

République Islamique de Mauritanie
Honneur-Fraternité-Justice
Premier Ministère
Cabinet du Premier Ministre
Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida



Rapport d'Activités 2024

Décembre 2025

TABLE DE MATIERES

Mot du Secrétaire Exécutif National de Lutte contre le Sida	8
Introduction	9
I. Cadres Institutionnel et Stratégique	10
I.1. Cadre Institutionnel.....	10
I.1.1. Le Comité National de Lutte contre le Sida	10
I.1.1.1. Missions du CNLS.....	10
I.1.1.2. Composition du CNLS	10
I.1.2. Le Secrétariat Exécutif National	11
I.1.2.1. Missions du SENLS	11
I.1.2.2. Le Comité de Pilotage	12
I.1.2.3. Organigramme du SENLS	13
I.2. Cadre Stratégique.....	14
I.2.1. Résultats d'impacts	14
I.2.2. Résultats d'effets	14
II. Financements	15
II.1. Besoins	15
II.2. Sources	16
II.2.1. Partenariat FM.....	16
II.2.2. Co-Financement National.....	17
II.2.3. Paysage du Financement des PSN.....	18
II.2.3.1. Paysage du financement du PSN VIH :	18
II.2.3.2. Paysage du financement du PSN Tuberculose :	19
II.2.3.3. Paysage du financement du PSN Paludisme :	19
III. Système de Gestion.....	20
IV. Exécution budgétaire	21
V. Bilan des Interventions	24
V.1. Dans le domaine du VIH-Sida	24
V.1.1. Prévalence du VIH dans la population générale.....	24
V.1.2. Prévalence chez les Populations Clé (PC)	25
V.1.2.1. Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH)	25
V.1.2.2. Les Professionnelles du Sexe (PS)	26
V.1.2.3. Les détenus	26

V.1.2.4. Les groupes passerelles	26
V.1.3. Répartition géographique de la prévalence	26
V.1.4. Nouvelles infections	27
V.1.5. Décès liés au Sida	28
V.1.6. Infections Sexuellement Transmissibles (IST).....	29
V.1.7. Co-infection TB-VIH	30
V.1.8. Coïnfection avec l’hépatite virale B	30
V.1.9. Prise En Charge des PVVIH	30
V.1.9.1. Répartition géographique de la File Active (FA)	30
V.1.9.2. Répartition de la FA sous TAR par sexe.....	31
V.1.9.3. Evolution de la couverture en ARV	33
V.1.9.5. Situation par rapport aux 3*95	33
V.1.9.6. PEC des enfants	34
V.1.9.7. Indicateur d’observance	35
V.1.10. Prévention Transmission Mère-Enfant (PTME)	36
V.1.10.1. Couverture en PTME	37
V.1.10.2. Diagnostic précoce des enfants et la mise sous ARV	38
V.1.11. Autres Réalisations dans le domaine du VIH.....	39
V.1.11.1. Révision du PSN VIH 2022-2027	39
V.1.11.2. Appui au CTA et UPEC.....	40
V.1.11.3. Appui aux PVVIH	40
V.1.12. Actions de prévention dans le domaine du VIH/SIDA.....	40
V.1.12.1. Prévention dans la population générale.....	40
V.1.12.1.1. Communication	40
V.1.12.1.2. Dépistage	41
V.1.12.2. Prévention au sein des groupes passerelles.....	41
V.1.12.3. Prévention chez les populations clé	42
V.1.12.4. Distribution des préservatifs	43
V.1.12.5. Dépistage global	43
V.1.12.6. Intégration GV dans les programmes de prévention et soins du Sida	44
V.1.12.7. Conception et diffusion des spots de sensibilisation	44
V.1.12.8. Plaidoyer et Promotion des droits des PVVIH	44
V.1.12.8.1. Plaidoyer : la 36ème Edition de la Journée mondiale du Sida	44

V.1.12.8.2. Promotion des droits des PVVIH	45
V.1.13. Principaux Résultats d'Impacts et d'Effets et les Produits Obtenus.....	45
V.1.13.1. Principaux résultats d'Impacts et d'Effets dans le Sida :.....	46
V.1.13.2. Principaux produits transversaux :	46
V.1.13.2. Principaux produits spécifiques au Sida :	47
V.2. Dans le domaine de la Tuberculose	47
V.2.1. Incidence	47
V.2.2. Mortalité.....	48
V.2.3. Comorbidité.....	48
V.2.4. Notification des nouveaux cas.....	49
V.2.5. Succès du traitement de la TB Sensible.....	50
V.2.6. Succès du traitement chez les patients multirésistants (TB-MDR)	51
V.2.7. PEC de la TB	52
V.2.8. Répartition des CDT dans les Wilaya	52
V.2.9. Principaux résultats d'impacts et d'effets au niveau de la TB :	53
V.3. Dans le domaine du Paludisme	54
V.3.1. Endémicité et stratification du paludisme	54
V.3.2. Incidence	56
V.3.3. Mortalité.....	56
V.3.4. Couverture des femmes enceintes en (TPI) en 2024	56
V.3.5. Couverture des enfants de moins de 5 ans.....	57
V.3.6. Interventions clés	57
V.3.6.1. Lutte anti vectorielle :.....	57
V.3.6.2. Chimio Prophylaxie Saisonnière (CPS).....	58
V.3.7. Principaux résultats spécifiques d'impacts et d'effets dans le paludisme :	59
V.4. Renforcement du Système de Santé (RSS) / Acquisition ARV, réactifs, médicaments et autres produits de santé	60
V.4.1. RSS	60
V.4.1.1. Acquisition de centrales d'oxygène	60
V.4.1.2. Acquisition d'incinérateurs.....	61
V.4.1.3. Acquisition d'appareils GeneXpert	61
V.4.1.4. Acquisition des appareils TB-Lamp :	62
V.4.1.5. Appui à la Santé Communautaire.....	63
V.4.1.5.1. Acquisition de Smartphones pour les ASC	63

V.4.1.5.2. Acquisition d'Armoires pour les ASC	63
V.4.1.6. Appui à la PTME.....	63
V.4.1.6.1. Acquisition de kits audiovisuels.....	64
V.4.1.6.2. Formation des sage-femmes	64
V.4.1.7 Accréditations ISO 17025 du LNCQM.....	64
V.4.2. Acquisition ARV, réactifs, médicaments et autres produits de santé	64
V.4.2.1. Acquisitions sur Budget SENLS	64
V.4.2.2. Acquisitions sur Subvention FM	65
V.5. Suivi & évaluation	68
V.5.1. Rapport mondial sur le Sida 2024	68
V.5.2. Enquête bio-comportementale et sérologique (IBBS)	68
V.5.3. Digitalisation des données sanitaires	69
V.5.3.1. Système National d'Information Sanitaire (SNIS).....	69
V.5.3.2. Plateforme AMNIR CHIVA.....	69
V.5.3.3. Plateforme KP-AGV-MR	70
V.5.3.4. Evaluation des UPEC	70
VI. Défis et Recommandations	71
VI.1. Pour le VIH	71
VI.1.1. Principaux Défis.....	71
VI.1.2. Forces et Opportunités	71
VI.1.3. Faiblesses et Obstacles.....	71
VI.1.4. Recommandations	72
VI.2. Pour la Tuberculose	73
VI.2.1. Principaux défis	73
VI.2.2. Forces et Opportunités :	73
VI.2.3. Faiblesses et obstacles :	73
VI.2.4. Recommandations :	74
VI.3. Pour le Paludisme	74
VI.3.1. Principaux défis	74
VI.3.2. Forces et Opportunités	74
VI.3.3. Faiblesses et obstacles	74
VI.3.4. Recommandations	75
Conclusion	75

LISTE DES ACRONYMES & ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
CAMEC	Centrale d'Achat des Médicament et Consommables
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Instance Nationale de coordination des financements du FM
CDM	Campagne de Distribution de Masse
CHR	Centre Hospitalier Régional
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPS	Chimioprophylaxie Saisonnière
CS	Centre de santé
DC	Décès
DLMT	Direction des Maladies Transmissibles
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé à indicateurs Multiples
ENSC	Enquête Nationale de Surveillance Combinée
eTME	Elimination de la Transmission Mère Enfant
FM	Fonds mondial
GAM	Global AIDS Monitoring
GAS	Gestion Approvisionnement et Stock
GC7	Grant Cycle Seven
GRSE	Groupe de Référence en Suivi Evaluation
GV	Groupes Vulnérables
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IEC	Information - Education – Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LBV	Laboratoire de Bactériologie et Virologie
MILDA	Moustiquaire Imprégnée Longue Durée
Moughataa	Préfecture
NI	Nouvelles infections
NU	Nations Unies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PEC	Prise En Charge
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PS	Professionnelle du Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PNLS/H/IST	Programme National de Lutte contre le VIH, Hépatites, IST)
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PrEP	Prophylaxie Préexposition
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
S&E	Suivi et Evaluation
SENLS	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TAR	Traitement anti rétroviral
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose résistante à la rifampicines
TB-MDR	Tuberculose multirésistante
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TVM	Télévision de Mauritanie
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humain
Wilaya	Unité de découpage administratif (Région)

Mot du Secrétaire Exécutif National de Lutte contre le Sida

Dans le cadre des efforts déployés par notre Pays dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la COVID-19, le SENLS, sous l'égide du Comité National de Lutte contre le SIDA, a mis en œuvre pour le compte des pouvoirs publics, d'importants programmes d'appui à la santé publique au cours des dernières années.

Des avancées significatives, saluées par nos partenaires, ont été enregistrés, notamment dans le recul de l'incidence des trois maladies pandémiques. Ces avancées ont été réalisées à travers le renforcement du système national de santé, l'amélioration de l'accès aux soins, et la sensibilisation de la population générale ainsi qu'à la conscientisation des communautés les plus vulnérables.

Ces résultats n'auraient été possibles sans la forte volonté politique, de Son Excellence le Président de la République, M. Mohamed Ould Cheikh El-Ghazouani, concrétisée par les programmes sociaux mis en œuvre par le Gouvernement au profit des couches vulnérables.

Aussi, le partenariat avec le Ministère de la Santé, ainsi que l'appui de nos partenaires, au premier rang desquels le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, ont été déterminants.

Forts de ces progrès, nous devons maintenir le cap, bâtir sur les acquis, exploiter les opportunités qui s'offrent et œuvrer avec persévérance pour l'atteinte des objectifs fixés.

Je saisis cette opportunité pour saluer le fructueux partenariat avec le Ministère de la Santé et exprimer notre profonde gratitude à l'ensemble de nos partenaires techniques et financiers.

Mes remerciements vont aussi à l'équipe du SENLS, aux organisations communautaires et à tous ceux qui ont contribué à l'atteinte des résultats obtenus.

Ensemble, nous avons démontré que la solidarité et le partenariat inclusif constituent une voie prometteuse pour se libérer de la menace du Sida, de la Tuberculose et du Paludisme.

Pr. Abdallahi Ould Sidi Aly

Introduction

A l'instar de la communauté internationale, la Mauritanie a souscrit aux engagements internationaux visant à mettre fin aux pandémies du Sida, de la tuberculose et du paludisme à l'horizon 2030.

A cet effet, le pays a mis en place des dispositifs de riposte, pour lutter contre ces trois maladies, basés notamment sur des Plans Stratégiques Nationaux (PSN) élaborés selon une approche participative.

Pour honorer les engagements pris et atteindre les objectifs fixés dans les PSN respectifs, le pays a mobilisé des moyens conséquents sur le budget de l'Etat et a bénéficié de l'appui financier de bailleurs de fonds. Dans ce cadre, et à travers le SENLS des conventions de financement couvrant la période 2016 – 2024, ont été signées avec le FM.

Le présent rapport a pour objectif de fournir des informations holistiques sur la mise en œuvre des PSN sur ladite période, afin d'évaluer l'impact de la lutte contre les trois maladies.

Il fournit un résumé exécutif de l'action du SENLS en tant qu'organe opérationnel de la riposte nationale contre le VIH/SIDA mais également en tant que chargé de la gestion des financements extérieurs destinés notamment au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme, dans le cadre des conventions signées avec les bailleurs.

Le rapport analyse la situation des trois maladies en Mauritanie, identifie les contraintes rencontrées sur la voie de leur élimination ainsi que les opportunités susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs fixés. Aussi, il évalue l'efficacité, l'efficience et l'impact des interventions et fait état des progrès enregistrés.

Il présente enfin un ensemble de recommandations destinées à améliorer la riposte aux trois maladies afin de mettre fin aux trois pandémies à l'horizon 2030.

Globalement, ce document constitue à la fois un outil de communication, de sensibilisation, de plaidoyer, de mobilisation des ressources et de suivi-évaluation, à la disposition des pouvoirs publics, des bailleurs et des autres parties prenantes.

Le plan adopté pour le présent rapport s'articulera autour du cadre institutionnel et stratégique, des financements, du bilan des interventions, des défis à relever et des recommandations susceptibles d'améliorer l'efficacité des interventions futures.

I. Cadres Institutionnel et Stratégique

I.1. Cadre Institutionnel

Le dispositif organisant la riposte nationale contre le SIDA est régi par le nouveau décret n°2024-084 du 07 juin 2024 qui abroge et remplace le décret 2016-047 du 28 mars 2016, et qui fixe et redéfinit les missions et attributions du Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida.

Ce dispositif comprend : le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et le Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida (SENLS).

I.1.1. Le Comité National de Lutte contre le Sida

Le CNLS est responsable de la vision stratégique de la riposte contre le VIH/SIDA au plan national.

I.1.1.1. Missions du CNLS

Le CNLS est chargé de :

- Assurer la supervision et le pilotage politique de la riposte nationale au VIH/SIDA ;
- Veiller, dans le cadre de la multisectorialité de la lutte, à la cohérence des interventions des différents acteurs nationaux et internationaux ;
- Mobiliser les ressources financières nécessaires aux activités de lutte contre le VIH/SIDA.

I.1.1.2. Composition du CNLS

Le Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA est composé comme suit :

- Le Premier Ministre, Président.
- Le Ministre de la Santé, Vice-président.
- Le Ministre de la Justice ;
- Le Ministre de la Défense Nationale ;
- Le Ministre de l'Intérieur et de la Décentralisation ;
- Le Ministre des Affaires Islamiques et de l'Enseignement Originel ;
- Le Ministre de l'Economie et du Développement Durable ;
- Le Ministre des Finances
- Le Ministre de l'Education Nationale et de la Réforme du Système Educatif ;
- Le Ministre des Pêches et de l'Economie Maritime ;
- Le Ministre de la Culture, de la Jeunesse, des Sports et des Relations avec le Parlement ;
- Le Ministre de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Famille ;
- Le Commissaire aux Droits de l'Homme, à l'Action Humanitaire et aux Relations avec la Société Civile ;
- Le Président de la Commission Nationale des Droits de l'Homme ;
- Un Représentant de l'Assemblée Nationale ;

- Le Président de l'Association des Maires de Mauritanie ;
- Le Président de l'Association des Oulémas de Mauritanie ;
- Un Représentant des Partenaires Techniques et Financiers ;
- Un Représentant des Association des personnes vivant avec le VIH.

I.1.2. Le Secrétariat Exécutif National

Le SENLS est une entité qui relève du Cabinet du Premier Ministre et qui constitue l'organe opérationnel de la riposte nationale contre le VIH/SIDA ; il est dirigé par un Secrétaire Exécutif National (SEN), Conseiller du Premier Ministre.

I.1.2.1. Missions du SENLS

Le SENLS assure :

- La préparation des Plans Stratégiques Nationaux de Lutte contre le VIH/Sida (PSN) et les Plans d'actions qui en découlent.
- La mise en œuvre efficace de la réponse à l'épidémie du VIH/SIDA.
- La coordination et le suivi de toutes les activités en Mauritanie relative au VIH/SIDA nonobstant le bailleur ainsi que la production d'informations stratégiques consolidées sur l'évaluation de l'épidémie du VIH/SIDA dans toutes les couches de la population en Mauritanie.
- Le suivi, l'évaluation et la production de rapports sur la mise en œuvre des PSN, la dissémination de l'information, la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA et toutes autres mesures relatives à la mise en œuvre de la Politique Nationale de lutte contre le VIH/SIDA, issue du PSN de lutte contre le VIH/SIDA.
- La gestion des fonds mis à sa disposition et destinés à la lutte contre le VIH en Mauritanie selon les réglementations en vigueur, les manuels de procédures et les dispositions des accords en cas de financement extérieur.

Le SENLS est chargé de façon plus spécifique :

- Fournir au Gouvernement les avis /conseils techniques demandés, sur toutes les questions relatives au VIH/SIDA ;
- Coordonner les réponses au VIH/SIDA, des différents intervenants gouvernementaux, des partenaires au développement, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), ainsi que des organismes et associations, au niveau régional, communal ou local, et les assister au besoin ;
- Promouvoir la prévention par la sensibilisation, la prise de conscience et la connaissance du VIH/SIDA en Mauritanie auprès de la population générale, des groupes les plus exposés au VIH et des acteurs concernés par la riposte au VIH ;
- Appuyer la chaîne d'approvisionnement nationale en produits de santé à travers la gestion des intrants spécifiques à la lutte contre le VIH/Sida ;
- Renforcer les capacités du personnel impliqué dans la prise en charge des PV VIH ;

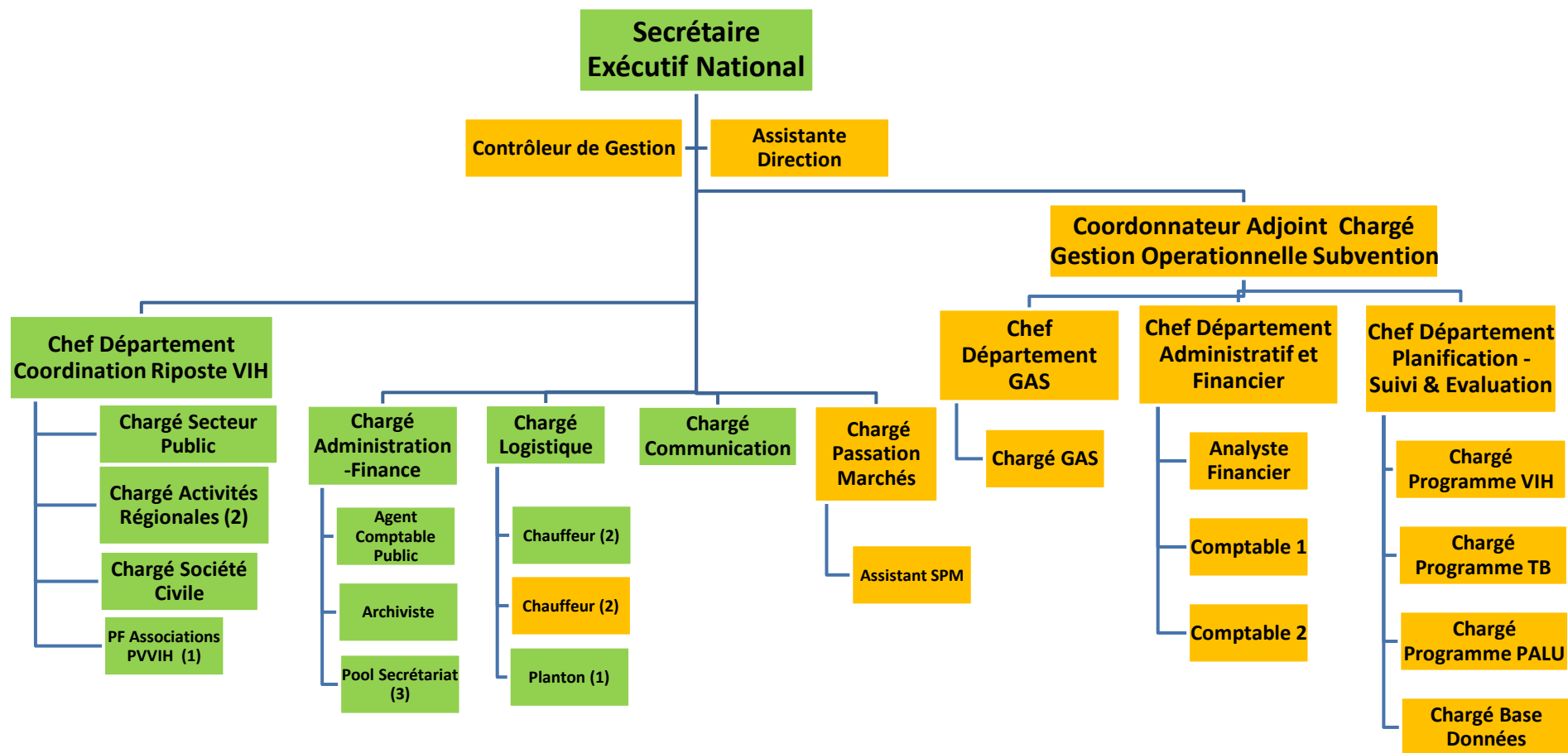
- Promouvoir l'intégration de la prise en charge du VIH dans le système de santé, en vue d'atteindre les cibles 95-95-95 et d'éliminer l'épidémie à l'horizon fixé par la communauté internationale ;
- Promouvoir les droits humains et réduire les obstacles à l'accès aux services liés au VIH/sida ;
- Fournir à toutes les parties concernées par la riposte, un appui technique pour la conception, la planification, le suivi et l'évaluation de leurs programmes respectifs ;
- Suivre et évaluer, au niveau national, les Plans d'Actions ciblant les secteurs publics et privés et les programmes exécutés par les Organisations de la Société Civile (OSC) ;
- Consolider les informations sur la situation du VIH/SIDA en Mauritanie ;
- Présenter des rapports semestriels au CP et annuels au CNLS ;
- Appuyer le CNLS en matière de plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- Préparer et organiser les revues avec les partenaires au développement ;
- Coordonner la participation de la Mauritanie aux activités sous régionales, régionales et internationales relatives à la lutte contre le VIH/Sida ;
- Echanger avec les organes similaires des autres pays et les organismes spécialisés, les expériences apprises en vue de les partager avec les acteurs nationaux engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA.

1.1.2.2. Le Comité de Pilotage

Le SENLS est assisté par un Comité de pilotage (CP) qui constitue son organe délibérant qui a pour missions :

- Approuver le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA (PSN) ;
- Veiller à la conformité des plans d'action aux orientations, aux objectifs et aux actions prioritaires du PSN/VIH/SIDA ;
- Arrêter le programme annuel de travail du SENLS ;
- Adopter le budget annuel du SENLS ;
- Approuver les comptes annuels du SENLS ;
- Adopter l'organigramme, le règlement intérieur, le statut, la grille des rémunérations et les avantages du personnel du SENLS et du Président et des membres de l'organe délibérant.

