

VALIDÉ

**RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE**

***CADRE STRATÉGIQUE NATIONAL DE  
LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA  
2003-2007***

***Août 2002***

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX .....</b>	<b>5</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>6</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>CONTEXTE GÉNÉRAL.....</b>	<b>9</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA RÉPONSE.....</b>	<b>13</b>
<b>Problème I : L'extrême vulnérabilité de la population au VIH/SIDA et l'insuffisance des stratégies y afférentes.....</b>	<b>15</b>
<b>Problème II : Forte tendance à la propagation du VIH/SIDA chez les jeunes et chez les femmes en âge de procréer et insuffisance des programmes de prévention.....</b>	<b>18</b>
<b>Problème III : Insuffisances dans la prise en charge des PVVIH et des personnes affectées .....</b>	<b>24</b>
<b>Problème IV : Faiblesses du système de surveillance épidémiologique..</b>	<b>26</b>
<b>Problème V : Faible visibilité et insuffisances dans l'organisation de la lutte contre les IST/VI/SIDA.....</b>	<b>27</b>
<b>TROISIÈME PARTIE : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA.....</b>	<b>30</b>
<b>Politique nationale et principes directeurs de la lutte contre le SIDA.....</b>	<b>31</b>
<b>Axes stratégiques et objectifs stratégiques de lutte contre le SIDA.....</b>	<b>32</b>
<b>Axe stratégique 1 : Réduction des risques de transmission des IST/VIH</b>	<b>34</b>
<b>Axe stratégique 2 : Réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA.....</b>	<b>42</b>
<b>Axe stratégique 3 : Meilleure Connaissance de l'épidémie à VIH, des IST et des comportements.....</b>	<b>43</b>
<b>Axe stratégique 4 : Accès des PVVIH aux soins conseils médicaux, communautaires, traditionnels et au soutien socio-économique.....</b>	<b>44</b>
<b>Axe stratégique 5 : Gestion stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA.....</b>	<b>47</b>
<b>CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION.....</b>	<b>49</b>
<b>QUATRIÈME PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES NATIONALES.....</b>	<b>51</b>
<b>1. Organes et structures de la Réponse Nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA.....</b>	<b>52</b>
<b>2. Mandats et responsabilités des secteurs et de la société civile dans la lutte contre le SIDA .....</b>	<b>54</b>
<b>3. Modalités de mise en œuvre du Cadre Stratégique National.....</b>	<b>55</b>
<b>4. Partenariat, mobilisation et gestion des ressources .....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES : Organes et structures de la Réponse Nationale de Lutte contre le SIDA..</b>	<b>60</b>
<b>Annexe 1 : Conseil National de Lutte contre le SIDA.....</b>	<b>61</b>
<b>Annexe 2 : Comité Régional de Lutte contre le SIDA.....</b>	<b>62</b>
<b>Annexe 3 : Comité du Moughata de Lutte contre le SIDA.....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe 4 : Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le SIDA.....</b>	<b>64</b>

Annexe 5 : Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA.....	66
Annexe 6 : Schéma organisationnel de la Réponse Nationale	67

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ADF</b>	AIDS Development Fund
<b>AES</b>	Accidents d'exposition au sang
<b>AMALUTS</b>	Association Mauritanienne de Lutte contre la Tuberculose et le SIDA (ONG)
<b>AMDH</b>	Association Mauritanienne des Droits de l'Homme
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>ASC</b>	Agent de santé Communautaire
<b>AVB</b>	Agent de Vulgarisation de Base
<b>BAD</b>	Banque Africaine de Développement
<b>CAMEC</b>	Centrale d'Achat des Médicaments et des Consommables
<b>CDHCPI</b>	Commissariat aux Droits de l'Homme, à la Lutte contre la Pauvreté et à l'Insertion
<b>CDMT</b>	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
<b>CDV</b>	Conseil Dépistage Volontaire
<b>CGEM</b>	Confédération Générale des Employeurs de Mauritanie
<b>CGTM</b>	Confédération Générale des Travailleurs de Mauritanie
<b>CHN</b>	Centre Hospitalier National
<b>CMLS</b>	Comité Moughataa de Lutte contre le SIDA
<b>CNCP-SIDA</b>	Cellule Nationale de Coordination du Programme de lutte contre le SIDA
<b>CNH</b>	Centre National d'Hygiène
<b>CNLS</b>	Conseil National de Lutte Contre le SIDA
<b>CNORF</b>	Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle.
<b>CNP</b>	Centre de Neuropsychiatrie
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine.
<b>CRLS</b>	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
<b>CSLP</b>	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
<b>CSM</b>	Centre de Santé de Moughataa
<b>CSN</b>	Cadre Stratégique National
<b>DAS</b>	Direction de l'Action sociale
<b>DBC</b>	Distribution à Base Communautaire
<b>DMH</b>	Direction de la Médecine Hospitalière
<b>DPCS</b>	Direction de la Planification, de la Coopération et des Statistiques
<b>DPS</b>	Direction de la Protection Sanitaire
<b>DRPSS</b>	Direction Régionale de la Protection Socio-Sanitaire
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EDSM</b>	Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie
<b>EMEL</b>	Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Lèpre (ONG)
<b>ENSP</b>	École Nationale de Santé Publique
<b>EPCV</b>	Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des Ménages.
<b>FNT</b>	Fédération Nationale des Transporteurs
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>GPA</b>	Global Programme on AIDS
<b>HCR</b>	Haut Commissariat aux Réfugiés
<b>IEC</b>	Information- Éducation - Communication
<b>IGEST</b>	Inspection Générale de l'Enseignement Secondaire et Technique
<b>INSM</b>	Institut National de Spécialités Médicales
<b>IO</b>	Infection Opportuniste

<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MAED</b>	Ministère des Affaires Économiques et du Développement
<b>MCOI</b>	Ministère de la Culture et de l'Orientation Islamique
<b>MCRP</b>	Ministère de la Communication et des Relations avec Parlement
<b>MDN</b>	Ministère de la Défense Nationale
<b>MDRE</b>	Ministère de développement Rural et à l'Environnement.
<b>MEN</b>	Ministère de l'Éducation Nationale
<b>MET</b>	Ministère de l'Équipement et des Transports
<b>MF</b>	Ministère des Finances
<b>MFPTJS</b>	Ministère de la Fonction Publique, du Travail, de la Jeunesse et des Sports
<b>MIM</b>	Ministère de l'Industrie et des Mines
<b>MINT</b>	Ministère de l'Intérieur
<b>MJ</b>	Ministère de la Justice
<b>MPEM</b>	Ministère de la Pêche et de l'Économie Maritime
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
<b>NDB</b>	Nouadhibou
<b>NKTT</b>	Nouakchott
<b>OBC</b>	Organisation à Base communautaire
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non Gouvernementale
<b>ONS</b>	Office National de la Statistique
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>OSP</b>	Organisation Socio-Professionnelle
<b>PASS</b>	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
<b>PCT</b>	Plan à Court Terme
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PMT</b>	Plan à Moyen Terme
<b>PMLS</b>	Programme National de Lutte Contre le SIDA
<b>PNSR</b>	Programme National de la Santé de la Reproduction
<b>PPTE</b>	Pays Pauvres Très Endettés
<b>PS</b>	Poste de Santé
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH.
<b>SECF</b>	Secrétariat d'État à la Condition Féminine :
<b>SEN</b>	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le SIDA
<b>SNIM</b>	Société Nationale Industrielle et Minière
<b>SRC</b>	Système de Recouvrement des coûts.
<b>TV</b>	Télévision.
<b>UM</b>	Ouguiya, Unité Monétaire
<b>UNGASS</b>	Assemblée générale des Nations-Unies
<b>USB</b>	Unité de Santé de Base
<b>UTM</b>	Union des Travailleurs de Mauritanie
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>W.V.</b>	World Vision

## **LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX**

	<b>Pages</b>
<b>Figure 1</b> : Cadre conceptuel de la situation de l'épidémie à VIH/SIDA.....	<b>14</b>
<b>Tableau 1</b> : Situation épidémiologique générale.....	<b>18</b>
<b>Figure 2</b> : Séroprévalence chez les femmes enceintes selon les régions.....	<b>19</b>
<b>Figure 4</b> : Séropositivité des poches de sang au CHN à Nouakchott (1988-2001).....	<b>20</b>
<b>Tableau 2</b> : Mobilisation des financements pour la lutte contre le SIDA de 1999 à 2002...	<b>27</b>
<b>Figure 5</b> : Cadre conceptuel de la réponse nationale au VIH/SIDA.....	<b>33</b>
<b>Tableau 3</b> : Mécanisme d'approbation et de suivi des projets.....	<b>58</b>
<b>Figure 6</b> : Schéma organisationnel de la Réponse Nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA.....	<b>67</b>
<b>Figure 7</b> : Organigramme du Secrétariat Exécutif National.....	<b>68</b>

## RÉSUMÉ

La République Islamique de Mauritanie, s'est lancée dès 1987 à l'instar des autres pays de la Communauté Internationale dans la lutte contre l'épidémie du SIDA. Cela s'est affirmé par les engagements internationaux auxquels le pays a adhéré tels que le Forum de ADDIS ABEBA (décembre 2000), le Sommet de l'OUA ( avril 2001) et la Session Spéciale des Nations Unies sur le SIDA ( juin 2001).

Ainsi en 1999, le Gouvernement a engagé avec l'appui des partenaires au développement et particulièrement l'ONUSIDA, le processus de planification stratégique en vue de l'élaboration d'un Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Les résultats de l'analyse de la situation et de la réponse de lutte contre le VIH/SIDA ont permis de définir les priorités stratégiques nationales pour la période 2003-2007 en vue d'endiguer le développement de la pandémie dans le pays.

Le Cadre National Stratégique fixe cinq axes stratégiques qui découlent d'un processus participatif et multisectorielle. Son adoption par l'ensemble des acteurs (publics, société civile, privé et partenaires) a eu lieu lors d'un atelier de consensus et de validation qui s'est tenu les 21 et 22 août 2002 à Nouakchott.

Les principaux axes stratégiques retenus dans le CNS sont :

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

La réponse Nationale de lutte contre les IST/VHI/SIDA repose sur une approche multisectorielle et décentralisée qui accorde à chacun des acteurs de développement (public, privé, société civile et partenaires) le rôle qui lui revient dans la lutte contre le SIDA.

La mise en œuvre du Cadre National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA intervient dans un contexte international favorable au financement de la lutte contre le SIDA. A cet effet, les opportunités de financement suivantes peuvent être utilisées, à savoir les fonds issus de l'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés ( PPTTE), le Fonds Global de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ainsi que la préparation d'un Projet Multisectoriel de Lutte contre le SIDA(MAP) sur financement de la Banque Mondiale.

La réalisation des objectifs du Cadre National Stratégique de Lutte contre les IST/VIH/SIDA pour la période 2003-2007 contribueront à relever les défis que le Gouvernement a fixé dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, à savoir stabiliser, à l'horizon 2015, le taux de séropositivité ( VIH/SIDA) à 1%.



**PREMIÈRE PARTIE**

**GENERALITES**

## **INTRODUCTION**

La Mauritanie a déclaré son premier cas de SIDA en 1987. Ainsi, en 1989 le Programme National de Lutte contre le SIDA a été mis en place. Le programme a d'abord élaboré un plan à court terme (PCT, 1989 -1990 ), suivi d'un plan à moyen terme 1 (PMT1, 1991- 1993) et d'un autre, PMT2 (1994-1998).

C'est en novembre 1999 que le Gouvernement mauritanien a lancé le processus de planification stratégique de lutte contre les IST/VIH/ SIDA avec l'appui de l'ONUSIDA. Une équipe nationale avait été chargée de mener le processus et s'est rendue dans neuf Wilayas du pays( Nouadhibou, Kaédi, Kiffa, Aioun, Néma, Rosso et Nouakchott, Atar et Zoueiratt ) et a procédé à l'analyse de la situation et de la réponse conformément aux manuels de planification de l'ONUSIDA. L'approche suivie est participative et a mis à contribution l'ensemble des acteurs tant dans le secteur public, privé, société civile que les partenaires intervenant dans le secteur.

Le rapport de l'analyse de la situation et de la réponse a été complété par les travaux de six groupes thématiques pluridisciplinaires (épidémiologie, prévention de la transmission, l'impact, les aspects éthiques et juridiques et la gestion du programme national de lutte contre le SIDA) visant à compléter les insuffisances constatées.

Le processus a bénéficié de l'appui de quatre consultants internationaux provenant de l'ONUSIDA et de l'OMS.

Après 15 années de fonctionnement du Programme National de Lutte contre le SIDA, un ensemble de problèmes importants a été relevé, notamment :

- L'extrême vulnérabilité de la population au VIH/SIDA et l'insuffisance des stratégies y afférentes ;
- Forte tendance à la propagation du VIH/SIDA chez les jeunes et chez les femmes en âge de procréer et insuffisance des programmes de prévention ;
- Insuffisance de la prise en charge des PVVIH et des personnes affectées par le VIH ;
- Faiblesses du système de surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA ;
- Faible visibilité et insuffisances dans l'organisation de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;

L'élaboration du Cadre Stratégique répond à une mission essentielle du Conseil National de Lutte contre le SIDA, qui est d'offrir un cadre national d'intervention, d'élargir la réponse nationale à l'épidémie et de coordonner la mise en œuvre des activités de lutte contre le SIDA dans une approche multisectorielle et décentralisée.

Le cadre stratégique est une ouverture réelle aux autres partenaires intervenant dans la lutte contre le SIDA, notamment aux ministères autres que celui de la santé, au secteur privé et aux Organisations Non Gouvernementales (ONG).

Il servira de guide à l'élaboration des plans sectoriels de tous les secteurs, y compris le secteur santé, par la prise en compte des domaines prioritaires identifiés pour le quinquennat à venir (2003-2007).

Capitalisant les expériences locales et les approches régionales et internationales, la Mauritanie veut développer un programme d'incitation, de coordination et de contrôle des activités susceptibles d'infléchir notablement le cours de l'épidémie, dans tous les secteurs de la vie nationale.

Dans ce but cinq axes stratégiques sont retenus, à savoir :

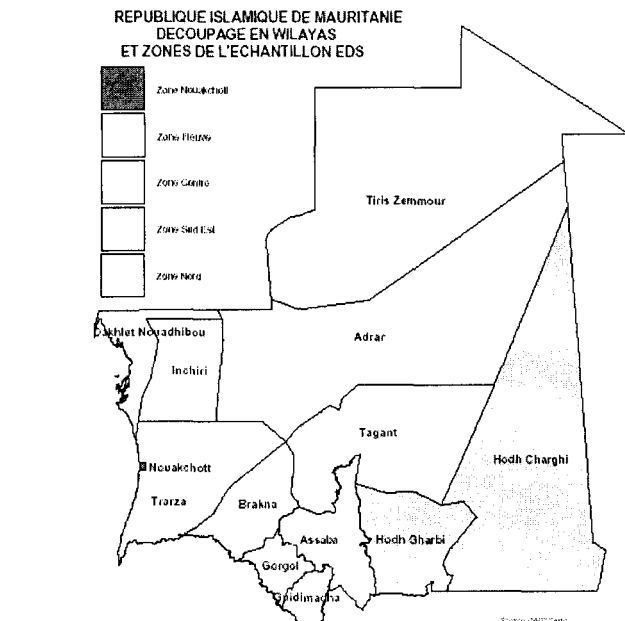
6. Réduction des risques de transmission du VIH/IST
7. Réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA
8. Meilleure connaissance de l'épidémie à VIH/SIDA, des IST et des comportements
9. Accès des PVVIH aux soins conseils médicaux, communautaires, traditionnels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



## CONTEXTE GÉNÉRAL

### □ Situation géographique

La République Islamique de Mauritanie est située en Afrique de l'Ouest entre le 15° et le 27° degré de latitude Nord et les 5° et 17° degré de longitude Ouest, avec une superficie de 1 030.000 km<sup>2</sup>. Le pays est limité au Nord-Ouest par le Sahara Occidental, au Nord-Est par l'Algérie, au Sud-est par le Mali, le Sénégal au Sud-Ouest et s'ouvre à l'Ouest sur une façade atlantique de plus de 700 km. Le climat est en général chaud et sec, saharien au Nord et sahélien au sud et océanique avec trois mois de saison de pluie (juillet à septembre).



