles nationales selon le PSNEP concernent également 09 Moughataas supplémentaires qui ont été proposées dans le PAAR et cherchent d'autres bailleurs pour la mise en œuvre de la CPS.</p> <p>Les enfants de 3 à 59 mois dans les zones éligibles à la CPS vont bénéficier de quatre doses de SP-AQ à un mois d'intervalle pendant la période de haute transmission de paludisme. La digitalisation de la CPS à partir de 2025 constituera une nouvelle mesure qui permettra d'avoir des données de qualité, d'améliorer le suivi de l'administration à travers la géolocalisation, d'améliorer la gestion des intrants et d'avoir un bon taux de couverture des cibles.</p> <p>Les cibles sont alignées avec celles du cadre de performance du PSNEP 2024-2027 soit 95% de couverture.</p> <p>Le SNIS est chargé de la disponibilité des données dans la base du DHIS2. Le PNLN est responsable du calcul de l'indicateur.</p>
	113 059					72 258	74 230	76 234	
<b>CM-1a</b> : Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans des formations sanitaires du secteur public	114 832	61,12%	2023	SNIS	239 834	245 158	250 616	<p>Numérateur : Nombre de cas suspect de paludisme ayant bénéficié de test parasitologique (GE, TDR) dans le secteur public Dénominateur : Nombre de cas suspects de paludisme vu dans le secteur public.</p> <p>Une réduction projetée des cas de fièvre par le taux de recherche de soins (27%) est appliquée sur le nombre d'épisodes de cas de fièvres estimées. 85% des cas totaux qui ont recherché des soins dans une structure de santé sont pris en charge dans le secteur public selon la dernière enquête EDS 2019-2021</p> <p>Les cibles sont alignées avec celles du cadre de performance du PSNEP 2024-2027 et sont fixées à 90% soit (250616/278462).</p> <p>Le SNIS est chargé de la disponibilité des données dans la base du DHIS2. Le PNLN est responsable du calcul de l'indicateur.</p>	
	187 882				266 482	272 397	278 462		
<b>CM-1b</b> Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté	-	-	-	Non Disponible	19 751	20 189	20 639	<p>Numérateur : Nombre de cas suspect de paludisme ayant bénéficié de test parasitologique (GE, TDR) dans le secteur communautaire Dénominateur : Nombre de cas suspects de paludisme vu dans le secteur communautaire</p> <p>La stratégie de santé communautaire est nouvelle et la mise en place des ASC sera progressive dans l'ensemble du pays avec à terme 3700 ASC en 2027 couvrant l'intégralité des besoins. En ce qui concerne le paludisme, leur paquet de services comprendra le dépistage par TDR et le traitement du</p>	
					21 946	22 433	22 932		

								paludisme simple avec des ACT. Les Agents de Santé Communautaire (ASC) vont dès 2024 rapporter leur donnée mensuellement dans le DHIS2 du SNIS. Les outils de collecte et rapportage des données communautaires ont été élaborés en 2023 et permettront de calculer cet indicateur pendant la subvention GC7. Le programme communautaire de santé (PNSCM) est responsable du rapportage et du calcul de cet indicateur.
<b>CM-2a</b> : Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans des formations sanitaires du secteur public	-				32 895	26 557	18 056	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple traité selon les directives nationales dans le secteur public Dénominateur : Nombre de cas de paludisme simple dans le secteur public Les données du paludisme sont collectées par les FOSA à travers des outils du SNIS. Le taux de positivité ciblé est de respectivement 20%, 15% et 10% dans les zones à faible transmission Sud et Sud Est et 4%, 3% et 2% dans les zones à très faibles transmissions en 2025, 2026 et 2027. Les cibles sont alignées avec celles du cadre de performance du PSNEP 2024-2027. Le SNIS est chargé de la disponibilité des données dans la base du DHIS2. Le PNLN est responsable du calcul de l'indicateur. Selon les données de référence du SNIS 2022, on s'attend à ce que 90% des cas confirmés soient des cas simples en 2025 et 95% en 2026 et 2027. Les outils de collecte et de rapportage des données du paludisme ont été actualisés en 2023 avec l'intégration de la variable sur le traitement des cas de paludisme par ACT et permettront de calculer cet indicateur pendant la subvention GC7. Les cibles sont alignées avec celles du cadre de performance du PSNEP 2024-2027.