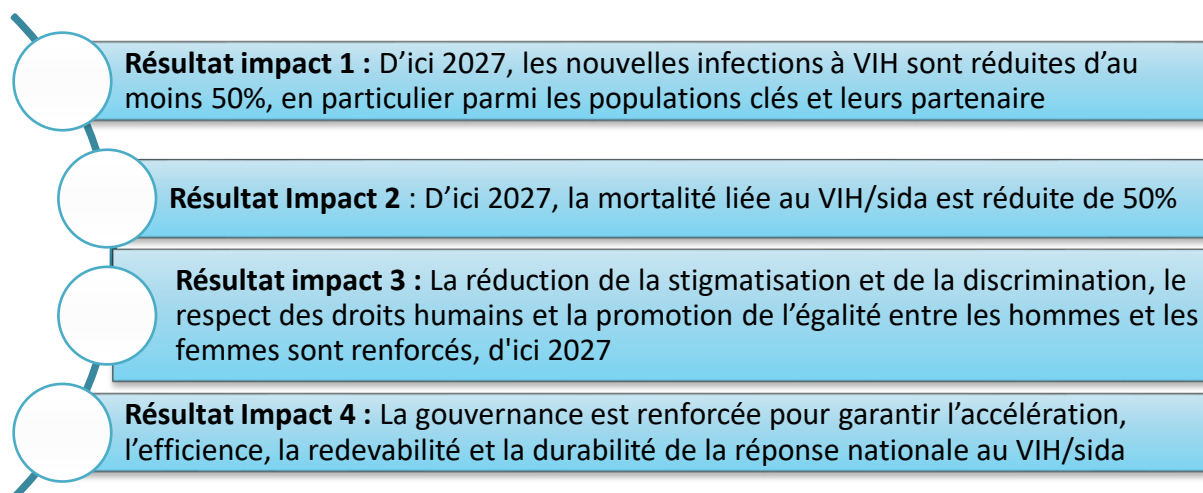
I.1.2.3. Organigramme du SENLS



I.2. Cadre Stratégique

Le cadre stratégique est régi par des Plans Stratégiques Nationaux quinquennaux. Pour le VIH, le PSN en cours couvre la période 2022-2027 ; il a été élaboré suivant une approche inclusive et participative dans l'objectif d'atteindre quatre résultats d'impact à travers 16 résultats d'effets :

I.2.1. Résultats d'impacts



I.2.2. Résultats d'effets

<p>Résultat impact 1 : D'ici 2027, les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50%, en particulier parmi les populations clés et leurs partenaire</p>	Effet 1.1 : En 2027, 90% des populations clés (TS, HSH, détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées
	Effet 1.2 : En 2027, les approches différenciées de prévention sont développées auprès des femmes et des hommes issues des autres populations vulnérables en associant les acteurs communautaires
	Effet 1.3 : En 2027, les adolescent(e)s et jeunes 15-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et bénéficient d'une offre de service de prévention adaptée
	Effet 1.4 : D'ici 2027, 90% des populations clés et vulnérables utilisent systématiquement le préservatif lors des relations sexuelles à risque
	Effet 1.5 : D'ici 2027, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est assurée à moins de 2%
	Effet 1.6 : D'ici 2027, les accidents d'exposition au sang (AES) et autres liquides biologiques sont assurés dans les structures hospitalières
<p>Résultat impact 2: D'ici 2027, la mortalité liée au VIH/sida est réduite de 50%</p>	Effet 2.1 : En 2027, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et approches différenciées de services
	Effet 2.2 : En 2027, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, avec la contribution active des acteurs communautaires

	Effet 2.3 : En 2027, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable, avec la contribution active des acteurs communautaires et au passage à l'échelle des approches différenciées de services
<u>Résultat impact 3</u> : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes sont renforcés, d'ici 2027	Effet 3.1 : En 2027 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination
	Effet 3.2 : En 2027, l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les hommes et les femmes et de lutte contre les violences basées sur le genre
<u>Résultat d'impact 4</u> : La gouvernance est renforcée pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida	Effet 4.1 : Le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH/sida et IST sont assurés efficacement aux niveaux central et décentralisé
	Effet 4.2 : L'engagement communautaire apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse à l'épidémie de VIH/sida
	Effet 4.3 : Le financement du PSN par les ressources nationales (Etat, Collectivités Territoriales et Secteur Privé) et internationales couvre l'ensemble des besoins du PSN 2022-2027
	Effet 4.4 : L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST est régulièrement produite et utilisée pour la prise de décision, le suivi-évaluation des interventions est réalisé de façon efficace
	Effet 4.5 : D'ici 2027, la chaîne d'approvisionnement est renforcée au niveau central et régional et permet de disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)

II. Financements

II.1. Besoins

Les besoins de financement des trois PSN pour la période 2022-2027 sont estimés à MRU. Ces besoins se répartissent par année comme suit :

Année / Montants	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total MRU
VIH	241 961 058	261 317 943	282 223 379	290 690 080	299 410 782	308 393 106	1 683 996 348
TB	-	-	66 311 844	88 890 123	103 093 014	74 114 011	332 408 993
PALU	267 155 806	465 734 537	285 073 926	238 651 794	468 604 265	247 189 056	1 972 409 384
Total MRU	509 116 864	727 052 480	633 609 149	618 231 997	871 108 061	629 696 173	3 988 814 725

Tableau 1 : Besoins en financements des PSN, par année

Pour le VIH, les besoins par résultats d'impact, se répartissent comme suit :

- Résultat Impact 1 : 60.030.4616 MRU,
- Résultat Impact 2 : 5.444.59.215 MRU,
- Résultat Impact 3 : 302.021.051 MRU,
- Résultat Impact 4 : 237.211.466 MRU.

II.2. Sources

Le gouvernement mauritanien et le Fonds mondial constituent les principaux bailleurs de la Riposte contre les trois maladies.

II.2.1. Partenariat FM

La Mauritanie et le FM ont signé le 08 janvier 2016 un Accord-cadre visant à établir des accords de confirmation de subvention en vue de mettre en œuvre certains programmes de santé dont les détails seront définis dans chaque accord de confirmation.

Dans ce cadre le SENLS a signé trois accords de confirmation de subvention (AC) avec le FM en tant que Récipiendaire Principal (RP) des subventions du FM pour la lutte contre le Sida, la TB et le paludisme, durant la période 2016-2024. En vertu de ces AC, la Mauritanie s'est engagée à cofinancer la lutte contre ces trois maladies sous forme de contrepartie des financements accordés par le FM.

En outre, le RP/SENLS s'est engagé à :

- Garantir la bonne gestion financière et comptable des Fonds mis à la disposition du pays par le bailleur ;
- Utiliser les fonds exclusivement pour la mise en œuvre des activités, conformément aux directives contenues dans le Règlement du FM relatif aux subventions et aux dispositions de l'AC, le cas échéant demander la non objection au bailleur ;
- Veiller sur l'efficacité et l'efficacé des interventions ;
- Veiller à l'atteinte des objectifs assignés dans les cadres de performances contractuels des différentes composantes de la Subvention ;
- Rapporter périodiquement les progrès réalisés vis-à-vis des objectifs ;
- Veiller à ce que les communautés soient intégrées dans la prise de décisions programmatiques et dans le processus de mise en œuvre (MEO) des activités ;
- Respecter les normes juridiques, issues du Droit humanitaire pour éliminer les obstacles qui entravent l'offre des services de soin, liés à la marginalisation ou la stigmatisation de certains groupes de population.

Le modèle établi ne se limite pas à la lutte contre les trois maladies, mais accorde aussi un intérêt particulier au renforcement du système national de santé, afin qu'il soit résilient et pérenne.

C'est ainsi que pour la période 2016–2024 (NFM1, NFM2, NFM3), le FM a octroyé à la Mauritanie trois cycles de financements d'un montant total de 73 674 107 USD en appui à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la mise en place d'un système de santé résilient et pérenne. Ces financements se répartissent comme suit :

Subvention	Période	Montant en US\$
NFM1	De Juillet 2016 à Décembre 2018	29 576 074
NFM2	De Juillet 2019 à Décembre 2021	15 615 515
NFM3	De Janvier 2022 à Décembre 2024	28 482 518
Total		73 674 107

Tableau 2 : Financements du FM 2016-2024

Pour la période 2025-2027, le SENLS a accompagné le processus de mobilisation du financement du FM, dans le cadre du nouveau cycle de financement (GC7)..

Cette subvention dénommée «MRT-Z-SENL-S-GC7», d'un montant de 21 002 652 Dollars, rentre dans le cadre du programme de soutien au pays, dénommé «Investir pour atteindre un impact dans la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme». Il a pour objectifs de :

- Mettre en place une base solide à l'atteinte des 95-95-95 en 2027 et à l'élimination de l'épidémie du VIH/SIDA en 2030.
- 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.
- Contribuer à l'atteinte de l'objectif d'élimination du paludisme d'ici 2030.
- Mettre en place des systèmes résilients et pérennes pour la santé.
- Par rapport à la lutte contre le Sida, la subvention GC7 vise la réduction des nouvelles infections, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH et aux autres comorbidités, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH, le respect des droits humains, la lutte contre toutes les formes de discrimination, ainsi que l'efficacité de la gouvernance à travers une réponse efficiente et durable.

II.2.2. Co-Financement National

Dans le cadre de ses engagements de cofinancement la Mauritanie a régulièrement inscrit une contrepartie dans son Budget annuel. Pour la subvention NFM3 (2022-204), la Mauritanie a mobilisé un cofinancement de 6 598 100 USD, correspondant à 124% des engagement pris.

Le tableau ci-dessous détaille l'exécution desdits engagements :

	2022	2023	2024	Total	Pourcentage
Composante	Montants mobilisés				
VIH	762 542	1 138 353	1 183 338	3 084 233	87%
TB	108 563	9 803	16 662	135 028	34%
Paludisme	747 043	1 628 499	1 003 296	3 378 838	248%
Total	1 618 147	2 776 656	2 203 297	6 598 100	124%

Tableau 3 : Exécution des engagements de cofinancement

II.2.3. Paysage du Financement des PSN

En plus des deux principaux bailleurs de la riposte contre les trois maladies (Etat, FM), d'autres contributeurs participent au financement (ONUSIDA et Expertise France). Les tableaux ci-dessous présentent les paysages de financement des PSN des trois maladies.

II.2.3.1. Paysage du financement du PSN VIH :

Exercice financier	Antérieur			Estimé		
	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Besoins en financements du PSN de Lutte contre le Sida 2022-2027						
Budget PSN-Sida	241 961 058	261 317 943	282 223 379	290 690 080	299 410 782	308 393 106
Contribution Nationale						
Gouvernement	37 375 000	37 375 000	37 375 000	37 375 000	37 375 000	37 375 000
Contribution des partenaires						
Fonds mondial	62 254 110	49 293 215	49 820 692	63 868 497	57 227 085	67 747 254
Expertise France	0	0	4 626 437	0	0	0
ONUSIDA	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
Total contributions partenaires	62 555 110	49 593 215	54 747 129	64 168 497	57 527 085	70 047 254
Total financement	99 930 110	86 968 215	92 122 129	101 543 397	94 900 085	107 422 254

Tableau 4 : Contribution au financement du PSN 2022-2027 par source

Le tableau montre que les financements mobilisés étaient de 99 930 110 MRU en 2022, 86 968 215 MRU en 2023 et 92 122 129 MRU en 2024.

II.2.3.2. Paysage du financement du PSN Tuberculose :

Budget par objectif	2 024	2 025	2 026	2 027	Total en USD
Objectif 1 : Détecter 10179 cas de tuberculose de 2022 à 2025	507 587	883 213	1 290 319	670 431	3 351 550
Objectif 2 : traiter avec succès au moins 90 % des patients mis sous traitement	201 243	269 102	274 155	253 743	998 244
Objectif 3 : Diagnostiquer 289 cas de TBMR de 2021 à 2025 et traiter 100 % des malades	175 611	193 167	169 963	161 760	700 500
Objectif 4 : 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	85 826	76 595	85 826	67 915	316 162
Objectif 5 : Augmenter la demande de soins en matière de tuberculose par la collaboration avec les communautés, la société civile, les secteurs ministériels et le secteur privé	218 819	268 531	251 911	221 113	960 374
Objectif 6 : Améliorer les pratiques de gestion du PNLTL	506 760	630 931	637 651	526 205	2 301 547
Objectif 7 : Promouvoir la recherche opérationnelle	49 202	17 675	3 149	49 202	119 228
Total en USD	1 745 049	2 339 214	2 712 974	1 950 369	8 747 605
Totaux en MRU	66 311 844	88 890 123	103 093 014	74 114 011	332 408 993

II.2.3.3. Paysage du financement du PSN Paludisme :

Items	Budget par année (MRU)					Total MRU	
	2021	2022	2023	2024	2025	2021-2025	% par source
PSNEP	172 546 129	67 155 806	465 734 537	285 073 926	238 651 794	1 429 162 191	
ETAT	6 237 670	6 804 731	7 371 792	7 938 853	8 505 914	36 858 959	2.58%
OMS	32 090 100	3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	46 090 100	3.22%
UNICEF	-	8 400 000	9 100 000	5 250 000	5 250 000	28 000 000	1.96%
FM	49 015 610	105 000 000	177 393 055	137 606 945	-	469 015 610	32.82%
OMVS	-	-	25 403 980	-	-	25 403 980	1.78%
RBM	1 050 000	350 000	1 750 000	350 000	1 050 000	4 550 000	0.32%
Total Ressources disponibles	88 393 380	124 054 731	224 518 827	154 645 798	18 305 914	609 918 649	42,68%
% Financement par an	51,23%	46,44%	48.21%	54.25%	7.67%	42.68%	

III. Système de Gestion

Le SENLS gère les fonds mis à sa disposition suivant les manuels de procédures et les réglementations en vigueur ainsi que les dispositions des accords en cas de financement extérieur.

Dans ce cadre, et capitalisant les antécédents de gestion des années 2009-2010 avec le FM, le SENLS a adopté une politique qualité et une méthodologie professionnelle pour bâtir un système de management solide, fondé sur la sécurité des fonds mis à sa disposition et la qualité de l'approche organisant la mise en œuvre de ses activités.

Ainsi, le SENLS a d'abord élaboré en 2016 un manuel de procédures administratives, financières et comptables (MPAFC), s'inscrivant dans une approche holistique d'harmonisation de toutes les procédures de gestion des financements mis à sa disposition, sans considération de leurs sources.

Ce manuel, actualisé régulièrement, détaille les procédures administratives, financières et comptables régissant son action, aussi bien au niveau de l'organisation générale, que des opérations liées à la gestion du personnel, que de la définition des schémas et guides d'opérations particulières.

Il décrit les conditions de partenariat et de sous-traitance, définit les procédures de contrôle et de supervision et fixe également les outils de gestion.

Par la suite un manuel des procédures des Sous Bénéficiaires (MPSB), mettant en exergue des procédures simplifiées et opérationnelles, a été mis en place. Il définit les obligations mutuelles entre le RP et les SB, liste les processus de travail et trace la voie à suivre pour leur gestion : ressources humaines, missions, ateliers, formations, réunions, achats... Ce manuel a fixé les outils et les modèles de documents de référence pour chaque processus : fiches, rapports, bons, livres, demandes d'achat... Il a aussi établi la liste des pièces justificatives des avances de fonds au profit des SB. Ces derniers ont bénéficié de formations successives les habilitant à se familiariser avec le contenu du MPSB.

En plus de ces documents, un manuel de procédures de passation des marchés (MPPMP) a été élaboré en 2018. Ce manuel constitue le cadre d'exécution de l'ensemble des activités du SENLS relatives aux acquisitions de biens et services non sanitaires.

Ce manuel est également applicable pour la réalisation des activités des SB, financées par le FM à travers le SENLS. Il est complété par un document-cadre simplifié et adapté à la nature des SB.

L'ensemble des procédures citées sont en parfaite adéquation avec les principes fondamentaux de gestion et règles d'éthique, les directives du bailleur et les textes nationaux, en matière de gestion des acquisitions. Il prend aussi en compte les

particularités des acteurs impliqués dans la gestion des fonds et marchés attribués par le SENLS et précise leurs responsabilités.

Par ailleurs, on se doit de rappeler que le MPAFC prévoit au sein de ses instances de contrôle l'assistance d'un Agent Local du Fonds (LFA) pour fournir au FM des avis indépendants durant la mise en œuvre des subventions. L'assistance du LFA consiste à superviser et vérifier de manière indépendante l'évolution de la mise en œuvre des activités et leur justification financière tout au long du cycle de subvention.

Avant la signature de l'accord de subvention entre le FM et le SENLS, le LFA a conduit une évaluation des capacités du SENLS pour vérifier s'il est habilité à assumer la responsabilité de RP. Cette évaluation avait porté sur les capacités institutionnelles, programmatiques, en gestion financière et administrative ainsi qu'en suivi-évaluation. Elle avait également porté sur les capacités d'acquisitions et d'approvisionnements en médicaments et intrants médicaux.

D'un autre côté, il importe de rappeler que le système de gestion du SENLS est soumis annuellement à un audit financier externe, faisant partie intégrante du mécanisme de contrôle financier de la mise en œuvre de ses activités. Cet audit organisé à la fin de chaque exercice est nécessaire pour l'approbation des états financiers de fin d'exercice et son rapport doit être disponible pour examen avant le 31 mars de l'année suivant la clôture de l'exercice comptable.

Pour pérenniser ces acquis et améliorer la gestion de ses processus, le SENLS a mis en place un programme d'évaluation des performances de son système de management de la qualité. Les goulots d'étranglement constatés sont analysés au cours de réunions hebdomadaires du staff de suivi de mise en œuvre des activités, où les mesures correctives nécessaires sont arrêtées.

La performance du système de management de la qualité a été confirmée en 2024, lors du dernier audit du SENLS, réalisé par les auditeurs indépendants du Bureau international "BDO LLP", basé à Londres.

Suite aux progrès réalisés et à l'expertise accumulée par le SENLS ces dernières années, sur plusieurs aspects couvrant la gouvernance, la gestion transparente des fonds et la redevabilité, le FM, s'appuyant notamment sur l'absence de dépenses inéligibles et considérant que les risques de gestion sont désormais mitigés, a levé certaines mesures de sauvegarde appliquées à la Mauritanie, dont la présence d'un Agent Fiduciaire.

IV. Exécution budgétaire

Le SENLS assure le pilotage et le suivi de l'exécution des dépenses de la subvention en veillant à leur régularité, et à leur conformité aux lignes budgétaires dédiées.

L'exécution du budget obéit à des règles visant à garantir sa conformité avec la planification initiale, tout en assurant la mitigation des risques de gestion.

Les écarts éventuels entre la mise en œuvre des interventions planifiées et les réalisations effectuées peuvent conduire à des reprogrammations budgétaires à travers le choix d'interventions qui sont à la fois réalisables et de grand impact afin d'accroître l'efficacité de l'utilisation des ressources budgétaires allouées.

Ainsi, pour le NFM3, l'exécution budgétaire, donne un taux cumulé d'absorption de 89%. Parmi les activités clé, la CDM et la CPS se taillent la part du lion passant de 43% dans le budget initial à 51% dans le budget reprogrammé ; les budgets du GAS et des activités programmatiques ont connu une régression passant respectivement de 28% à 24% et de 15% à 11%. Par contre, les charges de l'AF ont connu une augmentation significative passant de 3% à 6% du budget global.

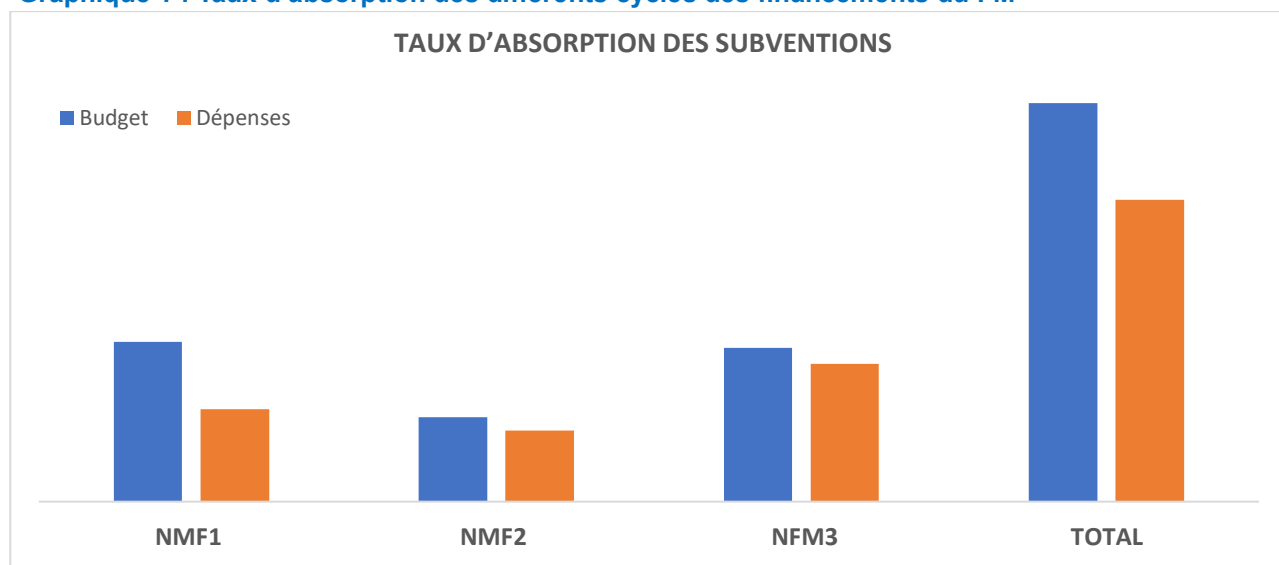
La répartition par composante de l'exécution budgétaire des financements du FM sur les trois derniers cycles se présente comme suit :

Composante	NFM1	NFM2	NFM3	Total
VIH	3 660 243	2 193 287	2 991 637	8 845 167
TB	2 315 752	460 099	659 170	3 435 021
Paludisme	11 131 229	6 305 243	11 945 567	29 382 038
RSS	0	1 146 388	584 873	1 931 261
Transversal	0	2 381 477	2 907 174	5 288 651
COVID-19	0	499 056	5 784 858	6 283 914
Total	17 107 223	13 185 551	25 476 715	55 769 489

Tableau 5 : Exécution des financements FM par composante

Le taux d'exécution de ces subventions est illustré dans les histogrammes ci-dessous :

Graphique 1 : Taux d'absorption des différents cycles des financements du FM



Pour le NFM3, l'exécution budgétaire et le taux d'absorption sont consignés dans le tableau ci-dessous

Activités clés	Budget Initial	Engagements 2024	Total Dépenses	Taux d'exécution
CDM-2023	8 522 190	38 266	8 810 605	103%
GAS	6 736 961	253 274	5 151 216	76%
PSA (Centrales oxygène)	4 022 532	0	4 106 880	102%
Activités programmatiques (DLMT, PNSC, PNLP, PNLS, PNLT, SNIS et CTA)	3 966 568	48 286	1 878 516	47%
CPS	1 150 065	0	1 697 569	148%
PR	1 562 690	0	1 344 336	86%
Agence Fiscale GFA & Audit Externe	740 088	185 379	1 525 378	206%
CAMEC (Entrepot)+ (Stockage et Distribution)	767 471	0	260 772	34%
Activités communautaires	521 781	10 092	238 839	46%
Incinérateurs	214 398	0	262 419	122%
IBBS	193 956	58 242	190 286	98%
LNCQM (Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments)	60 000	9 898	9 898	16%
INRSP/RSS	23 817	0	0	0%
Total général	28 482 518	603 437	25 476 715	89%

Tableau 6 : Exécution budgétaire NFM3

V. Bilan des Interventions

D'importantes interventions ont été menées, permettant des avancées significatives dans les indicateurs et l'impact de la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme.

Ainsi, la prévalence du VIH dans la population générale en Mauritanie a connu une régression significative, passant de 0.48% en 2015 à 0.17% en 2024, soit une diminution de 66% sur la décennie. Les décès liés au Sida sont également en régression continue. Ils ont été de 383 en 2019 et de 229 en 2024, soit une baisse de 40% sur la période.

Au niveau de la TB, l'incidence a connu une régression significative depuis 2016, passant de 94.53 pour 1000 habitants à 38.3 pour 1000 habitants en 2023, soit une réduction de 60% sur huit ans.

Par rapport au paludisme, on note une diminution de la mortalité rapportée, passant de 43.02/100 000 habitants en 2020 à 4.4/100 000 habitants en 2023, soit une diminution de 89.8% sous l'effet conjugué des campagnes de distribution de masse des MILDA et des CPS.

V.1. Dans le domaine du VIH-Sida

V.1.1. Prévalence du VIH dans la population générale

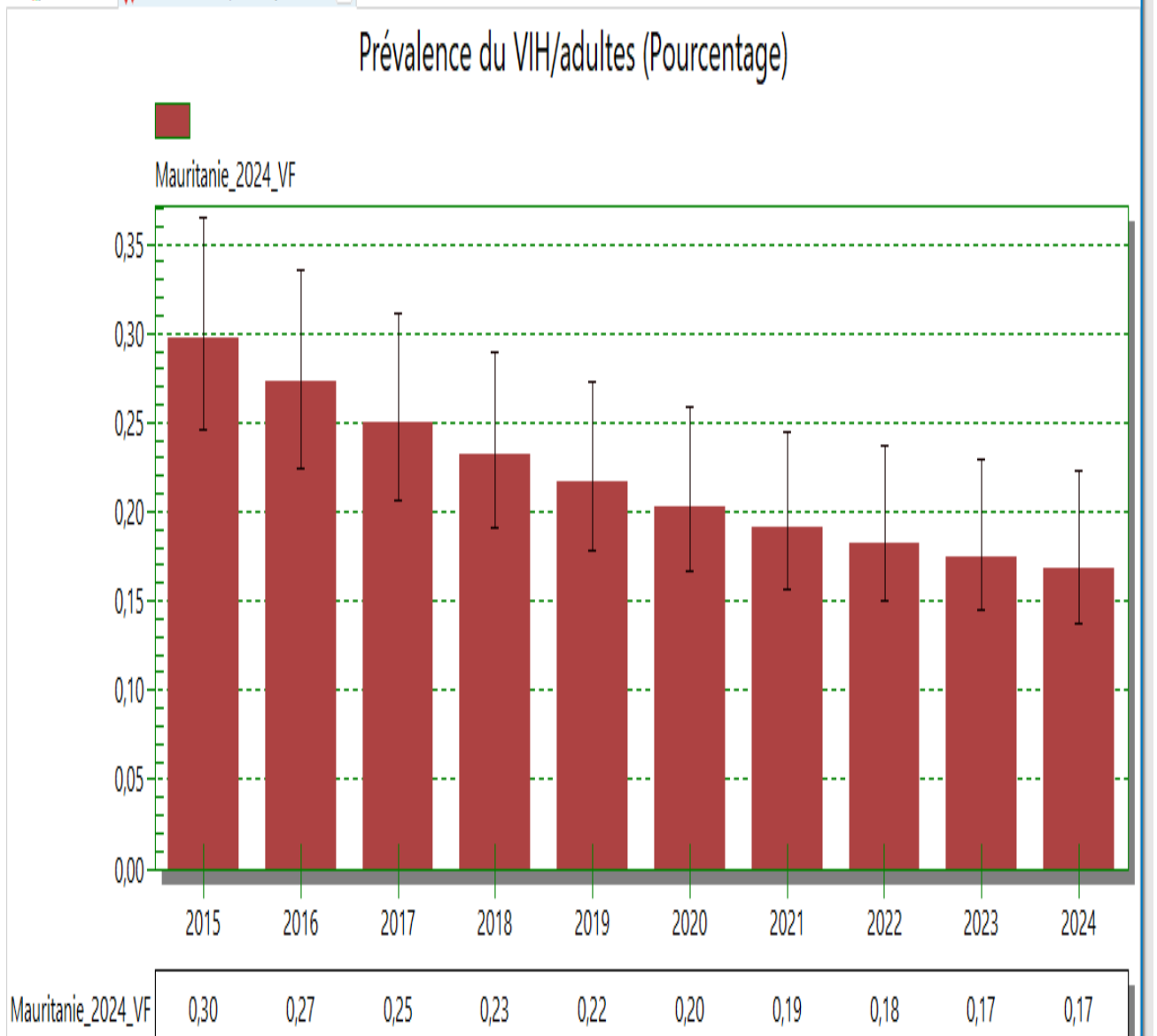
Il est admis, selon les différentes enquêtes, que le profil épidémiologique du Sida en Mauritanie est de type concentré, c'est-à-dire une épidémie faible dans la population générale mais dynamique à forte dans les populations clés (PS, HSH et détenus) et leurs partenaires.