### □ Démographie

Selon les données du Recensement Général de la population en 2000, la population résidente du pays est de 2.548.157 habitants, dont 48,7% d'hommes et de 51,3% de femmes. Il s'agit d'une population jeune dont le taux d'accroissement annuel est de 2,6%. La densité au km<sup>2</sup> est de 2,4 habitants. Le taux d'urbanisation est de 53 %. Nouakchott, la capitale du pays abrite plus de 24% de la population totale.

La population mauritanienne est entièrement musulmane et est composée de quatre ethnies : les Arabes, les Poulars, les Soninkés et les Wolofs.

Les principaux indicateurs démographiques sont les suivants :

- Indice synthétique de fécondité : 4,7 enfants par femme (15-49ans) ;
- Taux brut de natalité : 40 pour mille habitants ;
- Taux brut de mortalité : 13,4 pour mille habitants ;
- Taux de mortalité maternelle : 747 pour 100 000 naissances vivantes ;
- Espérance de vie à la naissance : 54 ans

Le pays avait adopté en 1995 une politique de population dont le but principal est d'assurer l'adéquation entre la croissance démographique et le développement économique, afin d'améliorer la qualité et le niveau de vie de la population.

### □ **Organisation administrative**

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 Wilayas (régions), 53 Moughataas (départements), et 218 communes..

### □ **Économie**

En Mauritanie, les principaux secteurs sur lesquels repose l'économie du pays sont l'exploitation des mines, la pêche, l'agriculture et l'élevage. Le secteur informel a connu une nette croissance au cours des dernières années. Toutefois, selon l'ONS, l'Enquête sur les Conditions de Vie des Populations (EPCV) en 2000, plus de 46,3% de la population mauritanienne vit en dessous du seuil de pauvreté, avec moins d'un dollar par jour. Les données par milieu montrent que la pauvreté touche plus les populations rurales qu'urbaines. Le produit national brut par tête d'habitant est de 396 US\$ (2000). La Mauritanie se situe au 139<sup>ème</sup> rang sur 162 pays en ce qui concerne l'Indice de Développement Humain (1999).

Le pays a été déclaré éligible à l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) en mars 1999, à cet effet, le Gouvernement a élaboré un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) avec une large concertation et participation de l'ensemble des acteurs de la société civile et du secteur privé ainsi que les partenaires au développement. En 2002, le pays a atteint le point d'achèvement de l'Initiative PPTE, ce qui permettra de mobiliser des nouvelles ressources en faveur des programmes de lutte contre la pauvreté.

### □ **Politiques et organisation du secteur de la santé**

La politique de santé est définie dans le Plan National Directeur de Santé (1998-2002) avec pour objectif général d'assurer d'ici l'an 2002 le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population du pays.

La lutte contre le VIH/SIDA figure clairement parmi les priorités du Plan Directeur dans son axe relatif au « Renforcement de la lutte intégrée contre la maladie ».

Parmi les priorités en matière de santé, dans le cadre du CSLP, l'objectif est de maintenir le niveau de la prévalence du VIH/SIDA à moins de 1% d'ici 2005.

En 2001, le secteur de la santé s'est doté d'un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT), pour la période 2002-2004, qui traduit les priorités du secteur de la santé et leur contribution en matière de réduction de la pauvreté. Le SIDA figure parmi les priorités définies dans le CDMT.

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif ; il est de type pyramidal et comprend trois niveaux :

- Le niveau central regroupant le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, l'Inspection de la Santé, les huit Directions Centrales, les services et les programmes prioritaires de santé ;
- Le niveau intermédiaire, servant d'appui technique. On y trouve les Directions Régionales de la Protection Socio-Sanitaire (DRPSS) qui comprennent les services régionaux préventifs et sociaux.
- Le niveau périphérique ou départemental (Moughataa) constitué des districts sanitaires

**Au plan technique**, le système est constitué de trois niveaux de prestations, à savoir :

- Au premier niveau (**Moughataa**) on trouve 2 types de structures :
  - Les postes de Santé (PS), au nombre de 225, sont tenus par un infirmier et se situent dans les grandes communes rurales et les grandes collectivités d'accessibilité difficile.
  - Les Centres de Santé de Moughataa (CSM) sont au nombre de 53 dont 13 de type A et 40 Centres de type B. Ils sont dirigés par des médecins-chefs et

assurent les consultations préventives et curatives ainsi que les soins d'urgence.

- Au deuxième niveau (**intermédiaire**) se trouvent les hôpitaux régionaux au nombre de 10 ;
- Le troisième niveau (**central**) comprend les établissements publics de référence :
  - Le Centre Hospitalier National (CHN) ;
  - Le Centre Neuro-psychiatrique (CNP) ;
  - Le Centre National d'Hygiène (CNH) ;
  - Le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF) ;
  - L'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott ;
  - Le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) ;
  - L'Hôpital Militaire de Nouakchott.

S'y ajoutent deux établissements centraux qui assurent la formation et le recyclage du personnel de santé. Il s'agit de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) et de l'Institut National de Spécialités Médicales (INSM).

En plus des structures publiques de santé, le secteur privé, qui a vu le jour en 1988, contribue de manière significative dans la couverture sanitaire. Il compte actuellement :

- 12 cliniques médicales comprenant plusieurs spécialités avec en moyenne 10 lits d'hospitalisation ;
- 22 cabinets médicaux de consultation externe dirigés par des médecins ;
- 15 cabinets de soins dirigés par des infirmiers ;
- 14 cabinets dentaires.

Au plan des ressources humaines, la Mauritanie reste en dessous des normes fixées par l'OMS. En 2000, les effectifs du MSAS étaient de 3 482 agents dont 39% de femmes ; ce personnel est inégalement réparti au niveau du territoire national avec un déficit important au niveau des structures sanitaires périphériques.

#### □ **Profil épidémiologique**

Le profil sanitaire du pays est celui des pays en développement qui se caractérise par la prédominance des pathologies infectieuses et parasitaires suivantes :

- Les Infections Respiratoires Aiguës qui touchent plus de 10% des enfants de moins de 5 ans sont particulièrement fréquentes chez les enfants de 6 à 11 mois (17%) ; elles représentent le premier motif des consultations ;
- Les maladies diarrhéiques touchent plus de 18% des enfants. La prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les enfants de 6-23 mois (3 enfants sur 10 font un épisode diarrhéique dans un intervalle de 15 jours) ;
- Le paludisme représente un réel problème de santé publique avec environ 250 000 à 300 000 cas, soit 22% des motifs de consultations dans les formations sanitaires du pays ;
- La prévalence de la malnutrition globale est passée de 23% en 1996 (MICS) à 32% (EDSM, 2001).
- La tuberculose constitue un problème de santé publique avec environ 4 000 nouveaux cas par an dont 70% des cas sévères de tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

### **Éducation**

Le taux de scolarisation primaire des hommes est estimé à 65%, pour 46% chez la femme. Depuis ce taux est en augmentation constante.

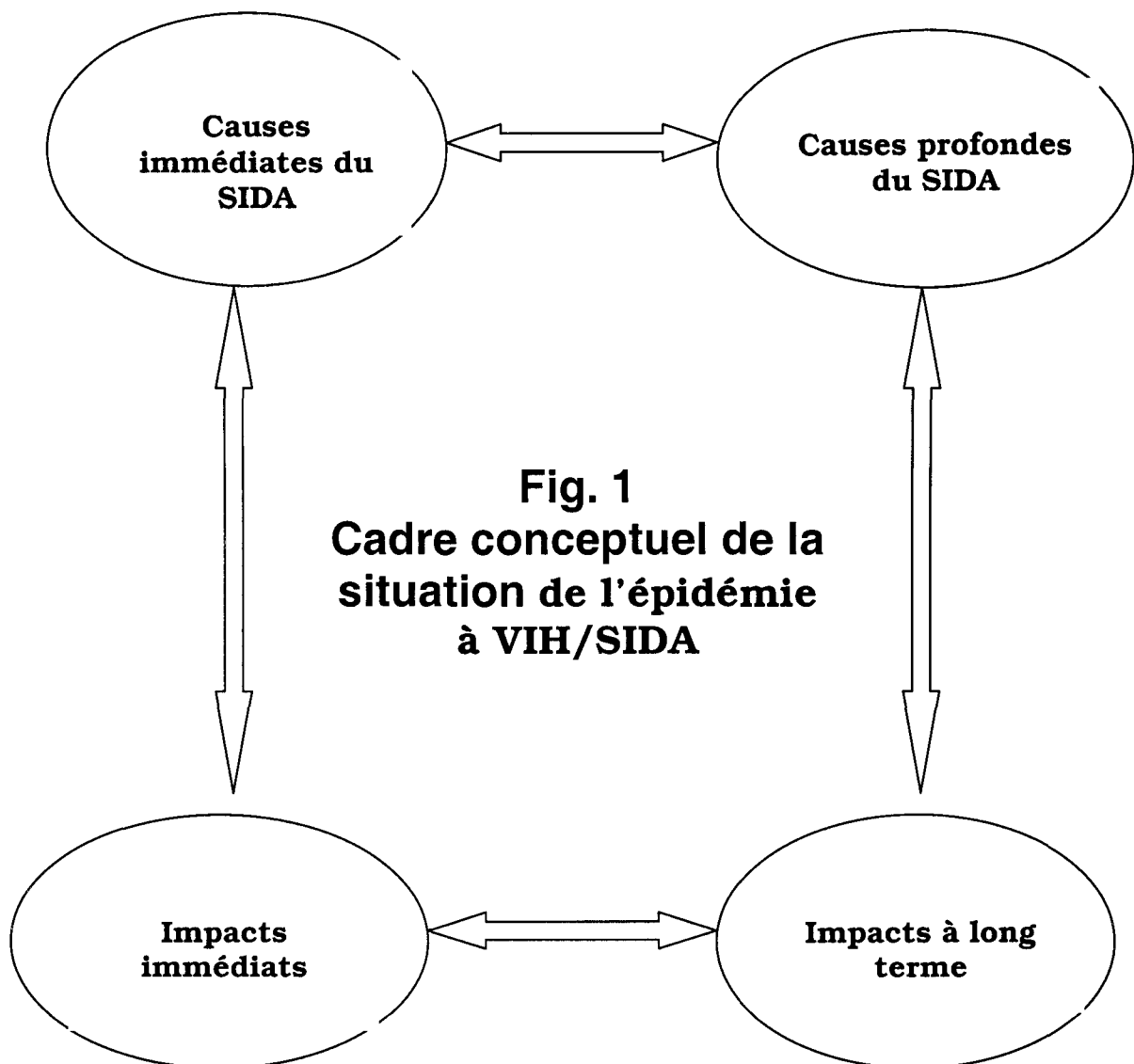
□ **Autres secteurs**

- a) *Femmes* : Le SECF dispose d'une stratégie nationale de promotion féminine. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette stratégie une action sectorielle de lutte contre le SIDA pourrait être intégrée.
- b) *Jeunesse* : Il n'existe pas de stratégie spécifique de développement de la jeunesse. Toutefois, les structures et organisations de jeunes, au niveau national et régional, pourraient constituer des relais en matière de lutte contre le SIDA.
- c) *Éducation* : Le Programme Décennal de Développement de l'Éducation Nationale constitue un atout pour la lutte contre le SIDA.
- d) *Pêche* : Le secteur de la pêche est un pôle sur lequel des stratégies de lutte contre la pandémie devraient être définies et élaborées.
- e) *Transport* : La mise en œuvre du Plan National des Transports devra être accompagnée d'une stratégie de lutte impliquant les différentes organisations syndicales des transports.
- f) *Société civile* : Le mouvement associatif a connu un développement considérable en Mauritanie ; à cet effet, l'implication de la société civile (ONG, collectivités locales, OSP, etc.) devra constituer un atout pour la mise en œuvre du CSN

**DEUXIÈME PARTIE**

**SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION ET  
DE LA RÉPONSE NATIONALE AUX IST/VIH/SIDA**

Le cadre conceptuel de l'analyse de la situation est résumé dans la figure



La situation du VIH/SIDA est caractérisée par la conjonction de quatre types de déterminants fondamentaux intimement imbriqués:

1. Les causes immédiates (transmission par le sexe, le sang et de la mère à l'enfant).
2. Les causes profondes (vulnérabilité, politique et environnement socio économique défavorable)
3. Les effets immédiats du SIDA (impacts sur les individus et les familles: Malades, décès, orphelins, veuves).
4. Les effets à long terme (impacts sociaux, démographiques et économiques).

**Problème 1 : L'extrême vulnérabilité de la population au VIH/SIDA et l'insuffisance des stratégies y afférentes.****1. Justification**

En Mauritanie, l'impact du VIH/SIDA dans la population générale reste difficile à cerner à cause du manque d'études spécifiques, d'une part, et de la faible prévalence de l'infection, d'autre part.

Cependant, au vu des conséquences de l'épidémie dans d'autres pays de la sous-région, on peut aisément anticiper l'impact de celle-ci sur la société mauritanienne si la prévalence augmentait.

Les données sur la séroprévalence montrent que le taux le plus élevé touche les groupes d'âge de productivité, présageant un impact sur l'économie générale et sur les familles en particulier. De manière générale, l'impact du SIDA se traduira sur le plan macroéconomique par une diminution de la production nationale et une forte augmentation des coûts dans le secteur de la santé pour assurer la prise en charge des malades du SIDA. Dans le secteur de l'éducation, par exemple, il y a un risque de diminution des enseignants avec une répercussion sur la disponibilité du personnel et la qualité de l'enseignement. La perte de cadres, tant dans le secteur public que privé dans un pays qui dispose déjà d'un nombre largement insuffisant de personnel formé produirait des effets désastreux dans tous les domaines.

Au niveau des ménages l'impact de la maladie se traduit par le poids des dépenses qui greffent les budgets familiaux particulièrement en l'absence d'une politique nationale de prise en charge des malades du SIDA. La prise en charge psychosociale peu développée pourrait entraîner la dislocation des familles et un abandon des personnes infectées.