	-	-	-	Non disponible	34 626	27 955	19 006	
<b>CM-2b</b> Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté	-				3 010	2 302	1 565	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple traité selon les directives nationales dans la communauté Dénominateur : Nombre de cas de paludisme simple dans la communauté La stratégie de santé communautaire est nouvelle et la mise en place des ASC sera progressive dans l'ensemble du pays avec à terme 3700 ASC couvrant l'intégralité des besoins. Les Agents de Santé Communautaire (ASC) vont dès 2024 rapporter leurs données au DHIS2 du SNIS. Les outils de collecte et rapportage des données communautaires ont été élaborés en 2023 et permettront de calculer cet indicateur pendant la subvention. Le programme communautaire de santé (PNSCM) est responsable du rapportage et du calcul de cet indicateur. Il est attendu : 94,96 en 2027.
	-	-	-	Non Disponible	3 168	2 423	1 648	
<b>RSSH/PP HRH-3</b> Pourcentage d'agents de santé communautaire rémunérés intégralement et dans les délais (conformément à leur	-				64	80	80	Les agents de santé communautaire jouent un rôle essentiel dans la prestation des services de santé de base, en particulier dans les zones reculées et mal desservies. Cependant, leur rémunération insuffisante et irrégulière est un problème récurrent qui entrave leur motivation et leur capacité à effectuer leur travail correctement. Cet indicateur permet de suivre les progrès réalisés dans le paiement régulier et intégral de ces agents, conformément à leurs contrats.
	-	-	-	Non disponible	80	80	80	

contrat) pendant la période de rapportage								Renforcer les systèmes de gestion des ressources humaines de la DRH au MS et de paie pour assurer un suivi rigoureux des paiements dus aux agents de santé communautaire par une bonne performance du PR SENLS. Allouer des budgets adéquats et prévisibles pour couvrir les salaires de ces agents. Sensibiliser les autorités locales et nationales à l'importance de rémunérer correctement ces agents pour maintenir leur motivation et leur performance. Envisager des incitations supplémentaires, telles que des primes de rendement ou des avantages sociaux, pour encourager leur engagement. Numérateur : Nombre d'agents de santé communautaire rémunérés intégralement et dans les délais (conformément à leur contrat) pendant la période de rapportage. Dénominateur : Nombre total d'agents de santé communautaire censés être rémunérés pendant la période de rapportage. Cibles est de 100% à partir de 2026, car le GC7 prévoit le recrutement de 80 Agents de santé communautaire (ASC). Ces cibles ambitieuses reflètent l'engagement à améliorer progressivement la situation de la rémunération des agents de santé communautaire.
<b>HPM-2</b> Livraison intégrale et dans les délais en amont (hors mécanisme d'achat groupé) : pourcentage d'expéditions de produits représentant 75 % du budget annuel des produits de santé achetés en dehors du mécanisme d'achat groupé qui sont livrés à l'entrepôt intégralement et dans les délais par rapport au nombre total d'expéditions prévues au cours de période visée	-			Non disponible	20	40	60	Une chaîne d'approvisionnement efficace est cruciale pour garantir la disponibilité ininterrompue des produits de santé essentiels. Cet indicateur mesure la performance de la livraison des produits représentant une part importante du budget annuel, en dehors du mécanisme d'achat groupé, afin d'identifier les goulots d'étranglement et d'améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Pour améliorer le résultat, il faut renforcer les capacités de planification, de prévision et de passation des marchés pour améliorer la synchronisation entre les commandes et les livraisons. Optimiser les processus logistiques, y compris le transport et le dédouanement, pour réduire les retards. Assurer une coordination étroite avec les fournisseurs et les partenaires pour résoudre rapidement les problèmes potentiels. Envisager des pénalités contractuelles pour les retards de livraison injustifiés. Numérateur : Nombre d'expéditions de produits représentant 75 % du budget annuel des produits de santé achetés en dehors du mécanisme d'achat groupé qui sont livrés à l'entrepôt intégralement et dans les délais. Dénominateur : Nombre total d'expéditions prévues de ces produits au cours de la période visée. Les cibles sont 20% en 2025, 40 % en 2026 et 60 % en 2027. Ces cibles visent à améliorer progressivement les performances de livraison, en atteignant un taux de 60 % des expéditions livrées intégralement et dans les délais d'ici 2027, ce qui contribuera à garantir la disponibilité continue des produits de santé essentiels.