Les estimations successives du Spectrum indiquent une prévalence faible avec une régression nette de 2015 à 2024, passant dans la population générale de 0.48% en 2015 à 0.17% en 2024 (Spectrum 2024), avec 0.16% pour les hommes contre 0.18% pour les femmes.

Le profil épidémiologique du Sida se résume donc comme suit :

Adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH	6 007
Hommes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH	3 039
Femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH	2 968
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH	391
Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15- 49 ans	0.17%
Prévalence du VIH chez les hommes âgés de 15 à 49 ans	0.16%
Prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	0.18%

Tableau 7 : Récapitulatif du profil pays 2024 - Source : Spectrum ONUSIDA 2024



Graphique 2 : Evolution de la prévalence ; Source : Spectrum ONUSIDA 2024

V.1.2. Prévalence chez les Populations Clé (PC)

L'exploitation des données des différentes enquêtes montre que la prévalence du VIH chez les PC connaît des disparités entre les différentes wilayas, ayant des profils sociodémographiques proches.

V.1.2.1. Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH)

La prévalence dans ce groupe a connu une nette régression entre 2014 et 2019. En effet, l'IBBS de 2014 a estimé la prévalence des HSH à 44.4%, contre 23.4% pour l'IBBS 2019 : (24,9% à Nouakchott, 4,7% à Nouadhibou et 3,7% à Rosso).

V.1.2.2. Les Professionnelles du Sexe (PS)

La prévalence dans ce groupe a connu une fluctuation entre les trois IBBS réalisées dans le pays et est passée de 7.6% 2007 à 4% en 2014 et 9% en 2019. Des disparités dans cette prévalence existent entre les différentes villes : 10,3% à Nouakchott, 2,9% à Nouadhibou et 1,1% à Rosso (IBBS 2019).

V.1.2.3. Les détenus

Deux études séro- comportementales (IBBS) ciblant les détenus ont été réalisées en 2007 et 2014. Ces études ont montré un taux de séropositivité de 3.9% en 2007, contre 2.9% en 2014.

L'IBBS effectuée en 2024 couvrant les PS, les HSH et les détenus a montré une prévalence de 1.7% chez les détenus.

V.1.2.4. Les groupes passerelles

Ces groupes de populations passerelles, connus pour leur mobilité, sont constitués des routiers, pêcheurs, orpailleurs, migrants, réfugiés et les forces armées et de sécurité.

Les dernières enquêtes menées chez les routiers et les pêcheurs, ont retrouvé que la séropositivité a été respectivement de 1.9 % et 0.6 %. La Campagne d'«Intégration des groupes passerelles dans les programmes de préventions et de soins du Sida dans le pays», menée en 2024, et ciblant les orpailleurs, a révélé que sur 665 personnes dépistées 17 sont positives, soit une séropositivité de 2.55%. La même campagne a révélé que sur 432 réfugiés dépistés, au niveau du camp de M'berra, cinq sont positifs, soit 1,16 %.

Le tableau ci-dessous récapitule les données rapportées ci-haut.

Groupe passerelle	Séropositivité	Source de l'information
Pêcheurs	0.6%	IBBS 2014
Routiers	1.9%	IBBS 2014
Orpailleurs	2.55%	Rapport Campagne
Réfugiés	1.16%	Rapport Campagne

Tableau 8 : Séropositivité dans le groupe passerelle

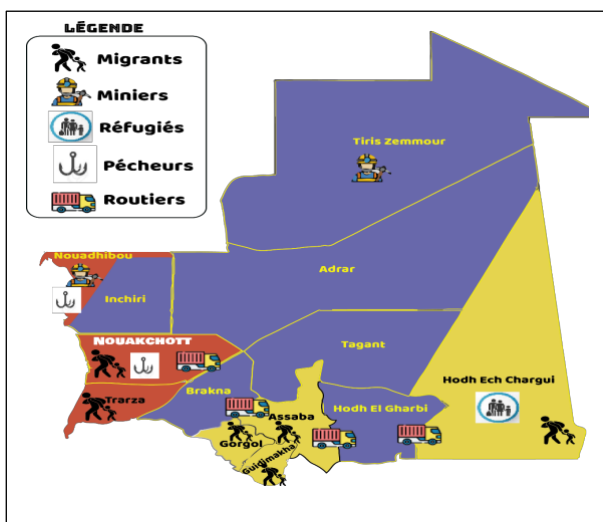
V.1.3. Répartition géographique de la prévalence

Bien que les enquêtes bio comportementales (IBBS) réalisées en 2007, 2014, 2019 et 2024 n'aient pas prévu la désagrégation de la prévalence par wilaya, les informations disponibles sur les différentes wilayas et les groupes de populations y résidant permettent l'élaboration d'une cartographie des risques de propagation du VIH dans le pays.

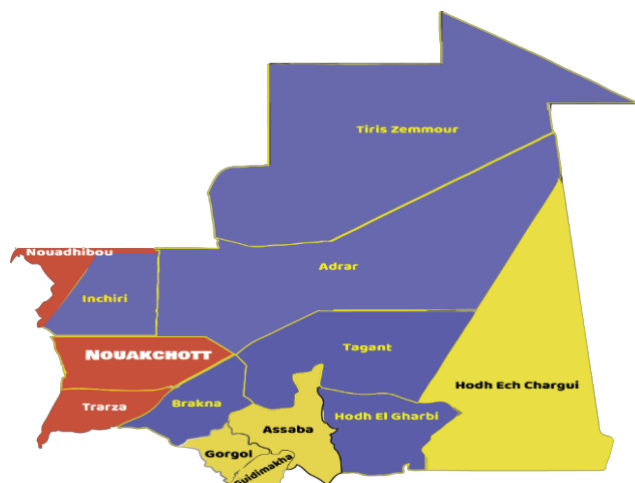
Aussi, l'analyse des facteurs déterminant la propagation du VIH nous permet de dessiner une carte de prévalence par rapport à la moyenne nationale.

Il est à noter que l'analyse épidémiologique et comportementale des données probantes permet de classer les déterminants de l'épidémie en deux catégories distinctes, à savoir (i) les facteurs de risque et (ii) les facteurs de vulnérabilité. Le facteur de risque est « *la caractéristique individuelle ou collective, endogène ou exogène, augmentant de façon statistiquement significative la probabilité d'apparition et de développement d'une maladie*, alors que la vulnérabilité d'un individu, d'un groupe exprime *la soumission à des contraintes externes qui facilitent l'apparition chez la personne ou le groupe de comportement qui l'expose à l'infection* ». Au-delà des facteurs spécifiques à chaque groupe, certains facteurs créent un environnement de vulnérabilité généralisé au sein de la population, en particulier la tranche des jeunes. Il s'agit de la pauvreté, la mobilité et le multi-partenariat sexuel (Polygamie, remariage...). Pour d'autres groupes, il existe des déterminants clé de propagation de l'épidémie à savoir : la faiblesse du niveau d'information, la migration, le travail du sexe et l'insuffisance d'accès aux moyens de prévention.

En l'absence d'informations stratégiques ou de données de surveillance, on peut se référer aux facteurs de risques et aux déterminants de vulnérabilité retenus ci-haut cités, pour identifier les Wilaya les plus exposées au risque de propagation de l'infection à VIH. Leur place dans la chaîne est définie par l'existence d'un ou plusieurs facteurs déterminants de propagation du VIH dans le pays.



Carte 1 : Cartographie de la vulnérabilité



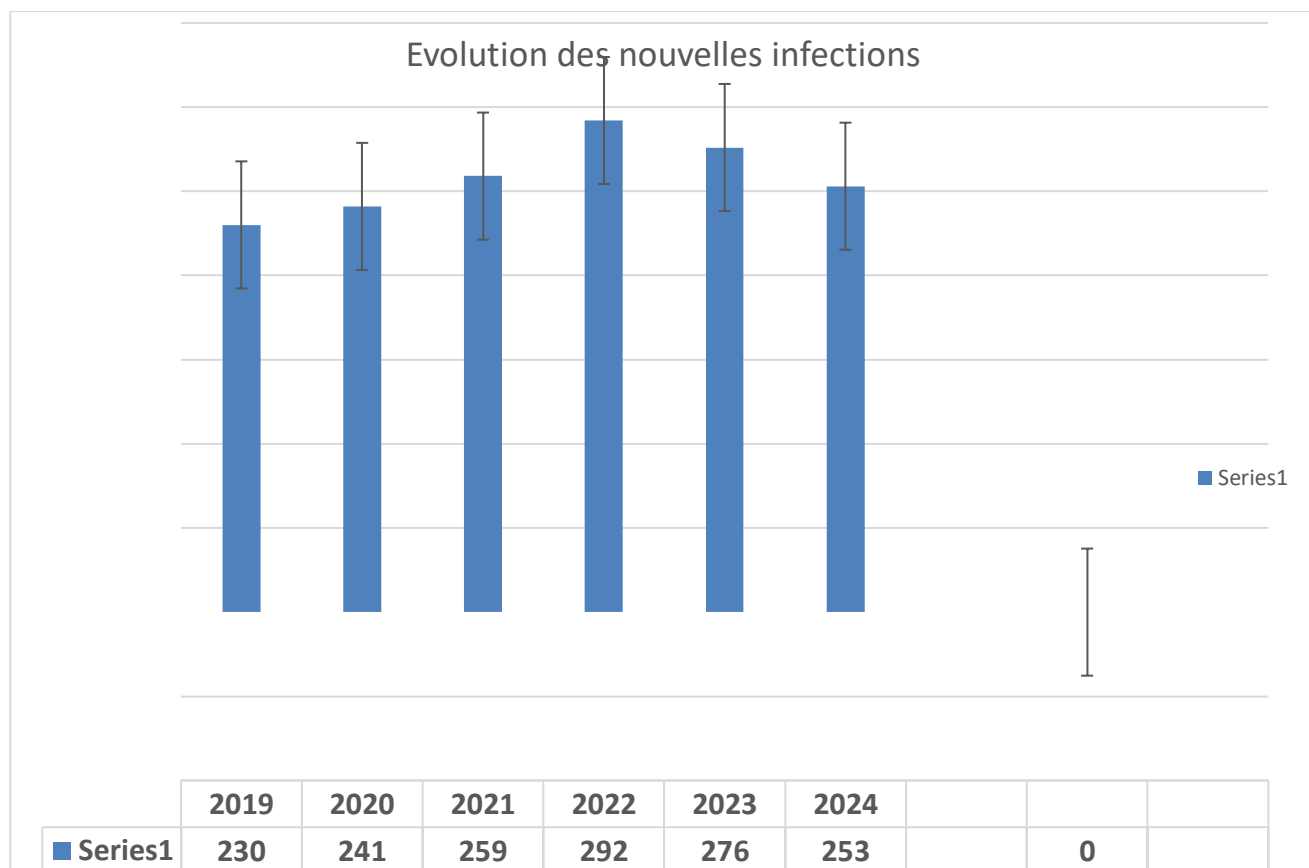
Carte 2 : Niveau de prévalence par wilaya par rapport à la moyenne du pays.

Légende : Prévalence supérieure à la moyenne du pays ; Prévalence égale à la moyenne du pays ; Prévalence inférieure à la moyenne du pays.

V.1.4. Nouvelles infections

Après avoir connu une légère ascension jusqu'à 2022, les nouvelles infections à VIH dans le pays ont repris une tendance descendante depuis 2023. Les projections de Spectrum maintiennent cette tendance pour les prochaines années. En effet, les

nouvelles infections à VIH étaient de 230 en 2019, 241 en 2020, 259 en 2021, 292 en 2022, 272 en 2023 et 253 en 2024.



Graphique 3 : Evolution des nouvelles infections - Source : Spectrum ONUSIDA 2024

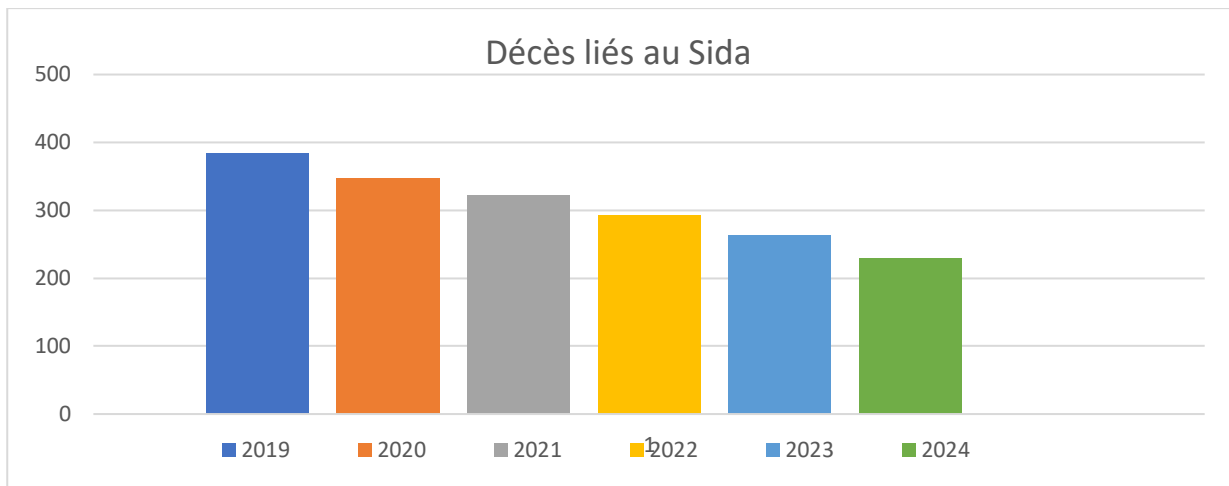
L'analyse de ce diagramme montre : (i) un important recul des nouvelles infections à partir de l'année 2022 ; (ii) un maintien de la tendance baissière dans les prochaines années, conformément aux projections de Spectrum de l'ONUSIDA 2024.

V.1.5. Décès liés au Sida

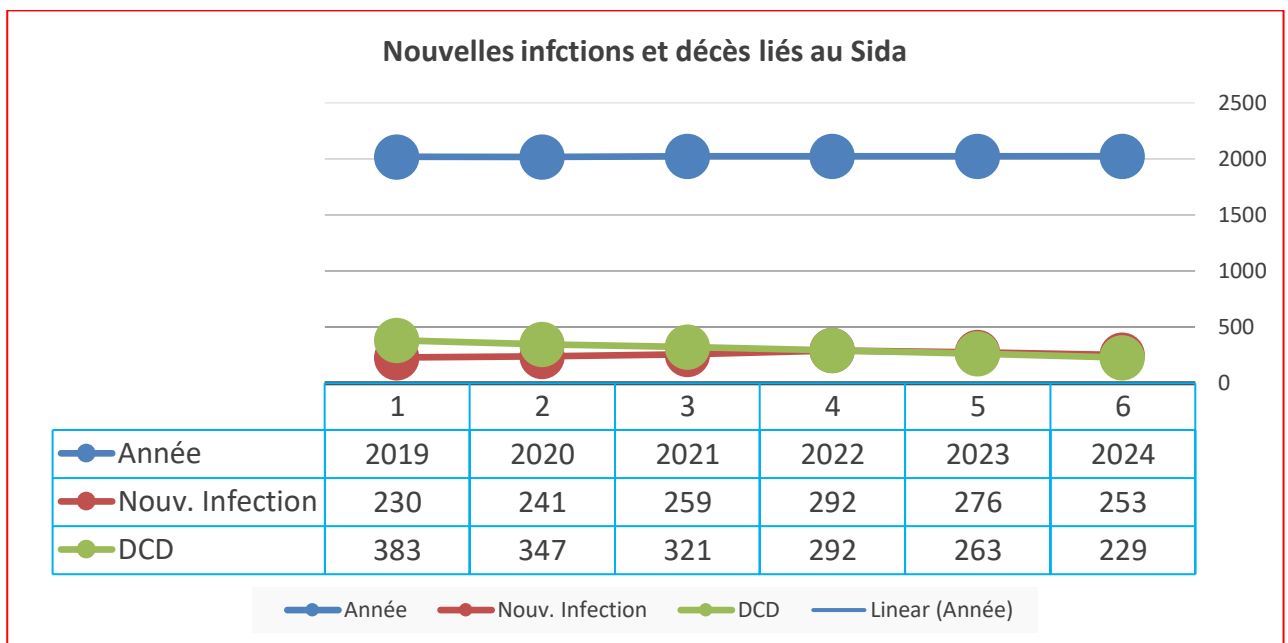
Les décès liés au Sida sont également en régression continue. Ils ont été de 383 en 2019, 347 en 2020, 321 en 2021, 292 en 2022, 263 en 2023 et de 229 en 2024.

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Décès liés au Sida	383	347	321	292	263	229

Tableau 9 : Evolution des décès liés au Sida ; Source Spectrum ONUSIDA 2024



Graphique 4 : Evolution des décès liés au Sida - Source : Spectrum ONUSIDA 2024



Graphique 5 : Combinaison nouvelles infections et décès liés au Sida - Source : Spectrum 2024

En comparant le diagramme des nouvelles infections et celui des décès, on observe qu'ils se croisent en 2022 et poursuivent leur tendance baissière ensemble.

V.1.6. Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Comme les nouvelles infections à VIH, les IST, après avoir connu une légère ascension jusqu'à 2022, ont repris une tendance descendante depuis 2023.

En 2024, les notifications des IST ont concerné un total de 21.825 cas, selon les données de routine recueillies auprès des sites de prise en charge des IST. Parmi les signes rapportés, les écoulements génitaux sont présents chez 8.545 cas, soit 39% des cas, les ulcérations génitales chez 3.642 cas, soit 17%, et les végétations vénériennes chez 667 cas, soit 3%, etc....

Infections Sexuellement Transmissibles	2021		2022		2023		2024	
	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%
Ecoulement génital	8527	38.82%	10076	37,08%	9222,	37.35%	8545	37.6%
Ulcération génitale	3369	15.33%	3903	14.46%	3703,	15%	3642	16.03%
Végétations vénériennes	738	3.36%	575	2.11%	1045,	4.23%	667	2.93%
Autres IST	9333	42.49%	12618	46.44%	10722	43.42%	9871	43.43%
TOTAL IST	21967	100%	27172	100%	24692	100%	22725	100%

Tableau 10 : Evolution des infections sexuellement transmissibles Source : PSNIS-DHIST2-2023/24

V.1.7. Co-infection TB-VIH

Au cours de l'année 2024, 2475 cas de tuberculose toute forme confondue ont été notifiés, dont 2065 testés au VIH, soit 83.43%. 60 cas se sont révélés positifs, soit une séropositivité de 2.9% au VIH. 55 parmi eux ont été mis sous TAR, soit un taux de couverture de 91.66%.

V.1.8. Coïnfection avec l'hépatite virale B

L'Enquête Démographique et de Santé de la Mauritanie (EDSM), réalisée en 2019 incluant un test de sérologie de l'Hépatite B a montré que les prévalences ont considérablement baissé en Mauritanie sur les 20 dernières années. Pour une prévalence globale de 8% (15-59 ans), les prévalences varient respectivement de 0,2% à 1.3% chez les enfants âgés de 12 à 59 mois, de 0,4 à 2,4 % chez les 5-14 ans et de 5,2% chez les 15-24 ans.

L'enquête bio comportementale, IBBS, en cours a intégré l'hépatite virale B dans les populations clé. La prévalence dans ce groupe a été de 3,87% chez les HSH, et de 18,37% chez les PS. Les données de la co-infection VIH / HVB chez les HSH est de 2.38%, et de 2.71 chez les PS.

V.1.9. Prise En Charge des PVVIH

La Mauritanie compte quinze Unités de Prise en Charge (PEC) des PVVIH, dont sept ouvertes en 2024. Celles de Nouakchott concentrent l'écrasante majorité des patients traités.

La mise sous TAR et la suppression de la charge virale ont connu des progrès notables. Toutefois la connaissance du statut sérologique et la demande de charge virale restent insuffisantes, notamment à l'intérieur du pays.

V.1.9.1. Répartition géographique de la File Active (FA)

Les PVVIH suivies dans les 15 UPEC du pays sont de **4563** dont **4522** (soit 99%) sous traitement antirétroviral (TAR). Le tableau ci-dessous montre que le CTA de Nouakchott prend en charge à lui seul 3.709 PVVIH, soit 82.13% des PVVIH sous TAR dans le pays, tandis que les 14 autres centres offrent le traitement ARV à 807 PVVIH soit 17.7% de la FA sous TAR.

L'analyse de la FA nous renseigne sur le fait que 794 nouvelles PVVIH ont été inscrites dans les structures de PEC du Sida dans le pays en 2024, dont 503 PVVIH (soit 63.35%) à Nouakchott, 190 PVVIH dans les sept anciennes UPEC et 98 dans les nouvelles UPEC (Akjoujt, Atar, Tidjikja, Sélibabi, Aleg, Aioune et l'UPEC communautaire de SOS PE).

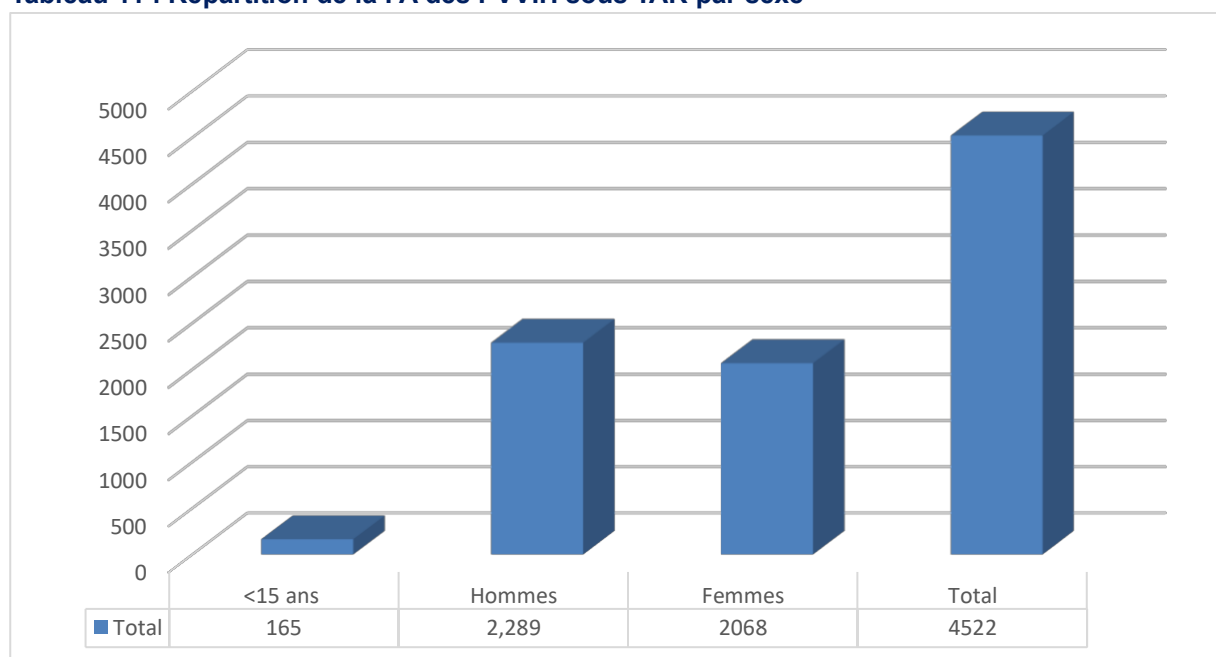
V.1.9.2. Répartition de la FA sous TAR par sexe

Les PVVIH sous TAR se répartissent comme suit :

- Les hommes et les femmes âgés de plus que 15 ans sont au nombre de **2283** soit **52.63%** et **2068** soit **47.36 %**,
- Les enfants (moins de 15 ans) sont au nombre de **165**, soit **3.54%**.