**2. Principaux déterminants**

- ✓ **La position géographique** du pays avec une façade atlantique, charnière entre le Maghreb arabe et l'Afrique Subsaharienne fait que la Mauritanie connaît des multiples mouvements migratoires. À cela s'ajoute le développement du tourisme dans le Nord du pays.
- ✓ **Le divorce** et les mariages multiples sont des pratiques largement répandues. Selon les résultats de l'EDSM 25% des femmes ont été mariées plus d'une fois, particulièrement dans les grandes villes comme Nouakchott, où ce taux atteint 39%. En l'an 2000, 11% des femmes en âge de procréer étaient divorcées (15-49 ans). Le niveau du taux de divorce est élevé, car un premier mariage sur trois (29,5%) aboutit au divorce. Le remariage est très fréquent, car selon l'EDS les femmes en milieu urbain ont contracté plus d'un mariage, avec 39% à Nouakchott. Selon les ethnies, chez les Arabes 27% de femmes se sont mariées plus d'une fois, 20% chez les Poulars, 21% chez les Wolofs et 10% chez les Soninkés.
- ✓ Par contre, **la polygamie** n'est pas très courante en Mauritanie. Le taux d'hommes polygames n'est que de 6% <sup>(1)</sup>. Elle ne concerne que 12% de femmes mariées : 7% ont une seule co-épouse et 5% en ont deux ou plus. Le nombre de femmes ayant au moins une co-épouse augmente régulièrement avec l'âge, ainsi il atteint 19% pour les femmes âgées de 45-49 ans.
- ✓ **Âge au premier mariage** : Pour des raisons socio-culturelles, les filles ont tendance à se marier très jeunes. Ainsi, selon l'EDSM, en 2000, 32% des femmes âgées de 25 à 49 ans étaient mariées à l'âge de 15 ans et 75% à l'âge de 22 ans. Ce taux atteint les 83% chez les femmes âgées de 25 ans. L'âge médian au

---

<sup>1</sup> Données de l'EDSM 2000-2001

premier mariage chez les femmes passe de 16 ans pour les anciennes générations à 17,1 ans pour les femmes d'aujourd'hui âgées de 25-49 ans.

Les hommes se marient beaucoup plus tardivement avec respectivement 13% et 41% à l'âge de 20 ans et 25 ans. L'âge moyen du mariage des hommes (30-59 ans) est passé de 25 ans à 27 ans, donc 10 ans de plus que les femmes.

✓ **Tabou et déni du VIH/SIDA**

Les perceptions négatives que les populations ont des personnes vivant avec le VIH persistent, car plus de 50% des femmes ont déclaré qu'une personne atteinte du SIDA ne doit pas continuer à travailler avec d'autres personnes. Cette perception n'est que de 24%) chez les hommes.

✓ **Pauvreté de la population et chômage des jeunes**

Les périodes de sécheresse et les crises économiques qu'avait connues le pays au cours des années 70 et 80 ont provoqué un exode rural massif vers les villes, et principalement la capitale et les centres économiques. La capitale abrite plus de 40% de la population urbaine, dont 26% vit en dessous du seuil de pauvreté selon l'EPCV 2000.

✓ **Mobilité interne et externe de la population**

La migration des populations pauvres des zones rurales vers les villes entraîne des comportements à risque.

En plus, une grande communauté de Mauritaniens vit à l'étranger, et principalement en Afrique subsaharienne. La majorité des migrants sont séparés de leur famille pour des longues périodes, ce qui les expose à des comportements à risque. En effet, des études ont démontré que la migration constitue un facteur favorisant la propagation de l'épidémie du VIH et des IST. On observe une séroprévalence du VIH élevée dans les zones de retour de migration, les zones portuaires et minières (Nouakchott, Nouadhibou Kiffa, Selibaby, Rosso, Nema).

✓ **Propagation des IST (automédication, faible fréquentation des structures de santé)**

Selon l'EDSM, seulement 14% des femmes ont entendu parler d'IST, et parmi celles-ci plus d'une sur cinq ne connaît aucun signe ou symptôme des IST. Quant aux hommes, 26% ont entendu parler des IST, mais 55% d'entre eux ne connaissent aucun signe ou symptôme de ces IST chez les femmes, et 15% ne connaissent aucun signe ou symptôme chez les hommes.

### **3. Insuffisances**

✓ **Insuffisance d'information et de connaissance de la population sur les IST/VIH/SIDA**

Selon l'EDSM, une proportion relativement importante d'hommes et des femmes a entendu parler du VIH/SIDA. Le niveau de connaissances est légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, surtout en milieu rural (86% contre 76% au niveau national).

Bien qu'une proportion importante de Mauritaniens aient entendu parler du VIH/SIDA, seulement 34% des femmes et 65% des hommes pensent qu'il est possible d'éviter cette maladie et sont capables de citer, au mois, un moyen pour l'éviter. L'utilisation du condom n'est citée que par 8% des femmes et 14% des hommes. Le niveau de connaissance varie fortement selon le milieu de résidence.

✓ **Faible accessibilité au préservatif**

Les résistances socio-culturelles demeurent encore tenaces à l'utilisation large du préservatif comme moyen de prévention des infections aux IST/VIH chez les personnes non mariées.



Malgré les risques que peuvent faire courir certains comportements, 4 femmes sur 5 (80%) ont déclaré ne rien avoir changé à leur comportement sexuel depuis qu'elles avaient entendu parler du SIDA ; en effet, seules moins de 1% parmi elles ont commencé à utiliser le préservatif. Par contre 6% d'hommes ont adopté le préservatif depuis qu'ils ont entendu parler du SIDA. (EDSM 2001).

✓ **Faible accès géographique au service de Conseil Dépistage Volontaire Anonyme (CDVA)**

À l'heure actuelle, seuls deux centres de Conseil Dépistage Volontaire existent dans tout le pays ; le premier fonctionne dans l'enceinte du Centre National d'Hygiène à Nouakchott, et le second est opérationnel dans la ville de Kiffa.

✓ **Insuffisances de la réponse nationale en matière de réduction de la vulnérabilité**

- Les insuffisances en matière de prévention sont énumérées dans les actions pour la réduction des risques de transmission du VIH.
- Le soutien socio-économique aux PVVIH et à leur famille se limite à des actions caritatives réduites entreprises par des ONG nationales et internationales (Stop SIDA, World Vision).

**4. Acquis**

Les acquis en matière de prévention sont énumérés dans les actions pour la réduction des risques de transmission du VIH. En matière de soutien socio-économique peu d'actions significatives ont été menées, en dehors de la prise en charge de PVVIH à Nouadhibou et Nouakchott par Stop SIDA et World Vision. La création récente d'une association des PVVIH.

**5. Opportunités de changement de la situation**

- L'engagement politique ;
- Priorités de l'UNGASS
- Engagement des partenaires ;
- Possibilité de mobilisation des ressources dans le cadre de l'Initiative PPTTE ;
- Fonds Global et le MAP (Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida)

**6. Besoins essentiels**

En matière de soutien socio-économique :

- Développer des programmes spéciaux pour les jeunes et les femmes (formation, emploi et vie familiale)
- Fonds d'insertion
- Activités génératrices de revenus
- Programme alphabétisation fonctionnelle
- Mise en pratique du code et du droit de la femme

**7. Principaux groupes prioritaires concernés**

1. Populations mobiles et populations en interaction, comprenant les migrants, les routiers et les travailleurs saisonniers
2. Jeunes
3. Femmes en âge de procréer
4. Corps en uniforme (Personnel de santé, Armée, Police, Marins, etc.)
5. les personnes à comportement à haut risque
6. Travailleurs des sociétés industrielles et portuaires.

## Problème II : Forte tendance à la propagation du VIH/SIDA chez les jeunes et chez les femmes en âge de procréer et insuffisance des programmes de prévention

### 1. Justification

La population mauritanienne est très jeune, en effet, plus de 55% de ses habitants sont âgés de moins de 20 ans. Les femmes représentent plus de 51% de la population totale.

L'analyse des cas confirmés de SIDA montre que 80% des malades sont âgés de 25 à 44 ans et les deux sexes sont affectés avec un ratio homme-femme de 0,8.

### 2. Situation épidémiologique des IST/VIH/SIDA

En Mauritanie le premier cas de SIDA a été déclaré en 1987. Le nombre total des cas cliniques notifiés au cours de la période 1987-1999 est de 932. Il faut cependant souligner que la notification des cas n'est pas systématique, le personnel de santé n'était pas suffisamment sensibilisé à cette tâche. Il est cependant indiscutable que le nombre des cas aussi bien du SIDA que de porteurs de virus a connu une augmentation.

Les données disponibles proviennent essentiellement des enquêtes transversales et des sources suivantes :

Notification des cas, projections faites par l'ONUSIDA, l'Enquête Démographique et de Santé 2000-2001 (EDSM), séroprévalence chez femmes enceintes (2001), et screening des poches de sang.

Les estimations de l'ONUSIDA fin 1999, rapporte 6 600 personnes infectées dont 91,3% sont des adultes âgés de 15-49 ans (prédominance du groupe d'âge 25-44 ans), avec un ratio homme-femme de 0.8.

Toujours selon les estimations de l'ONUSIDA, en 1999 le nombre des décès dus au VIH serait de 610 personnes.

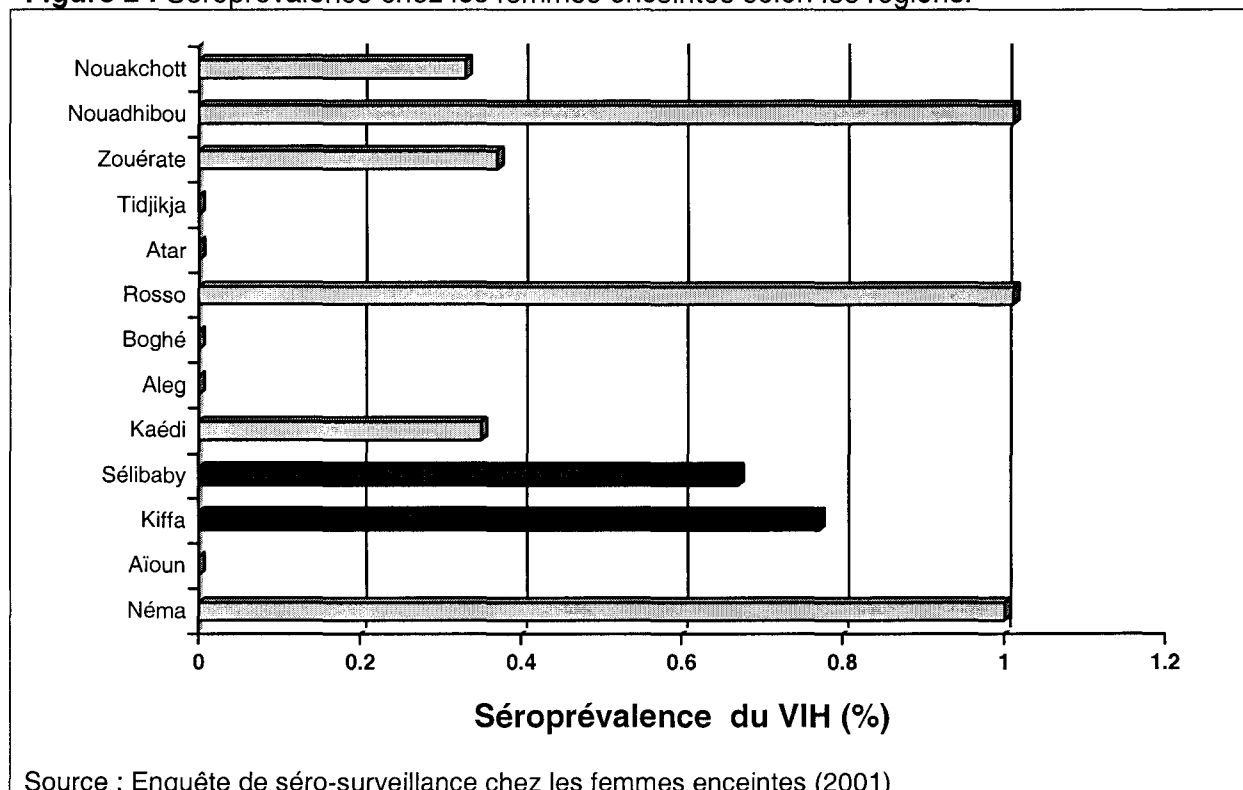
**Tableau 1** : Situation épidémiologique générale

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA Fin 1999					Orphelins	Décès dus au SIDA	Population 1999 (milliers)	
Adultes et enfants	Adultes (15-49a)	Taux chez l'adulte (%)	Femme s (15- 49a)	Enfant s (0- 14a)	Total cumulé	Adultes et enfants en 1999	Total	Adultes (15-49a)
6 600	6 300	0,52	3 500	260		610	2 598	1 210

*Source* : Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les IST, ONUSIDA, 2000

#### □ Femmes enceintes

Une enquête de séroprévalence a été réalisée en 2001 par le PNLS, en collaboration avec le Centre National d'Hygiène, sur un échantillon de 4 750 femmes enceintes fréquentant le service de consultations prénatales de tous les 10 hôpitaux régionaux et de 10 Centres de Santé. Les caractéristiques des femmes recrutées dans l'enquête sont : 99,3% étaient mariées, 0,3% célibataires et 0,4% divorcées. L'âge moyen était de 26 ans, avec plus de 51% des femmes ayant un âge compris entre 14 et 25 ans. Les résultats de l'enquête indiquent un taux moyen de prévalence à 0,57.

**Figure 2 : Séroprévalence chez les femmes enceintes selon les régions.**

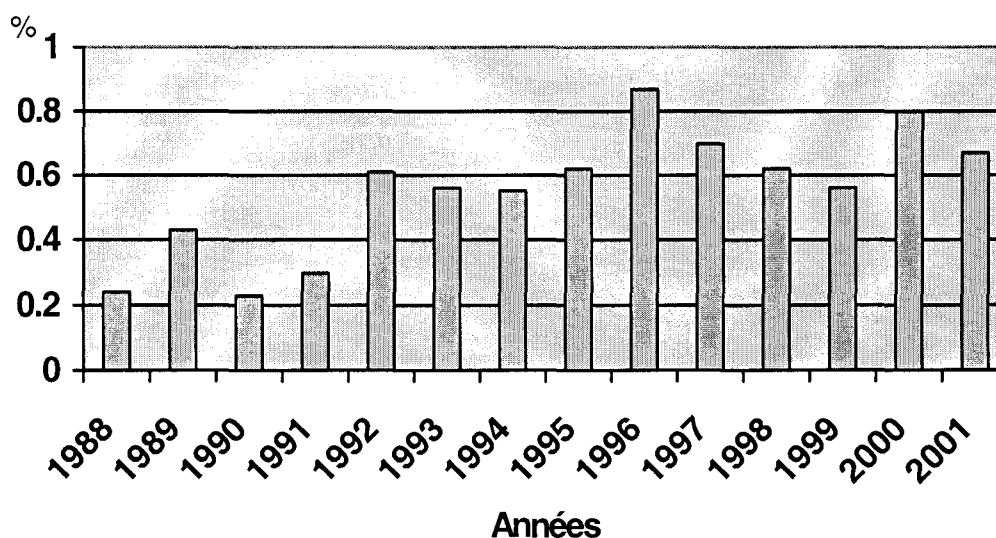
La répartition régionale de la séroprévalence montre de fortes disparités régionales comme à Nouadhibou, Rosso et Néma, où les taux atteignent 1%, alors qu'elle est très faible dans d'autres villes. En effet,

- Nouadhibou est un port et capitale économique du pays ;
- Rosso est une ville frontalière traversée par un grand axe routier reliant la Mauritanie à Saint Louis au Sénégal ;
- Sélibaby et Kiffa, touchées dans une moindre mesure par la pandémie, sont des zones de retour des émigrés ; elles sont également des villes frontalières ;
- Néma est une ville frontalière située sur une grande voie de communication avec le Mali.

### □ Donneurs de sang

Le don de sang et la transfusion sanguine sont très peu développés en Mauritanie et se pratiquent essentiellement au niveau de Nouakchott, exceptionnellement dans trois ou quatre wilayas où existe une activité chirurgicale (Gogol, Hodh El Gharbi, Nouadhibou, Adrar et Trarza). Les données sur la période 1988-2001 montrent que la séropositivité parmi les donneurs à Nouakchott a connu une augmentation rapide à partir de 1991, c'est à dire quatre ans après la notification du premier cas, avec un pic en 1996 proche de 0,85%. Ceci reflète la tendance évolutive dans la population générale.

