

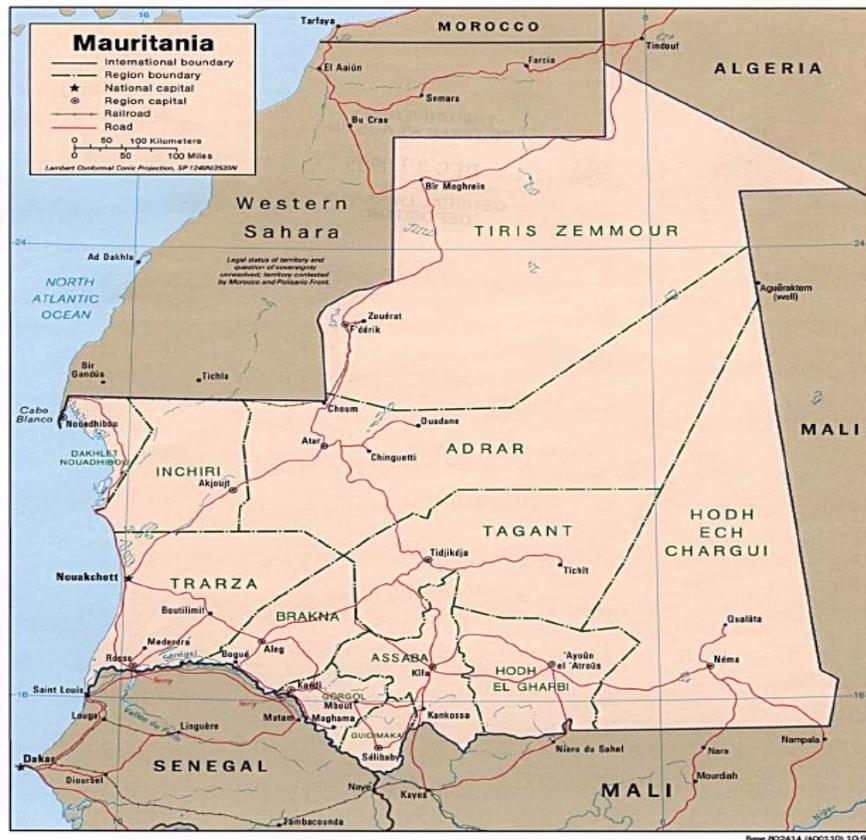
REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



RAPPORT UNGASS 2010



Mars 2010



I. Table des matières

I. Table des matières	2
II. Liste des abréviations	3
III. Aperçu de la situation	4
• Généralités	4
- Économie	4
- Secteur de la santé	5
- Degré de participation des parties prenantes	5
- Situation actuelle de l'épidémie	6
- Prévalence générale actuelle et son évolution	6
- Situation auprès des populations à risques	8
- Sécurité transfusionnelle	8
- Séroprévalence chez les tuberculeux	8
- Prévalence du VIH chez les personnes dépistées volontairement	9
- Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	10
- Notification des cas de SIDA	11
- Projection de l'infection VIH/SIDA en 2010 en Mauritanie	12
- Réponse sur le plan politique et programmatique	12
IV. Aperçu de l'épidémie de SIDA	13
V. Riposte nationale de l'épidémie de SIDA	13
- Prévention	14
- Traitement	14
- Soins et soutien	14
- Connaissances et changements intervenus dans les comportements	15
VI. Meilleures pratiques	15
- Intensification des programmes efficaces de prévention	15
VII. Principaux obstacles et mesures correctrices	16
VIII. Soutien des partenaires au développement	16
- Soutien de la Banque Mondiale	16
- Soutien du Fonds Mondial	17
- Soutien du Système des Nations Unies	17
IX. Environnement de suivi et d'évaluation	17
- Étapes du processus de mise en place du système national de suivi et évaluation des activités de lutte contre les IST/VIH-SIDA	18

II. LISTE DES ABREVIATIONS

CDMT	:	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CNH	:	Centre National d'Hygiène
CSLP	:	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CNLS	:	Comité National de Lutte Contre le Sida
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
EDSM	:	Enquête Démographique et de Santé de Mauritanie
INRSP	:	Institut National de Recherche en Santé Publique
MICS	:	Enquête Nationale à Indicateurs Multiples Mauritanie
MS	:	Ministère de la Santé
OBC	:	Organisation à Base Communautaire
ONS	:	Office National de la Statistique
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH
SENL	:	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida

III. APERÇU DE LA SITUATION

GENERALITES :

La République Islamique de Mauritanie est située en Afrique de l'Ouest et s'étend sur une superficie de 1 030 000 km². Elle est limitée au nord-ouest par le Sahara Occidental, au nord-est par l'Algérie, au sud-est par le Mali et au sud-ouest par le Sénégal.