PVVIH sous TARV	Total
<15 ans	165
Hommes	2 289
Femmes	2 068

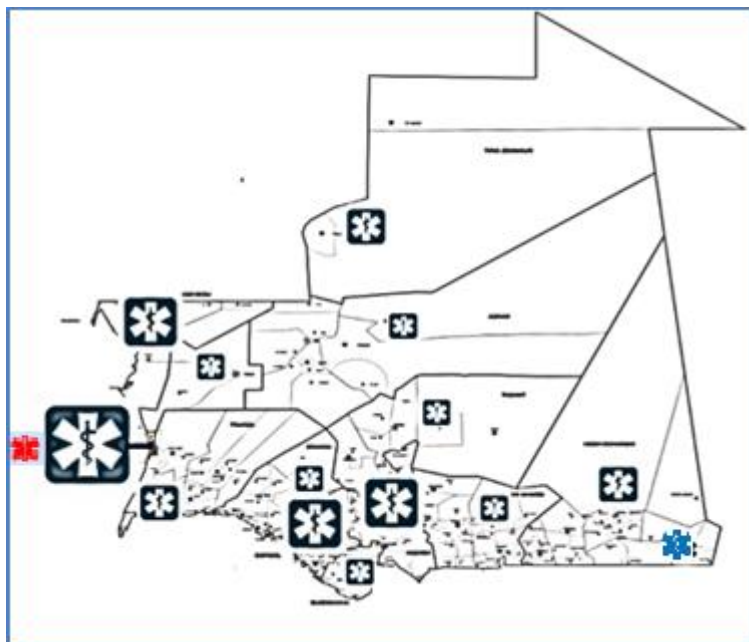
Tableau 11 : Répartition de la FA des PVVIH sous TAR par sexe



Graphique 6 : Répartition de la FA sous TAR par sexe

Tableau 12 : Répartition géographique de la FA sous TAR par UPEC

Sites	Nktt	Kaédi	NDB	Kiffa	Néma	Zrtt	Rosso	M'bera	Aioun	Aleg	Sélib	Atar	Tidjikja	Akjoujt	SOS PE	Total
PVVIH	3 709	171	225	177	60	45	36	18	9	5	5	5	6	0	51	4 522



Légende :

1. La taille des étoiles informe sur l'apport de l'UPEC dans la PEC des PVVIH ;
2. La couleur bleue : UPEC servant les réfugiés de M'bera, gérée par l'UNHCR ;
3. La couleur rouge : UPEC communautaire à Nouakchott, gérée par l'OSC : SOS PE.

Carte 3 : Répartition des UPEC du Sida en Mauritanie

Nouvelles inscriptions 2024	CTA Nktt	Kaédi	NDB	Kiffa	Néma	Zouerate	Rosso	Mbera	Aioun	Aleg	Sélibaby	Atar	Tidjikja	Akjoujt	UPEC SOS	Total
	503	35	80	30	21	6	17	4	9	7	16	8	6	0	52	794

Tableau 13 : Répartition géographique des nouvelles inscriptions en 2024

V.1.9.3. Evolution de la couverture en ARV

La couverture en ARV a connu une nette progression durant les cinq dernières années. C'est ainsi qu'on est passé de 3384 PVVIH en 2020 (92%) sous TAR à 4522 en 2024 (99%).

A noter une augmentation de 1 132 personnes entre 2020 et 2024, soit **33.45%** sur la période.

Année	2020	2021	2022	2023	2024
FA sous TAR	3 384	3 623	3 755	4 216	4 522

Tableau 14 : évolution de la FA sous TAR de 2020 - 2024.

V.1.9.4. Evolution de la Cascade de PEC

Indicateurs	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre total des PVVIH	6 392	6 339	6 346	6 367	6.397
Nombre PVVIH connaissant leur statut sérologique	3 658	3 843	4 049	4 355	4 563
Nombre PVVIH sous TAR	3 384	3 623	3 755	4 216	4 522
Nombre PVVIH ayant une CV supprimée	674	1 341	967	1 043	1 406

Tableau 15 : Evolution de la cascade de prise en charge de 2020 - 2024

V.1.9.5. Situation par rapport aux 3*95

Les 3*95 concernent la connaissance du statut sérologique, la mise sous TAR et la suppression de la charge virale. La situation de 2020 à 2024 se présente comme suit :

Cible	2020	2021	2022	2023	2024
PVVIH	6392	6339	6346	6367	6397
Connaissance statut sérologique	56%	59%	62%	67%	70%
FA sous TAR	93%	94%	93%	97%	96%
C.V. supprimée	88,10%	87,82	92,27%	89,68%	92%

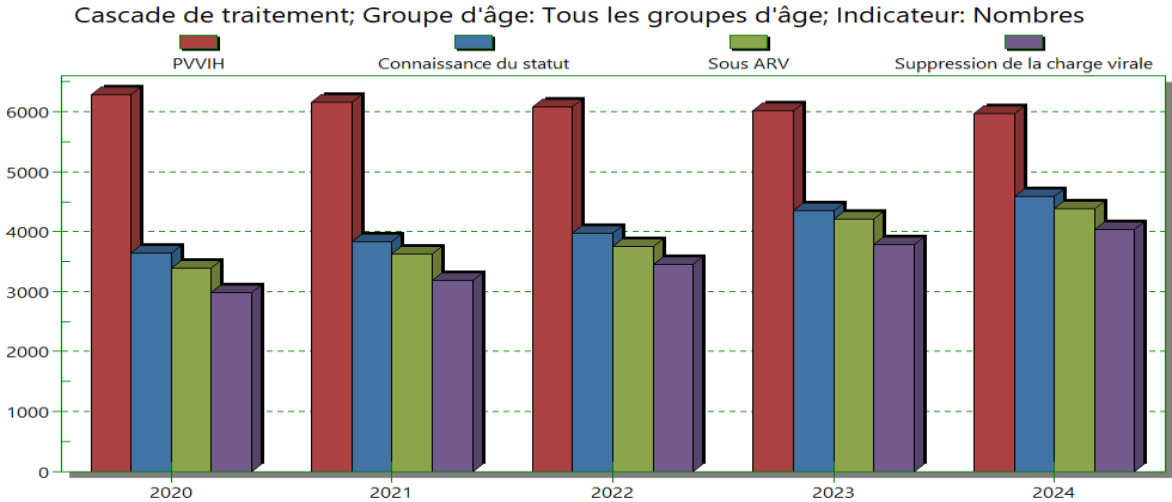
Tableau 16 : Evolution de la cible 3*95 entre 2020 - 2024

L'analyse de ce tableau montre que des progrès significatifs ont été réalisés sur la voie de l'atteinte des indicateurs de la mise sous TAR et de la suppression de la charge virale. L'évolution de cette dernière se présente comme suit : en 2020, 674 PVVIH avaient une charge virale indétectable (inférieure à 1000 copies/ml), 1341 en 2021, 967 en 2022, 1043 en 2023 et 1406 en 2024.

Bien que l'indicateur de la connaissance du statut sérologique soit en constante progression, des efforts supplémentaires devront être déployés pour renforcer davantage la sensibilisation et la communication pour la promotion du dépistage différencié.

Le nombre limité des personnes ayant fait le test de la charge virale reflète une faiblesse de la qualité du suivi, liée essentiellement à l'intégration encore insuffisante

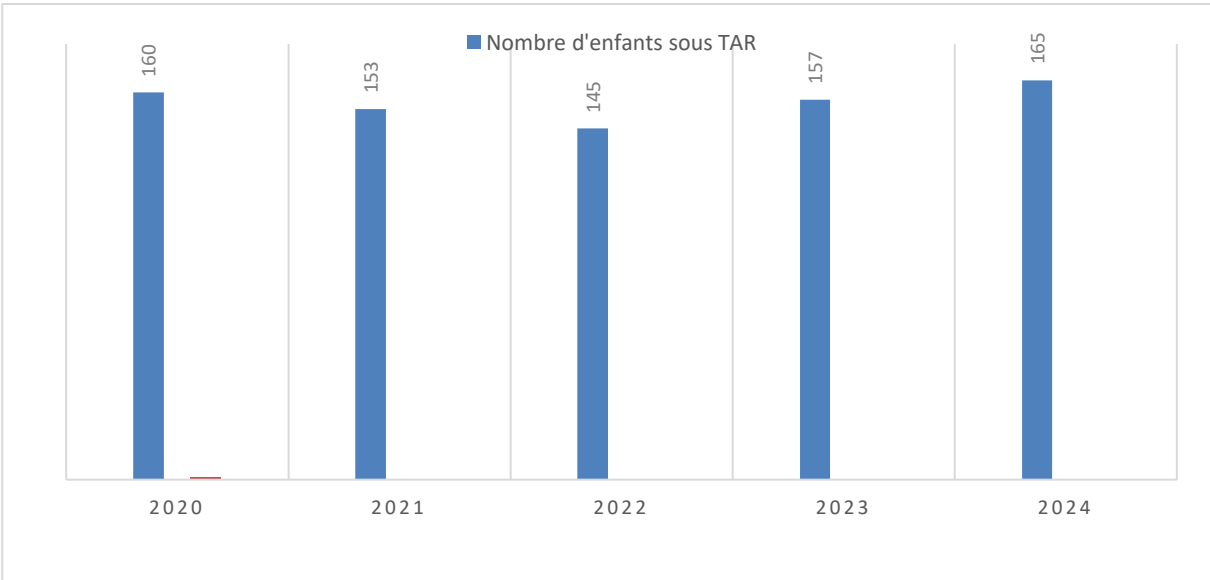
de l'intérêt de cet indicateur par la plupart des médecins traitants dans la PEC. En effet, malgré la disponibilité des GeneXpert dans la plupart des wilayas du pays, la CV n'est pas toujours demandée par les médecins des UPEC à l'intérieur du pays. Seul l'INRSP et le laboratoire du CTA assurent régulièrement la mesure de la CV des PVVIH.



Graphique 7 : Atteinte des Cibles 3*95

V.1.9.6. PEC des enfants

La PEC des enfants nés de mères séropositives a connu une stagnation expliquée en partie par la faible prévalence du VIH chez les femmes enceintes. En effet, les données d'AMNIR, pour enfants sous TAR, affichent 160 en 2020, 153 en 2021, 145 en 2022, 157 en 2023 et 165 en 2024.



Graphique 8 : Evolution de la PEC des enfants

V.1.9.7. Indicateur d'observance

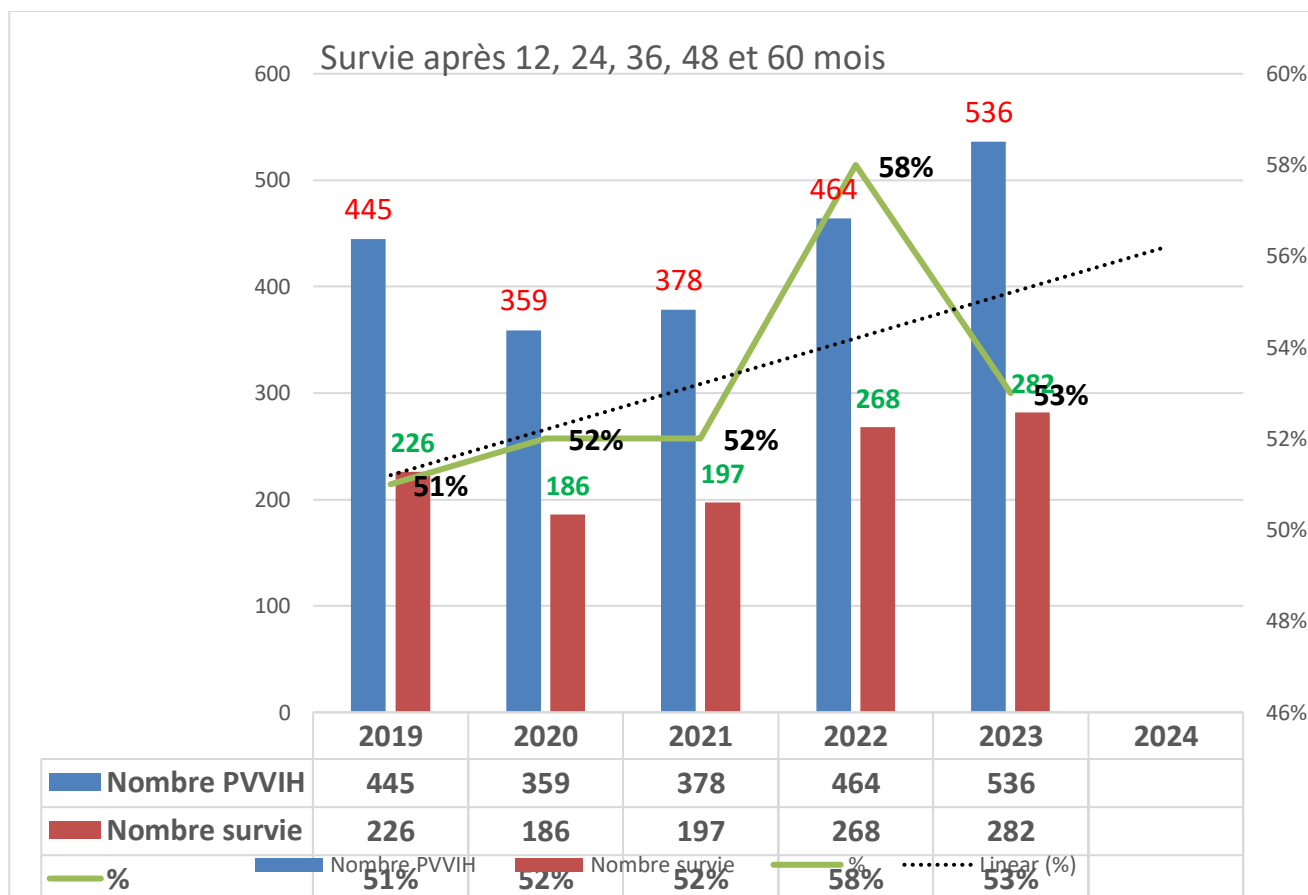
Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans le maintien au sein des structures de PEC des adultes et des enfants infectés mis sous traitement antirétroviral.

L'indicateur d'observance à différentes périodes est impacté par un ensemble de facteurs, à savoir la qualité de l'accueil, de la prise en charge et du protocole en vigueur ainsi que l'adhésion des malades au traitement. Toute mauvaise observance constitue donc un obstacle sérieux à la lutte contre le Sida.

Le tableau ci-dessous reflète cette observance à 12, 24, 36, 48 et 60 mois, des PVVIH entre 2019 à 2023.

PVVIH	Année	Nombre	%
Ayant initié les ARV	2023	536	53
Sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral	2023	282	
Ayant initié les ARV	2022	464	57.8
Sous traitement 24 mois après le début du traitement antirétroviral	2022	268	
Ayant initié les ARV	2021	378	52
Sous traitement 36 mois après le début du traitement antirétroviral	2021	197	
Ayant initié les ARV en 2020	2020	359	52
Sous traitement 48 mois après le début du traitement antirétroviral	2020	186	
Ayant initié les ARV	2019	445	51
Sous traitement 60 mois après le début du traitement antirétroviral	2019	226	

Tableau 17 : Indicateur d'observance des PVVIH sous TAR



V.1.10. Prévention Transmission Mère-Enfant (PTME)

La mise en œuvre du Plan d'accélération de l'eTME approuvé en 2020 par le ministère de santé et mis à jour à travers une feuille de route (FR) en 2021, a permis une nette progression dans le rapportage des activités des CPN et du dépistage des femmes enceintes ces trois dernières années.

Ainsi 135 sites PTME ont été opérationnalisés dans toutes les Wilaya du pays comme suit :

Nktt	H. Char	H. Gh	Assaba	Gorgol	Brakna	Trarza	Adrar	NDB	Tagant	T.Zem	Guidim	Inchi	Total
19	12	31	5	6	6	14	4	7	9	5	15	2	135

Tableau 18 : Répartition géographique des sites PTME fonctionnels en 2024

Ce tableau montre une répartition géographique non équitable des sites PTME dans le pays (à titre d'exemple Hodh Gharbi avec 31 sites, NKtt avec 19 et Assaba avec 5). Elle ne permet pas la collecte d'informations à valeur analytique permettant de prendre des décisions managériales appuyées sur une connaissance des causes.

En 2022, 42 781 femmes ont été vues en CPN, dont 29 067 ont fait le dépistage VIH, soit 67.94%. En 2023, elles étaient 47 335 femmes enceintes dépistées sur 135 787 vues en CPN, soit 34.89%. En 2024, 87 364 femmes enceintes dépistées en CPN sur 145 535 femmes enceintes, soit 60.03%.

Année	2022	2023	2024
CPN	42 781	135 787	145 565
Dépistage	29 067	47 335	87 364
Dépistage positif	82	82	71
Séropositivité	0.28%	0.17%	0.08%

Tableau 19 : Evolution de la séropositivité de la PTME entre 2022 et 2024

Les activités de PTME dans les différentes wilayas pour 2024 sont consignées dans le tableau suivant :

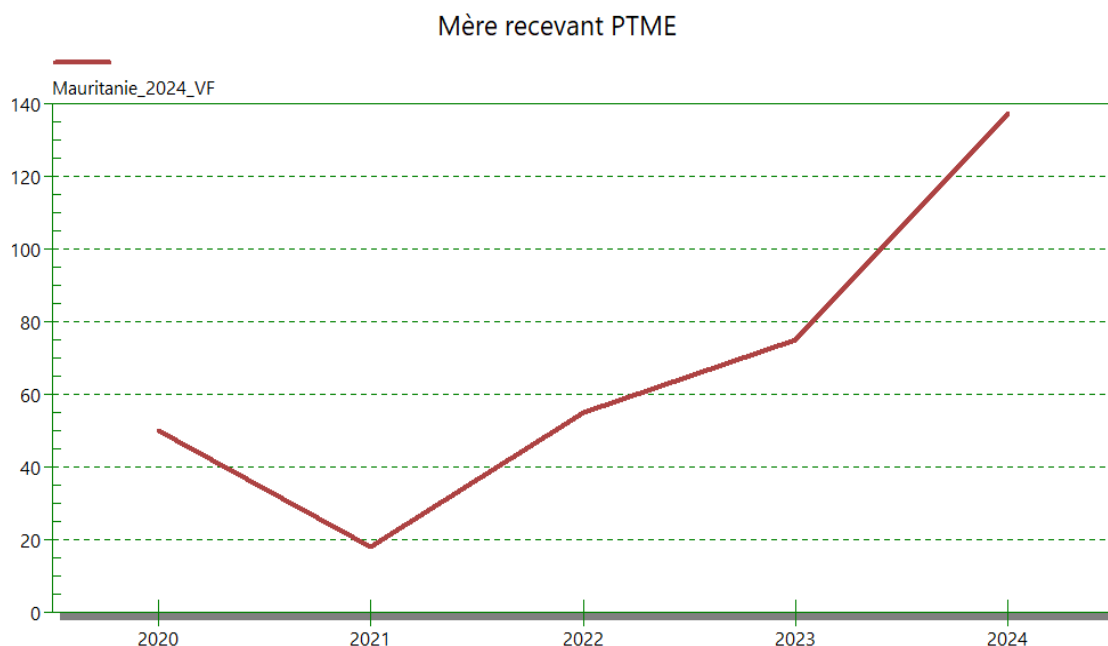
Wilaya	CPN	Tests VIH réalisés	Tests VIH Positifs	Mise sous ARV	Nouveaux Nés +	Référées	PDV
NKC Ouest	21 289	5 084	18	0	0	18	0
NKC Nord	37 402	29 972	9	0	0	9	0
NKC Sud	11 429	11 429	6	4	4	2	0
Trarza	6 677	5 007	6	5	3	0	1
Brakna	5 948	5 597	3	3	0	0	0
Gorgol	4 178	4 178	4	4	0	0	0
Guidimagha	4 279	4 262	3	3	0	0	0
Assaba	11 228	3 867	5	5	0	0	0
Taguant	4 423	4 423	2	2	0	0	0
Inchiri	176	176	0	0	0	0	0
HEC	26 127	8 197	3	3	0	0	0
HEG	5 752	380	2	2	0	0	0
Tiris Zemmour	992	441	1	1	0	0	0
NDB	4 558	3 687	8	4	0	4	0
Adrar	1 077	664	1	1	0	0	0
TOTAL	145 535	87 364	71	37	7	33	1

Tableau 20 : La PTME dans les différentes wilayas

V.1.10.1. Couverture en PTME

Le nombre rapporté des femmes vues en CPN qui ont été dépistées et qui connaissent leurs résultats sérologiques a été multiplié par neuf en cinq ans (entre 2019 et 2024), passant de 9.937 en 2019 à 87.364 en 2024. Les enfants nés de mères séropositives bénéficiant d'une prophylaxie par les ARV sont passés de 32.32% en 2019 à 43.51% en 2024, soit une progression de 32% en cinq ans.

La couverture en ARV des femmes enceintes séropositives est passé de 10.79 % en 2021 à 33.53 % en 2022, 46.53 % en 2023 et 85 % en 2024.



Graphique 10 : Couverture en PTME

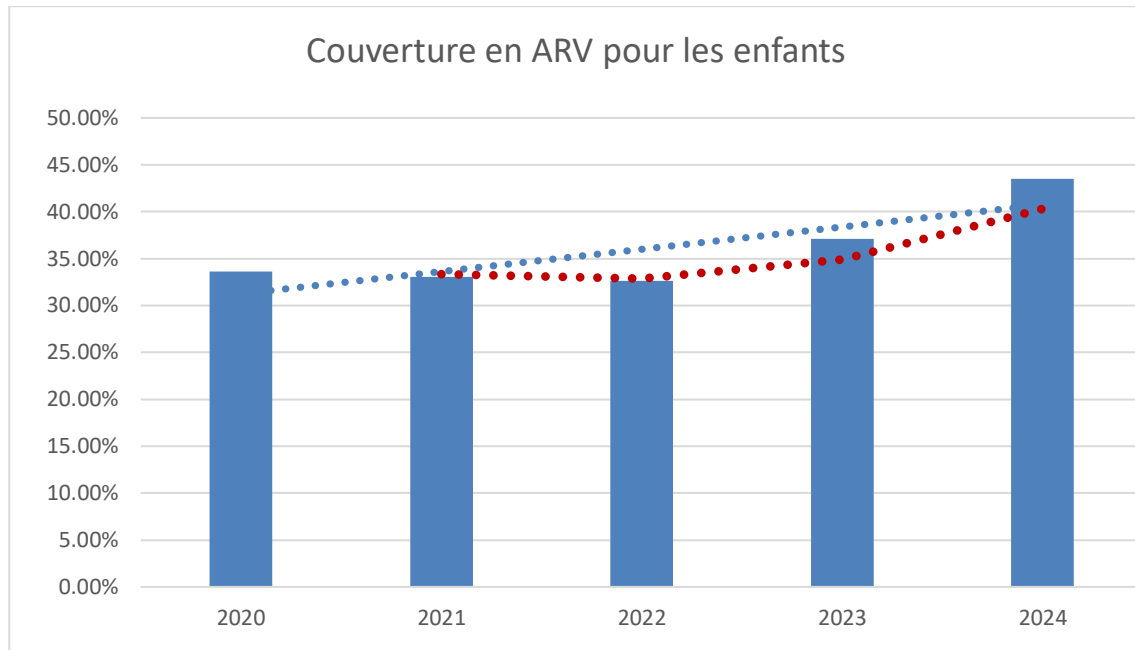
Tableau récapitulatif pour les enfants de moins de 1 an

	2020	2021	2022	2023	2024
Mauritanie_2024_VF					
Population séropositive					
Total	39	43	36	31	17
Hommes	20	22	19	16	9
Femmes	19	21	18	15	9
Nouveaux cas de VIH					
Total	50	55	47	41	23
Hommes	25	28	24	21	12
Femmes	24	27	23	20	11
Décès annuels dus au Sida					
Total	11	12	11	9	6
Hommes	6	6	5	5	3
Femmes	5	6	5	5	3

Tableau 21 : Evolution du diagnostic précoce des enfants

V.1.10.2. Diagnostic précoce des enfants et la mise sous ARV

Le diagnostic précoce et la mise sous prophylaxie ARV des enfants de zéro à quatre ans est passé de 33.64% en 2020 à 33.07% en 2021, 32.66% en 2022, 37.10% en 2023 et 43.51% en 2024.