**Figure 4: Séropositivité des poches de sang au CHN à Nouakchott (1988-2001)**



La baisse de la séropositivité des poches de sang entre 1997 et 2000 s'explique, entre autres, par des ruptures de réactifs au cours de ces trois années.

### □ Patients hospitalisés ou en consultation externe

Le recueil des données à la clinique privée de « Chiva » à Nouakchott montre que sur les 700 patients testés en 2001, 22 se sont révélés positifs, soit un taux de 3,1%.

Au Centre Hospitalier National de Nouakchott, en 2000 et 2001, sur 559 malades 189 se sont révélés séropositifs soit un taux de 22%. Ces patients hospitalisés proviennent de toutes les régions du pays.

### □ Tuberculeux

La tuberculose est la plus importante infection opportuniste associée au SIDA, en Mauritanie, à l'instar des autres pays de la sous-région. Les données de la séro-surveillance du VIH parmi les tuberculeux à Nouakchott montrent une augmentation de la prévalence, qui est passée de 0,53% en 1986 à 1,4% en 1997.

### □ Situation des Infections Sexuellement Transmissibles

De manière générale, l'évolution de la prévalence des IST représente un indicateur fiable de l'efficacité des activités de lutte contre l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA.

On dispose de très peu de données sur la fréquence et les causes des IST. De plus les données disponibles sont anciennes et concernent des échantillons limités.

Une seule étude a été réalisée en 1995 au CHN de Nouakchott sur l'étiologie des écoulements génitaux, d'où il ressort que chez les hommes les écoulements génitaux sont principalement causés par le *Neisseria gonorrhoea* (41,5%) et par le *Chlamydia* ; alors que chez les femmes il s'agit surtout du *Giardia vaginalis* et du *Candida albicans*.

### **3. Principaux déterminants de la propagation du VIH et des IST**

- Les pratiques à risque de transmission du VIH/SIDA sont courantes mais on ne dispose pas de données statistiques chiffrées. Il s'agit principalement de l'excision, actuellement en régression (71% des Mauritanien(ne)s sont excisées, EDSM, 2001), la circoncision des jeunes garçons, les percées d'oreilles et de la scarification. La majorité de ces opérations sont effectuées par des traditionnels, dans des conditions d'hygiène précaire.
- Absence des donneurs de sang fidélisés.
- Manque d'éducation sexuelle dans la famille et dans le système scolaire, la sexualité étant considérée comme un sujet tabou.
- L'islam est la religion de tous les Mauritaniens, il interdit les relations sexuelles en dehors du mariage. Toutefois, l'EDS montre que 5.3% d'hommes mariés ont déclaré avoir eu 2 à 3 partenaires au cours des 12 derniers mois. Alors que chez les hommes non mariés, seuls 1,9% ont eu plus d'un partenaire. On observe que les risques de propagation liés aux comportements sexuels des hommes mariés sont très élevés. Ces pourcentages varient selon les lieux de résidences ainsi à Nouakchott, les hommes mariés ont eu plus de 2,5 partenaires et les célibataires 2,2 partenaires en moyenne.
- Malgré les efforts entrepris au cours de dernières années, l'EDS montre que 80% des femmes ont déclaré ne rien avoir changé à leur comportement sexuel depuis qu'elles ont entendu parler du SIDA alors que ce taux est de 54% chez les hommes qui semblent subir l'influence des campagnes de sensibilisation.
- Prostitution : Étant interdite par l'islam, toutefois des pratiques clandestines existent. Le groupe des prostituées joue un rôle important dans la transmission.
- Faible utilisation des préservatifs :

L'utilisation du préservatif comme moyen de prévention est encore faible, 9.4% chez les hommes et 2,5% chez les femmes. La politique du département de la santé dans ce domaine s'est traduite par la promotion du préservatif à travers son introduction dans le système de recouvrement des coûts en vue de le rendre disponible et accessible financièrement (prix unitaire 7 UM). La connaissance du préservatif est citée chez 60% des hommes, cette connaissance est influencée par le niveau d'instruction, passant de 32% chez les hommes sans instruction à 82% chez ceux du niveau secondaire ou plus.

### **4. Faiblesses des programmes de prévention**

#### **Hygiène et protection en milieu de travail**

Les soins hospitaliers se soucient souvent sans aucune assurance de qualité et avec parfois un risque manifeste de transmission de VIH au personnel soignant. Les soins obstétricaux et dentaires constituent une priorité dans ce sens vu leur nombre et leur distribution dans le pays face aux manques de dispositions de sécurité des soins. Malgré les efforts de destruction de certains déchets hospitaliers ceux-ci constituent un risque élevé par manque d'incinérateurs fonctionnels.

#### **Prévention de la transmission Mère - Enfant**

Aucune action n'a encore été entreprise à ce jour. Cependant, un atelier est programmé sur le sujet pour le mois d'août 2002 à Nouakchott.

#### **Insuffisances des programmes de prévention**

- Actions multiples non coordonnées des ONG/OBC
- Activités sporadiques de faible envergure et sans suivi
- Faible couverture du pays
- Absence de priorités dans les programmes IEC

- Absence d'une stratégie nationale intégrée en matière d'IEC
- Manque de personnel qualifié aussi bien au niveau des structures de santé que dans les autres secteurs
- Contenu des messages peu adapté au milieu
- Actions de sensibilisation limitées au niveau secondaire des écoles publiques
- Absence de politique de Marketing social des préservatifs
- Obstacles religieux à l'accessibilité publique au préservatif
- Insuffisance de la prise en charge des IST
- Recours abusif à la transfusion sanguine
- Pas de conseil et de soutien aux donateurs de sang séropositifs
- Pas de don bénévole de sang et non-fidélisation des donateurs de sang ;
- Manque de mobilisation sociale en faveur du don de sang
- Absence d'une stratégie de prévention des risques de contamination au travail du personnel de santé
- Manque de formation du personnel de santé sur l'hygiène en milieu de soins et sur le traitement des déchets ;
- Ruptures fréquentes du stock du matériel de protection (gants, désinfectants, antiseptiques, détergents).
- Non-application des règles d'hygiène pour la prévention dans les formations sanitaires ;
- Persistance de pratiques néfastes (tatouages, excision etc.).

### **5. Acquis des programmes de prévention**

#### **Information – Éducation- Communication**

- Initiative informelle d'un groupe de médecins mauritaniens, en formation en Côte d'Ivoire, en faveur de la communauté mauritanienne d'Abidjan
- Introduction des modules SIDA dans les écoles secondaires de Nouakchott
- Projet « Parlons du SIDA »
- Formation de 100 jeunes pairs éducateurs par World Vision et Stop SIDA
- Formation des pairs éducateurs à la SNIM ainsi que 10% des travailleurs de la SNIM
- Action des sages femmes à Nouakchott, Selibaby, Kaédi et Aïoun
- Sensibilisation dans les 3 gares routières de Nouakchott

#### **Sécurité transfusionnelle**

- Élaboration et adoption d'une politique nationale de transfusion sanguine ;
- Création d'un CNTS
- Renforcement des capacités en diagnostic de l'infection ;
- Acquisition et installation de banques de sang régionales ;

#### **Conseil dépistage volontaire et confidentiel**

Création récente de deux unités de dépistage anonyme volontaire à Nouakchott et Kiffa.

### **6. Opportunités de réduction des risques de propagation du VIH/SIDA**

- Les réseaux de services déconcentrés étendus permettant une bonne couverture géographique (santé, éducation, développement rural)
- Mouvements associatifs des jeunes
- Ouverture des centres de jeunesse à Kiffa, Nouadhibou, Kaédi, Rosso
- Coopératives féminines et Antennes/SECF
- L'existence d'un comité national d'IEC ;
- Disponibilité des leaders d'opinions ;
- Engagement de la société civile à participer à la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Existence d'un réseau des ONG nationales ;
- Lutte contre le SIDA comme axe prioritaire dans les politiques de santé ;

- Forte disponibilité des Imams des mosquées, des oulémas et des autres chefs religieux
- Existence des associations communautaires bien organisées et très actives (jeunes, femmes émigrées, coopératives etc.) ;
- Présence de Radio FM dans certaines Wilayas (Nouakchott, Aleg, Nouadhibou, Barkéole et Rosso) ;
- Les émissions télévisées locales et le développement des télécommunications
- Distribution du préservatif comme contraceptif dans le cadre du programme de l'espacement des naissances.
- Mise en place d'un programme national de l'éducation en matière de vie familiale ;
- Existence d'un Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR).

#### **7. Besoins essentiels**

- Élargir la couverture des interventions et les maintenir dans la durée
- Cibler les actions sur les groupes prioritaires
- Adapter le contenu des messages
- Renforcer les capacités des intervenants
- Rendre accessible le test de dépistage gratuit
- Créer un environnement favorable à la lutte (Plaidoyer et implication des leaders religieux)
- Impliquer plus de partenaires locaux dans la lutte
- Définir une politique de lutte en milieu du travail
- Appuyer la création d'un centre d'expertise en IEC/EPS
- Appuyer la production de massages adaptés
- Élaborer une politique de communication.

#### **8. Principaux groupes concernés**

1. Malades du SIDA
2. Autres PVVIH
3. Veuves, orphelins et enfants vulnérables
4. Femmes enceintes
5. Porteurs des IST
6. Donneurs de sang
7. Tuberculeux

### **Problème III : Insuffisances dans la prise en charge des PVVIH et des personnes affectées par le VIH**

#### **1. Justification**

Aucune stratégie nationale n'est élaborée pour les personnes infectées par le VIH. Sur le territoire national, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH est encore peu structurée ; le paquet de soins comprenant la prise en charge des infections opportunistes, comme la tuberculose, et un soutien socio-économique pour les personnes infectées et leur famille est quasi inexistant. Il en est de même pour la prise en charge psychosociale.

#### **2. Déterminants**

- Tabou et déni entourent le VIH/SIDA
- Contraintes chez les PVVIH à se déclarer
- Tendance à la stigmatisation et discrimination des PVVIH
- Difficultés d'identifier les orphelins et des veuves du SIDA
- Faible fréquentation des services de santé par les malades du SIDA
- Absence de données concernant mortalité des malades du SIDA
- Manque de données sur l'espérance de vie des PVVIH.

#### **3. Insuffisances des actions de soins conseil et de soutien socio-économiques**

- Absence de stratégies nationales de soins conseil et dépistage prescrit
- Faible accès aux examens complémentaires
- Approvisionnement en médicaments pour les IO, ARV et réactifs
- Soutien social et économique peu structuré
- Absence de politique de PEC des PVVIH
- Difficulté d'assumer le statut de séropositif
- Absence de PEC des femmes enceintes séropositives (PTME)
- Pas de prise en charge effective des tuberculeux séropositifs.
- Insuffisance de soins conseil aux femmes enceintes séropositives
- Centre de référence IST peu fonctionnel
- Faible sensibilisation de la population pour la fréquentation des structures de prise en charge du SIDA et des IST
- Faible implication des communautés dans la prise en charge communautaire
- Pas de collaboration entre le personnel de santé et les tradipraticiens
- Faible collaboration entre le personnel de santé et les OBC et ONG de soutien communautaire
- Faible accès aux structures de dépistage volontaire ;

#### **4. Acquis des actions de soins, conseil et soutien socio-économique**

- La disponibilité des médicaments de traitement des IST ( sauf les ARV) dans le système de recouvrement des coûts
- Politique nationale de la Santé de la Reproduction
- Stratégie de prise en charge syndromique des IST appliquée dans les CS et HR (Ordinogrammes)
- Soins conseil VIH SIDA dans les structures sanitaires publiques, para-publiques et privées
- Quelques ONG ont bénéficié de la formation sur la prise en charge psychosociale des malades du SIDA (par exemple, Stop SIDA, AMALUTS, CROIX ROUGE et ONG EMEL)



## **5. Opportunités pour les soins conseil et de soutien socio-économique**

- Stratégie DOT de prise en charge de la tuberculose
- la mise en place d'une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables (CAMEC)
- Allocation budgétaire aux malades sociaux
- Ressources PPTe
- Fonds de sécurité générés par le SRC
- Déclaration UNGASS
- Consultation pré et post natale
- Possibilité d'approvisionnement gratuit de la Nevirapine (ARV) pour la PTME, par les firmes pharmaceutiques

## **6. Besoins essentiels de soins conseil et de soutien socio-économique**

- Définition des mandats/ prérogatives des centres de référence
- Renforcement des capacités
- Équipement des structures sanitaires
- Définition de politiques et de stratégies de prise en charge intégrée
- Directives de soins conseil et de soutien socio-économique
- Partenariat efficace de lutte contre le VIH/SIDA
- Formation du personnel de santé et des autres secteurs
- Création de centres d'écoute et conseil
- Mise en place de sites sentinelles pour la surveillance épidémiologique
- Inclusion des femmes enceintes dans la population sentinelle
- Mise en oeuvre de la stratégie PTME
- Révision des algorithmes de prise en charge des IST et de la liste des Médicaments Essentiels
- Accès au conseil/dépistage volontaire
- Stratégie de PEC des tuberculeux séropositifs
- Stratégie de prévention de la tuberculose chez les PVVIH

## **7. Problèmes éthiques et juridiques**

- Les questions juridiques relatives au SIDA sont, d'une part, cernées par les principes fondamentaux posés par la Charia en ce qui concerne le statut des malades dans une société musulmane, et d'autre part, par le droit de la famille, le droit du travail, la sécurité sociale et le droit pénal.
- Dans cet ordre d'idée les juristes semblent, d'ailleurs, s'orienter vers l'exigence du certificat prénuptial contenant les résultats du statut sérologique des époux dans le cadre du respect de l'anonymat et de la confidentialité.

## **8. Principaux groupes concernés**

- 1 Malades du SIDA
- 2 Autres PVVIH (porteurs sains et malades)
- 3 Veuves, orphelins et enfants vulnérables, indigents et immigrés.

## **Problème IV : Faiblesses du système de surveillance épidémiologique de l'infection à VIH**

### **1. Justification**

L'appréciation de l'étendue et de la progression de l'épidémie à VIH en Mauritanie est, à l'heure actuelle, difficile. Dans le cadre de la lutte, aucun programme de surveillance par sites sentinelles n'a été mis en place dans les régions. C'est ainsi que les données disponibles sont parcellaires et peu fiables. La surveillance n'a porté que sur le seul groupe de donneurs du sang. La notification des cas afférents à l'épidémie du SIDA est inopérante.

### **2. Déterminants**

- Difficultés de connaître l'ampleur de l'épidémie à VIH (malades du SIDA, décès, orphelins, veuves, tuberculeux)
- Difficultés de connaître la prévalence parmi certains groupes vulnérables, en particulier les personnes à comportement à haut risque;

### **3. Insuffisances du système de surveillance de l'infection à VIH**

- Manque de fonctionnalité du système de notification des cas et de surveillance sentinelle. Les structures ayant bénéficié des outils et de la formation ne transmettent pas de manière régulière les données épidémiologiques sur les IST/VIH/SIDA ; il n'y a pas eu de supervision
- Absence d'analyse et de traitement des données recueillies
- Absence de programme de vulgarisation des tests de dépistage au niveau des laboratoires périphériques (régional). Les plateaux techniques fonctionnels des hôpitaux régionaux sont en majorité dotés de réactifs, des tests rapides mais ne disposent pas de moyens pour la confirmation des résultats de ces tests
- Absence de système de surveillance de seconde génération
- Absence d'une politique de recherche dans le domaine de la santé publique en général
- Sous équipement des structures de référence : Centre National d'Hygiène et structures hospitalières
- Très faible niveau des recherches opérationnelles
- Nombre limité de ressources humaines qualifiées.