<b>RSSH/PP LAB-1</b> Pourcentage de laboratoires accrédités selon la norme	26	86,67%	2022	Rapport SENLS	26	37	37	La Mauritanie dispose actuellement de 30 appareils GeneXpert pour le diagnostic moléculaire, installés dans les laboratoires des établissements de santé publique dont 4 sont actuellement en panne. Leur fonctionnalité et

<p>ISO 15189 ou ayant obtenu au moins quatre étoiles en vue de l'accréditation ou une amélioration d'au moins deux étoiles</p>	<p>30</p>				<p>37</p>	<p>37</p>	<p>37</p>	<p>leur maintenance régulière sont essentielles pour assurer la qualité des tests diagnostiques. Cependant, il n'existe pas encore de système permettant de suivre en routine la fonctionnalité et le taux d'utilisation de ces équipements. Cela limite l'identification rapide des dysfonctionnements et la mise en œuvre d'actions correctives. Afin de remédier à cela, la Mauritanie prévoit d'assurer le suivi mensuel de la fonctionnalité des GeneXpert. Plus de 80% des PVVIH sous traitement sont suivies dans au CTA de Nouakchott où il existe 3 appareils GeneXpert dont 2 fonctionnels. En plus, l'INRSP dispose d'un appareil de type Tagman qui peut prendre au moins 21 échantillons en un tour d'examen de charge virale. Les 5 UPEC les plus fréquentés après le CTA sont Nouadhibou, Kaedi, Kiffa, Néma et Rosso. Chacune des wilayas qui abritent ces sites dispose d'au moins un appareil GeneXpert fonctionnel.</p> <p>Numérateur : Nombre d'analyseurs moléculaires de diagnostic gérés dans le réseau national de laboratoires qui sont opérationnels (capables d'effectuer des dépistages et ayant été étalonnés au cours de la période de communication de l'information).</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'analyseurs moléculaires de diagnostic inscrits au registre national des réseaux de santé publique.</p> <p>Le numérateur comptabilisera le nombre d'appareils fonctionnels ayant réalisé des tests et été calibrés durant la période. Le dénominateur sera le nombre total d'appareils GeneXpert installés dans le pays.</p> <p>Cet indicateur permettra d'améliorer la disponibilité des équipements de biologie moléculaire en Mauritanie Le suivi mensuel facilitera la détection rapide des pannes et la mobilisation des ressources pour les interventions de maintenance. Il soutiendra également une meilleure planification des activités de diagnostic et de surveillance des maladies. Au final, il contribuera à fournir des services de laboratoire de qualité à la population. Après validation de l'indicateur, le paramétrage dans le système d'information devra être réalisé. Les outils de collecte et de rapportage mensuels seront développés et diffusés auprès des laboratoires concernés.</p> <p>Un appui technique pourra être fourni pour assurer l'appropriation de ce nouveau suivi par les équipes. La cible est d'offrir 100% des 37 appareils incluant les 7 à acquérir en 2025 et qui vont intégrer le parc en 2026. La source des données sera tirée des rapports d'activité mensuels du Laboratoire National de Référence (LNR) pour le VIH, la TB, le Paludisme et les hépatites virales qui sera responsable du rapportage.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	--	--	--	-----------	-----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>RSSH/PP M&amp;E-1</b> Complétude du rapportage : pourcentage des rapports mensuels attendus (pour la période de rapportage) qui ont été réellement reçus	10 449	96,75%	2022	Annuaire statistique DHIS2	10 476	10 584	10 692	Le renforcement des systèmes de gestion des données et de la remontée des rapports constitue un défi prioritaire en Mauritanie. L'amélioration progressive de cet indicateur de complétude du rapportage contribuera à une meilleure appréciation