Graphique 11 : Couverture en ARV pour les enfants de 0 à 4 ans

V.1.10.3. Evolution des indicateurs clés de la PTME

L'objectif de la PTME est zéro infection chez les NN et une mère en bonne santé.

La TME peut survenir à trois périodes, soit :

- 1) Pendant la grossesse ;
- 2) Pendant l'accouchement et ;
- 3) Après la naissance, lors de l'allaitement.

Sans la prévention, le risque d'infection est estimé entre 15 et 45%. Avec la prévention, le risque est réduit à 1 à 2%.

Les principales mesures de la PTME sont :

- Le dépistage précoce chez les FE ;
- Le TAR pour la FE+ pendant la grossesse ;
- Suivi de la CV ;
- Traitement préventif du NN ;
- Choix adaptés de l'alimentation du nourrisson.

L'élimination de la TME a connu un élan significatif dans le pays à partir de l'année 2022. En effet, les femmes enceintes (FE) qui connaissent leurs statuts sérologiques

étaient de 29 067 en 2022, 47 335 en 2023 et 87 364 en 2024. Les FE testées positives étaient de 82 en 2022 et 2023, dont 55 mises sous TAR en 2022, 69 en 2023, soit respectivement 62% et 84%.

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de l'eTME ces dernières années, des goulots d'étranglement persistent encore au niveau de l'appropriation et la motivation des SF au niveau des structures de la PTME.

Indicateur	2021		2022		2023	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Femmes enceintes dépistées et connaissant leurs statuts	-	-	29 067	67.94%	47 335	54.74%
Femmes enceintes dépistées positives	-	-	82	0.28%	82	0.15%
FE+ sous TAR	18		55		69	
Enfants nés de femmes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie par les ARV	153	30.04%	145	32.56%	157	37.11%

Tableau 22 : Evolution des indicateurs clés de la PTME

V.1.11. Autres Réalisations dans le domaine du VIH

Le SENLS a, dans le cadre de son partenariat avec le MS et le FM et en exécution de son plan d'action, réalisé un ensemble d'interventions visant notamment la lutte contre le VIH, l'appui au Renforcement du Système de Santé et des capacités des acteurs de mise en œuvre. Aussi, le PSN VIH 2022-2027 a été révisé, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé (PNLS, PNLTL, SNIS, INRSP, LNCQM...) et avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Par ailleurs, le SENLS a activement travaillé à la mobilisation de la Subvention GC7 2025-2027.

V.1.11.1. Révision du PSN VIH 2022-2027

Cette révision inclusive et participative, menée suivant une approche de planification axée sur les résultats, a garanti l'alignement du PSN sur les politiques nationales, l'intégration des recommandations nationales et internationales relatives au VIH. La révision a été aussi l'occasion de sa prolongation jusqu'en 2027.

Le PSN s'est fondé sur une approche de solidarité nationale et s'est inspiré des valeurs d'équité de la société mauritanienne. Il suit une démarche pragmatique qui garantit l'accès à la prévention, aux soins et au soutien de toutes les personnes qui en ont besoin, en particulier les plus exposées au risque et celles en contexte de vulnérabilité dans les zones du pays les plus touchées par le VIH.

Ce PSN vise aussi l'amélioration de l'état de santé des populations par une approche tendant à assurer l'accessibilité à des services de santé de qualité et à une riposte coordonnée contre le Sida. Il prévoit également l'intégration de la PEC du Sida dans les structures de santé jusqu'au niveau des centres de santé des Moughataa.

V.1.11.2. Appui au CTA et UPEC

Dans le cadre du renforcement de la qualité de la PEC des PVVIH, des conventions liant le SENLS, le CHN et les Hôpitaux régionaux abritant des structures de PEC du Sida ont été signées. Elles ont pour objectif d'appuyer ces structures de PEC du VIH en fournitures de médicaments, intrants/consommables et matériel spécifique, avec appui des ressources humaines à travers la formation et la contribution aux incitatifs du personnel soignant. Ce partenariat est pris en charge sur la contrepartie Etat. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du budget de la contrepartie destiné à cet appui au cours des trois dernières années.

Année	2022	2023	2024
CTA	4 023 579 MRU	4 068 490 MRU	4 082 545 MRU
UPEC	1 223 886 MRU	1 100 340 MRU	1 095 129 MRU

Tableau 23 : Appui dédié au CTA et UPEC

V.1.11.3. Appui aux PVVIH

Dans le cadre de l'appui à l'amélioration des conditions de vie des PVVIH, le SENLS procède annuellement, à des transferts d'argent (cash transferts) destinés à l'acquisition de rations alimentaires au profit des PVVIH et leurs familles.

Outre sa contribution au renforcement de la rétention des PVVIH dans les structures de PEC, cet appui contribue également à la résilience de PVVIH et à la lutte contre la pauvreté. Les bénéficiaires de cet appui sont identifiés par le réseau mauritanien des associations des PVVIH (REMAP+), qui comprend les 19 associations des PVVIH reconnues.

Année	2022	2023	2024
	432 000 MRU	764 925 MRU	645 300 MRU

Tableau 24 : Cash transfert durant les trois dernières années

V.1.12. Actions de prévention dans le domaine du VIH/SIDA

V.1.12.1. Prévention dans la population générale

La stratégie de la prévention retenue pour la population générale s'articule autour de la communication pour le changement de comportement (IEC/CCC), la promotion du dépistage volontaire et l'utilisation des préservatifs.

V.1.12.1.1. Communication

Dans ce cadre un ensemble d'outils spécifiques ont été produits et distribués, notamment des spots audiovisuels, diffusés à travers les mass-médias (TV/Radio), largement suivis, et par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Ces campagnes de sensibilisation sont axées sur les voies de transmission du VIH et les moyens de prévention.

En outre des campagnes ponctuelles, à l'occasion d'événements spéciaux, ont été organisées toujours dans le but de toucher le plus grand nombre de la population mauritanienne. Les festivités de masse au cours des Festivals des villes anciennes, du Festival des villes minières, du Festival de Benichab et des villes similaires, du

Festival de Taghalit et autres étaient des opportunités saisies pour la sensibilisation des jeunes en utilisant les supports de communications appropriés.

V.1.12.1.2. Dépistage

En 2024, le dépistage du VIH au sein de la PTME et des hôpitaux montre les chiffres suivants :

Type de population	Nombre dépistés	Nombre de positifs	Taux de Séropositivité
PTME	87 364	71	0.081%
Autres	71 625	733	1%
Total dépisté	158 989	804	0.57%

Tableau 25 : Récapitulatif du dépistage en 2024

En 2024, le dépistage des donneurs de sang au CNTS montre les chiffres suivants :

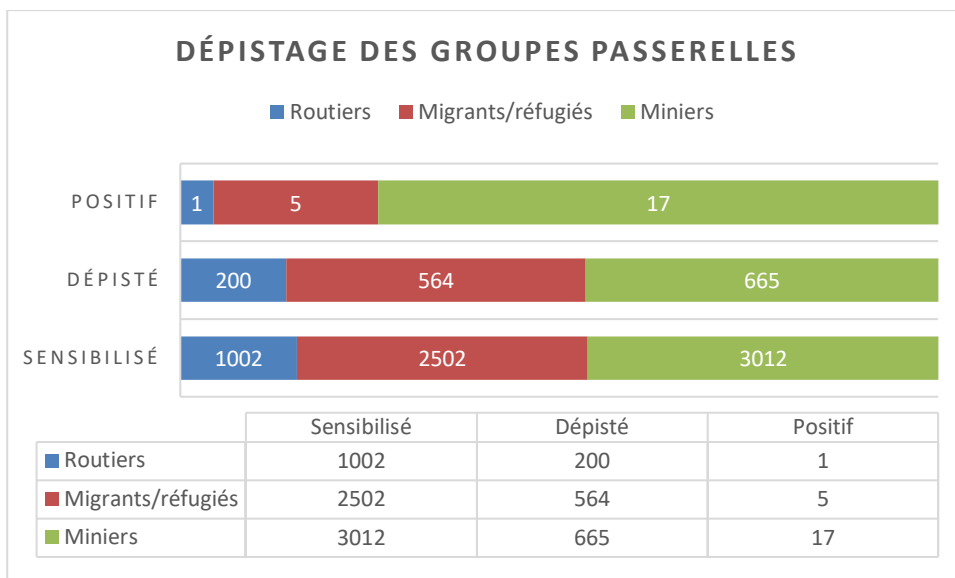
Marqueurs	Nombre total	Dépistage positif	Pourcentage
VIH	30 592	120	0.39%
AgHbs	30 592	2641	8.63%
HCV	30 592	18	0.06%
RBR	30 592	77	0.25%

Tableau 26 : Taux (VIH-AgHBS-HCV-RBR) chez les donneurs de sang. Source : CNTS 2024

V.1.12.2. Prévention au sein des groupes passerelles

Il s'agit pour rappel des routiers, des pêcheurs, des miniers, des migrants/réfugiés. Ces groupes présentent des prévalences proches de celle de la population générale à l'exception de celle des routiers (1,8% selon l'IBBS 2014), largement supérieure à la moyenne nationale estimée à l'époque à 0,48%.

En 2024, la campagne d'« Intégration des populations en contexte de vulnérabilité dans les programmes de prévention et de soins du VIH/Sida dans le pays » menée dans six Wilaya, à savoir les trois Wilaya de Nouakchott, le Hodh Charghi, Dakhlet Nouadhibou et Tiris Zemmour, a ciblé les migrants (132), les réfugiés (432), les miniers (665) et les routiers (200). Elle a révélé des taux de séropositivité pour les migrants et réfugiés de 0.11 %, de 2.55% chez les miniers et 0,5 % chez les routiers.



Graphique 12 : Dépistage démedicalisé, ciblant les groupes passerelles



Photo 1 : Séance de sensibilisation d'orpailleurs sur le site d'enrichissement de l'or Zoueirat 2024



Photo 2&3 : Lancement campagne sensibilisation Fdérik 2024



V.1.12.3. Prévention chez les populations clé

La prévention chez ce groupe repose essentiellement sur la sensibilisation, la distribution des préservatifs et d'autotests, ainsi que sur la diffusion des spots, véhiculés par les applications téléphoniques (WhatsApp).

Les nouvelles initiatives prises en 2024 en rapport avec la prévention combinée et la prophylaxie préexposition (PrEP) seront évaluées avant d'être mises à l'échelle. Trois zones pilotes (Nouakchott, Nouadhibou et Rosso) ont été choisies pour servir des zones-tests pour la prévention combinée et la PrEP.

La PrEP sera proposée dans les centres d'accueil communautaires, les cliniques mobiles, les centres de soins publics et s'il y a lieu dans des centres gérés par les populations clés elles-mêmes. En 2024, une Plateforme numérique (KP-AGV-MR) à interface WEB, assortie des nouveaux paramètres a été mise en place pour faciliter le ciblage et le monitoring de ces groupes de populations.

Les résultats enregistrés en 2024 par les OSC actives dans ce groupe montre les chiffres ci-après :

Résultats	PS	HSH	Détenus	Total
Nombre nouvellement identifié	507	1062	N/A	1569
Nombre de personnes dépisté	595	1 089	100	1 784
Nombre de personnes dépistées positives	41	259	2	302
Pourcentage de séropositivité	6.89%	23.78%	2%	16.92%

Tableau 27 : Récapitulatif du dépistage dans les populations clé (PS/HSH/détenus)

V.1.12.4. Distribution des préservatifs

Un focus est mis sur la promotion de l'utilisation des préservatifs comme moyen de prévention du Sida. Un guide de distribution des préservatifs destiné aux relais communautaires et un autre guide de leur utilisation ont été élaborés et diffusés.

Il est important de signaler que la promotion des préservatifs féminins n'a pas connu un grand succès.

En 2024, le SENLS, à travers ses partenaires parmi les OSC et les associations des jeunes et ceux des PVVIH, a distribué **1.671.840** préservatifs masculins comme le détaille le tableau ci-dessous.

OSC	Préservatifs masculins
REMAP+	878 400
APIAN	115 200
SOS PE	266 400
AGD	21 600
Autres	390 240
Total	1 671 840

Tableau 28 : Récapitulatif de la distribution des préservatifs en 2024

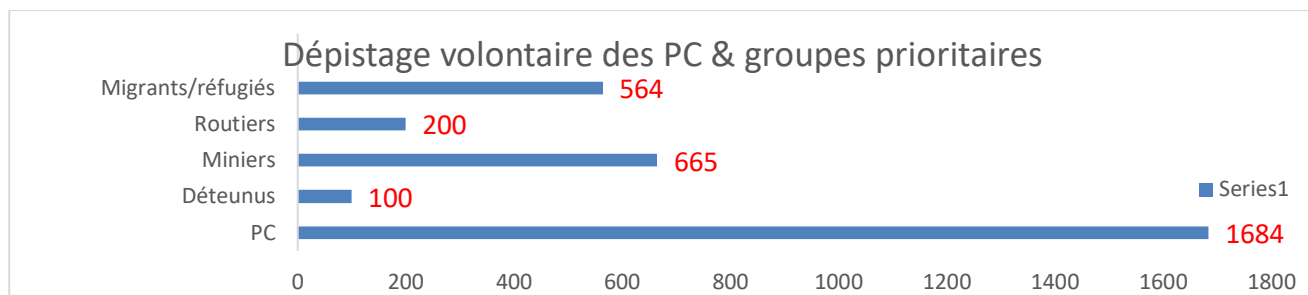
V.1.12.5. Dépistage global

En 2024, un total de 71 625 personnes ont été dépistées. 68 412 ont concerné la population générale et 1 784 issues des populations clé dont 595 PS, 1089 HSH et 100 détenus. Parmi les groupes passerelles 1429 personnes se sont faites dépistées, réparties comme suit : 200 routiers, 665 miniers, 132 migrants et 432 réfugiés.

Le tableau ci-dessous montre la séropositivité dans chacun de ces groupes.

Groupes cibles	Nombre dépisté	Nombre dépisté positif	Séropositivité
Population générale	68 412	120	0.17%
HSH	1 089	259	23.78%
PS	595	41	6.89%
Détenus	100	2	2%
Migrants/réfugiés	564	5	0.88
Miniers	665	17	2.56
Routiers	200	1	0.5%

Tableau 29 : Dépistage volontaire des groupes cibles en 2024 (PTME non incluse)



Graphique 13 : Dépistage volontaire des PC & groupes prioritaires

V.1.12.6. Intégration GV dans les programmes de prévention et soins du Sida

Une campagne de sensibilisation et de dépistages ciblant des groupes de population en contexte de vulnérabilité (souvent mobiles et marginalisés) a été lancée en 2024. Lesdits groupes considérés comme les clients potentiels des populations clés constituent les principaux canaux de transmission du VIH vers la population générale. Lors de cette campagne 9.131 personnes ont été sensibilisées, dont 2.109 se sont faites dépistées.

V.1.12.7. Conception et diffusion des spots de sensibilisation

Des spots de sensibilisation sur le Sida sont produits en langues nationales (Hassania, Pular, Soninké et Wolof), et diffusés tout au long de l'année par la Télévision de Mauritanie et Radio Mauritanie.

V.1.12.8. Plaidoyer et Promotion des droits des PVVIH

V.1.12.8.1. Plaidoyer : la 36^{ème} Edition de la Journée mondiale du Sida

La 36^{ème} édition de la journée mondiale du Sida (JMS) a été célébrée le 1^{er} décembre 2024, et a été l'occasion de mettre en exergue la place des droits humains dans la lutte contre le Sida. En effet, le thème retenu cette année pour la commémoration de la JMS « **Suivons le chemin des droits – notre santé, nos droits** » était un rappel fort pour mettre en avant les droits à l'information et aux soins.

L'ambition de mettre fin au Sida en 2030 est réalisable avec la mise en place d'un environnement d'égalité et d'équité, l'implication des communautés et l'élimination des obstacles, liés aux droits humains, qui limitent les progrès dans la lutte contre le Sida, en particulier au sein des groupes marginalisés.

Cette célébration a été également l'occasion de rappeler que toute PVVIH doit avoir accès aux services de santé dont elle a besoin, y compris les services de prévention, de traitement et de soins, quand et où ces interventions lui sont nécessaires. Protéger le droit à la santé signifie garantir l'accès aux soins de santé pour tous, sans discrimination aucune, quel que soit le statut sérologique, les antécédents, le sexe ou

le lieu de résidence. Bien que des progrès aient été accomplis à cet égard, des problèmes d'accès subsistent toujours.

Il est aussi primordial de lutter contre la stigmatisation et la discrimination si l'on veut parvenir à l'universalité des soins du VIH, car les PVVIH et les personnes affectées subissent à la fois la maladie elle-même et la stigmatisation qui l'entoure.

En Mauritanie, la JMS 2024 a été organisée à Zoueirat en marge du festival des villes minières, pour en maximiser l'impact. Elle fut l'occasion de sensibiliser les leaders d'opinion régionaux et d'organiser avec les OSC locales des activités de prévention en direction des miniers, notamment les orpailleurs.



Photo 4 : Lancement JMS 2024 : Le SEN entouré du Wali Moussaid de Tiris Zemmour, Hakem de Zoueirat, Hakem de Fdèrik, Vice-Président de la Région de Tiris Zemmour et Député de Zouerate.

V.1.12.8.2. Promotion des droits des PVVIH

Des ateliers visant une meilleure prise en compte des droits humains liés au Sida chez les populations et groupes vulnérables ont été organisés au profit des éléments des forces de l'ordre, du personnel de la justice, du SENLS, des représentants de la société civile, des partenaires et autres acteurs dont des PVVIH.

Ces ateliers ont permis également aux participants de prendre connaissance des obstacles rencontrés par les acteurs de la lutte contre le Sida, ainsi que par les PVVIH et les PC dans le droit à l'information sanitaire pour la prévention et aux soins.

V.1.13. Principaux Résultats d'Impacts et d'Effets et les Produits Obtenus

Les différents cycles de financement du FM ont constitué pour le pays une opportunité pour renforcer la lutte contre les trois maladies et le système de santé dans sa globalité. Ainsi, deux types de résultats d'impacts, d'effets et des produits sont enregistrés : (i) les résultats d'impacts et d'effets spécifiques pour chaque maladie, (ii) les produits spécifiques à chaque maladie.

V.1.13.1. Principaux résultats d'Impacts et d'Effets dans le Sida :

- Recul de plus de 60% de la prévalence dans la population générale, passant de **0.48%** en 2016 à **0.17%** en 2024 ;
- Diminution de près de 55% de la prévalence chez les HSH, passant de **44.4%** en 2016 à **19.7%** en 2024 ;
- Diminution de la mortalité liée au VIH, passant de **491** en 2016 à **262** en 2024, soit **47%** ;
- Augmentation du nombre des PVVIH qui connaissent leurs statuts sérologiques, passant de **3110** en 2016 à **4563** en 2024, soit **47 %** ;
- Augmentation des PVVIH sous TAR, passant de **2615** en 2016 à **4522** en 2024, soit **73%** ;
- Augmentation des PVVIH qui ont supprimé leurs charges virales, passant de **00** en 2016 à **1406** en 2024 ;
- Multiplication par 20 du nombre de site de PTME, passant de **sept** sites en 2016 à **136** en 2024 ;
- Augmentation du taux des femmes enceintes séropositives (FE+) mises sous ARV, passant de **2%** en 2016 à **64.2%** en 2024 ;
- , l'incidence est passée de **102/100 000** habitants en 2016 à **65/100 000** habitants en 2024,
- Décentralisation à toutes les Wilaya des sites de PEC des PVVIH, passant de **7** en 2016 à **15** en 2024 ;
- Dispensation d'activités de Prévention Combinée pour les PC, passant de **0%** en 2016 à **16%** pour les HSH et à **7%** pour les PS en 2024 ;

V.1.13.2. Principaux produits transversaux :

- Réalisation de l'enquête SARA de 2018 ;
- Réalisation de l'enquête EDS 2019-2021 ;
- Mise en place du logiciel "DHIS2", exploité par le SNIS pour le suivi et le rapportage de l'information sanitaire dans le pays ;
- Accréditation ISO 17025 du LNCQM ;
- Acquisition de quatre centrales d'oxygène, avec 600 obus, permettant de doter tous les centres de santé des Wilaya d'affectation en oxygène ;
- Acquisition d'incinérateurs, capables d'éliminer les déchets biomédicaux dans Wilaya d'affectation ;
- Acquisition de GeneXpert, repartis dans toutes les Wilaya du pays, capables de diagnostiquer la forme TB sensible à la rifampicine et celle multirésistante, et de mesurer la charge virale (CV) chez les PVVIH ;
- Mise en place d'un réseau d'agents de santé communautaires (ASC) formés et équipés ;
- Renforcement de la logistique mobile.

V.1.13.2. Principaux produits spécifiques au Sida :

- Réalisation des IBBS de 2019 et 2024 ;
- Réalisation de l'enquête Stigma Index de 2021 ;
- Réhabilitation du Centre National de Référence pour le VIH à Nouakchott (CTA) ;
- Renforcement de capacités du PNLS du MS ;
- Mise en place d'une batterie de documents stratégiques et normatifs ;
- Meilleure connaissance de la maladie et des cibles ;
- Mise en place d'un système de suivi digitalisé performant ;
- Mise en place d'un système de suivi & évaluation rapproché pour le CTA et les UPEC ;
- Disponibilité permanente des ARV au niveau des sites de PEC ;
- Renforcement significatif du plateau technique de la PEC ;
- Renforcement de la performance du système de management de la qualité du SENLS.

Importants impacts négatifs évités dans la PEC du VIH (Spectrum 2024) :

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Mauritanie_2024_VF									
Nombre de décès évités par TAR	242	261	267	259	267	269	275	282	293
Infections évitées par PTME	12	8	13	22	13	4	13	17	37
Années de vie gagnées grâce à TAR et PTME	3 130	3 457	3 783	4 102	4 427	4 751	5 078	5 412	5 761
Décès évités grâce à l'ART (0-4)	7	6	3	3	3	1	0	0	1
Décès évités grâce au cotrimoxazole (0-4)	2	2	6	6	6	6	6	5	5
Décès évités grâce au PMTCT (0-4)	16	11	8	10	8	6	6	8	13

Tableau 30 : Données Spectrum 2024

V.2. Dans le domaine de la Tuberculose

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse due à une mycobactérie, appelée bacille de Koch (BK), qui atteint le plus souvent les poumons (tuberculose pulmonaire), mais qui peut également atteindre d'autres organes (tuberculose extra-pulmonaire).

Hautement contagieuse, elle se transmet par l'air lorsque les personnes infectées toussent ou éternuent. Bien que la TB puisse être mortelle, elle est souvent curable si un diagnostic et un traitement approprié sont rapidement instaurés. Elle peut être prévenue efficacement par la vaccination.

En Mauritanie la TB reste un problème majeur de santé publique, avec un nombre de nouveaux cas estimé par l'OMS à 3715 cas attendus en 2024.

V.2.1. Incidence

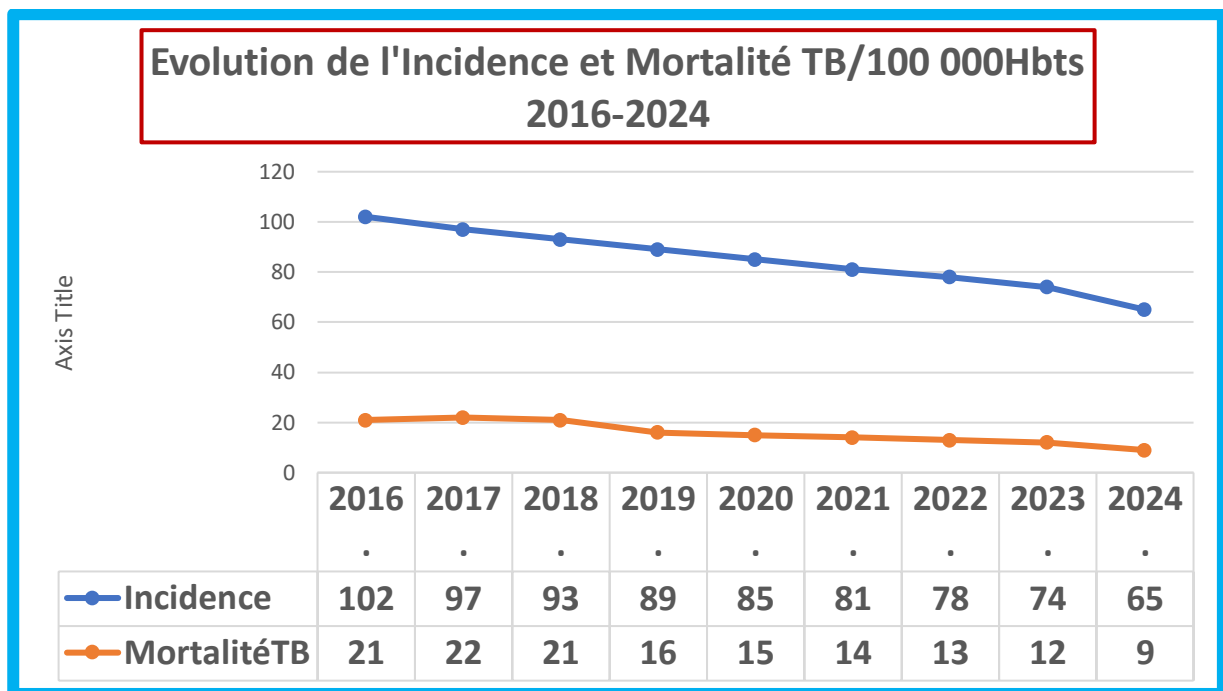
Estimée par l'OMS, l'incidence est passée de **102/100 000** habitants en 2016 à **65/100 000** habitants en 2024, soit une régression de 36 % sur 8 ans.