### **4. Acquis du système de surveillance de l'infection à VIH**

- Formulation d'un programme de surveillance intensive pour les services hospitaliers et centres de santé.
- Élaboration des outils d'enquête, de supervision et de formation.
- Distribution des formulaires de notification dans 47 formations sanitaires publiques, para-publiques et privées de Nouakchott et de quatre régions ;
- Supervision pour sensibiliser les médecins sur la notification systématique des cas d'infection à VIH et des IST.

### **5. Opportunités pour la surveillance épidémiologique**

- Existence de ressources humaines qualifiées
- Nouvelles sources de financement possibles pour les études épidémiologiques
- Protocole de la surveillance de deuxième génération disponible.
- Existence des structures pouvant entreprendre des recherches

## **Problème V : Faible visibilité et insuffisances dans l'organisation de la lutte contre les IST/VIH/SIDA**

### **1. Justification**

La réponse de la Mauritanie à l'épidémie du VIH/SIDA et à ses conséquences a été lente et peu structurée. La coordination entre les divers intervenants et les partenaires du programme s'est avérée insuffisante ; il en a été de même pendant plusieurs années pour les ressources humaines et financières affectées au programme.

### **2. Déterminants**

- Tabou et déni du SIDA persistent au sein de la population, malgré que les plus hautes autorités se soient engagées à faire de la lutte contre le SIDA une priorité.

### **3. Insuffisances de l'organisation de la lutte**

- Absence de politique et de stratégies nationales dans des domaines clés (prise en charge, préservatifs, surveillance, recherche opérationnelle...)
- Les questions d'ordre éthique liées à l'épidémie du VIH/SIDA se posent principalement dans le domaine de la pratique et de la recherche médicale et dans celui de l'information dans la presse et les médias.
- Non prise en compte de la dimension du VIH/SIDA dans les stratégies sectorielles
- Faible implication des médias
- Implication insuffisante des religieux
- Allocation des ressources insuffisantes et mal réparties
- Absence de politiques et de programme de lutte dans les entreprises privées.
- CNLS et Coordination nationale du PNLS peu fonctionnels
- Le niveau de l'allocation budgétaire destinée aux différentes interventions de lutte contre le VIH/SIDA est insuffisant ; à cela s'ajoutent les modalités de gestion propres à chaque partenaire ce qui ne facilite pas la mise en œuvre des actions programmées;
- Le manque de ressources humaines qualifiées au niveau du programme et dans les régions
- Faible coordination des actions
- Faible concertation avec les partenaires tant locaux qu'internationaux

### **4. Acquis dans l'organisation de la lutte**

- Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, conscient de la nécessité d'une action multisectorielle concertée pour assurer une lutte efficace contre le SIDA, a créé par Arrêté No 807 en date du 30 octobre 2000, la Cellule nationale de coordination du programme de lutte contre le SIDA (CNCP-SIDA). La CNCP-SIDA est rattachée au Cabinet du Ministre de la santé. Le Ministre préside le CNCP et le Coordonnateur du Programme en assure le secrétariat. La CNCP-SIDA est composée des représentants de tous les départements techniques engagés dans la lutte contre le SIDA (les directions et services techniques de la Santé, de l'Éducation, de la Condition Féminine, de la Justice, de l'Orientation Islamique, des Affaires Économiques, le CDHPLPI, la Défense, l'Intérieur, la Communication ainsi que les représentants de la société civile (Parlement, ONG) et les membres du Groupe Thématique ONUSIDA.
- Le Cadre Stratégique de la Lutte contre la Pauvreté prend en compte la question du VIH/SIDA en lui spécifiant un objectif particulier.

Le programme dispose des points focaux au niveau de la SNIM, du Port de l'Amitié, les Forces Armées et de sécurité et corps para-militaires (Armées, Gendarmerie, Garde, Police, Douane) et dans les départements techniques. Une politique de contractualisation avec les ONG nationales et internationales est en cours de finalisation et devra fixer les modalités de partenariat entre la société civile et le programme en matière de lutte contre le SIDA.

Les activités de lutte contre le VIH/SIDA sont menées par le PNLS rattaché au Ministère de la Santé, en collaboration avec divers acteurs, à travers le CNCP-SIDA :

- Le Secrétariat d'État à la Condition Féminine
- Le Ministère de l'Éducation Nationale
- Les départements ministériels impliqués (Communication, Orientation islamique, Jeunesse, etc.) ;
- Les partenaires au développement ;
- Les force armées nationales (garde, militaires, la police et les douanes) ;
- Le secteur privé (Société Nationale des Industries Minières, SNIM) ;
- La Fédération Mauritanienne des Transporteurs ;
- Les tradipraticiens ;
- Les ONG nationales et internationales spécialisées dans le domaine de lutte contre le SIDA.

**Tableau 2 : Mobilisation des financements pour la lutte contre le VIH/SIDA de 1999 à 2002.**

	Année							
	1999		2000		2001		2002	
Bailleurs de fonds	Prévision	Exécution	Prévision	Exécution	Prévision	Exécution	Prévision	Exécution*
ÉTAT	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	6 950 000	87 400 000	48 036 600
IDA	7 394 000		50 509 000	10 101 800	50 000 000	30 000 000	32 420 000	13 700 000
BAD	0		18 420 000	5 749 000	12 671 000	5 491 400	7 179 600	2 200 000
OMS		0	4 000 000	1 500 000	3 519 000	1 876 750	4 242 000	2 250 000
ONUSIDA	16 161 760	5 894 000	10 723 600	5 893 980	4 829 620	333 900	4 495 720	
UNICEF	10 047 000		3 500 000		21 000 000	11 000 000	9 400 000	3500000
Totaux	40 602 760	12 894 000	94 152 600	30 244 780	99 019 620	55 652 050	145 137 320	69 686 600
<b>Taux exécution</b>		<b>31,8%</b>		<b>32,1%</b>		<b>56,2%</b>		<b>48,0%</b>
<i>Source: OMS/PNLS/ONUSIDA</i>								
<i>Les données sur l'exécution en 2002 ne concernent que le premier semestre de l'année.</i>								

La capacité d'exécution du programme national de lutte contre le SIDA a connu une nette amélioration au cours des deux dernières années. Ainsi, le taux d'exécution annuel est passé respectivement de 31,8% en 1999 à 32,1% en 2000 pour atteindre 56,2% en 2001. Les données du premier semestre de l'année 2002 (48%) montrent que le taux pourrait approcher plus de 80% d'ici la fin de l'année.

Le niveau des allocations budgétaires a considérablement augmenté et particulièrement en ce qui concerne les efforts du gouvernement où le budget du programme est passé de 7 Millions d'UM en 2001 à 87,4 Millions d'UM en 2002, soit 1 248% d'augmentation. Il est à

noter que le financement sur budget État représente plus de 70% de l'ensemble des financements du programme au titre de l'année 2002.

Le Groupe Thématique du système des Nations Unies a joué un rôle important dans le plaidoyer pour la mobilisation de l'engagement politique au plus haut niveau dans la lutte, ces trois dernières années (ADF, Abuja, UNGASS, Débat radio télévisé au Sénat, journées mondiales SIDA, ...).

#### **5. Opportunités dans l'organisation de la lutte**

- Engagement du gouvernement pour une réponse multisectorielle et décentralisée
- UNGASS
- Fonds mondiaux (Global Fund, AIDS Development Fund, etc.)
- Un mouvement associatif de développement de base largement répandu à l'échelle nationale (plus de 3 000 associations et 1 500 ONG).

#### **6. Besoins essentiels pour le renforcement de l'organisation de la lutte**

- Restructuration des organes du PNL
- Redéfinition des mandats et des responsabilités
- Renforcement de la structure de coordination nationale
- Implication de tous les secteurs dans le processus de planification opérationnelle
- Plus de concertation avec les partenaires locaux et avec les partenaires au développement.
- Décentralisation des organes et des structures de lutte
- Définition des procédures d'allocation et de gestion des ressources
- Renforcement des capacités des différents intervenants à tous les niveaux
- Suivi et évaluation des actions mise en œuvre
- Droit des PVVIH (travail, soins santé, etc.)

#### **7. Groupes de population et institutions concernés**

##### **Organes du PNL :**

- Cellule Nationale de Coordination du Programme
- PNL
- Points Focaux des ministères

##### **Santé :** Ministère et DRPSS

- **Autres secteurs :** MCOI, MEN, MDN, MFPJS, SECF, MDRE, MIM, MPEM, MET, MCRP, MF, MAED, CDHLPI

##### **Société civile**

- OSP
- Réseaux de parlementaires, d'ONG
- CGEM
- Centrales syndicales
- Associations (Maires, Femmes, Religieux, Migrants)

**TROISIÈME PARTIE**

**ORIENTATIONS STRATÉGIQUES  
DE LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA**

## **POLITIQUE NATIONALE ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA (Fondements de la politique nationale)**

La constitution de juillet 1991 garantit le droit à la santé à tout Mauritanien. Ceci est rendu également effectif par l'adhésion du pays à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Le pays a connu sur le plan politique l'avènement de la démocratie avec multipartisme politique, la liberté de presse et le développement du mouvement associatif. A cela s'ajoute le rôle des collectivités en tant qu'acteurs de développement local et les mesures de décentralisation des politiques avec la régionalisation en cours du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

La Mauritanie a, également, adhéré à la déclaration de l'Alma Ata relative aux soins de santé primaires dont les grands principes visent l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Le pays a souscrit également aux engagements mondiaux et Africains ( OMS, OUA) en faveur de la santé des populations. Cela s'est traduit au niveau national par l'élaboration et l'adoption d'une déclaration nationale de politique de population en 1995.

Le Plan Directeur de Santé (1998-2002) et le Cadre des Dépenses à Moyen terme du secteur de la santé affichent expressément la volonté du Gouvernement de lutter contre les IST/VIH/SIDA dans le cadre d'une approche sectorielle décentralisée. Ceci traduit les priorités définies en matière de lutte contre le SIDA (maintenir la séroprévalence à moins de 1% d'ici 2005) dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté. Les services déconcentrés des départements de la santé, de l'éducation, du développement rural et de l'hydraulique ainsi que les antennes régionales du Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine, constituent un pôle d'excellence organisé dans le cadre des Comités Régionaux de développement socio-sanitaire. A cet effet, l'action multisectorielle de lutte contre le SIDA devra s'y appuyer.

Le Cadre National Stratégique de lutte contre le SIDA prend en compte les engagements de la déclaration de l'Assemblée Générale Extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) qui s'est tenue les 25 et 27 juin 2001.

### **Orientations**

Le Gouvernement Mauritanien s'engage à :

- Lutter contre les IST/VIH/SIDA dans le cadre d'une approche multisectorielle à laquelle seront pleinement associés les pouvoirs publics, les leaders d'opinion, les organisations non gouvernementales, les organisations à base communautaire et les personnes vivant avec le VIH ;
- Promouvoir l'adhésion des décideurs et des leaders aux stratégies nationales de lutte contre le SIDA ;
- Protéger et promouvoir un environnement juridique et social adéquat garantissant les droits des personnes notamment ceux vivant avec le VIH/SIDA ;
- Protéger les personnes vivant avec le VIH/SIDA contre toute discrimination et exclusion en milieu de travail ;
- Faire en sorte que les enfants et les adolescents aient un accès à une formation, une éducation et des services adaptés en matière de santé, y compris des informations sur la prévention du VIH/SIDA.

### **Vision de la lutte contre le VIH/SIDA pour les 5 prochaines années.**

La lutte contre le SIDA est de nos jours une question au centre du débat sur le développement à cause des conséquences de la pandémie sur le capital humain des nations. A cet effet, la lutte contre le SIDA ne doit plus être une action exclusivement sectorielle et limitée à la santé, mais nécessite une intervention et un engagement multisectoriels concertés et efficaces.

**AXES STRATÉGIQUES ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE LUTTE CONTRE LES  
IST/VIH/SIDA**

**Axe stratégique 1 : Réduction des risques de transmission des IST/VIH**

- Objectif 1.1 Renforcer la sécurité transfusionnelle
- Objectif 1.2 Renforcer la lutte contre les IST
- Objectif 1.3 Promouvoir le conseil dépistage volontaire du VIH
- Objectif 1.4 Assurer la sécurité et la protection contre le VIH en milieu travail (AES)
- Objectif 1.5 Promouvoir les comportements sexuels à faible risque de transmission du VIH
- Objectif 1.6 Réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Objectif 1.7 Promouvoir l'utilisation des préservatifs

**Axe stratégique 2 : Réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA**

- Objectif 2.1 Renforcer les valeurs socio-culturelles nationales et la dimension économique de la lutte contre le VIH/SIDA

**Axe stratégique 3 : Meilleures connaissances de l'épidémie à IST/VIH/SIDA, et des comportements**

- Objectif 3.1 Renforcer la surveillance épidémiologique, la surveillance comportementale et la recherche sur les IST/VIH/SIDA

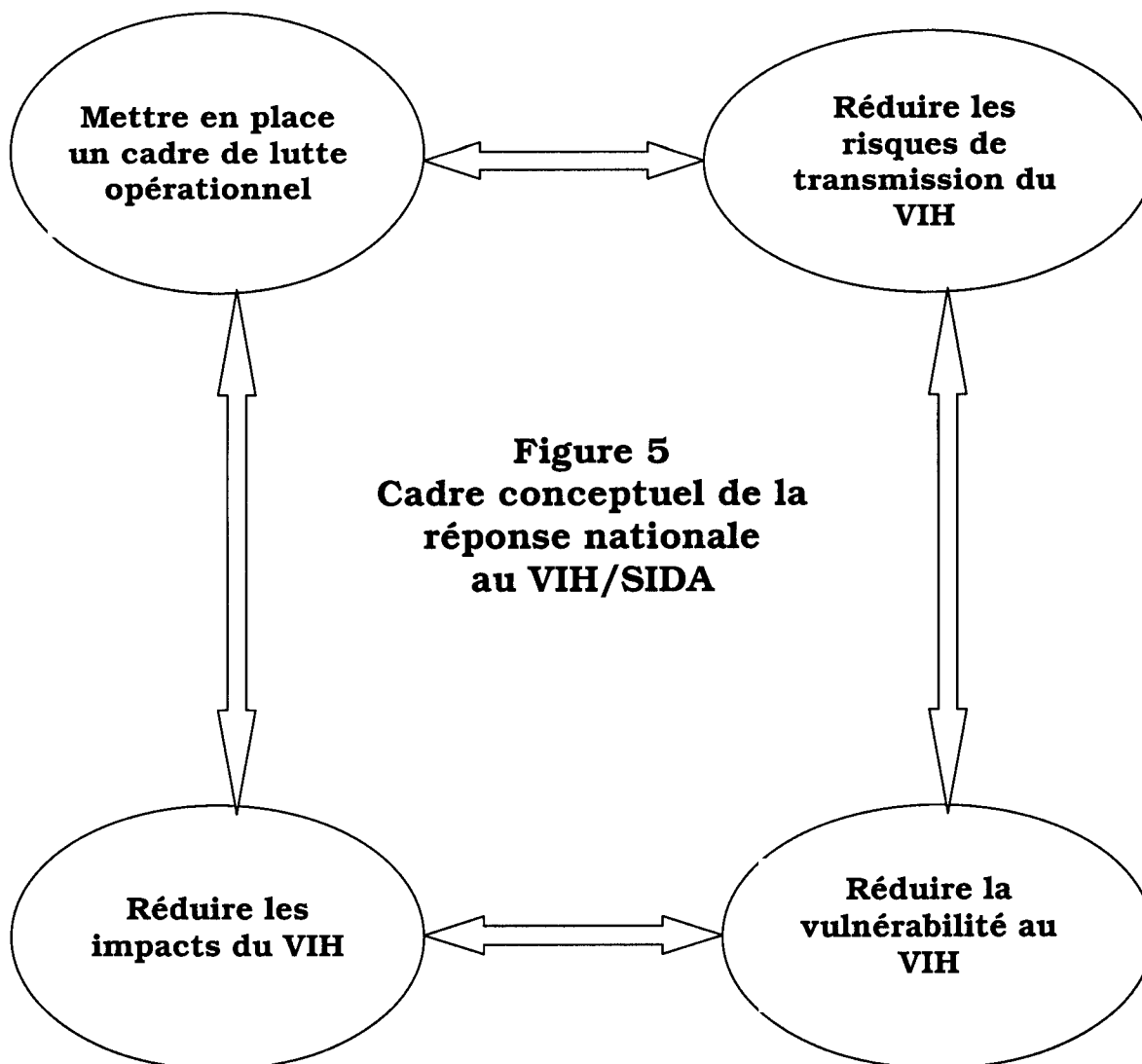
**Axe stratégique 4 : Accès des PVVIH aux soins conseils médicaux, communautaires, traditionnels et au soutien socio-économique**