A l'ouest, le pays est limité par l'Océan Atlantique et ses côtes s'étendent sur près de 700 km.

Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux de l'Assaba, du Tagant et de l'Adrar qui culminent à 400 et 500 mètres. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée "Chemama", large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires tels ceux de la grande région de sable qui s'étend à l'Est du Tagant et de l'Adrar.

En 2010, la population estimée de la Mauritanie s'élevait à 3.179.469 habitants avec un taux de croissance de 2,4% et une densité de 2,8 habitants/Km² avec des disparités selon les régions.

46,7% de cette population vit en dessous du seuil minimum de pauvreté estimé à 67316 Ouguiya par personne et par an (Source CSLP2006-2010). Les données de l'enquête EPCV 2004 montrent que 7 Wilayas sur 13 affichent des taux de prévalence de la pauvreté supérieurs à 50%. La pauvreté prédomine plus au niveau rural qui abrite environ trois quarts (74,8%) des pauvres du pays et où 6 personnes sur 10 vivent en deçà du seuil minimum de pauvreté. Les femmes et les enfants représentent la majorité de cette population rurale pauvre.

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

Sur le plan administratif La Mauritanie est subdivisée en 13 wilayas (régions) dont Nouakchott, la capitale. Chaque wilaya constitue une circonscription administrative décentralisée qui est placée sous l'autorité d'un Wali (Gouverneur) qui représente le pouvoir exécutif.

La wilaya est subdivisée en Moughataas (districts) placée sous l'autorité administrative du Hakem (Préfet) et en arrondissements sous l'autorité administrative d'un chef d'arrondissement. Le nombre de Moughataas est de 54. La commune est la plus petite unité administrative. Leur nombre est de 216.

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

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

ÉCONOMIE

L'élevage et l'agriculture constituent les principales sources de revenu des populations aux quels il faut ajouter le secteur de la pêche, l'exploitation minière et les récentes découvertes pétrolières. Le PIB est passé de 565.7 U\$\$ en 2004 à 907.9 U\$\$ en 2006 et passera à 4 chiffres pour les prochaines années. Le taux d'inflation est en baisse, il est estimé à 6.2% en 2006 contre 12.1% en 2005. Le BCI en 2006 s'élève à 69,200 millions d'ouguiyas soit un accroissement de 29.21% par rapport à 2005. Cependant les allocations aux secteurs sociaux de base ont significativement baissé (34, 43% en 2005 à 21,32% en 2006). La santé et

l'hydraulique villageoise ont été les plus touchées par cette baisse (respectivement 6,54% à 1.74% et 5.38% à 1.55%)

La Mauritanie se situe au 139^{ème} rang sur 162 pays en ce qui concerne l'Indice de Développement Humain (1999). Le pays a bénéficié de l'Initiative Pays Pauvre très Endettées en 1999 ce qui a permis la mobilisation de ressources importante notamment pour le secteur de la santé.

Un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP 06 - 010) a été mis en place avec l'appui des partenaires et des autres acteurs concernés.

SECTEUR DE LA SANTE

Le système de soins de santé est de type pyramidal avec trois niveaux : central, régional (wilaya) et périphérique (Moughataa). La lutte contre les maladies transmissibles y compris les IST/VIH/SIDA figure parmi les priorités du Plan Directeur de Santé, de la Politique Nationale de Santé, du cadre stratégique National de lutte contre la pauvreté, du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Le profil sanitaire du pays se caractérise par la prédominance des maladies infectieuses au premier rang desquels se situent le paludisme, la tuberculose, les IST/VIH/SIDA et les parasitoses.

Les indicateurs de santé sont les suivants :

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

Les principaux indicateurs de la santé de reproduction sont :

- Age moyen au premier accouchement : 20.7%
- Taux brut de natalité : 40 pour mille habitants ;
- Taux brut de mortalité : 13,4 pour mille habitants ;
- Indice synthétique de fécondité : 4,7 enfants par femme (15-49ans) ;
- *Prévalence de la contraception : 8%*
- *Taux de consultation prénatale : 74%*
- *Taux d'accouchement assisté : 62%*
- *Mortalité maternelle : 686 pour 100.000 naissances vivantes*

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

DEGRE DE PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES

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

La subvention accordée par le Fonds Mondial à la Mauritanie a elle aussi connu des problèmes à la même période conduisant à sa suspension en 2009 suite aux problèmes rencontrés par le CCM et le CNLS dans la gestion de cette subvention,

Ces problèmes sont dus en majeure partie au dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH/SIDA en général et dans les instances de coordination en particulier.