V.2.2. Mortalité

Les estimations successives de l’OMS confirment une nette diminution des décès liés à la TB, passant de **21/100 000** habitants en 2016 à **09/100 000** en 2024, soit une diminution de **57 %**

Le graphique ci-dessous illustre l’évolution de l’incidence et de la mortalité de la TB de 2016 à 2024.

Le graphique ci-dessous illustre l’évolution de l’incidence et de la mortalité de la TB de 2016 à 2024.



Graphique 14 : Evolution de l’incidence et de la mortalité dues à la TB de 2016 à 2024

Ce graphique montre que les principaux indicateurs de l’impact de la lutte contre la TB, à savoir l’incidence et le taux de mortalité ont connu un fléchissement de l’ordre de 50% de 2016 et 2024.

V.2.3. Comorbidité

La PEC de la coïnfection TB-VIH a connu un grand progrès tant dans la détection des cas, que dans le traitement et le suivi des patients.

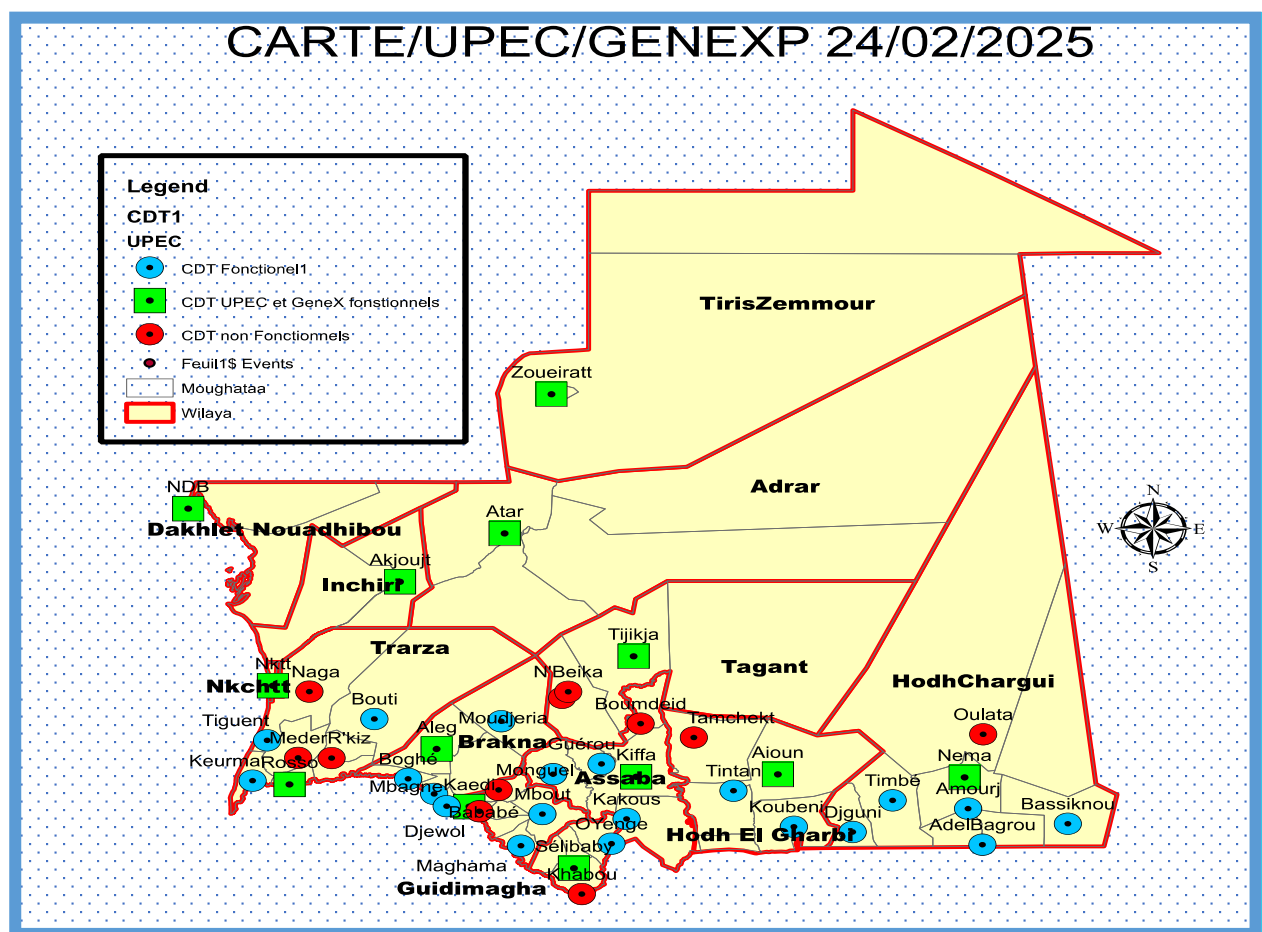
Ainsi, sont suivis dans les CDT les patients tuberculeux qui ont développé le VIH et les PVVIH développant la TB sont suivies dans les structures de PEC du Sida.

Le tableau suivant montre la progression de la PEC de la coïnfection TB-VIH de 2020 à 2024.

Indicateur	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de patients TB dépistés au VIH	1000	1021	1561	1952	2065
Nombre de patients TB dépistés positif au VIH	56	31	34	50	61
Pourcentage de patients TB dépistés positif au VIH et mis sous TAR	6%	7%	9%	48%	90%

Tableau 31 : évolution de la PEC de la coïnfection TB/VIH

Actuellement la PEC de la coïnfection TB-VIH est assurée dans 63 CDT et 15 structures de PEC du Sida, avec l'appui du FM.



Carte 4 : CDT avec PEC Coïnfection VIH

Il est à noter que les rapports disponibles ne font pas état de données sur la coïnfection TB-HVB.

V.2.4. Notification des nouveaux cas

En 2024, le PNLTL a notifié 2475 nouveaux cas et rechutes de TB (toutes formes confondues), tous mis sous traitement.

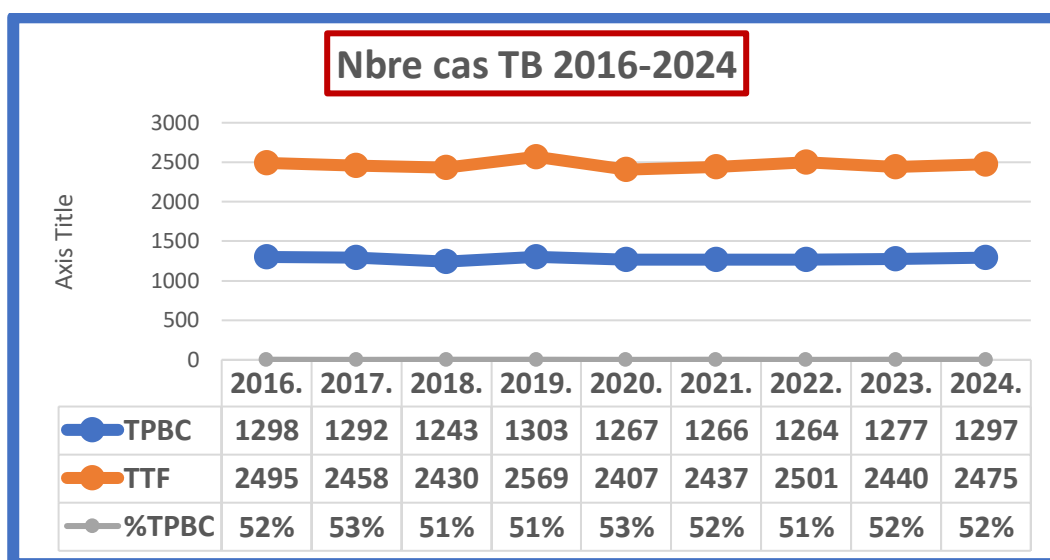
Toutefois, et malgré la disponibilité des GeneXpert, la prise en charge de la tuberculose de l'enfant reste un grand défi pour le PNLTL. En effet parmi les 2475 nouveaux cas notifiés en 2024, seuls 22 cas (0.88%) sont dans la tranche d'âge 0-4 ans et 109 cas (4.4%) dans la tranche d'âge 5-14 ans.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du diagnostic de la TB de 2016 à 2024

Type de TB	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TB pulmonaires bactériologiquement confirmée	1298	1292	1243	1308	1267	1266	1264	1277	1297
TB toute forme confondue	2495	2458	2430	2569	2407	2437	2501	2440	2475

Tableau 32 : Evolution des notifications des cas TB

Il faut noter que le niveau de notification peut être la conséquence du taux de l'incidence dans la population comme celle du niveau des activités de dépistage.



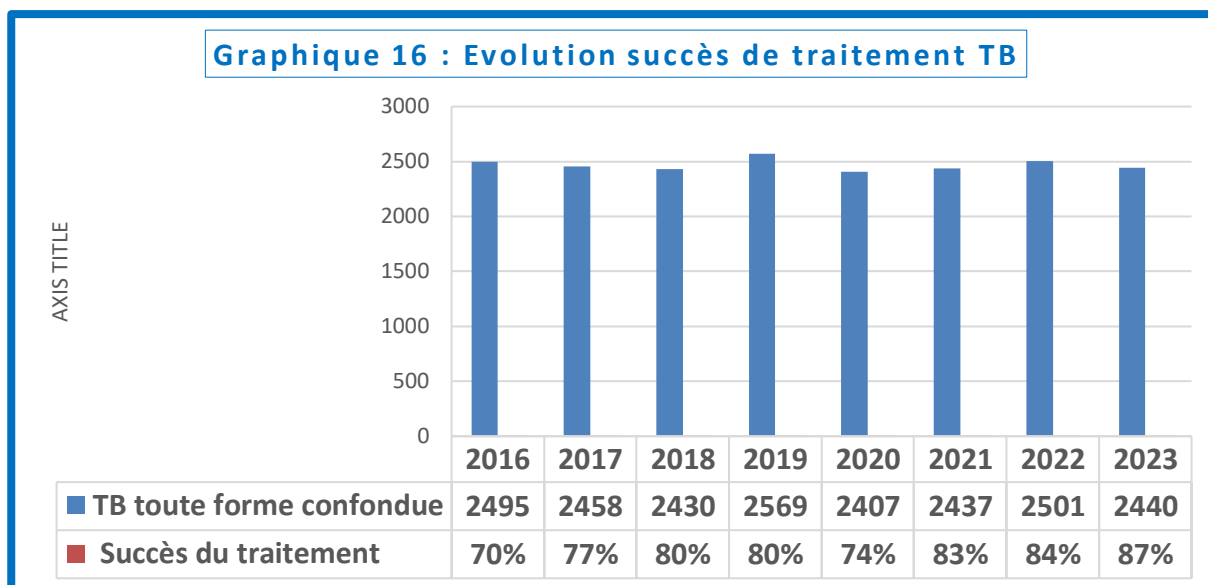
Graphique 15 : Evolution des notifications des cas TB bactériologiquement confirmés et TB toutes formes confondues

V.2.5. Succès du traitement de la TB Sensible

Depuis 2016 l'indicateur du succès du traitement de traitement de la TB sensible a connu l'évolution suivante :

Type de TB	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TB toute forme confondue	2495	2458	2430	2569	2407	2437	2501	2440
Succès du traitement	70%	77%	80%	80%	74%	83%	84%	87%

Tableau 32 : Evolution du succès de traitement de la TB



Graphique 16 : Evolution du succès de traitement TB

V.2.6. Succès du traitement chez les patients multirésistants (TB-MDR)

Cette forme de tuberculose est causée par une souche du *Mycobacterium tuberculosis* (*Bacille de Koch*) résistante à la Rifampicine et à l'Isoniazide. Elle est favorisée par la mauvaise gestion du traitement antituberculeux et la transmission interhumaine.

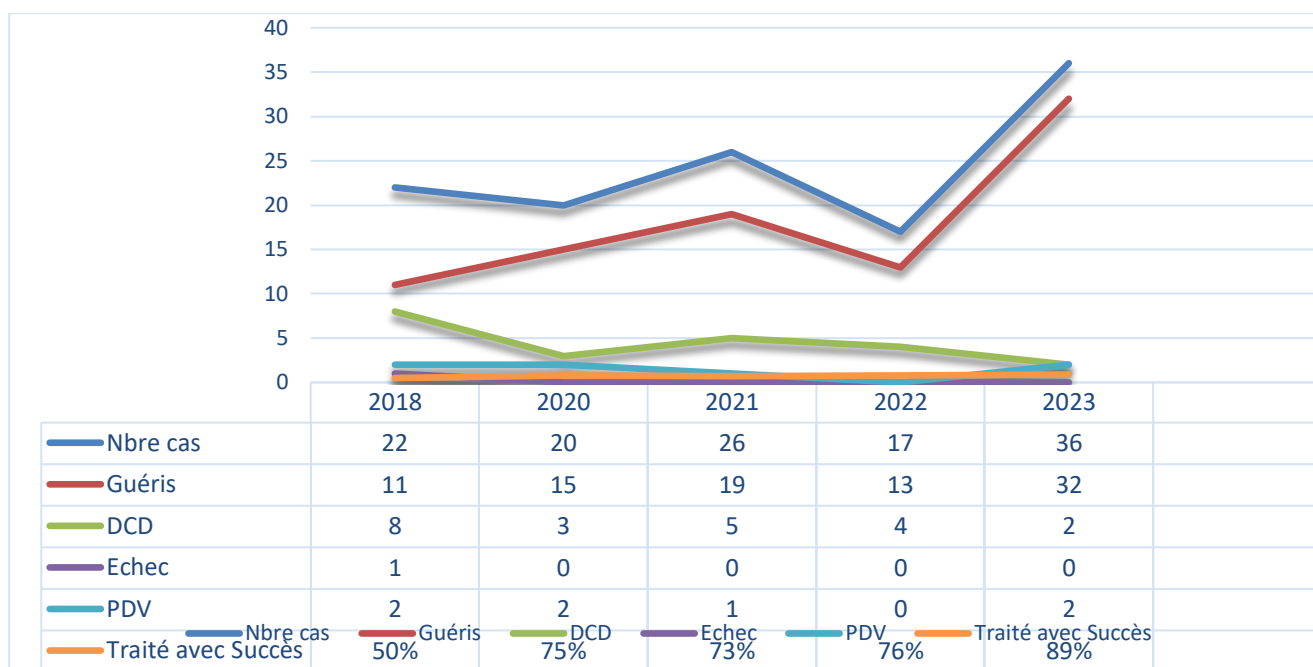
L'évolution en Mauritanie de la PEC de la TB-MDR de 2018 à 2023 est illustrée dans le tableau ci-dessous.

Année	Nombre de cas	Guérison	Décès	Echec	PDV	Succès Traitement
2018	22	11	8	1	2	50%
2019	22	14	3	3	2	64%
2020	20	15	3	0	2	75%
2021	26	19	5	0	2	73%
2022	17	13	4	0	0	76%
2023	36	32	2	0	2	89%

Tableau 33 : Evolution de la PEC de la TB-MDR

L'analyse du tableau fait ressortir un important succès dans la PEC de la TB-MDR, faisant passer le taux de succès du traitement de **50%** en 2018 à **89%** en 2023, avec un fléchissement en 2021 par rapport à 2020, dû aux conséquences du Covid.

La présentation graphique des paramètres de la PEC de la TB-MDR dans les différentes périodes se résume comme suit :



Graphique 17 : Evolution des différents paramètres de la TB-MDR

V.2.7. PEC de la TB

La PEC de la TB se fait exclusivement dans 63 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT). Le plateau technique utilisé se compose de 19 GeneXpert et 63 laboratoires de bacilloscopie équipés de 13 appareils TB-Lamp dans les différentes Wilaya du Pays. Avec les GeneXpert qui facilitent le diagnostic et la confirmation de la TB, y compris la TB-MR et la TB-MDR, les CDT proposent aujourd'hui les services de prévention, de diagnostic du traitement et de suivi des différentes formes de la TB.

V.2.8. Répartition des CDT dans les Wilaya

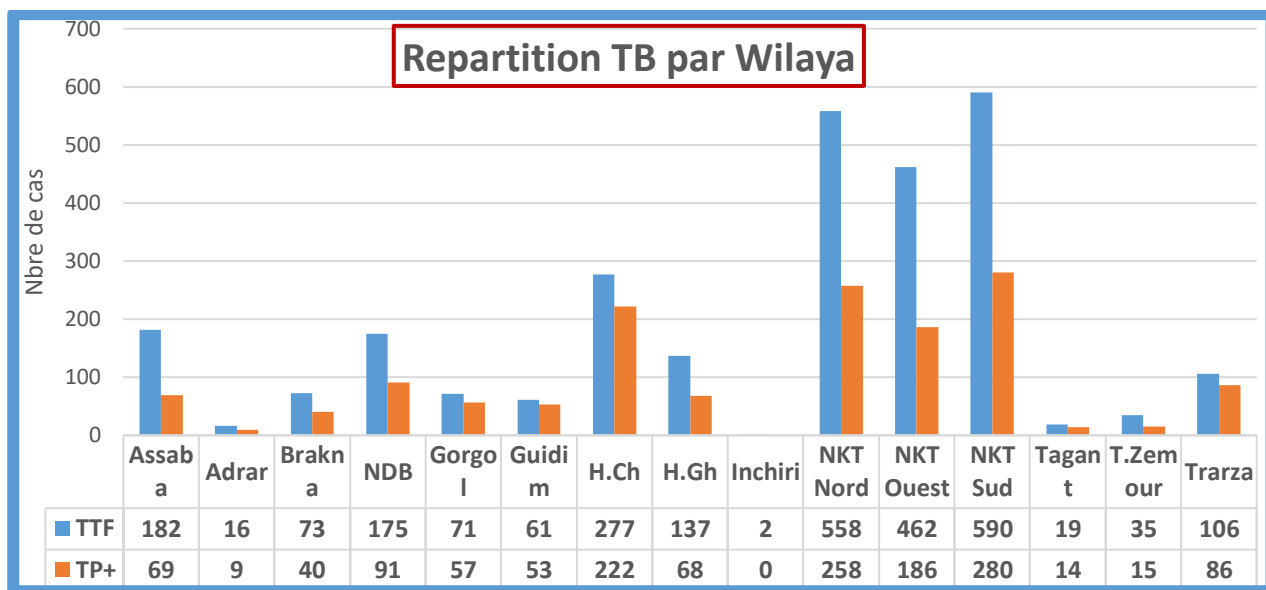
La répartition des CDT dans les Wilaya du pays obéit à une logique de concentration des patients potentiels.

Le tableau ci-dessous montre la répartition géographique des patients et des CDT fonctionnels dans le pays.

Wilaya	Nkt	Hodh Charghi	Hodh Gharbi	Assaba	Gorgol	Brakna	Trarza	Adrar	Dakhl et NDB	Tagant	Guidimagha	Tiris Zemmour	Total
CDT	18	8	3	6	4	5	4	1	8	1	3	1	63
Patient	1536	210	118	154	50	52	96	6	159	18	52	24	2475

Tableau 34 : Répartition des CDT et patients par Wilaya.

L'analyse du tableau montre que 18 CDT (28.6%) sont au niveau de Nouakchott, et 8 (12.7%) sont à NDB ; ces deux villes disposent de plus de 41% des CDT fonctionnels dans le pays.



Graphique 18 : Répartition de la détection des cas

Il ressort de ce graphique que 65% des cas de la TB toutes formes confondues, détectés sur l'ensemble du pays, le sont dans les trois Wilayas de Nouakchott. Cette prépondérance des cas à Nouakchott se confirme tous les ans.

Dans le cadre de la co-infection TB/VIH, 83% des patients TB ont été testés au VIH en 2024 contre 80% en 2023. Des efforts doivent être encore fournis afin que les tuberculeux soient testés à 100% au VIH. Pour ce faire, il est urgent notamment de mettre en place des comités de suivi pour la PEC de la co-infection TB/VIH aux niveaux central et régional et rendre fonctionnel les Guichets Uniques au niveau de tous les CDT.

V.2.9. Principaux résultats d'impacts et d'effets au niveau de la TB :

- Diminution de l'incidence, passant de **102/100 000** habitants en 2016 à **74/100 000** en 2024, soit **28%** ;
- Diminution de la mortalité liée à la TB, passant de **26/100 000** habitants en 2014 à **12/100 000** en 2024, soit **54%** ;
- Augmentation de taux de détection, passant de 55% en 2015 à 67% en 2024 ;
- Augmentation de détection de cas TB-MR et TB-MDR, passant de **22** en 2018 à **36** en 2023, soit **64%** ;
- Augmentation de taux du succès de traitement des cas TB, passant de **70%** en 2016 à **87%** en 2023 ;
- Ouverture d'une Unité TB-MDR adaptée ;
- Augmentation de taux du succès de traitement des cas TB-MR et TB-MDR, passant de **50%** en 2018 à **89%** en 2024 ;
- Renforcement du plateau technique du PNLTL par la mise en place d'un réseau de GeneXpert et d'appareils TB-Lamp et microscopes LED repartis dans toutes les Wilaya du pays ;
- Renforcement de capacités RH du PNLTL du MS ;

- Mise en place d'une batterie des documents stratégiques et normatifs ;
- Mise en place d'un système de suivi rapproché des patients.

V.3. Dans le domaine du Paludisme

Le paludisme occupe la troisième place des motifs de consultation au niveau national après les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques. Selon les données du Système National d'Information sanitaire (SNIS) de 2023, l'incidence relative au paludisme reste variable d'une Wilaya à l'autre. Ces mêmes sources rapportent que l'ensemble de la population du pays est exposé au risque de paludisme avec des incidences différentes entre les zones à transmission sporadique (Nouakchott et le Nord du pays) et les zones de la Vallée et du Sud-est du pays où la transmission est plus élevée.

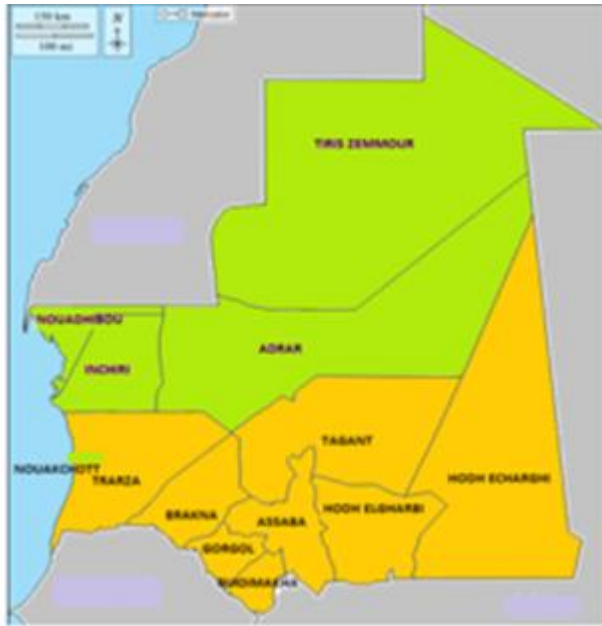
V.3.1. Endémicité et stratification du paludisme

Les recherches réalisées à l'Université de Nouakchott ont montré que l'endémicité du paludisme est variable dans le pays et que la stratification des zones de transmission palustre est déterminée à travers des enquêtes sur la transmission (entomologie et parasitologie) et des contextes écologiques ayant des implications sur la morbidité et la mortalité palustres¹.