- Objectif 4.1 Renforcer la prise en charge psychosociale et médicale des PVVIH
- Objectif 4.2 Renforcer la prise en charge communautaire des PVVIH, des orphelins, des veuves et des familles affectées par le VIH/SIDA
- Objectif 4.3 Apporter un soutien socio-économique aux PVVIH, aux orphelins, aux veuves et aux familles affectées par le VIH/SIDA

**Axe stratégique 5 : Gestion stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA**

- Objectif 5.1 Renforcer la coordination et la capacité nationale de lutte contre le VIH/SIDA



**Le cadre conceptuel de la réponse nationale au VIH/SIDA**

La réponse nationale au VIH/SIDA est tributaire d'une action globale, concertée et coordonnée pour influencer le cours de l'épidémie à VIH/SIDA selon quatre composantes indissociables de l'organisation de la lutte:

1. La réduction des risques de transmission du VIH par la prévention
2. La réduction de la vulnérabilité au VIH/SIDA par le soutien socio économique aux PVVIH et aux groupes les plus vulnérables (réduction de la pauvreté et des inégalités)
3. La réduction des impacts du VIH/SIDA par les soins conseil médicaux et communautaires aux PVVIH.
4. La mise en place d'un cadre organisationnel adéquat de lutte à tous les niveaux selon les besoins (politique, stratégies, structures, ressources) et d'un système de surveillance épidémiologique et comportemental.

<b>Axe stratégique 1: Réduction des risques de transmission du VIH</b>
--

**Objectif stratégique 1 Réduire les risques de transmission du VIH et des IST**

Impacts attendus	Indicateurs	
	Niveaux en 2002	Niveaux en 2007
Propagation du VIH arrêtée chez les moins de 25 ans	Prévalence de 0,57%	Prévalence inférieure à 1%
Baisse de la prévalence des IST chez les femmes enceintes		50%

**Objectif 1.1 Renforcer la sécurité transfusionnelle**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats attendus	Indicateurs	
		Niveau 2002	Niveau 2007
<b>Au niveau central</b>			
Promotion du don bénévole et de l'usage judicieux du sang	• Au moins une association de donneurs de sang est opérationnelle	Aucune	≥ 1
	• Prescripteurs de transfusion impliqués		Tous
	• Donneurs bénévoles recrutés et fidélisés	Aucun	500
	• Baisse de la demande non justifiée de sang	Non	75%
Dépistage de qualité (VIH, Hépatites et Syphilis)	• Besoins de sang couverts	Non couverts	75%
	• Stratégie de dépistage élaborée et appliquée	Non	Partout
	• Système d'assurance de qualité mis en place	Non	Partout
	• Approvisionnement en réactifs et consommables régulier	Non	
	• Toutes les poches de sang dépistées	Non	100%
Renforcement de la capacité fonctionnelle des structures	• Toutes les transfusions sécurisées	Non	100%
	• CNTS (Équipement, personnel, logistique) performant	Non	100%
	• Hôpital militaire, cliniques privées impliquées	Non	75%
	• Capacité de référence améliorée	Non	75%
Conseil et soutien aux donneurs séropositifs	• Disponibilité de sang sécurisé garantie	Non	100%
	• Conseil intégré au processus de don de sang	Non	75%
	• Donneurs de sang séropositifs suivis et soutenus	Non	75%
<b>Au niveau régional</b>			
Promotion du don bénévole et de l'usage judicieux du sang	• Au moins une association de don de sang est opérationnelle par localité	Aucune	100%
	• Prescripteurs de transfusion impliqués	Non	Wilayas
	• Donneurs bénévoles recrutés et fidélisés	Aucun	Tous
	• Baisse de la demande non justifiée de sang		50/région
	• Besoins de sang couverts	Non	75%

Dépistage de qualité (VIH, Hépatites et Syphilis)	• Stratégie de dépistage appliquée	Non	100%
	• Système d'assurance de qualité mis en place	Non	75%
	• Toutes les poches de sang dépistées	Non	100%
	• Toutes les transfusions sécurisées	Non	75%
Renforcement de la capacité fonctionnelle des structures	• Service de transfusion (Équipement, personnel, logistique) performant		75%
	• Disponibilité de sang sécurisé garantie		75%

**Principaux intervenants**

- Formations sanitaires publiques, parapubliques et privées pratiquant la transfusion
- CAMEC
- CNTS
- Banques régionales de sang

**Principaux intervenants**

- CNTS
- Banques de sang
- Formations sanitaires publiques et privées

**Objectif 1.2 Renforcer la lutte contre les IST**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats attendus	Indicateurs	
		Niveau 2002	Niveau 2007
<b>Au niveau national</b>			
Renforcement des capacités de diagnostic, de prise en charge et de surveillance des IST	• Les algorithmes sont adaptés et appliqués		90%
	• La liste des médicaments révisée et médicaments disponibles		90%
	• Les formations sanitaires publiques, privées assurent la PEC des IST selon les algorithmes nationaux		90%
	• Système de référence fonctionnel		75%
	• Centre de référence IST performant		100%
	• Les IST intégrées dans le programme SR		100%
	• Le dépistage de la syphilis chez les femmes en ceintes systématique		75%
<b>Niveau régional</b>			
Renforcement des capacités de diagnostic, de prise en charge et de Surveillance des IST	• Les formations sanitaires publiques, privées assurent la PEC des IST selon l'algorithmes nationaux		90%
	• Le dépistage de la syphilis chez les femmes en ceintes systématique		90%
	• les IST intégrées dans le programme SR		100%
	• les algorithmes sont appliqués		90%
	• Les médicaments disponibles		90%
<b>Principaux intervenants</b>			
• Formations sanitaires publiques, parapubliques et privées		• Laboratoires d'analyses biologiques	
		• CAMEC	

**Objectif 1.3 Promouvoir le conseil dépistage volontaire du VIH**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats attendus	Indicateurs	
		Niveau 2002	Niveau 2007
<b>Au niveau national</b>			
1. Structures d'accueil	• Cinq structures de dépistage volontaire et gratuit fonctionnelles dans la wilaya de NKTT	1	5
2. Promotion du CDV	• Activités promotionnelles sont organisées	Non	Oui 50%
3. Dépistage	• Nombre de dépistages augmente	Non	Oui
4. Conseil et Soutien	• Clients séropositifs conseillés, soutenus, référés • Comportement favorable à la prévention acquis chez les personnes qui se font dépister	Non	Oui
<b>Au niveau régional</b>			
1. Structures d'accueil	• Au moins une structure de dépistage volontaire et gratuit est fonctionnelle par région		≥ 1
2. Promotion du CDV	• Activités promotionnelles sont organisées		Oui 50%
3. Dépistage	• Clients séropositifs conseillés soutenus référés aux ONG de prise en charge communautaire		
4. Conseil et Soutien	• Comportement favorable à la prévention acquis chez les personnes qui se font dépister		Oui
<b>Principaux intervenants</b>			
• CNH		• Formations sanitaires	
• ONG et OBC			

**Objectif 1.4 Assurer la sécurité et la protection contre le VIH en milieu travail  
(Accidents d'exposition au sang et déchets sanitaires)**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats attendus	Indicateurs	
		Niveau 2002	Niveau 2007
<b>Au niveau national</b>			
1. Élaboration et application des directives de protection sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les milieux médicaux, les secouristes et les sapeurs pompiers intègrent un programme de protection contre le VIH dans leurs activités</li> </ul>		100%
2. Approvisionnement en matériels de protection et de désinfection	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matériel de protection et désinfection disponible dans les services concernés</li> <li>Une stratégie post exposition est élaborée et mise en oeuvre</li> </ul>		75%
3. Définition d'une stratégie post exposition au risque de contamination	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les services concernés sont approvisionnés continuellement en matériel de protection et de désinfection</li> <li>Les personnes exposées au risque de contamination bénéficient d'une prise en charge</li> </ul>		50%
4. Traitement des déchets sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incinérateurs installés et fonctionnels dans les structures sanitaires.</li> </ul>		75%
<b>Au niveau régional</b>			
Idem	Idem		
<b>Principaux intervenants</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formations sanitaires publiques, parapubliques et privées</li> <li>CAMEC</li> <li>CNTS</li> <li>CNH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sapeurs pompiers</li> <li>Secouristes</li> <li>Travailleurs exposés aux liquides biologiques</li> </ul>		

**Objectif 1.5 Promouvoir les comportements sexuels à faible risque de transmission du VIH**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats attendus	Indicateurs	
		Niveau 2002	Niveau 2007
<b>Au niveau national</b>			
1. Plaidoyer et mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les leaders sont sensibilisés et apportent leur appui à la lutte contre le VIH/SIDA</li> </ul>		60%
2. Éducation institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>VIH/SIDA enseigné dans les écoles secondaires, techniques, professionnelles et dans les centres d'alphabétisation</li> </ul>	Non	50%
3. Communication interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes d'intervention mis en oeuvre en faveur des 6 groupes prioritaires</li> </ul>		75%
4. Médias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmes d'intervention mis en oeuvre en faveur des travailleurs des différents secteurs</li> </ul>	Non	50%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les médias publics et privés impliqués dans la lutte</li> </ul>	Non	50%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les moins de 25 ans connaissent les voies de transmission et les moyens de prévention contre le VIH SIDA et acceptent les PVVIH</li> </ul>	50%	75%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les hommes adultes déclarent utiliser le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels</li> </ul>	6%	25%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de jeunes abstinents augmentés de 50%</li> </ul>		50%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de fidélités déclarées dans les couples mariés augmenté de 50%</li> </ul>		

**Au niveau régional**

Idem

Idem

**Principaux intervenants**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ministères</li> <li>ONG/OBC</li> <li>Mosquées</li> <li>Mahadras</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Écoles</li> <li>Centres de formation</li> <li>Entreprises</li> </ul> |
|---|---|

**Objectif 1.6 Réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats attendus	Indicateurs	
		Niveau 2002	Niveau 2007
<b>Au niveau national</b>			
1. Promotion ( familles, population et hommes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet pilote est opérationnel à NKTT</li> <li>Stratégie nationale de PTME élaborée et mise en oeuvre</li> </ul>	Aucun	1 Oui
2. Conseil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes enceintes acceptent d'entrer dans la stratégie PTME</li> </ul>		>60%
3. Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes enceintes séropositives recrutées bénéficient de la PTME</li> </ul>		90%
4. Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes enceintes séropositives ont accès à une prise en charge globale, y compris les ARV</li> </ul>		90%
5. Allaitement et suivi des enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les nouveaux-nés des mères séropositives bénéficient d'un suivi en matière d'allaitement et de santé</li> </ul>		60%
6. Soutien psychosocial			
7. Prise en charge des PVVIH			
<b>Au niveau régional</b>			
1. Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projets régionaux opérationnels</li> </ul>		4 Oui
2. Conseil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégie nationale de PTME mise en oeuvre</li> </ul>		>60%
3. Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes enceintes acceptent d'entrer dans la stratégie PTME</li> </ul>		90%
4. Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes enceintes séropositives bénéficient de la PTME</li> </ul>		90%
5. Allaitement et suivi des enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les femmes séropositives ont accès a un service complet de prise en charge y compris les ARV</li> </ul>		90%
6. Soutien psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les nouveaux-nés des mères PVVIH bénéficient d'un suivi en matière d'allaitement et de santé</li> </ul>		60%
7. Prise en charge des PVVIH			
<b>Principaux intervenants</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formations sanitaires publiques, parapubliques et privées</li> <li>CAMEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ONG/OBC</li> </ul>		



**Objectif 1.7 Promouvoir l'utilisation des préservatifs**

<b>Domaines d'actions prioritaires</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveau 2002</b>	<b>Niveau 2007</b>
<b>Au niveau national</b>			
1. Approvisionnement	• Les préservatifs de bonne qualité sont disponibles dans tout le pays et gratuits		50%
2. Distribution (DBC, Privé et Services publics)	• CAMEC et autres structures d'approvisionnement fonctionnelles		50%
3. Assurance de qualité	• Laboratoire de contrôle de qualité fonctionnel		100%
	• Promotion des préservatifs intégrée aux différentes activités de prévention		100%
	•		
<b>Au niveau régional</b>			
Idem	Idem		
<b>Principaux intervenants</b>			
• Ministères		• Écoles	
• ONG/OBC		• Centres de formation	
• CAMEC		• Entreprises	
• Labo de Contrôle de qualité			

**Axe stratégique II : Réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA**
**Objectif stratégique II**
**Renforcer les valeurs socio-culturelles nationales et la dimension économique de la lutte contre le VIH/SIDA**

<b>Impacts attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
	<b>Niveaux en 2002</b>	<b>Niveaux en 2007</b>
Vulnérabilité des groupes prioritaires réduite (jeunes et femmes de moins de 25 ans)	Élevée	Réduite

<b>Domaines d'actions prioritaires</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveau 2002</b>	<b>Niveau 2007</b>
<b>Au niveau national</b>			
1. Valeurs normes sociales et religion	• CSLP intègre la dimension VIH/SIDA		100%
	• Les acteurs concernés sont largement impliqués (SECF, MCOI, MJ...)		60%
2. Migration et SIDA	• Programme de développement en faveur des migrants et des populations vivant à l'étranger mis en oeuvre	Non	Oui
3. Pauvreté et SIDA	• Environnement favorable à la lutte contre le SIDA développé		Oui
4. Politique et stratégies multisectorielles et VIH/SIDA	• Instruction et éducation religieuses intègrent le VIH/SIDA		50%
	• Structures et acteurs du milieu de la migration sensibilisés et impliqués	Non	50%
	• Programmes spécifiques développés en faveur des jeunes et des femmes (emploi, formation et cadre de vie)	Non	Oui
	• Tous les secteurs disposent d'un plan sectoriel intégrant le VIH/SIDA	Aucun	75%

**Au niveau régional**

Idem                      Idem

**Principaux intervenants**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les ministères</li> <li>• Associations des Oulémas et des Imams</li> <li>• Associations de migrants, Initiative des Pays riverains du Sahara</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Écoles et centres de formation</li> <li>• Familles, société civile</li> <li>• Consulats</li> </ul> |
|---|---|

**Axe stratégique III : Meilleure Connaissance de l'épidémie à VIH/SIDA des IST et des comportements**
**Objectif stratégique III**