Cette situation a provoqué une paralysie de la réponse nationale au VIH/SIDA et a porté un grand préjudice au fonctionnement de différentes structures de coordination. Ainsi depuis août 2008 les 9 structures de coordination régionales sont fermées et les comités régionaux ont cessé de fonctionner.

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

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

Face à cette situation dramatique le gouvernement mauritanien a sollicité l'appui de ses partenaires pour développer une stratégie de sortie de crise, c'est ainsi qu'une mission de la JURTA a été dépêchée par l'ONUSIDA en Mauritanie pour d'une part faire une analyse de la situation et d'autre part faire des propositions de solutions. Néanmoins grâce à l'appui technique et financier des Nations Unies coordonnés par l'ONUSIDA et les autres partenaires bilatéraux le pays a continué à assurer un minimum d'activités essentielles et a développé une stratégie de sortie de crise.

Actuellement l'état mauritanien a entrepris des mesures de restructuration de la coordination nationale et est en négociation avec la Banque Mondiale et GFATM pour la reprise des financements dans ce cadre un plan de continuité des services a été proposé au GFATM et devra être mis en œuvre à partir de mai 2010.

Un plan d'extension rétroactive a d'autre part été soumis à la banque pour bénéficier des fonds résiduels du MAP.

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

SITUATION ACTUELLE DE L'ÉPIDÉMIE

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

Prévalence Générale Actuelle Et Son Evolution

En 2007, la prévalence fournie par l'enquête des sites sentinelle était de 0.61%. L'analyse de la séroprévalence au niveau des différents sites et de l'échantillon global ne montre aucune différence statistiquement significative au cours des dernières années.

L'enquête sentinelle de 2009 a été conduite mais les résultats sont en cours de traitement et ne peuvent servir dans ce rapport.

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

Localité	2001			2003			2005			2007		
	N	Prev (%) VIH	I.C	N	Prev (%) VIH	I.C	N	Prev (%) VIH	I.C	N	Prev	I.C
Néma	299	1.00	0-1.6	-	-	-	533	0,75	0-1,55	139	0	
Aïoun	-	-		-			-			331	0	
Kiffa	391	0.77	0-1.64	308	0.97	0-2.06	801	0,12	0-0,36	605	0.99	0.20 – 1.78
Sélibaby	297	0.67	0-1.60	300	1.33	0.03-2.63	-	-	-	425	0.47	0 – 1.12
Kaédi	283	0.35	0-1.04	-			611	1,15	0,30-2,00	641	0.31	0 – 0.74
Aleg	-			307	0.32	0-0.95	-	-	-	-	-	
Rosso	296	1.01	0-2.15	295	1.02	0-2.17	607	0,33	0-0,79	390	0.51	0 – 1.22
Akjoujt	-	-	-	118	0	-	-	-	-	-		
Tidjikja	282	0		-	-	-	-	-	-	-		
Zouérate	271	0.37	0-1.09	-	-	-	-	-	-	282	0.35	0 – 1.04
Nouadhibou	590	1.01	0.2-1.82	452	0.88	0.02-1.74	694	1,3	0,46-2,14	606	1.48	0.52 – 2.44
Nouakchott	1495	0.33	0.04-0.62	613	0.83	0.11-1.55	1880	0,95	0,51-1,03	1290	0.62	0.19 – 1.05
TOTAL	4204	0.57	0.34-0.80	2394	0.83	0.47-1.19	5126	0,8	0,56-1,04	5070	0.61	0.40 – 0.82

Disparités régionales de l'épidémie

Le tableau 2 montre que la prévalence de l'infection du VIH chez les femmes enceintes varie de 0% à 1,48% dans les principaux sites sentinelles. Les prévalences les plus élevées ont été notées à Nouadhibou (1,48%), Sebkhah (1,07%) et Kiffa (0,99%)

Tableau 2 : Séroprévalence de l'infection VIH au niveau des différents sites

SITE	Nombre d'échantillons	Nombre de séropositif anticorps anti-VIH	Séroprévalence %	Intervalle de confiance. IC. à 95%
Néma	139	0	0	
Aïoun	331	0	0	
Kiffa	605	6	0.99	0.20 – 1.78
Sélibaby	425	2	0.47	0 – 1.12
Kaédi	641	2	0.31	0 – 0.74
Rosso	390	2	0.51	0 – 1.22
Nouadhibou	606	9	1.48	0.52 – 2.44
Atar	198	0	0	
Zouérate	445	2	0.45	0.17 – 1.07
Nouakchott. Sebkhah	650	7	1.07	0.28 – 1.86
Nouakchott. Teyarett	640	1	0.15	0 – 1.86
TOTAL	5070	31	0.61	0.40- 0.82

SITUATION AUPRES DES POPULATIONS A RISQUES :

Les populations à risques considérées à haut risque en Mauritanie sont les Travailleuses de Sexe et leurs Clients, les prisonniers, les camionneurs, les pêcheurs- marins et les tuberculeux, les jeunes et les femmes constituent des groupes prioritaires des actions du programme.