des progrès et à un ciblage plus efficace des interventions de lutte contre le VIH sur l'ensemble du territoire. Au-delà de la promptitude, la complétude du rapportage des données programmatiques est cruciale pour disposer d'une vue d'ensemble fiable de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH. En Mauritanie, des lacunes subsistent dans la remontée exhaustive des rapports depuis les niveaux décentralisés vers le niveau central. Selon les dernières évaluations, seulement 96,75% des rapports mensuels attendus au niveau national ont effectivement été reçus en 2022. Ce taux insuffisant nuit à la qualité des données pour le suivi et la prise de décisions programmatiques appropriées. Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées, notamment : renforcer les capacités du personnel en gestion des données à tous les niveaux ; mettre en place un système de rapportage numérique pour faciliter la remontée ; accroître la supervision formative et le suivi des formations sanitaires défaillantes ; impliquer davantage les communautés et OSC dans la collecte/rapportage des données et allouer des ressources dédiées (humaines, matérielles) pour les activités de rapportage. Numérateur : Nombre de rapports mensuels effectivement reçus Dénominateur : Nombre total de rapports mensuels attendus Cibles proposées : 2025 : 97% de complétude, 2026 : 98% de complétude et 2027 : 99% de complétude. L'objectif est d'atteindre une complétude quasi totale (99%) des rapports d'ici 2027 pour améliorer significativement la disponibilité et la fiabilité des données de suivi de la riposte.
	10 800				10 800	10 800	10 800	
<b>RSSH/PP M&amp;E-2</b> Promptitude du rapportage : pourcentage de rapports mensuels soumis (pour la période de rapportage) reçus dans les délais conformément aux directives nationales	5 121	49,01%	2023	Annuaire statistique DHIS2	8 640	9 200	10 260	La promptitude et la complétude du rapportage des données sont essentielles pour assurer un suivi efficace des programmes de santé, dont la lutte contre le VIH. En Mauritanie, le SNIS à travers le DHIS2 fait face à des défis en termes de remontée régulière et à temps des données des différents niveaux vers le niveau central. Cela impacte la qualité des données pour la prise de décision programmatique. Cependant, selon les dernières données disponibles, seulement 47,01% des rapports mensuels requis ont été soumis dans les délais en 20232, conformément aux directives nationales. Ce taux reste insuffisant pour disposer d'informations fiables et à jour sur la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH à l'échelle nationale. Plusieurs actions peuvent être envisagées pour renforcer la promptitude du rapportage, notamment : revoir et simplifier les outils/supports de collecte pour en faciliter la complétion ; Former/recycler le personnel sur les procédures et l'importance du rapportage à temps ; mettre en place un système de rapportage numérique/électronique pour accélérer la transmission ; Renforcer la supervision et le suivi des formations sanitaires en retard dans leurs rapports et impliquer davantage les communautés et
	10 449				10 476	10 584	10 692	

								parties prenantes dans le rapportage communautaire. Numérateur : Nombre de rapports mensuels soumis dans les délais Dénominateur : Nombre total de rapports mensuels attendus Cibles proposées : 82,47% des rapports soumis dans les délais en 2025, 86,92% en 2026 et 95,96% en 2027. Le calcul se fait mensuellement ou trimestriellement au SNIS/DHIS2, puis les résultats sont agrégés annuellement. L'objectif est d'atteindre une promptitude optimale (75%) d'ici 2027 pour disposer de données à haute qualité permettant un pilotage efficient du programme.