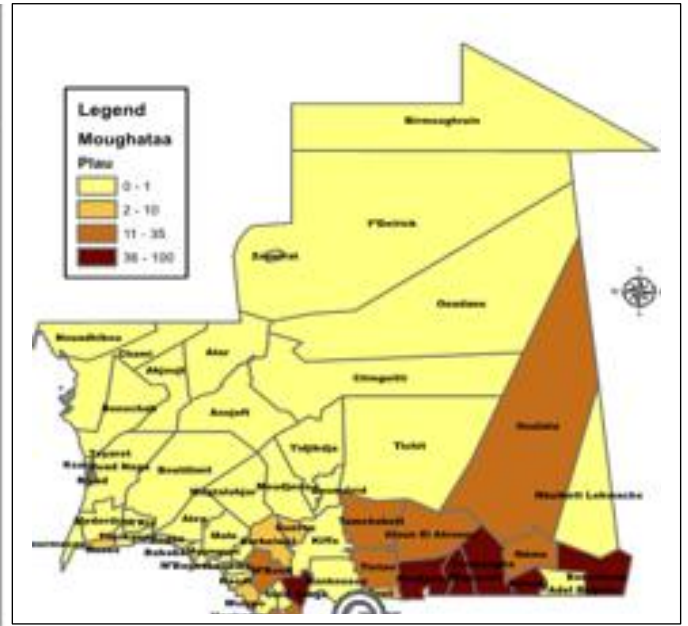
Ainsi trois zones se dessinent allant du sud au nord : la zone sahéenne où la transmission faible du paludisme est saisonnière, la zone sahélo-saharienne située au Sud-est du pays, où la transmission du paludisme reste saisonnière mais courte (moins de trois mois) et la zone saharienne représentée par les trois Wilaya du nord où la transmission est sporadique.

Sont considérées endémiques, les huit Wilaya du sud du pays (Hodh Charghi, Hodh Gharbi, Assaba, Gorgol, Brakna, Trarza, Tagant et Guidimagha) où la transmission est saisonnière (juillet-octobre), faible mais fortement influencée par la pluviométrie annuelle.

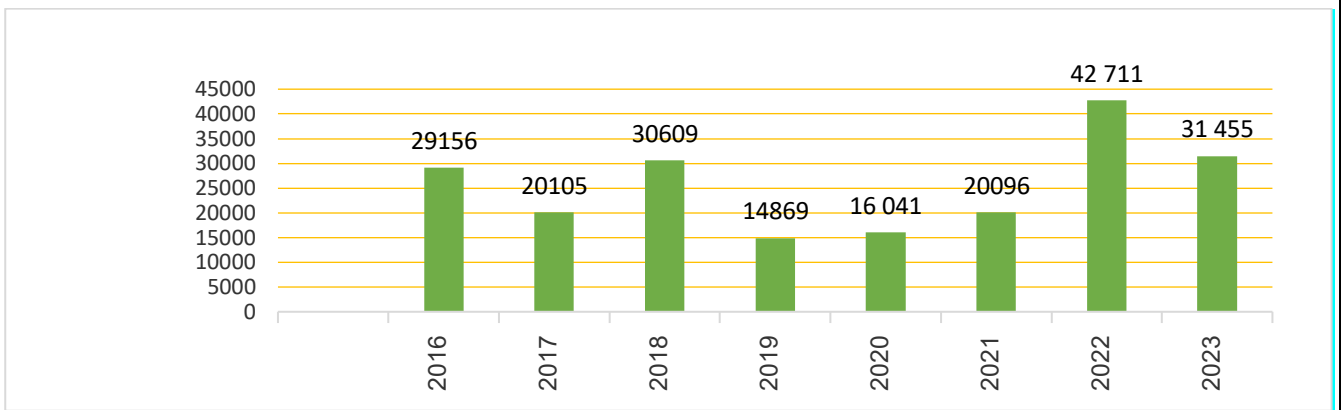
¹ INRSP : Contribution aux Etudes épidémiologiques et cliniques du paludisme en Mauritanie 2019. Auteur : Mohamed Abdallahi Moukah



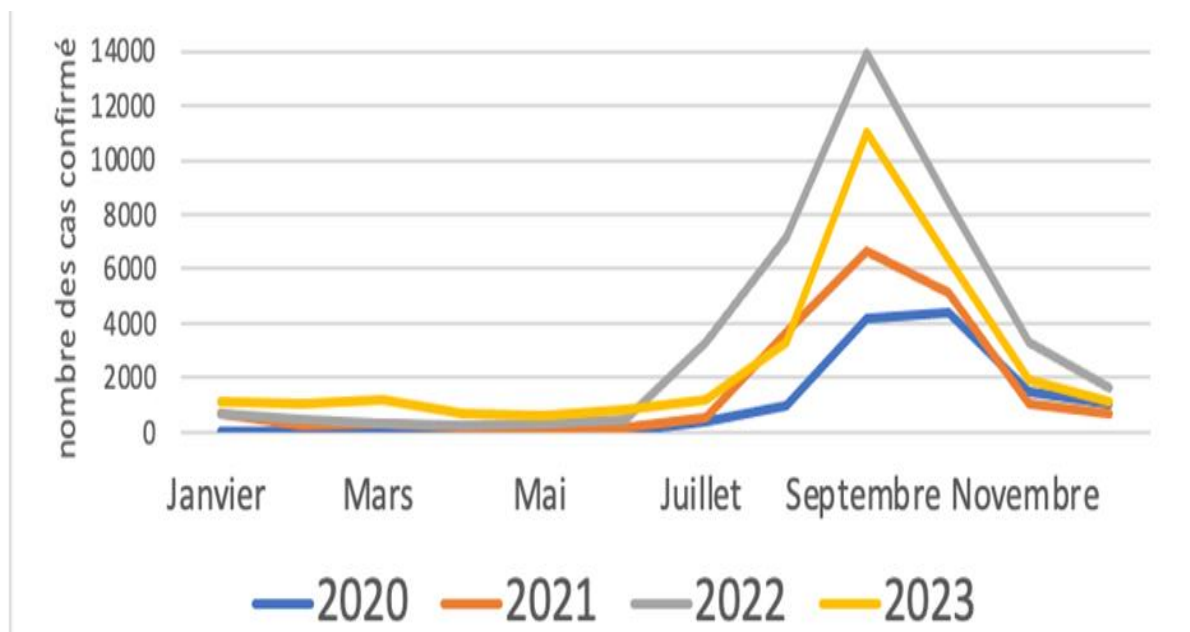
Carte 5 : Carte des zones d'endémicité



Carte 6 : Incidence par Moughataa



Graphique 19 : Tendence des cas de paludisme



Graphique 20 : Evolution des cas confirmés de Paludisme selon la saison

Il y'a lieu de noter que les données de routine sont basées essentiellement sur des rapports mensuels des points focaux SNIS. Toutefois, les rapports de supervision des structures de soins dans les différentes Wilaya du pays montrent que lesdites données doivent être consolidées pour servir de base à la planification stratégique, visant l'élimination de la maladie.

L'appui sur la combinaison des données stratégiques et des données de routine doit pouvoir guider la planification stratégique, de sorte que des approches plus adaptées et plus efficaces soient menées pour maximiser l'impact.

D'ici là, une action multisectorielle est fondamentale, sous la forme d'efforts concertés des secteurs de l'assainissement, de l'agriculture, de l'éducation, de l'environnement, de l'administration locale, pour mener une riposte holistique au paludisme.

De grandes avancées ont été réalisées sur la voie de l'élimination du paludisme en Mauritanie. Ces progrès sont mesurés principalement par quatre résultats, dont deux résultats d'impact (incidence et mortalité) et deux résultats de couverture (couverture des femmes enceintes et couverture des enfants de moins de 5 ans).

V.3.2. Incidence

L'incidence a connu une régression significative depuis 2016, passant de 94.53 cas pour 1000 habitants à 38.3 cas pour 1000 habitants en 2023, soit une réduction de 60% sur huit ans.

V.3.3. Mortalité

Les décès liés au paludisme ont atteint 1423 cas en 2020, occupant la 5^{ème} place parmi les causes de décès dans le pays.

V.3.4. Couverture des femmes enceintes en (TPI) en 2024

Parmi les 97 147 femmes enceintes qui ont fréquenté les centres de CPN en 2024, 27 668, soit 28.48%, ont reçu trois doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme. Cet indicateur n'était que de 8.77% en 2022.

L'évolution de la couverture des FE en TPI est présentée dans le tableau suivant :

Couverture en TPI	2022		2023		2024	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Femmes Enceintes vues en CPN	128 368		97 906		97 147	
F.E. vues en CPN ayant reçu au moins trois doses du TPI contre le paludisme	11 259	8.77	16 490	16.84	27 668	28.48
F.E. ayant reçu des moustiquaires	23 195	18,06	27 853	28,44	33 057	34,02

Tableau 35 : Couverture des FE en TPI

V.3.5. Couverture des enfants de moins de 5 ans

Le nombre de doses administrées aux enfants âgés de moins de cinq ans, ayant bénéficié d'une CPS complète par saison de transmission (3 ou 4 doses) est passé de 230 297 en 2022 à 895 198 en 2024, avec une couverture de 68% des enfants ciblés.

V.3.6. Interventions clés

V.3.6.1. Lutte anti vectorielle :

La Campagne de Distribution en Masse des moustiquaires (CDM) et la Pulvérisation Intra Domicile (PID) constituent des interventions clés, permettant de réduire le taux d'exposition aux piqûres de moustiques et la survie du vecteur, ce qui réduit considérablement la capacité vectorielle et la transmission. Les moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'actions (MILDA) confèrent une protection à leurs usagers vis-à-vis des moustiques vecteurs du paludisme en les tuant avant qu'ils ne puissent piquer, tandis que la PID tue les moustiques qui se reposent après avoir piqué les sujets non protégés.

Campagne de Distribution des Moustiquaires imprégnées

Adoptée par la Stratégie Nationale de lutte contre le paludisme, la CDM est organisée tous les trois ans depuis 2017 sur financement du FM. Lors de sa troisième édition, organisée en décembre 2023, en collaboration avec le MS et le PNUD, 1 753 050 MILDAS ont été distribuées dans 42 Moughataa réparties sur les huit wilayas endémiques.

Elle a ciblé 593 557 ménages, avec une moyenne de 2.7 moustiquaires par ménage, et un taux de couverture de 96%. Cette campagne a coûté au total : **297 555 607 MRU** dont **133 553 589 MRU** pour l'acquisition des MILDAs et **164 002 018 MRU** pour les coûts opérationnels.

Le tableau ci-dessous présente la situation des CDM 2017-2020-2023 :

Période	2017	2020	2023
Coût d'acquisition MILDAs			133 553 589
Coûts opérationnels			164 002 018
Nombre MILDA distribuées	1 121 442	1 138 940	1 753 050
Nombre de ménages touchés		300 660	568 189 593 557
Moyenne de Mildas par ménage			2.7
Couverture des Cibles			96%

Tableau 36 : Evolution de la couverture en MILDA

L'analyse du tableau ci-haut montre que :

- Les MILDA distribuées sont passés de 1 121 442 en 2017 à 1 753 050 en 2023, soit une augmentation de 56.32% ;
- Le nombre de ménages touchés est passé de 300 660 en 2021 à 568 189 en 2023, soit une augmentation de 89% ;

V.3.6.2. Chimio Prophylaxie Saisonnière (CPS)

L'administration intermittente d'une prophylaxie par médicament antipaludique aux enfants à haut risque de paludisme grave vivant dans des zones de transmission saisonnière a été recommandée depuis 2012 par l'OMS, comme stratégie sûre et rentable pour compléter d'autres activités préventives, telles que les mesures de lutte antivectorielle, le diagnostic rapide et le traitement des cas confirmés.

La CPS s'est avérée extrêmement efficace pour protéger les jeunes enfants contre le paludisme. Cette intervention consiste à administrer aux enfants de moins de cinq ans (le groupe le plus vulnérable face au paludisme grave) des doses mensuelles de médicament antipaludique durant la période du pic de transmission.

Organisée en 2024 pour la troisième année consécutive dans les wilayas endémiques du pays, la CPS a administré 895 198 doses sur trois ans dans les zones de transmission saisonnière au profit de 260 478 enfants. Le nombre d'enfants touché est passé de 50 516 en 2022 à 116 015 en 2024 pour le premier passage.

Financée sur le NFM3 du FM, la CPS a été organisée en collaboration avec le MS et a coûté 1 697 569 \$.

Les résultats enregistrés des différentes campagnes sont présentés dans le tableau ci-après :

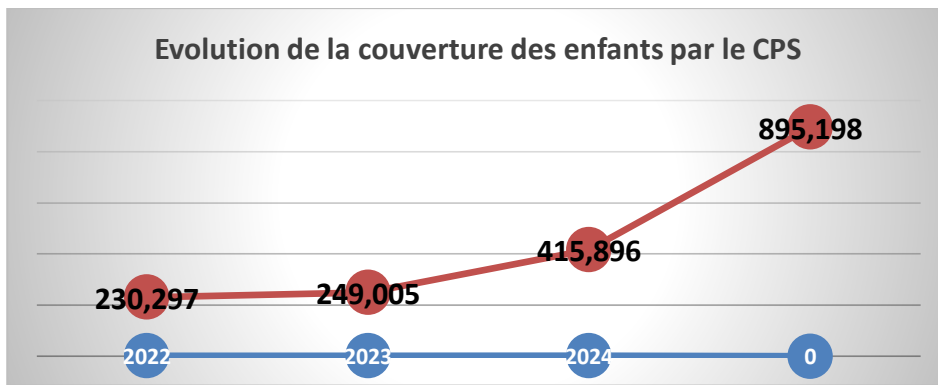
Rubrique	2022	2023	2024
Population cible (enfants 3 à 59 mois)	85004	103059	115772
Nombre d'enfants de 3 à 59 mois traités au 1er passage	50516	93947	115930
Nombre d'enfants de 3 à 59 mois traités au 2ème passage	55927	85552	108225
Nombre d'enfants de 3 à 59 mois traités au 3ème passage	66202	70728	102820
Nombre d'enfants de 3 à 59 mois traités au 4ème passage	57652	0	87074
Nombre d'enfants de 3 à 59 mois ayant cumulé 3 ou 4 passages	0	69506	77410
% traités au 1er passage	59%	91%	100%
% ayant cumulé 3 ou 4 passages	0%	67%	67%

Tableau 37 : Evolution des données CPS

La campagne de chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) a été lancée en 2022 dans sept Moughataa éligibles, sur les douze initialement identifiées. En Mauritanie, cette intervention cible les enfants âgés de 3 à 59 mois.

Les sept Moughataa concernées sont réparties comme suit :

- Wilaya du Hodh Charghi : Adel Bagrou, Amourj, Bassiknou, Néma et Timbédra
- Wilaya du Hodh Gharbi : Tintane et Touil.

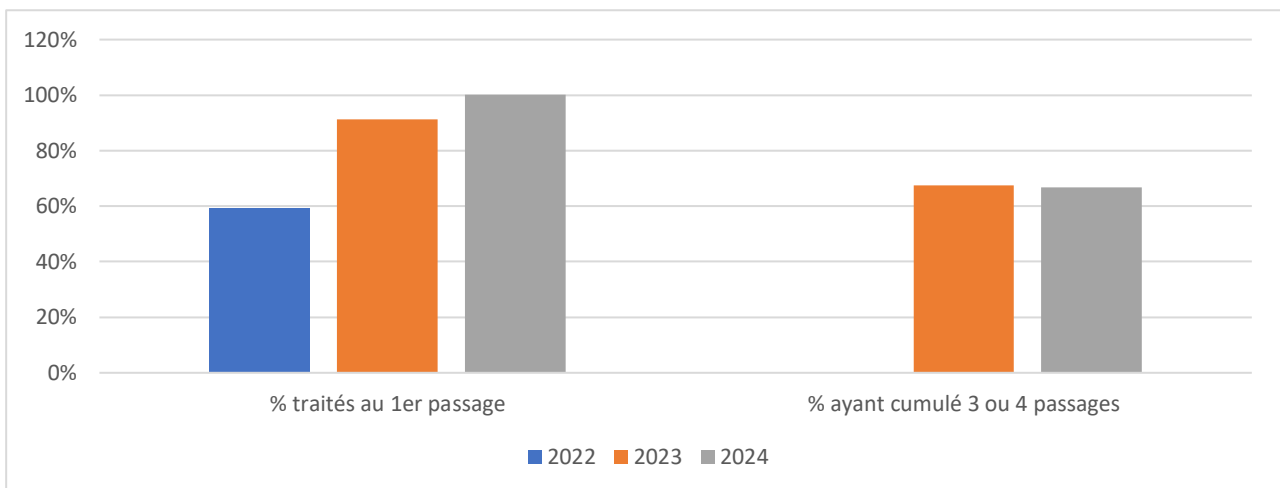


Ce graphique illustre l'évolution des taux de couverture. La proportion d'enfants traités lors du premier passage, rapportée à la population cible annuelle, montre une progression significative : de 59 % en 2022 à 100 % en 2024.

Afin d'assurer une protection efficace contre le paludisme, chaque enfant doit recevoir trois doses, administrées à raison d'une dose par jour lors de chaque passage ou cycle. Le nombre de cycles requis varie entre trois et quatre, avec un passage mensuel et un intervalle minimal de 28 jours entre deux cycles.

En revanche, la proportion d'enfants ayant complété trois ou quatre passages passe de 0 % en 2022 à 67 % en 2024. L'absence de données cumulées en 2022 s'explique par le manque d'expérience des équipes, qui n'avaient pas encore intégré la collecte de cet indicateur.

Par ailleurs, l'absence de données relatives au quatrième passage en 2023 résulte du démarrage tardif de la campagne, lequel a entraîné la suppression du quatrième cycle



Graphique 21 : Evolution de la qualité de la couverture des enfants par la CPS

V.3.7. Principaux résultats spécifiques d'impacts et d'effets dans le paludisme :

- Diminution de l'incidence dans les wilayas du Sud et du Sud-Est, passant de **67,1** cas pour 1000 habitants en 2016 à **4,6** cas pour 1000 personnes en 2020, soit une diminution de **93%** ;
- Diminution de l'incidence dans les wilayas dans la strate 2, passant de **0.8** cas pour 1000 en 2016 à **0,3** cas pour 1000 personnes en 2022, soit une diminution de **63%** ;

- Diminution de l'incidence dans les wilayas du Nord et la capitale Nouakchott, l'incidence des cas confirmés est passée de **0.8** cas pour 1000 en 2016 à **0,4** cas pour 1000 habitants en 2022, soit une diminution de **50%** ;
- Diminution de la mortalité rapportée, passant de 43.02/100 000 habitants en 2020 à 4.4/100 000 habitants en 2023, soit une diminution de **89.8%** ;
- Augmentation du taux de couverture des femmes enceintes par le traitement préventif intermittent (TPI), passant de **6%** en 2022 à **28.48%** en 2024 ;
- La proportion d'enfants traités lors du premier passage, rapportée à la population cible annuelle, montre une progression significative passant de 59% en 2022 à 100% en 2024.
- La proportion d'enfants ayant complété trois ou quatre passages est passée de 0% en 2022 à 67% en 2024.
- Augmentation du nombre des MILDA distribuées, passant de **1 121 442** en 2017 à **1 584 341** en 2023 soit une augmentation de 56,32% ;
- Augmentation du nombre de ménages qui ont reçu des MILDA, passant de **300 660** ménages en 2020 à **568 189** en 2023, soit une augmentation de **89%** ;
- Mise en place d'une batterie de documents stratégiques et normatifs.
- Renforcement de capacités du PNLP du MS ;

V.4. Renforcement du Système de Santé (RSS) / Acquisition ARV, réactifs, médicaments et autres produits de santé

V.4.1. RSS

Dans le cadre du Protocole d'Accord liant le SENLS et le Ministère de la Santé (MS), pour la mise en œuvre des subventions du FM, il est prévu notamment un renforcement du système de santé.

Ce RSS s'est concrétisé par la mise à disposition du MS d'équipements et matériel spécifique ainsi que l'assistance technique. Les bénéficiaires directs de ce volet sont en particulier : le Programme du Système National d'Information Sanitaire (PSNIS), le Centre Hospitalier National (CHN), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)...

Ce partenariat couvre également le renforcement des capacités dans les domaines de la planification, de l'exécution technique, de la gestion financière et du suivi évaluation.

V.4.1.1. Acquisition de centrales d'oxygène

Quatre centrales oxygènes ont été acquises au profit du MS pour renforcer les capacités des hôpitaux de l'intérieur à prendre en charge sur place les cas graves. Ces centrales permettent une production d'oxygène médical sur le lieu d'utilisation à partir de l'air ambiant. Elles ont été installées à Zoueirat, Sélibabi, Bogué et Aioun. Ces centrales, dotées d'un lot de 600 obus, permettent aussi le ravitaillement en oxygène des centres de santé de chaque région concernée.

Le coût total des quatre centrales d'oxygène s'élève à **153 948 045 MRU**.



Photo 5 : Centrale Oxygène Aioun

V.4.1.2. Acquisition d'incinérateurs

L'action de détruire par le feu les déchets biomédicaux et les réduire en cendres est une mesure essentielle de prévention des infections.

A cet effet, six incinérateurs, acquis pour un montant global de **10 609 047 MRU**, ont été livrés au MS. Ils ont été installés au Centre National de Cardiologie, à l'Hôpital Cheikh Zayed, à l'Hôpital Mère-Enfant, et aux CH de Kaédi, Zouérate et Bogué.



Photo 6 : Incinérateur

V.4.1.3. Acquisition d'appareils GeneXpert

Etant un test d'amplification des acides nucléiques (CBNAAT), le GeneXpert est un test de diagnostic rapide permettant la détection de la tuberculose ainsi que de la résistance à la rifampicine dans les cas de frottis direct négatif. Il est aussi utilisé pour mesurer la CV chez les PVVIH.

Sur financement du FM, dix-huit appareils GeneXpert ont été acquis dont un appareil à 16 modules livré à l'INRSP et dix-sept autres appareils à quatre modules répartis comme suit :

Structure bénéficiaire	Module type	Nombre attribué
INRSP	16 modules	1
INRSP	4 modules	1
CS Kiffa	4 modules	1
CS Néma	4 modules	1
CS Kaédi	4 modules	1
CS Arafat	4 modules	1
CS Nouadhibou	4 modules	1
UPEC Kiffa	4 modules	1
CTA	4 modules	2
INRSP	4 modules	1
CS Rosso	4 modules	1
CS Aleg	4 modules	1
CS Sélibabi	4 modules	1
CH Atar	4 modules	1
CH Aioune	4 modules	1
CH Tidjikja	4 modules	1
CH Zouerate	4 modules	1

Tableau 38 : Répartition des GenXpert

Le coût global des appareils était de 395 350 \$.

V.4.1.4. Acquisition des appareils TB-Lamp :

La confirmation de la tuberculose se fait selon 2 techniques, actuellement, utilisées dans les structures sanitaires du pays :

- Tests moléculaires (GeneXpert et TB-Lamp)
- La microscopie.

La TB-Lamp est une méthode moléculaire basée sur l'amplification de l'ADN du patient pour le diagnostic rapide de la tuberculose. Elle est plus rapide et plus spécifique que la microscopie.

Au cours du NFM3, 13 appareils TB-Lamp ainsi que leurs accessoires et réactifs ont été acquis au profit du PNLT pour un montant de **212 417 USD**.

Les 13 appareils ont été installés dans 13 structures sanitaires selon le plan de dispatching proposé par le PNLT.

Il s'agit des centres de santé de Nouakchott (Ksar, Teyaret, OIIS(Arafat), Elmina, SEBKHA, RIADH, Toujounine, Selam Diam, Saada, ME (Elmina)), ainsi que les CHR de Nouadhibou, Sélibabi et Timbedra.

Récapitulatif des acquisitions RSS lors de NFM3	
PSA (Centrales oxygène)	155 137 867
Accréditations ISO 17025 du LNCQM	1 536 630
Acquisition de 6 incinérateurs	9 612 038
Acquisitions de 60 TV pour la PTME	630 000
Acquisitions de 6 Tablettes pour l'IBBS	55 200

Acquisitions de 6 Ordinateurs pour l'IBBS	106 200
Acquisition de 200 Armoires pour les ASC	990 000
Acquisition de 200 Smart phone pour les ASC	1 000 000
Achat 12 tablettes TB	93 600
Acquisition des équipements mobiles pour le CTA	446 320
Acquisition des matériels Informatique pour le CTA	102 425
TOTAL ACQUISITIONS RSS	169 710 280

Tableau 39 : Récapitulatif des acquisitions RSS lors de NFM3

V.4.1.5. Appui à la Santé Communautaire

La santé communautaire est une approche populationnelle, axée sur les communautés, et fait partie intégrante de la santé publique. Elle est basée sur une stratégie de santé de proximité.

Les Agents de Santé Communautaires (ASC) sont au cœur de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Leurs contributions sont essentielles à la création de systèmes de santé résilients capables de répondre aux nouvelles menaces sanitaires et de fournir des soins de santé de proximité.

C'est dans ce cadre que le SENLS en partenariat avec le MS, et l'UNICEF a appuyé la formation de 300 ASC dans le pays. Il a également contribué au renforcement de leurs capacités opérationnelles en les dotant d'outils et matériels de communication pour faciliter et digitaliser la collecte et le rapportage des données.