Les enquêtes menées chez ces groupes en 2007 montrent une prévalence de 7,6% chez les Travailleuses de sexe (TS) et de 3,9 chez les prisonniers. Ces valeurs sont largement supérieures à celle de la population générale

SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Le suivi épidémiologique est effectué au niveau du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de Nouakchott, Les prélèvements sont depuis 2004 réalisés après un interrogatoire qui élimine les sujets potentiellement à risques. Cette sélection se traduit par une séroprévalence actuellement de 0,2% au 31/12/2007 soit 11 cas sur 5429 poches. Le CNTS propose maintenant un dépistage volontaire aux exclus du don, environ 10 % des exclus acceptent ce dépistage volontaire (chez qui on imagine que la prévalence du VIH est plus forte).

Promotion du don volontaire : des actions spécifiques sont menées par le CNTS en s'appuyant sur l'association des donneurs volontaires, pour développer le recours aux dons volontaires qui permet une transfusion encore plus sûre que le recours aux dons de compensations. Le don volontaire de sang a ainsi connu une nette progression passant de 1.2% en 2004 à 25 % en 2007.

SEROPREVALENCE CHEZ LES TUBERCULEUX :

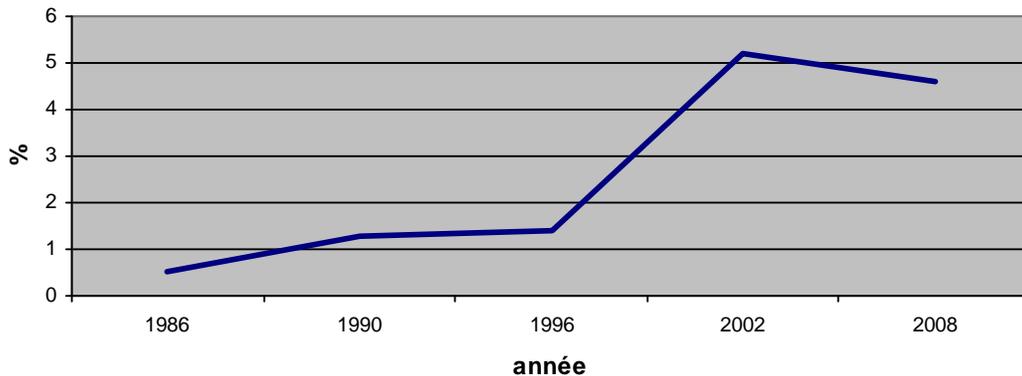
L'infection à VIH constitue un facteur favorisant la résurgence de la tuberculose. La séroprévalence de l'infection à VIH chez les tuberculeux est de 4,6 % en 2008.

Tableau 3 : Différentes enquêtes menées chez les tuberculeux (Rapport INRSP, MS)

Lieu	Source	Année	Taille Echantillon	Séroprévalence %
Nouakchott (Hôpital Sabah)	M'Boup S/CHN	1986	377	0.53 (IC 0-1.26)
PMT OMS Nouakchott	PMT/OMS	1990	463	1.29 (IC 0.26-2.32)
Nouakchott (CHN)	PMT/OMS	1996	210	1.4 (IC 0-2.99)
Nouakchott – Nouadhibou – Kiffa – Néma	CNH	2003	460	5.2 (IC 3.17-7.23)
Nouakchott – Rosso - Nouadhibou	INRSP	2008	366	4,6 (IC2,81- 7,48)

L'évolution de la séroprévalence chez les tuberculeux est très significative. La séroprévalence passé de 0,53% en 1986 a 4,6 % en 2008

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



PREVALENCE DU VIH AU NIVEAU DU DEPISTAGE VOLOTAIRE :