Renforcer la surveillance épidémiologique, la surveillance comportementale et la recherche sur les IST/VIH/SIDA

<b>Impacts attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
	<b>Niveaux en 2002</b>	<b>Niveaux en 2007</b>
Ampleur de l'épidémie à VIH mieux documentée	Manque de données	Données disponibles et fiables

<b>Domaines d'actions prioritaires</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveau 2002</b>	<b>Niveau 2007</b>
<b>Au niveau national et au niveau régional</b>			
Surveillance épidémiologique	• Un programme de surveillance épidémiologique élaboré, intégré et mis en oeuvre		100%
	• Surveillance épidémiologique intégrée aux activités des formations sanitaires		100%
	• Sites de surveillance sentinelle opérationnels et supervisés		50%
	• Un centre de référence opérationnel.		1
	• Cas d'IST et de SIDA notifiés par les formations sanitaires		50%
Surveillance comportementale	• Institutions nationales de recherche en sciences sociales et humaines impliquées		50%
	• Les IST/VIH/SIDA intégrés dans les enquêtes EDS et dans diverses enquêtes de population		100%
	• Données de surveillance comportementale sont prises en compte pour améliorer la qualité et la pertinence des interventions		Oui
Recherche opérationnelle	• Structures de recherche et institutions de formation impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA		Oui
	• Données de recherche publiées et largement diffusées		Oui
	• Données de recherche utilisées dans les programmes de lutte		Oui
Information et la documentation sur les IST/VIH/SIDA	• Système national d'information et de documentation mis en place et opérationnel		Oui
	• Bulletin périodique d'information disponible et régulier		Oui
	• Documentation largement diffusée auprès des acteurs de la lutte		Oui

**Principaux intervenants**

- Ministères et Institutions de recherches régionales et internationales
- Université
- Formations sanitaires publiques et privées
- Centres de référence
- Centres de documentation

**Axe stratégique IV : Accès des PVVIH aux soins et conseils médicaux, communautaires, traditionnels et au soutien socio-économique**

**Objectif stratégique 4.1****Renforcer la prise en charge psychosociale et médicale des PVVIH**

<b>Impacts attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
	<b>Niveaux en 2002</b>	<b>Niveaux en 2007</b>
État de santé des PVVIH amélioré	Médiocre	Acceptable
Espérance de vie augmentée/temps de survie augmenté	Décroissant	Croissante
Qualité de vie des PVVIH, des orphelins et des veuves améliorée	Malheureuse	Acceptable

<b>Domaines d'actions prioritaires</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveau 2002</b>	<b>Niveau 2007</b>
<b>Au niveau national</b>			
1. Soins conseil hospitaliers et ambulatoires	• Structures de référence sont identifiées et responsabilisées : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins médicaux et paramédicaux</li> <li>• Suivi biologique</li> </ul>	3	5
2. Examens de laboratoires	• Approvisionnement en médicaments		
3. Médicaments contre les IO et les ARV	• Les personnels des structures identifiées sont formés à la prise en charge des PVVIH		50%
4. Réseau de soins	• Soins conseil aux PVVIH intégrés aux activités des formations sanitaires		75%
	• Diagnostic et suivi biologique des PVVIH assurés		50%
	• Médicaments contre les IST et infections opportunistes sont disponibles		50%
	• Les ARV disponibles et accessibles		25%
	• Bonne collaboration entre les agents de santé les groupes communautaires et les tradipraticiens		
<b>Au niveau régional</b>			
Idem	• Soins conseil aux PVVIH intégrés aux activités des formations sanitaires		12
	• Diagnostic et suivi biologique des PVVIH assurés		50%
	• Médicaments contre les IST et infections opportunistes sont disponibles		50%
	• Les ARV disponibles et accessibles		25%
	• Bonne collaboration entre les agents de santé les groupes communautaires et les tradipraticiens		

**Principaux intervenants**

- Structures sanitaires publiques et privées
- Laboratoires biologiques
- Services pharmaceutiques
- Ambassades, ONGPVVIH et OBC

**Objectif stratégique 4.2****Renforcer la prise en charge communautaire des PVVIH, des orphelins, des veuves et des familles affectées par le VIH/SIDA**

<b>Impacts attendus</b>		<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveaux en 2002</b>	<b>Niveaux en 2007</b>
État de santé des PVVIH amélioré		Cf.	supra
Espérance de vie augmentée/temps de survie augmenté		Cf.	supra
<b>Domaines d'actions prioritaires</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveau 2002</b>	<b>Niveau 2007</b>
<b>Au niveau national</b>			
1. Soins conseil communautaire	• Les groupes communautaires sont identifiés et reçoivent une formation en counselling (5 ONG/OBC au moins à Nouakchott et 1 par région, 5 associations de tradipraticiens de Nouakchott et une association par région sont impliquées)		50%
2. Groupes de parole et de conseil			50%
3. Formation	• Au moins une association de PVVIH à NKTT est impliquée		
4. Médicaments contre les infections opportunistes	• Stratégie et directives de prise en charge communautaire élaborées et diffusées		100%
	• La prise en charge communautaire des PVVIH est intégrée aux activités des ONG et OBC et tradipraticiens et ONG PVVIH		50%
5. Réseau de soins conseil	• Médicaments contre les IST et infections opportunistes accessibles		90%
	• Bonne collaboration entre les agents de santé les groupes communautaires et les tradipraticiens		Oui
<b>Au niveau régional</b>			
Idem	• Les groupes communautaires sont identifiés et formés (1 ONG/OBC au moins par région, et une association de tradipraticiens par région sont impliquées)		50%
	• Au moins une association de PVVIH par région est impliquée		50%
	• La prise en charge communautaire des PVVIH est intégrée aux activités des ONG et OBC et tradipraticiens et ONG PVVIH		50%
	• Médicaments contre les IST et infections opportunistes accessibles		90%
	• Bonne collaboration entre les agents de santé les groupes communautaires et les tradipraticiens		
<b>Principaux intervenants</b>			
• ONG/OBC et ONG PVVIH		• Familles, CNSS	
• Tradipraticiens		• Structures sanitaires publiques, parapubliques et privées	
• PVVIH			

**Objectif stratégique 4.3**

**Apporter un soutien socio-économique aux PVVIH, aux orphelins, aux veuves et aux familles affectées par le VIH/SIDA**

<b>Impacts attendus</b>		<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveaux en 2002</b> Cf.	<b>Niveaux en 2007</b> supra
Qualité de vie des PVVIH améliorée			
<b>Domaines d'actions prioritaires</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateurs</b>	
		<b>Niveau 2002</b>	<b>Niveau 2007</b>
<b>Au niveau national</b>			
1. Protection et respect des droits humains	• Les structures et organismes s'occupant des droits humains sont sensibilisés, formés et impliqués		90%
2. Soutien social	• Les structures sociales et les ONG sont sensibilisées, formées et impliquées		50%
3. Soutien économique	• Les programmes et projets de développement prennent en compte les besoins d'assistance matérielle aux PVVIH (formation, emploi)		50%
4. Auto promotion des PVVIH	• Activités génératrices de revenus développées		50%
	• Les PVVIH sont organisées en réseaux		50%
	• Les textes prennent en compte la dimension VIH		50%
	• Les PVVIH, veuves orphelins reçoivent un soutien social		25%
<b>Au niveau régional</b>			
Idem	• Idem		
<b>Principaux intervenants</b>			
• Services sociaux et CNSS		• Familles, organismes de bienfaisances	
• ONG/OBC		• PVVIH, AWGHAF	

<b>Axe stratégique V : Gestion stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA</b>
--

**Objectif stratégique V****Renforcer la coordination et la capacité nationale de lutte contre le VIH/SIDA**

Impacts attendus	Indicateurs	
	Niveaux en 2002	Niveaux en 2007
Buts du cadre stratégique national atteints	VIH+ 0,57%	VIH+ <1%

Domaines d'actions prioritaires	Résultats attendus	Indicateurs	
		Niveau 2002	Niveau 2007
<b>Au niveau national et au niveau régional</b>			
Leadership	• Hautes autorités nationales sensibilisées et impliquées		100%
	• Engagements des internationaux concrétisés		75%
Coordination	• Structure de coordination mise en place et opérationnelle		100%
	• Les interventions sont bien coordonnées		50%
Politiques et stratégies	• Les politiques et les stratégies dans les domaines clés de la lutte sont élaborées et mises en oeuvre		75%
	• Ministères clés ; ONG et secteur privé sensibilisés et impliqués		75%
Multisectorialité	• Les secteurs ont des plans élaborés, financés et mis en oeuvre		60%
	• Les services régionaux, des collectivités locales et la société civile sont sensibilisés et impliqués		75%
Décentralisation	• Les régions ont des plans élaborés, financés et mis en oeuvre		50%
	• Les intervenants à tous les niveaux s'approprient les outils et la méthodologie de planification sectorielle et décentralisée		50%
Planification	• Les plans opérationnels répondent aux critères de qualité		100%
	• Un cadre national de suivi et d'évaluation est opérationnel		75%
Évaluation	• Tous les plans opérationnels ont un volet suivi et évaluation.		75%
	• Rapports d'évaluation à mi-parcours et finale sont produits		100%

Mobilisation des ressources et gestion	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les différentes sources de financement au niveau national sont mises à contribution ( Budget de fonctionnement, BCI, Collectivités, Privé.....)</li></ul>	75%
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les plans sont financés</li></ul>	50%
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une partie des financements est assurée sur fonds nationaux</li></ul>	80%
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un mécanisme d'allocation de ressources et de suivi de gestion opérationnel</li></ul>	75%
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tous les intervenants sont équipés et leur fonctionnement soutenu pour la lutte</li></ul>	50%
Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tous les acteurs clés sont formés à la gestion du programme de lutte contre le VIH/SIDA</li><li>• Des facilitateurs nationaux apportent leur appui à la mise en oeuvre des plans opérationnels</li></ul>	75%
Partenariat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mécanisme de concertation est mis en place et opérationnel aux niveaux national et régional</li><li>• La Mauritanie participe pleinement aux instances internationales sur le VIH/SIDA.</li><li>• Les partenaires au développement apportent un soutien aux différents intervenants.</li></ul>	50%
		75%

### **Principaux intervenants**

- Leaders
- Comité National
- Coordination du PNLIS
- Comités sectoriels
- Réseaux d'ONG
- Comités régionaux
- Centres de référence
- Partenaires au développement



## **CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION**

### **1. Suivi de la mise en œuvre**

Le suivi et la mise en œuvre s'effectueront selon les méthodes classiques de monitoring. Chaque unité d'exécution devra produire un rapport trimestriel d'activités. Les structures de coordination nationale, régionales et de Moughataa élaboreront des rapports semestriels de suivi des activités.

Ces différents rapports seront complétés par un rapport annuel que tous les services devront rédiger au plus tard dans le mois qui suit la période écoulée.

Les informations sur la situation des IST/VIH/SIDA et sur les activités mises en œuvre feront l'objet de rapports périodiques sous forme de bulletin d'information à diffuser auprès des acteurs de la lutte et des partenaires au développement.

Annuellement il sera procédé à une revue interne suivi de la reprogrammation des interventions. Le rapport de cette revue interne devra être diffusé et examiné par le CNLS.

Divers mécanismes de suivi seront mis en œuvre selon le cas :

- Supervision par les autorités hiérarchiques
- Suivi interne
- Suivi exercé par la tutelle
- Suivi par Secrétariat Exécutif National

Un cadre de suivi et évaluation sera produit et diffusé auprès de tous les intervenants et des partenaires pour application.

L'évaluation externe est prévue, trois mois avant la fin de la troisième année. Une seconde évaluation est prévue à la fin de la cinquième année.

### **2. Suivi de l'épidémie**

L'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA et l'impact des actions de lutte peuvent être appréciés par un suivi épidémiologique bien organisé. Aussi, dans le cadre de la mise en œuvre des actions de lutte contre les IST/VIH/SIDA, les activités du suivi épidémiologique seront développées à travers des enquêtes ponctuelles et des études spécifiques ainsi que la notification des cas de VIH/SIDA et des IST.

### **3. Indicateurs d'évaluation**

Six indicateurs de l'organisation de la lutte, cinq indicateurs de prévention et cinq indicateurs de soins et de soutien aux PVVIH, aux veuves, aux orphelins ont été retenus pour mesurer les résultats et les impacts des activités mises en œuvre.

#### **Indicateurs d'organisation de la lutte contre le VIH/SIDA**

1. Nombre de structures qui s'impliquent dans la mise en œuvre des plans d'action contre les IST/VIH/SIDA
2. Nombre de structures de coordination opérationnelles aux différents niveaux
3. Nombre d'agents formés et impliqués effectivement dans les programmes de lutte
4. Nombre de recherches réalisées dont les résultats sont connus et diffusés dans le cadre de la Réponse Nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA
5. Nombre de structures de surveillance épidémiologique opérationnelles
6. Dépenses du budget national allouées à la lutte contre le VIH/SIDA

#### **Indicateurs de prévention des IST/VIH/SIDA**

1. Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA
2. Utilisation déclarée du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel
3. Proportion de poches de sang testées au VIH, aux hépatites et à la syphilis
4. Dépistage et traitement appropriés des cas d'IST par l'approche syndromique (IP6)
5. Prévalence de la syphilis et du VIH chez les femmes enceintes de 15-24 ans

**Indicateurs de soins et soutien aux PVVIH**

- 1 Proportion de PVVIH prises en charge selon les normes nationales par les services de santé
- 2 Proportion de PVVIH participant aux activités des projets et programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA
- 3 Existence d'un cadre juridique national adapté au VIH/SIDA et appliqué
- 4 Proportion de PVVIH, de veuves et d'orphelins ayant bénéficié d'une aide sociale, matérielle et financière
- 5 Attitudes non-discriminatoires à l'égard des PVVIH

Au sein du CNLS, un Secrétariat Exécutif National sera désigné et rendu responsable du suivi de la mise en œuvre du Cadre National de Lutte contre le SIDA, avec l'appui des partenaires au développement. À cet effet, il rend compte au CNLS, par la productions des rapports périodiques de suivi, de même que les évaluations de la réalisation des plans d'action des différents secteurs.

**QUATRIÈME PARTIE**

**CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA MISE EN  
ŒUVRE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES NATIONALES EN  
MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA**

## **LA REPONSE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA**

### **1. ORGANES ET STRUCTURES**

Les organes et les structures de lutte contre les IST/VIH/SIDA aux différents niveaux et selon les fonctions sont présentés dans les Annexes.

Les institutions publiques, privées et communautaires, les ONG et les organisations à base communautaire à tous les niveaux seront impliqués dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des plans d'action découlant du **Cadre Stratégique National** de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

#### **Organes de décision de la Réponse Nationale**

##### **Au niveau national**

L'adoption de la politique et des orientations stratégiques de lutte contre les IST/VIH/SIDA relève du **Conseil National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CNLS)**, présidé par le Premier Ministre.

Le rôle de cet organe est de :

1. Approuver les politiques et stratégies nationales de lutte contre les IST/VIH/SIDA
2. Faire le plaidoyer pour une mobilisation nationale contre le VIH/SIDA
3. Veiller à la multisectorialité de la lutte
4. Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources, de toute nature, nécessaires à la lutte et son allocation
5. Évaluer les impacts de la lutte contre les IST/VIH/SIDA
6. Décider de la continuité ou de l'arrêt d'un programme au vu des rapports d'évaluation.

La composition du CNLS est représentative de l'ensemble des secteurs impliqués dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA au plus haut niveau (public, privé, communauté et société civile). Les partenaires au développement sont représentés dans le Conseil National.