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 11.6 Budget des activités de Suivi et évaluation 2025, 2026 et 2027

N° LB	Description de l'activité	Coût unitaire en \$ 2025	Quantité totale 2025	Sorties de trésorerie totales 2025	Coût unitaire en \$ 2026	Quantité totale 2026	Sorties de trésorerie totales 2026	Coût unitaire en \$ 2027	Quantité totale A3	Sorties de trésorerie totales 2027	Sorties de trésoreries totales
9	Organiser des supervisions de la campagne CPS dans les sites pilotes dans les Moughataas présélectionnées	110905,72	1	110905,72	110905,72	1	110905,72	110905,72	1	110905,72	332717,15
10	Assurer le Suivi Evaluation dans le cadre de la campagne CPS dans les sites pilotes dans les Moughataas présélectionnées	16893,80	1	16893,80	16893,80	1	16893,80	16893,80	1	16893,80	50681,40
16	Réaliser une étude sur la résistance des vecteurs aux insecticides dans les 8 wilayas du Sud / Sud Est	36422,14	1	36422,14			-	-		-	36422,14
17	Assurer un contrôle de qualité annuel du LNRM et du réseau de laboratoires par le niveau supranational de Cotonou	4150,00	0	-	4150,00	0	-	4150,00	0	-	-
25	Assurer le suivi biologique de tous les malades mis sous traitement de 2 <sup>e</sup> ligne	5236,30	1	5236,30	5236,30	1	5236,30	5236,30	1	5236,30	15708,90
35	Organiser une réunion annuelle d'évaluation du PNLTL avec le Ministère de la Santé, les DRS, le LNRM et les points focaux régionaux.	9256,47	1	9256,47	9256,47	1	9256,47	9256,47	1	9256,47	27769,41
47	Organiser des réunions semestrielles des 20 membres de la plateforme zéro-discrimination	2448,63	2	4897,25	2448,63	2	4897,25	2448,63	2	4897,25	14691,75
51	Tenir des réunions mensuelles notamment assurées par les pairs pour un système d'aide à l'observance dans 15 structures sanitaires (Psychologue conseiller, Assistant social, médiateur communautaire, ASC, relais communautaire, autres prestataires impliqués)	3298,87	6	19793,22	3298,87	6	19793,22	3298,87	6	19793,22	59379,66
58	Réaliser l'enquête d'évaluation du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	-	0	-	-	0	-	83780,82	1	83780,82	83780,82
65	Organiser des revues interrégionales semestrielles sur la qualité des services et données PTME pendant 3 jours pour 30 participants	8688,33	2	17376,67	8688,33	2	17376,67	8688,33	2	17376,67	52130,00
66	Organiser une revue nationale sur la qualité des services et données PTME	8688,33	1	8688,33	8688,33	1	8688,33	8688,33	1	8688,33	26065,00
70	Réaliser un état des lieux initial sur les besoins dans les sites ciblés par le déploiement pour la digitalisation des activités de la PTME	23533,75	1	23533,75	-	0	-	-	0	-	23533,75

112	Organiser des réunions trimestrielles de coordination des plateformes (santé Mère-Enfant, santé communautaire et SRPS)	930,10	4	3720,39	930,10	4	3720,39	930,10	4	3720,39	11161,18
132	Organiser des supervisions conjointes semestrielles de vérification et de collecte des données par le niveau central vers les régions y compris les ASC (Audit de la qualité des données pour le PU/PUDR: BP (1), BS (2), PNSR/PTME (1)) (SR/PR)	7321,66	2	14643,32	7321,66	2	14643,32	7321,66	2	14643,32	43929,95
135	Assurer le fonctionnement de l'Observatoire citoyen pour surveiller les politiques publiques et les pratiques en matière de santé et de droits sociaux, promouvant la transparence et la responsabilité	14867,82	1	14867,82	14867,82	1	14867,82	14867,82	1	14867,82	44603,47
138	Organiser un atelier national de 5 jours au profit de 30 OSC pour la définition de la méthodologie de suivi dirigé par les communautés sur le VIH/TB/Paludisme et droits humains ainsi que des indicateurs à suivre	7042,17	1	7042,17	-	0	-	-	0	-	7042,17
156	Organiser deux visites annuelles de 5 jours du LNRM par le laboratoire supranational	1750,00	1	1750,00	1750,00	1	1750,00	1750,00	1	1750,00	5250,00