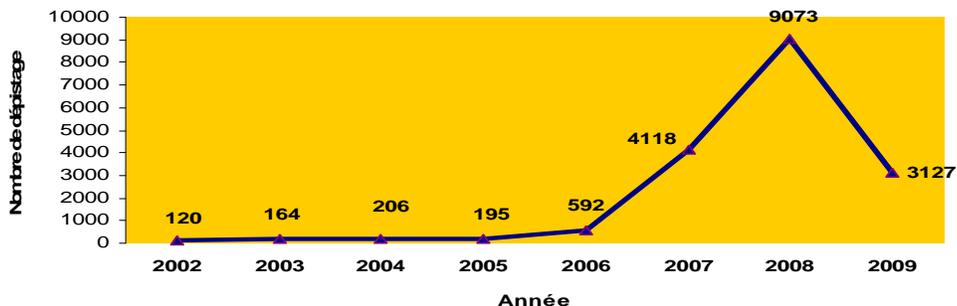
La première unité de dépistage a vu le jour en Mauritanie, en 2002, grâce à un appui de l'USAID. Actuellement le pays compte 19 structures de Conseil Dépistage Volontaire Gratuit et environ 120 conseillers dont moins de 30 actifs. Pour ce qui est des formations aux techniques rapide de dépistage, le laboratoire de Virologie /INRSP a formé l'ensemble du personnel des Centres de Santé (CS) régionaux.

Les chiffres de dépistage, bien que très modestes entre 2001 et 2005 ont enregistré depuis 2006 une nette progression.

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

Graphique 2 :

Evolution des chiffres de dépistage volontaire entre 2002 et 2009.



En 2007, on assiste à un réel décollage du dépistage avec la réalisation des 1ères stratégies avancées de dépistage qui vont toucher un peu moins de 3000 personnes sur les 4118 dépistés. Ce résultat extraordinaire est en lien avec l'implication des SERLS et de la société civile dans un cadre de collaboration avec le CDV régionaux et le SEDAC.

En 2008, malgré une rupture en réactifs liée à un problème de passation de marchés, les chiffres de CDV explosent et atteignent le nombre de 9073 dépistages.

Avec l'arrêt des fonds MAP, le suivi/supervision des CDV et les activités de sensibilisation et de promotion du dépistage se sont arrêtées.

Ceci s'est soldé par une énorme chute des chiffres de dépistage. En effet en 2009, la moyenne de dépistage par structure était de moins de 80 volontaires. Pour toute l'année, les chiffres de dépistage chutent d'environ les 2/3 en comparaison avec 2008.

Vu que les activités de dépistage fixe ont montré leurs limites en termes de chiffres (nombre de personnes dépistées), et du fait de leur accès limité aux grandes agglomérations du pays, la stratégie mobile prend de plus en plus de l'importance.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) :

En Mauritanie, l'ampleur et l'impact de l'épidémie des IST dans la population générale restent difficiles à apprécier du fait de la qualité faible du système de surveillance épidémiologique mis en place et de la rareté des études spécifiques.

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

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

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

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

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

Dans le but d'améliorer la prise en charge des IST une stratégie IST a été élaborée fin 2007, un plan d'action triennal basé sur la généralisation de la prise en charge syndromique des IST est en phase d'élaboration afin d'être mis en œuvre dans le cadre de la stratégie globale de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

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

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

Le mariage monogame est observé dans 59,8%. Les enquêtés sont presque tous Mauritaniens (96,4%) et le bas niveau scolaire est retrouvé dans 80,8%. Les patients ont entendu parler du VIH dans 94,1% et des IST dans 83%. Cependant 40,3% ont déjà contracté une IST antérieure et dont 27% en ignorent les symptômes. La notion de fidélité est bien admise par les consultants, ils sont 97,3% à affirmer qu'on peut se protéger du SIDA en ayant un partenaire sexuel fidèle et qui ne soit pas infecté par le VIH. Cependant seulement la moitié des consultants informent leurs partenaires de leurs IST, alors que 21,2% ont des partenaires sexuelles (PS) en dehors de leurs conjoints. Ces PS sont dans la majorité des cas occasionnels et qui présentent eux-mêmes des IST dans 26,7%. Ces enquêtés n'utilisent pas de préservatifs dans 75% des cas prétextant qu'il réduit le plaisir (41,7%).

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

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

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

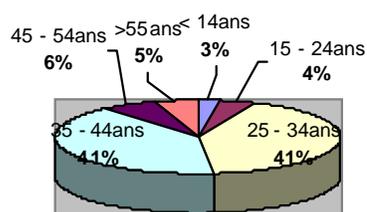
NOTIFICATION DES CAS DE SIDA

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

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

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

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



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

PROJECTION DE L'INFECTION VIH/SIDA EN 2010 EN MAURITANIE :

.La projection est basée sur certaines hypothèses dont la qualité influence la valeur prédictive de cette projection. Les données disponibles au niveau national concordent globalement avec ces projections.