Il s'agit notamment de :

V.4.1.5.1. Acquisition de Smartphones pour les ASC

Les Smartphones acquis ont bénéficié aux 300 ASC répartis dans les wilayas suivantes :

Wilaya	Nombre total des ASC
Hodh Charghi	50
Hodh Gharbi	50
Guidimagha	50
Gorgol	50
Brakna	50
Assaba	50
Total ASC	300

Tableau 40 : Répartition des ASC par wilaya

V.4.1.5.2. Acquisition d'Armoires pour les ASC

Un lot de 200 armoires a été mis à la disposition des ASC dans les différentes wilayas du pays, pour la conservation des outils de collecte et de rapportage des données et l'archivage.

V.4.1.6. Appui à la PTME

Les services de la PTME constituent la pierre angulaire pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, leur renforcement passe par leur dotation en matériel de sensibilisation et la formation de leur personnel.

Dans ce cadre le SENLS a entrepris en 2024 les actions suivantes :

V.4.1.6.1. Acquisition de kits audiovisuels

81 kits, composés d'écrans TV et de supports USB ont été acquis sur la subvention FM et mis à la disposition des centres de PTME. Ce matériel devra permettre aux sages femmes de passer les messages de sensibilisation pour la promotion du dépistage VIH chez les femmes enceintes reçues aux CPN.

V.4.1.6.2. Formation des sage-femmes

Dans le cadre de la subvention NFM3, 430 sage-femmes ont été formées sur la PTME, dont 116 points focaux du DHIS2.

Année	2022	2023	2024
Formation Sage-femmes PTME	114	100	100
Formation des Points focaux PTME / plateforme DHIS	0	0	116

Tableau 41 : Formation des sages-femmes

V.4.1.7 Accréditations ISO 17025 du LNCQM

« L'accréditation ISO 17025 est une certification qui prouve qu'un laboratoire dispose d'un système de gestion de qualité requise et qu'il a la capacité et la compétence de fournir des résultats de mise à l'essai et d'étalonnage ». L'accréditation permet d'assurer que les essais ont été menés selon les normes internationales et que les résultats sont mutuellement acceptables entre divers organismes gouvernementaux et de réglementation.

Le LNCQM étant le laboratoire national de référence, a bénéficié d'un appui pour son accréditation ISO 17025 sur la subvention NFM3, gérée par le SENLS.

V.4.2. Acquisition ARV, réactifs, médicaments et autres produits de santé

L'approvisionnement en médicaments anti IO, intrants, consommables et autres produits de santé est conjointement assuré par le Gouvernement et le FM. L'achat des ARV est assuré exclusivement par le FM.

Les acquisitions des produits de santé VIH sur budget Etat sont effectués à travers la CAMEC et les achats sur la subvention du FM via la plateforme d'achats groupés du Fonds mondial (Wambo).

V.4.2.1. Acquisitions sur Budget SENLS

Sur ce budget, un montant de 4 644 302 MRU a été exécuté au cours des trois dernières années (2022,2023,2024) pour le compte des médicaments et produits0 de santé VIH, ce qui représente **7.8%** du coût global des produits de santé (hors ARV).

V.4.2.2. Acquisitions sur Subvention FM

Sur cette subvention, un montant de 92 972 065 MRU a été exécuté au cours de la période de 2022-2023-2024. Ce montant comprend les ARV, les tests de dépistage, les intrants et consommables VIH.

Année	2022	2023	2024	Total
Montant en MRU	34 983 577	27 103 823	30 884 665	92 972 065

Tableau 42 : Exécution du budget GAS de la subvention NFM3

Pour les trois maladies (VIH, Tuberculose et Paludisme), un montant de **410.991.645** MRU a été dépensé pour l'achat des médicaments durant le cycle de financement NFM3 (2022-2023-2024). Le budget prévu pour les médicaments, les tests de dépistage rapide (TDR), les réactifs et consommables de laboratoire, les équipements médicaux étaient de **51 618 214 MRU** en 2022, **248 436 288 MRU** en 2023 et **110 937 144 MRU** en 2024, réparti dans le tableau 43 ci-dessous.

Le taux d'exécution du budget GAS était de **76%** sur les **540 739 320 MRU** initialement planifiés.

Type d'intervention	Catégories	2022		2023		2024	
		FM	Etat	FM	Etat	FM	Etat
Pour le compte du vih							
Traitement	ARV	8 190 036		12 031 760		11 822 173	
Prophylaxie	IO	620 702	905 647	932 753	1166266	0	784 961
Dépistage	1ér test	1 039 074		196 526		2 477 767	
	2ém test	64 312	314 798	256 255	561 423	55 586	282 850
	PTME (HIV + Syphilis)	530 001		765 939		1 206 804	
	Autotests	305 520		229 140		0	
	Détermine – AgHbs	356 496		130 610		349 820	
	Dépistage précoce	28 452		85 355		102 426	
	Kit DBS	14 677		13 023		0	
Intrants Charge Virale		1 847 328		2 054 202		1 758 306	
Intrants NFS et Ionogramme		97 499	157 000	69 238	165 600	0	
Intrants Biochimie		214 666	79 400	69 620	532 400	0	
Préservatifs et lubrifiants		2 397 759		4 937 967		5 164 434	
Consommables		1 512 057	200 140	481 194	0		0
Equipements sanitaires		11 574 325		96 025		0	
Cout logistique		6 190 674		475 4205		7 947 350	
Total		34 983 577	1 456 872	27 103 823	2 121 643	30 884 665	1 065 787
Pour le compte de la TB							
Réactifs et consommables pour la détection de TB		5956064,191		5133302,35		0	

Total TB		8827523,999		6493627,473		897411,0499	
Pour le compte du paludisme							
Produits antipaludiques		3 301 678,35		4 235 412,55		4 457 216,46	
TDR		3 864 053,70		4 011 095,70		3 968 422,40	
Antipaludiques/CPS		3 723 624,70		4 326 146,80		3 609 702,16	
Antipaludiques		5 591 255,71		-		-	
Réactifs de labo		-		151 323 032,14		-	
MILDA		-		13 188 382,14		-	
Cout logistique MILDA		5 768 214,36		4 274 702,72		3 177 591,47	
Autres couts antipaludiques		22 248 826,82		181 358 772,05		15 212 932,49	
Total paludisme		3 301 678,35		4 235 412,55		4 457 216,46	
Total GAS		47 799 331,99	-	366 952 956,65	-	34 883 081,44	

Tableau 43 : Evolution du budget GAS et sa répartition par an.

V.5. Suivi & évaluation

Dans le cadre des engagements de la communauté internationale de mettre fin à l'épidémie du sida à l'horizon 2030, la Mauritanie a réorganisé son système de suivi évaluation du Sida, en adhérant au GAM et en adoptant les orientations de l'ONUSIDA en suivi évaluation.

Elle a également mis en place des sous-systèmes consensuels, répondant aux besoins d'information de toutes les parties prenantes à la lutte contre le VIH et le SIDA, pour fournir des informations de qualité qui puissent permettre de piloter avec plus d'efficacité et d'efficience cette lutte.

En utilisant des outils standardisés de collecte, d'analyse et de rapportage des informations, ces sous-systèmes simples, flexibles, intégrés, décentralisés, se veulent efficaces et orientés vers l'action.

V.5.1. Rapport mondial sur le Sida 2024

Le Rapport mondial sur le Sida (GAM) est une initiative de l'ONUSIDA pour suivre les progrès réalisés en matière de lutte contre le Sida. Il fournit des informations importantes utilisées aussi bien au niveau national qu'au niveau international, pour la prise de décisions stratégiques dans la lutte contre le Sida.

Pour 2024, ce Rapport met en lumière la nécessité de maintenir les efforts de lutte contre le VIH, soulignant que la communauté internationale est à un moment charnière pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida comme menace de santé publique d'ici 2030. Il insiste sur l'importance d'une approche basée sur les droits de l'homme pour une réponse efficace au VIH, mettant ainsi en avant le respect des droits de chacun comme un élément clé.

A l'instar des pays de la communauté internationale, la Mauritanie produit le présent rapport national qui fait ressortir notamment les progrès réalisés en 2024 dans la riposte au Sida. Ce rapport est élaboré, selon un processus inclusif et participatif, sous la coordination du SENLS, avec la participation des partenaires, comme l'ONUSIDA, le Ministère de la santé, l'OMS et la Société Civile.

V.5.2. Enquête bio-comportementale et sérologique (IBBS)

De par leur volet dépistage qui contribue à l'atteinte du premier 95 (95% de PVVIH connaissent leur statut sérologique), les enquêtes bio comportementales et sérologiques présentent des avantages par rapport aux enquêtes classiques. Elles fournissent des données sur la taille des populations, des informations comportementales et renseignent la prévalence du VIH et autres IST. Elles permettent aussi le suivi de l'épidémie au sein des populations clés qui sont les plus exposées aux risques d'infection par le VIH.

L'IBBS de 2024 a été réalisée, en partenariat avec les OSC travaillant avec les PC, dans trois villes du pays à savoir Nouakchott, Rosso et Nouadhibou.

Principaux résultats

Indicateur (dans les villes (NKTT ; NDB et Rosso)	HSH	PS	Détenus
La taille	4 272	8 118	N/A
Prévalence du VIH	19,67%	9,15%	1,7%
Prévalence de la syphilis	11,75%	1,57%	2,7%
Prévalence de l'hépatite B	4,66%	4,31%	5,3%
Bonne connaissance en matière de prévention du VIH et rejet des fausses croyances	26,0%	9,0%	4,0%
Proportion de bénéficiaires ayant reçus au moins deux services de prévention combinée au cours des trois derniers mois	47,0%	19,0%	0,0%

Tableau 44 : Principaux résultats IBBS 2024

V.5.3. Digitalisation des données sanitaires

V.5.3.1. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

La gestion des données est une composante importante du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et son amélioration constitue l'un de ses objectifs clés. Pour cela, le SNIS utilise le DHIS2 qui est un outil de collecte, d'analyse, de validation et de présentation de données statistiques agrégées des patients ; il est également une open source basée sur le Web, bien adaptée à la gestion de l'information sur la santé.

Le DHIS2 est un outil générique plutôt qu'une application de base de données préconfigurée, avec un modèle de métadonnées et une interface utilisateur flexible qui permet à l'utilisateur de concevoir le contenu d'un système d'information selon ses besoins spécifiques.

Le DHIS2 a été introduit pour la première fois en 2018 dans le SNIS, avec l'appui du FM.

Un ensemble d'activités ont été mises en œuvre ayant pour objectif la révision générale des outils de collecte et de synthèse des données du SNIS, afin d'y intégrer l'ensemble des données collectées, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, axées sur les indicateurs relatifs au VIH/Sida, tuberculose et au paludisme.

Cette révision d'outils a été suivie par l'élaboration des modules de formation détaillés sur chaque outil élaboré et des sessions de formations pour l'ensemble des utilisateurs du DHIS2.

V.5.3.2. Plateforme AMNIR CHIVA

Dans le souci de l'amélioration continue du suivi de la prise en charge des PVVIH, le SENLS a investi, sur Budget de contrepartie, dans un logiciel dénommé "AMNIR CHIVA". Ce logiciel a été paramétré pour assurer la collecte et le rapportage de l'information sanitaire relative aux PVVIH dans toutes les structures de prise en charge

du Sida dans le pays. Des mises à jour des différents modules sont réalisées régulièrement, chaque fois que le besoin se fait sentir.

V.5.3.3. Plateforme KP-AGV-MR

Le SENLS a mis en place une plateforme à interface WEB, dénommée "KP-AGV- MR" qui dispose des modules de prise en charge de l'ensemble des services à fournir aux groupes de populations cibles, retenues dans le PSN. Cette application permet la collecte et le rapportage des informations liées aux activités de lutte contre le Sida, menées par les OSC.

Elle est compatible avec le système ANDROID et permet le rapportage de toute la gamme des services, nonobstant le prestataire, tout en excluant les doublons. Elle informe sur les données statistiques de la cible, le service fourni, l'entité de mise en œuvre, le bailleur et la zone géographique couverte par les activités.

V.5.3.4. Evaluation des UPEC

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH par l'accès aux soins et au traitement antirétroviraux dès la découverte du statut VIH, constitue un des principaux axes du PSN 2022- 2027.

En effet, les UPEC se doivent de proposer une prise en charge globale des PVVIH, comprenant le dépistage, le suivi clinique et biologique, la dispensation des médicaments (antirétroviraux), les consultations d'éducation thérapeutique et d'observance au traitement, le suivi psychosocial, le soutien nutritionnel et l'accompagnement communautaire. Par ailleurs, elles doivent développer des activités de surveillance épidémiologique et remplir le rôle de référence au niveau régional.

Dans ce cadre une mission a été organisée par le SENLS en novembre 2024 avec l'objectif d'évaluer l'opérationnalité des six UPEC nouvellement mises en place et proposer des solutions aux problèmes auxquels les UPECS font face. Les six nouvelles UPEC offrent des services de proximité aux PVVIH qui se trouvent dans les wilayas suivantes : Hodh Elgharbi, Brakna, Adrar, Tagant, Guidimagha et Inchiri.

Le rapport de cette mission, transmis au MS et aux différents CHR abritant lesdites UPEC, a permis aux équipes de faire le constat sur le niveau d'opérationnalité de ces unités, d'identifier leurs points forts et leurs points faibles. Il a été constaté que, malgré la disponibilité du personnel ainsi que des équipements et intrants dans la plupart des UPEC, la qualité du dépistage, celles de la PEC des PVVIH et du rapportage des données, connaissent encore d'importantes lacunes.

A la lumière des constats relevés, il y'a lieu que le MS et le PNLs en particulier veillent à ce que les UPEC soient complètement intégrées dans les CHR et bénéficient des opportunités du système de santé tout en proposant les services en relation avec la PEC globale du Sida.

VI. Défis et Recommandations

Sur la base de l'analyse des informations présentées, le présent Rapport a identifié les principaux défis devant être relevés, ainsi que les opportunités et forces à exploiter dans le cadre de la Riposte aux trois maladies prioritaires. Aussi, le rapport formule des recommandations pour aider à l'atteinte des objectifs fixés.

VI.1. Pour le VIH

VI.1.1. Principaux Défis

- Atteinte du 1^{er} 95 ;
- Ciblage des PC ;
- Pérennisation du financement de la riposte.

VI.1.2. Forces et Opportunités

- Engagement politique fort ;
- Bon taux d'absorption des financements mobilisés ;
- Existence d'une stratégie nationale de dépistage ;
- Engagement fort de la société civile ;
- Disponibilité de documents normatifs ;
- Décentralisation de la PEC ;
- Disponibilité permanente des ARV et intrants ;
- Existence d'un centre national de référence ;
- Disponibilité de plateaux techniques performants pour le diagnostic et le suivi du VIH et la co-infection TB/VIH ;
- Disponibilité de logiciels adaptés pour la saisie et le rapportage des données ;
- Disponibilité de textes juridiques sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ;
- Faible stigmatisation des PC.

VI.1.3. Faiblesses et Obstacles

- Insuffisances rapportées dans la planification des activités ;
- Faiblesses du suivi au niveau des programmes et structures de mise en œuvre ;
- Insuffisance du niveau de dépistage ;
- Connaissances insuffisantes sur les PC ;
- Retard de la mise en œuvre de la PrEP ;
- Faiblesse dans le suivi du couple mère-enfant ;
- Chevauchement des interventions de certains programmes ;
- Faiblesse dans la coordination entre parties prenantes ;
- Faible mobilisation des fonds des bailleurs autres que l'Etat et le FM.

VI.1.4. Recommandations

A la lumière des défis, faiblesses et obstacles identifiés, les recommandations suivantes sont formulées :

Renforcer le dépistage différencié :

Cette approche centrée sur le client simplifie et adapte le dépistage du VIH à travers un ciblage personnalisé. Elle reflète les préférences et les attentes de divers groupes de PVVIH, tout en réduisant les charges y afférentes.

Renforcer la sensibilisation et l'éducation :

Développer des campagnes de sensibilisation ciblées sur les PC et leurs clients à travers les pairs, afin d'améliorer les connaissances du Sida et les comportements à risque.

Mettre en œuvre un programme de prévention combinée :

Ce programme doit promouvoir des approches de prévention combinée incluant la distribution des préservatifs, l'éducation et l'utilisation de la prophylaxie pré exposition (PrEP) pour les PC.

Elargir l'accès à des services de santé de qualité :

Il s'agira d'améliorer la qualité et la proximité des services de santé pour les PVVIH notamment au niveau du dépistage, du traitement et du suivi.

Favoriser l'intégration des services de santé mentale :

L'intégration des services de santé mentale dans les programmes de VIH améliore la santé psychologique et réduit les effets de la stigmatisation, de la discrimination pouvant affecter l'adhésion au traitement. Les assistants sociaux devront être formés et leur rôle dans la PEC et le monitoring des PVVIH valorisé.

Renforcer la PTME :

La prévention et le soin chez le couple mère-enfant constituent une piste efficace et peu coûteuse pour l'élimination du Sida. Un renforcement des sites PTME en termes d'intrants, de formation et supervisions devra avoir un impact significatif sur la lutte.

Renforcer le partenariat avec la société civile :

Les OSC, de par leur vocation, sont les mieux indiquées pour fournir les services aux PC, pour avoir une couverture en services de qualité dans toutes les wilayas du pays. A cet effet, il y'a lieu de mettre en place un pool fonctionnel d'OSC capable de mettre en œuvre les activités au niveau des cibles. Le soutien à leurs initiatives éventuelles renforcera l'adhésion et l'acceptation des interventions ciblant les PC.

Renforcer le Suivi & évaluation des programmes :

- Le renforcement du système de suivi & évaluation permettra de mesurer l'efficacité des interventions, d'ajuster au besoin les stratégies pour l'atteinte des objectifs fixés, et d'affiner les approches pour maximiser l'impact.
- L'insertion du VIH dans l'enquête MICS, en cours de préparation, pourra mieux consolider l'estimation de la prévalence donnée par le Spectrum dans la population générale.
- Le renforcement de la supervision des UPEC et sites PTME pourra garantir la qualité et la complétude des données saisies ainsi que la fonctionnalité optimale desdites unités.

- L'unification et la centralisation des outils de collectes et rapportage des données permettra d'en garantir la cohérence.
- L'évaluation périodique du Programme permettra de mesurer l'efficacité de la mise en œuvre des interventions et stratégies adoptées.

Renforcer le leadership et la coordination :

- Le renforcement de la collaboration entre les parties prenantes ;
- Le renforcement de la coordination entre les DRS et les DCHR pour assurer la mutualisation des intrants et équipements sanitaires ;
- La formation d'un pool de spécialistes du VIH pour renforcer la riposte ;
- L'organisation annuelle d'un atelier de planification et de mobilisation des fonds ;
- L'inscription des incitatifs du personnel des UPEC et CDT dans le budget du MS ;
- L'élaboration d'un plan de mise en œuvre des présentes recommandations.

VI.2. Pour la Tuberculose

VI.2.1. Principaux défis

- Qualité des Informations stratégiques sur la tuberculose (TB) ;
- Diagnostic précoce de la TB pédiatrique ;
- Prise de conscience du caractère pandémique de la TB ;
- Mobilité et relève des ressources humaines.

VI.2.2. Forces et Opportunités :

- Disponibilité d'une stratégie nationale d'élimination de la TB ;
- Disponibilité de documents normatifs ;
- Disponibilité de plateaux techniques performants ;
- Décentralisation de la PEC ;
- Disponibilité des médicaments dans les CDT ;
- Disponibilité des outils de collecte de données ;
- Disponibilité des outils de gestions de dossiers de malades.

VI.2.3. Faiblesses et obstacles :

- Répartition inégale des CDT dans le pays ;
- Faiblesse dans la détection des cas ;
- Grande mobilité des patients ;
- Nombre important de perdus de vue ;
- Qualité de formation des prestataires ;
- Incitations du personnel soignant ;
- Faiblesse dans la mobilisation des fonds des bailleurs autres que l'Etat et le FM.

VI.2.4. Recommandations :

- Procéder à une répartition adéquate des CDT dans le pays ;
- Mettre en place un pool de formateurs et former le personnel soignant sur la prise en charge de la TB et sur le protocole en vigueur ;
- Renforcer le suivi des patients ;
- Améliorer la communication entre les CDT pour renforcer le système de référence et de contre-référence ;
- Consolider régulièrement les données aux niveaux régional et national ;
- Organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation pour le dépistage de la TB ;
- Mettre en place le mode du "Guichet unique" pour la co-infection TB/VIH.

VI.3. Pour le Paludisme

VI.3.1. Principaux défis

- Qualité des données recueillies ;
- Approvisionnement des points de santé en intrants ;
- Vulgarisation de protocoles de PEC et de diagnostic biologique au niveau de l'ensemble des structures sanitaires du pays ;
- Couverture en CPS des Moughataa à risque ;
- Financement des activités liées au processus de l'élimination de la maladie.

VI.3.2. Forces et Opportunités

- Engagement politique fort ;
- Intégration de la maladie dans le système sanitaire national ;
- Disponibilité d'une stratégie nationale d'élimination du paludisme ;
- Disponibilité de l'ensemble de documents normatifs ;
- Disponibilité de plateau technique ;
- Décentralisation de la PEC ;
- Inscription dans le Budget Etat d'une contrepartie permettant l'acquisition de MILDA de routine et médicaments de PEC et de prévention.

VI.3.3. Faiblesses et obstacles

- Faiblesse dans la coordination entre les parties prenantes dans la riposte ;
- Faiblesse dans la planification des activités de la lutte antivectorielle et antiparasitaire ;
- Faible niveau de communication préventive ;
- Faible niveau de diagnostic biologique ;
- Faible niveau de couverture en TPI ;
- Non-disponibilité des protocoles de PEC au niveau des points de PEC ;
- Absence d'analyse des données au niveau des Moughataas ;
- Faiblesse dans la mobilisation des fonds des bailleurs autres que l'Etat et le FM.

VI.3.4. Recommandations

- Former le personnel sur le diagnostic et la PEC du paludisme ;
- Définir et appliquer des procédures de gestion et de distribution des intrants antipaludiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Redynamiser les points focaux en charge de la collecte, de l'analyse et de la saisie des données au niveau de DHIS2 et de gestion des intrants du paludisme, au niveau des Moughataa ;
- Améliorer la qualité du système de vérification et de validation locale des données avant la saisie dans le DHIS2 ;
- Mettre en œuvre les stratégies d'élimination du paludisme dans les Wilaya du nord et de Nouakchott ;
- Faire le suivi des recommandations des supervisions.

Conclusion

Le présent rapport présente en détail les activités menées par le SENLS au cours de l'année 2024, tout en rappelant les importants progrès réalisés dans le pays, en matière de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme, au cours de la période 2016-2024.

La baisse régulière de la prévalence et de la mortalité liées à ces trois pandémies, sur la période, témoigne de l'efficacité des stratégies mises en œuvre, du renforcement enregistré dans le système de santé et de la participation active des communautés.

En effet, les estimations du Spectrum 2024 indiquent que la prévalence du VIH a reculé de plus de 60% dans la population générale, passant de 0.48% en 2016 à 0.17% en 2024. On note également une diminution de près de 55% de la prévalence chez les HSH, passant de 44.4% en 2014 à 19.7% en 2024 ainsi qu'une diminution de 47% de la mortalité liée au VIH, passant de 491 à 262 sur la même période.

Concernant la Tuberculose, sur la même période, l'incidence a diminué de 28%, passant de 102/100 000 habitants à 74/100 000 et la mortalité a diminué de 54%, passant de 26/100 000 habitants à 12/100 000.

S'agissant du paludisme, l'incidence a connu une régression significative depuis 2016, passant de 94 cas pour 1000 habitants à 38 cas pour 1000 habitants en 2023, soit une réduction de 60% sur la période.

Ces résultats positifs n'auraient pu être obtenus sans le fort engagement des pouvoirs publics au plus haut niveau, l'appui constant des partenaires techniques et financiers, en particulier le Fonds mondial, ainsi que la mobilisation soutenue des organisations de la société civile.

Cependant, d'importants défis demeurent, notamment l'amélioration du dépistage, l'atteinte des cibles fixées par la communauté internationale (95-95-95), la prise en charge différenciée des populations clés et vulnérables, ainsi que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

Face à ces défis, il y'a lieu de renforcer la riposte en consolidant les acquis, en mobilisant davantage les ressources domestiques et internationales, et en améliorant la gouvernance et la redevabilité.

En persévérant dans cette dynamique, la Mauritanie entend honorer ses engagements internationaux et atteindre l'objectif d'élimination du VIH, de la Tuberculose et du Paludisme à l'horizon 2030. Elle ouvre ainsi la voie vers un avenir plus sain et plus équitable pour l'ensemble de la population et notamment pour les couches vulnérables.

Document élaboré par le Département de la Coordination de la Riposte
contre le VIH en collaboration avec les différents services du SENLS

SENLS ZRE-ND-417 Nouakchott Mauritanie

BP 5151 Tel : +222 45 24 12 71

Site Web : www.senlsmr.org