162	Organiser des supervisions conjointes semestrielles : VIH, Paludisme, TB, HBV, pour les activités du laboratoire	14138,01	1	14138,01	14138,01	1	14138,01	14138,01	1	14138,01	42414,04
165	Mener une étude de prévalence des IST chez les PVVIH (HPV & Syphilis) à l'INRSP	2749,06	1	2749,06	-	0	-	-	0	-	2749,06
167	Mener une étude Stigma-index (PVVIH, populations clés et population générale) par une Assistance technique d'un consultant international en présentiel, et un consultant national de 21 jours chacun en 2026	-	0	-	22927,30	1	22927,30	-	0	-	22927,30
168	Réaliser une étude et conception d'un plan d'action pour la mise œuvre d'un Système d'information et de gestion de la logistique (SIGL)	19000,00	1	19000,00	-	0	-	-	0	-	19000,00
170	Mener une enquête de 45 jours sur les patients atteints de la tuberculose et les coûts catastrophiques liés à la maladie par une Assistance technique d'un consultant international en présentiel, et un consultant national de 45 jours chacun en 2026	-	0	-	33890,95	1	33890,95	-	0	-	33890,95
172	Mener des visites trimestrielles d'audit de données des 3 maladies par district.	14138,01	1	14138,01	14138,01	1	14138,01	14138,01	1	14138,01	42414,04
173	Mener des audits de la qualité des données du SNIS (DQA ou RDQA).	14138,01	1	14138,01	14138,01	1	14138,01	14138,01	1	14138,01	42414,04

178	Organiser une revue semestrielle nationale sur la qualité des soins, des données de la PEC des PVVIH et leur utilisation (30 participants, tous déplacés pendant 3 jours+3 facilitateurs)	11777,75	2	23555,50	11777,75	2	23555,50	11777,75	2	23555,50	70666,50
259	Mener les études IBBS (HSH, PS, détenus, Routiers, miniers, pêcheurs, migrants)	-	0	-	-	0	-	-	1	62500,00	62500,00
266	Assurer les coûts opérationnels des supervisions de la CDM 2026	-	0	-	167470,48	0,555	92946,11	-	0	-	92946,11
269	Assurer les coûts opérationnels de Suivi Evaluation de la CDM 2026	-	0	-	41701,82	0,555	23144,51	-	0	-	23144,51
283	Mener 8 missions de coaching et d'accompagnement pratique des OSC lors de la mise en œuvre des interventions pour les HSH, les PS (dès le commencement des activités, cette mission de 3 personnes 1 chauffeur + 2 superviseurs doit accompagner le processus durant 3 jours, dans chaque ville : 3 à NKC, 1 à NDB, Chami, Rosso, Kiffa, M'Bera)	1727,98	8	13823,84	-	0	-	-	0	-	13823,84
300	Organiser des réunions trimestrielles de coordination du Forum	2448,63	4	9794,50	2448,63	4	9794,50	2448,63	4	9794,50	29383,50
305	Organiser des missions de Supervision des 50 pairs éducateurs parmi les HSH et PS : Une supervision trimestrielle de 3 jours, dans les Wilayas de Nouakchott, Nouadhibou et Trarza pour le cadrage des activités et la vérification des données, Chaque axe de supervision se compose de : 1 chauffeur, et trois superviseurs (GAS, programmation et M&E)	3416,69	4	13666,75	3416,69	4	13666,75	3416,69	4	13666,75	41000,24
310	Tenir une rencontre semestrielle des jeunes leaders avec leurs mentors (réunion d'1 journée de 30 personnes (20 jeunes leaders + 10 mentors) à NKTT avec 15 Non-Résidents (T4-2026, T2-2027, T4-2027, T2-2028, T4-2028)	2699,31	2	5398,63	2699,31	2	5398,63	2699,31	2	5398,63	16195,88
327	Supervision annuelle de toutes les wilayas au niveau central par le PNLS, PNLTL et PNLP (pour maximiser les tests parasitologiques de tous les cas suspectés de paludisme)	22837,15	1	22837,15	22837,15	1	22837,15	22837,15	1	22837,15	68511,44
336	Etat de lieux de réseau de laboratoires en Mauritanie	20945,20	1	20945,20	-	0	-	-	0	-	20945,20
342	Supervision S/E Wilaya NKTT & NDB	8168,63	1	8168,63	7273,22	1	7273,22	6715,56	1	6715,56	22157,41
<b>Total</b>				<b>477 380</b>			<b>525 877</b>			<b>498 692</b>	<b>1 501 950</b>