Tableau 5 : Récapitulatif sur les données de projection (Source INRSP, MS, 2007)

Indicateurs	2004	2010
Prévalence VIH chez les adultes	0.98%	1.30%
Nombre de femmes enceintes séropositives VIH	1.480	2.120
Nombre de nouvelles infections VIH	2610	3420
Nouveaux cas de SIDA	1100	2020
Décès dus au SIDA	1020	1880
Décès cumules dus au SIDA	7270	16310
Nombre de nouveaux sujets devant être sous ARV	2260	4050
Cas de tuberculose	4730	5850
Orphelins de père et mère dus au SIDA	1740	3860

REPONSE SUR LE PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE :

Le premier cas du VIH/SIDA a été découvert en Mauritanie en 1987, les activités de contrôle de l'infection ont démarrées à partir de 1988 à travers la création au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales d'un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Un plan à court terme 1988-1989, a été élaboré et mis en œuvre suivi de deux plans à moyen terme, couvrant les périodes 1991-1993 et 1994-1998.

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

Un engagement politique des autorités publiques a permis de lancer un processus de planification stratégique

Aboutissant à l'élaboration et validation d'un Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA couvrant la période 2003-2007.

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

Ce processus a connu un grand retard à cause des problèmes que vit actuellement l'ensemble de la riposte nationale.

IV. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA :

L'enquête sentinelle chez les femmes enceintes de 2007 fait état d'une séroprévalence de 0.62%. L'enquête combinée (comportementale et sérologique) de 2007 fait état d'une séroprévalence au VIH/SIDA de 7.6% chez les professionnelles de sexe.

Sur cette base et par principe d'exclusion, l'épidémie du VIH/SIDA en Mauritanie n'est pas une épidémie généralisée et peut donc être considérée comme concentrée au vue de la séroprévalence des femmes enceintes qui demeure inférieure à 1% alors que les données bien que peu documentées sur les groupes à haut risque dépassent 5 %.

V. RIPOSTE NATIONALE DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

La Mauritanie a disposé d'un cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST qui définit les principes directeurs et les grandes orientations, les objectifs, les stratégies et les actions prioritaires de lutte contre le SIDA pour la période 2003- 2007. Tous les acteurs ont veillé à son application effective pour infléchir la tendance évolutive de l'infection.

Les axes stratégiques prioritaires du plan stratégique étaient les suivants :

- Réduction des risques de transmission des IST/VIH
- Réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA
- Meilleures connaissance de l'épidémie à IST/VIH/SIDA, et des comportements
- Accès des PVVIH aux soins conseils médicaux, communautaires, traditionnels et au soutien socio-économique
- Gestion stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA

Un nouveau cadre est en cours d'élaboration pour la période 2010-2014 qui tient compte du nouveau contexte de l'épidémie, des insuffisances et des points forts de l'ancien cadre.

PREVENTION

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

Les organisations de la société civile contribuent singulièrement à la sensibilisation pour le changement de comportement et la prise en charge communautaires des PVVIH. L'apport des ONGs et des OBC est notable dans le pays, notamment au niveau du ciblage des populations à haut risque (prostitués- camionneurs) En vue d'assurer la réussite du programme du point de vue de l'intégration communautaire et du changement de comportement, le SENLS a inventorié et classé ces organismes de la société civile sur la base de leur capacité à soumettre et à exécuter des propositions pour la mise en œuvre d'actions de lutte contre le SIDA.

Les secteurs publics ont été d'un grand apport dans ces efforts de communication à travers la mobilisation des populations primaires (employés) et secondaires (bénéficiaires) de chaque secteur, c'est dans ce cadre qu'en collaboration avec le Ministère de la Communication, le SENLS a signé des conventions avec les médias publiques (télévision et radio) dont les animateurs ont été formés pour réaliser des émissions interactives au profit des populations couvertes. Par ailleurs, des panneaux géants ont été mis en place ciblant la population générale mais surtout les populations mobiles.

Les activités de communication se sont concentré sur des groupes à risques ou vulnérables c'est ainsi que les jeunes filles et garçons et les femmes ont été les cibles prioritaires du programme ainsi que des groupes concentrés ou la prévalence est élevée.

Par ailleurs plus de 1 500 000 de préservatifs sont distribués chaque au cours des deux dernières années (2008- 2009) notamment au sein des populations à risque et les plus vulnérables.

La visibilité des Personnes Vivant avec le VIH est plus en plus grande. Témoignant aux séminaires, les PVVIH sont désormais représentées au niveau des structures de gestion des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et participant activement aux prises des décisions à différents niveaux (SENLS, CCM). Les associations se sont organisées en un seul réseau, améliorant ainsi leur pouvoir et leur poids sur la scène nationale.

TRAITEMENT

La prise en charge thérapeutique continue à enregistrer des résultats positifs, ainsi près de 2500 personnes sont suivies, dont 1265 malades mis sous traitement ARV . L'action du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) initialement limité à Nouakchott, a atteint ces objectifs. Le traitement et les autres prestations y sont gratuits. L'extension de la prise en charge à l'intérieur a démarré au niveau de trois hôpitaux.

SOINS ET SOUTIEN

Des activités de soins et de soutiens sont réalisées au niveau du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) au profit des PVVIH. Les prestations fournies dans ce sens au niveau des Associations des Personnes Vivant avec le VIH dans le cadre de la stratégie Nationale de prise en charge des PVVIH ainsi que les appuis nutritionnels, les groupes de paroles, les visites à domiciles et les aides économiques

d'urgence fournies à toute personne dépistée positive sont suspendus à cause de la rareté de fonds dédiés à ces fins.

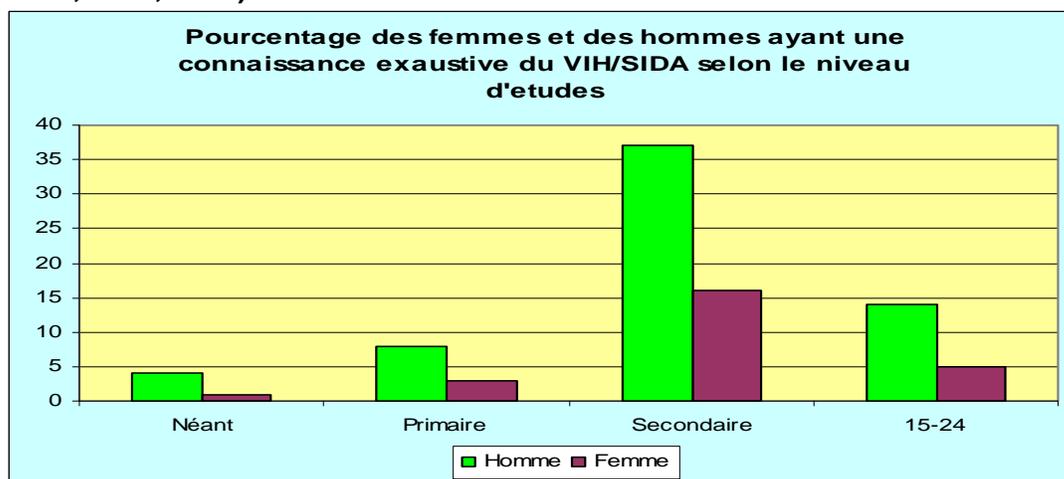
CONNAISSANCES ET CHANGEMENTS INTERVENUS DANS LES COMPORTEMENTS

La connaissance du mode de transmission du VIH et des stratégies de prévention constitue une condition décisive de la réduction du taux d'infection à VIH. L'information correcte constitue le premier jalon de la sensibilisation des jeunes et de la mise à leur disposition des outils de protection contre l'infection. Les idées fausses sur le VIH sont très répandues et peuvent créer la confusion dans la tête des jeunes et contrecarrer les efforts de prévention. Elles varient en fonction des régions, même si certaines idées sont communes à toutes les zones (par exemple, le partage des repas ou les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH).

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

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

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



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

VI. MEILLEURES PRATIQUES

INTENSIFICATION DES PROGRAMMES EFFICACES DE PREVENTION

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

- L'engagement ferme et permanent des religieux Mauritaniens dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'organisation des activités pérennantes en matière de sensibilisation des autres secteurs publique, privé et de la société civile ainsi que leurs participation active dans les conférences régionales et sous régionales. Par ailler ces imams ont été honorés par la présidence du réseau africain des religieux pour la lutte contre le VIH/SIDA grâce à leur engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- L'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prise en charge globale et gratuite des personnes vivant avec le VIH /SIDA . Cette gratuité couvre les Antirétroviraux, , les médicaments des infections opportunistes , les analyses ainsi que les frais de déplacement et d'hébergement des malades.
- L'implication forte des PVVIV dans l'élaboration et la mise en ouvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA à travers le recrutement de deux points focaux des PVVIH au sein du Secrétariat National de Lutte contre le SIDA.

VII. Principaux obstacles et mesures correctrices

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

- Le manque d'archivage des données
- Non fonctionnalité des structures de coordination
- Faiblesse des capacités de reporting des structures de mise en œuvre
- Manque de coordination des activités au sein de chaque secteur, du niveau régional et national ce qui rend difficile la collecte des données fiables et d'une façon permanente.
- Faiblesse du SNIS et la non régularité des études
- La non- exhaustivité des données en termes de complétude et de qualité
- Manque de rapport consolidé de la réponse nationale depuis 2007.
- Non fonctionnalité de la cellule nationale de suivi évaluation
- Engagement politique timide

Les Mesures entreprises :

- La redynamisation du comité technique de suivi évaluation regroupant les principaux intervenants
- La mise en place d'une unité de coordination sectorielle au niveau du Ministère de la santé
- L'élaboration d'un tableau de bord comportant les améliorations à faire et leurs échéanciers (JURTA)
- Le service de suivi évaluation en collaboration avec Coordination ONUSIDA ont mis en place un système de collecte de données afin de permettre aux différents centres d'exécution du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA de contribuer à l'élaboration d'une façon optimale et régulière du rapport UNGASS 2010

VIII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

SOUTIEN DE LA BANQUE MONDIALE

Le Projet Multisectoriel a été préparé et négocié en 2003 et mis en œuvre en 2004 avec un appui financier de la Banque Mondiale à hauteur de Vingt Un Millions de

Dollars sous forme de Don et sur une période de cinq ans (janvier 2004 - mars 2009).

4 200 000 USD n'ont pas été exécutés au niveau de ce projet à cause de la suspension intervenue en 2008. Néanmoins la Banque Mondiale a continué à appuyer les actions concernant la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

SOUTIEN DU FONDS MONDIAL

Le Fonds Mondial s'est engagé en 2006 de mettre à la disposition du pays 15 000 000 USD pour financer un programme d'appui à la réponse nationale, dont 6 573 416 USD au cours des deux premières années c'est-à-dire en cours d'exécution actuellement.

Les objectifs de ce programme sont :

- Réduire les risques de transmission sexuelle du VIH au sein des jeunes filles et garçons et les groupes à haut risque (en particulier les professionnels de sexe, les pêcheurs, les camionneurs et les migrants.)
- Réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH au sein des PVVIH et de leurs familles par un accès aux traitements et la continuité des soins.
- Renforcer la surveillance épidémiologique pour assurer un meilleur contrôle de l'épidémie en Mauritanie

Ce programme est mis en œuvre également par les secteurs publics et privés ainsi que les organismes de la société civile.

Malheureusement ce programme est actuellement suspendu, mais des mesures correctrices sont entreprises par les autorités publiques avec l'appui des partenaires pour lever cette suspension dans les plus brefs délais et pouvoir ainsi exécuter la phase deux du Round en cours (R5) et solliciter l'appui dans les Rounds suivants.

Le Fonds Mondial a cependant continué à assurer en partenariat avec les autres partenaires le traitement aux personnes vivant avec le VIH malgré cette suspension

SOUTIEN DU SYSTEME DES NATIONS UNIES

En 2009, les agences du Système des Nations Unies ont appuyé les différents volets de la lutte contre le Sida. La contribution des agences au financement de la réponse nationale cette année était de l'ordre de 2 857 208 US\$. Cette contribution catalytique s'inscrit dans le cadre de l'UNDAF.

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

IX. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le cadre stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA ne prenait pas en compte d'une façon détaillée un plan de suivi évaluation. Néanmoins des efforts ont été entrepris dans la mise en place et la consolidation d'un seul système de suivi évaluation selon l'esprit des « Three Ones ». C'est dans ce cadre qu'une cellule a été mise en place composée d'un spécialiste en santé publique et d'un gestionnaire de base de données au niveau du SENLS

Un comité Technique de suivi évaluation a également été mis en place regroupant tous les partenaires au développement à côté de la partie nationale pour impulser ce

processus et garantir le plaidoyer au niveau des comités de coordination et du groupe thématique.

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

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

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

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

- Finaliser le nouveau cadre stratégique de lutte contre les MST/VIH/SIDA qui intègre le système de suivi évaluation dans toute sa dimension
- Adoption des indicateurs de la réponse national et du manuel de suivi évaluation
- Elaboration de plans d'actions pour 2009- 2010 couplés de plans de suivi évaluation
- Appui en matière d'évaluation de programme
- Renforcement de compétences

COMITE DE REDACTION DU RAPPORT UNGASS 2010

COORDINATION DE LA REDACTION

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

Dr Elhadj Ould ABDELLAHI, Coordonnateur pays ONUSIDA

EQUIPE DE REDACTION

Dr Ahmed Ould Aida responsable suivi/évaluation au SENLS/CNLS

Dr Menne Ould Tolba Coordinateur SIDA/MS

Dr Boubacar Ould Abdoul Aziz OMS

Dr Sidi ould zahaf UNICEF

Dr Abdarrahmame O/ Mohamedoun, CTA

Dr Fall Zahra INRSP

Mr Ahmed Ould Isselmou, ONS

Dr Cheikh Ahmed Consultant Natinal