##### **Au niveau régional**

Au niveau régional, le CNLS est représenté par le Comité Régional de lutte contre le SIDA et ses attributions sont intégrées dans la structure régionale la plus représentative des différents secteurs et des communautés, Celle-ci devient l'organe d'orientation et de suivi des activités de lutte à ce niveau, à titre d'exemple le CDSS.

#### **Organes de coordination de la Réponse Nationale**

##### **Au niveau national**

La structure de coordination intersectorielle chargée de développer et de faire appliquer la politique de lutte contre le VIH/SIDA, est appelée le **Secrétariat Exécutif National de lutte contre le SIDA (SEN)**. Le secrétariat Exécutif dépend du président du CNLS.

Son rôle est de :

- Coordonner l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales
- Rechercher l'appui technique aux différents intervenants
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA au niveau national.
- Assurer le suivi de l'allocation des ressources financières nationales, bilatérales et multilatérales à la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

##### **Au niveau sectoriel**

Les ministères, les institutions nationales publiques et privées contribuant à la lutte contre les IST/VI/SIDA devront se doter d'une structure de coordination (Comité sectoriel), la plus légère possible. **Le comité sectoriel** ne devra pas se substituer aux services et projets dans la mise en œuvre des activités au sein du ministère, de l'entreprise ou des écoles.

Son rôle est d'apporter un appui aux différents services et projets dans la mise en oeuvre de leurs plans d'action. Ces Comités doivent, également, établir un partenariat solide avec les structures de la société civile travaillant dans le secteur.

### **Au niveau régional**

La coordination régionale des activités de lutte contre le VIH/SIDA, sera assurée par le Comité Régional de lutte contre le SIDA. Le DRPSS est le rapporteur du Comité.

## **Structures d'exécution de la Réponse Nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA**

### **Secteur public**

Chaque ministère est responsable de l'élaboration et de la mise en oeuvre de son plan d'action en rapport avec son mandat et ses responsabilités et en fonction des besoins des populations cibles. Le Secrétariat Exécutif National encouragera le partenariat entre les ministères, afin de mener les actions les plus efficaces possibles.

### ***Le Secteur Santé***

Au niveau du secteur santé, l'ensemble des actions prioritaires sera planifié par les services et programmes à tous les niveaux selon leurs responsabilités respectives. Les activités programmées seront intégrées aux plans réguliers des services et programmes de santé concernés.

### ***Les Secteurs non-Santé (public et privé)***

Compte tenu de la dimension multisectorielle et multidisciplinaire de la lutte, tous les autres départements ministériels et tous les secteurs de la nation seront impliqués. Ces ministères et les institutions nationales publiques devront être, de ce fait responsables de la mise en oeuvre des plans d'action sectoriels, élaborés selon les orientations définies dans le Cadre Stratégique National (CSN) Ces plans d'action des services, des projets et des programmes devront tenir compte des problèmes et leurs déterminants spécifiques aux différents secteurs selon leurs mandats respectifs. Les plans sectoriels d'action seront mis en oeuvre par les différentes structures du ministère au niveau national et régional, ainsi qu'en collaboration avec les projets et les organisations de la société civile existant à ces niveaux.

### ***Les régions***

Les régions, les départements et les communes seront également rendus entièrement responsables de l'élaboration et de la mise en oeuvre des plans d'action de lutte selon les orientations définies par le CSN. Ces plans d'action devront tenir compte des problèmes et de leurs déterminants spécifiques aux différents niveaux. Il existe plusieurs modalités de mise en oeuvre des plans d'action, notamment, et selon les zones d'interventions et les acteurs.

Les interventions de portée nationale seront programmées dans les plans d'action de ces structures aux niveaux central et régional. Tandis que les interventions dans les régions et dans les zones rurales devront s'inscrire dans les plans d'action locaux et être exécutées par les structures déconcentrées.

### **La Société civile (Privé, ONG et OBC)**

La société civile est un partenaire à part entière du programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Leurs programmes visent à répondre aux besoins exprimés par la population. Ainsi, les communautés peuvent préparer et proposer la réalisation de plans d'action dans le cadre de la lutte.

Les communautés peuvent être appuyées par des OBC et des ONG pour la conception et la réalisation de leurs plans d'action. De plus, la société civile et les organismes communautaires pourront participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre des plans annuels d'action sectoriels et régionaux (ministères, Wilaya, projets nationaux...). Le Secrétariat Exécutif National de lutte contre le SIDA peut donc, à juste titre, s'appuyer sur ces forces vives et les renforcer, pour leur permettre de contribuer substantiellement aux résultats attendus du Cadre Stratégique National. Dans cette perspective, les communautés, les ONG/Associations, le patronat, les syndicats sont invités à présenter des plans d'action dans le cadre de la Lutte contre le SIDA. Les plans d'action soumis doivent correspondre aux orientations et aux priorités du Cadre Stratégique National.

Les entreprises privées doivent contribuer à la lutte. Elles pourront obtenir l'appui technique du SEN pour la conception et la réalisation de leurs plans d'action. Pour obtenir le financement de leurs plans d'action, les organisations du secteur privé doivent démontrer qu'ils possèdent la capacité de les mener à bien. Cette capacité implique la rigueur professionnelle, la transparence organisationnelle et l'imputabilité quant aux résultats et à la gestion financière.

## **2. MANDATS ET RESPONSABILITES DES SECTEURS ET DE LA SOCIETE CIVILE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

### **Secteur Santé**

1. Prendre en compte le VIH/SIDA dans les priorités de la politique sanitaire nationale
2. Intégrer le volet VIH/SIDA dans l'ensemble des activités à tous les niveaux
3. Responsabiliser les directions centrales et les institutions nationales dans la mise en oeuvre des domaines prioritaires de lutte contre le VIH/SIDA qui concernent la santé :
  - Sécurité transfusionnelle
  - Prévention et hygiène sur le lieu de travail
  - Lutte contre les IST
  - Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
  - Promotion des préservatifs dans le cadre de la santé de la reproduction
  - Soins conseil VIH/SIDA hospitaliers et ambulatoires
  - Approvisionnement en médicaments, consommables et réactifs pour examens biologiques
  - Surveillance épidémiologique et recherche opérationnelle
4. Apporter un appui technique aux autres secteurs et à la société civile dans les domaines spécifiques dans lesquels le secteur de la santé possède des avantages comparatifs.

### **Secteurs non-Santé**

1. Mettre en place une cellule ou un comité de lutte contre le VIH/SIDA selon la spécificité de chaque secteur
2. Prendre en compte le VIH/SIDA dans les priorités de la politique et les stratégies sectorielles
3. Intégrer le volet VIH/SIDA dans l'ensemble des activités à tous les niveaux selon les besoins
4. Responsabiliser les directions centrales et des institutions nationales dans la mise en oeuvre des domaines prioritaires de lutte contre le VIH/SIDA qui concernent chaque secteur:
  - Intégration du VIH/SIDA dans les programmes des écoles et des centres de formation
  - Prévention et hygiène sur le lieu de travail
  - Valeurs, normes sociales et religion
  - Soutien socio-économique aux PVVIH

### **Société civile (privé, ONG et OBC) et collectivités locales**

1. Mettre en place une cellule, un réseau ou un comité de lutte contre le VIH/SIDA
2. Prendre en compte le VIH/SIDA dans les priorités des stratégies communautaires
3. Intégrer le volet VIH/SIDA dans l'ensemble des activités à tous les niveaux selon les besoins :
  - Intégration du VIH/SIDA dans les projets de développement
  - Prévention et hygiène sur les lieux de travail
  - Valeurs, normes sociales et religion
  - Prise en charge communautaire des PVVIH
  - Soutien socio-économique aux PVVIH
  - Surveillance comportementale et recherche opérationnelle

### **3. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATÉGIQUE NATIONAL**

Un plan annuel opérationnel devra être élaboré à partir du cadre stratégique. Ce plan est la synthèse des plans opérationnels des secteurs non-santé, du secteur santé, des Wilaya et de la société civile, élaborés conformément aux mandats respectifs des différents intervenants.

Les principales caractéristiques exigibles des plans d'action :

- Être conformes aux orientations déterminées dans le Cadre Stratégique National;
- S'adresser à des populations cibles prioritaires
- Correspondre à des besoins exprimés par les communautés/secteurs dans le cadre d'un processus participatif pour changer une situation clairement identifiée;
- Viser des changements de comportements et des changements sociaux ;
- Conduire à une responsabilisation plus grande des membres de la collectivité ;
- Être axés sur des objectifs réalistes et mesurables.

La priorité doit être accordée aux plans d'action qui visent une couverture exhaustive des groupes visés et une couverture géographique étendue. Les plans d'action doivent indiquer quels sont les indicateurs de performance qui permettront de mesurer le niveau d'atteinte des résultats.

Les orientations spécifiques aux structures, aux organisations et aux secteurs sont résumées ci-dessous.

#### **Plan d'action du Secteur Santé**

1. Mise en place d'une cellule ou d'un comité chargé du processus d'élaboration du plan sectoriel :
2. Mise à disposition des documents :

- Rapport d'analyse de la situation nationale du VIH/SIDA
  - Rapport d'analyse de la réponse nationale au VIH/SIDA
  - Cadre stratégique national
3. Analyse rapide de situation et de la réponse au VIH/SIDA par service ou programme y compris dans les structures régionales
  4. Élaboration du volet IST/VIH/SIDA du plan d'action opérationnel annuel du service ou du programme
  5. Synthèse des plans opérationnels des services et programmes
  6. Mise en œuvre du plan annuel d'action opérationnel
  7. Le chargé de suivi du secteur santé et le SEN apporteront l'appui au niveau national à l'ensemble de ce processus.

Les ONG et les OBC opérant dans le secteur, devront être impliquées dans ce processus.

### **Plans d'action des Secteurs Non-Santé**

Chaque chargé de suivi par secteur en collaboration avec le SEN et *l'équipe nationale de facilitation* apporteront un appui au processus d'élaboration des plans opérationnels annuels des secteurs non-santé dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA

1. Mise en place du comité sectoriel de lutte contre le SIDA
2. Mise à disposition des documents :
  - Rapport d'analyse de la situation nationale du VIH/SIDA
  - Rapport d'analyse de la réponse nationale au VIH/SIDA
  - Cadre stratégique national
3. Mise à niveau des membres du comité sectoriel de lutte contre le SIDA
4. Analyse rapide de situation et de la réponse au VIH/SIDA dans le secteur :
  - Cartographie des risques et de la vulnérabilité
  - Cartographie des groupes prioritaires
  - Cartographie des ressources
5. Élaboration du plan d'action opérationnel annuel de lutte contre le SIDA

Les ONG et les OBC opérant dans chaque secteur devront être impliquées dans ce processus.

### **Plans d'action des Régions/Départements/Communes**

Le Secrétariat Exécutif National, *l'équipe nationale de facilitation*<sup>2</sup> et les structures déconcentrées de chaque ministère apporteront un appui au processus d'élaboration des plans opérationnels annuels et à la décentralisation des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

1. Mise en place d'une équipe locale de mise en oeuvre du processus
2. Mise à disposition des documents :
  - Rapport d'analyse de la situation nationale du VIH/SIDA
  - Rapport d'analyse de la réponse nationale au VIH/SIDA
  - Cadre stratégique national
3. Mise à niveau des membres de l'équipe locale
6. Analyse rapide de situation et de la réponse au VIH/SIDA dans le secteur :
  - Cartographie des risques et de la vulnérabilité (problèmes et zones)
  - Cartographie des groupes prioritaires
  - Cartographie des ressources
7. Élaboration du plan d'action opérationnel annuel de lutte contre le SIDA

Les ONG et les OBC opérant dans les régions devront être impliquées dans ce processus.

<sup>2</sup> Il s'agit de l'équipe des consultants nationaux ayant conduit le processus de planification. Compte tenu de l'expérience capitalisée dans ce domaine, Cette équipe devra apporter des appuis ponctuels aux différents secteurs en vue de l'internalisation du processus de la planification stratégique.



### **Plans d'action de la Société civile**

Les acteurs de la société civile non impliqués dans les plans opérationnels sectoriels ou décentralisés seront impliqués de la manière suivante :

1. Mise à disposition des documents :
  - Analyse de situation
  - Analyse de réponse
  - Cadre stratégique national
2. Mise à niveau des points focaux SIDA des ONG/OBC
3. Élaboration du plan d'action opérationnel annuel de lutte contre les IST/VIH/SIDA des ONG/OBC
4. Mise en œuvre du plan d'action opérationnel annuel
5. Évaluation et reprogrammation du plan d'action opérationnel annuel de lutte contre le SIDA

Le chargé de suivi du secteur en collaboration avec le SEN et *l'équipe nationale de facilitation* apporteront un appui aux ONG/OBC, aux réseaux d'OBC pour l'élaboration et le suivi des plans opérationnels annuels.

### **Le mécanisme d'approbation des projets et des plans d'action**

Les projets et les plans opérationnels annuels élaborés aux différents niveaux seront approuvés, financés, exécutés, suivis et contrôlés selon le mécanisme proposé dans le tableau n° 3. Ceci consacre une autonomie et une gestion décentralisée des ressources.

Tableau N° 3 : Mécanisme d'approbation et de suivi des projets et plans d'action de lutte contre les IST/VIH/SIDA

Types d'interventions	Étapes pour l'approbation et le suivi des plans d'action et des projets				
	Avis technique	Décision	Mode de financement	Responsable du suivi technique	Responsable du suivi financier
<b>Niveau régional</b>					
1. Plan d'action Régionaux	Comité Régional de Lutte contre le SIDA	Wali, assisté du DRPSS	Délégation de crédits au Wali à affecter aux intervenants/ partenaires (Région) ----- Ou Réseau d'ONG/OBC	SEN	Service financier de la Région
2. Projets des ONG/OBC du niveau régional	Comité Régional de Lutte contre le SIDA	Wali, assisté du DRPSS		Comité Régional de Lutte contre le SIDA	
3. Services publics et privés (*)					
4. Communautés (*)					
<b>Niveau national</b>					
1. Plan d'action du CNLS	Président CNLS	CNLS	Délégation de crédits au SEN	CNLS	MAED
2. Plans d'action sectoriels	SEN	CNLS	Délégation de crédits aux responsables sectoriels (Ministères)	SEN	
3. ONG/OBC du niveau national (*)	SEN	CNLS	Délégation de crédits aux responsables d'ONG/Partenaires	SEN	
4. Projets nationaux et institutions nationales (*)	SEN	CNLS	Délégation de crédits aux responsables des Projets et Institutions nationales/Partenaires	SEN	

(\*) Il s'agit de projets non intégrés aux plans d'action régionaux, sectoriels ou nationaux

## **PARTENARIAT, MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES**

### **Partenariat**

En Mauritanie, le partenariat dans le domaine de la lutte contre le SIDA s'articule principalement autour du Groupe Thématique ONUSIDA, mis en place en 1997, et assisté par le Groupe Technique de travail, élargi à la coopération bilatérale et la société civile.

### **Ressources humaines**

Toutes les compétences nationales acquises depuis quinze ans de lutte seront mises à contribution à tous les niveaux, avant de recourir à l'aide de la communauté internationale. Il sera, cependant, nécessaire de mettre à niveau les connaissances et les aptitudes.

Il sera également nécessaire que le Gouvernement fournisse quelques personnes ressources aux OBC et que les ONG relais jouent pleinement leur rôle d'appui technique à toutes les étapes de la mise en œuvre des plans opérationnels.

Il sera utile de limiter les effets de la mobilité des ressources humaines, en prenant les dispositions adéquates.

### **Ressources financières**

Toutes les possibilités de financement devront être explorées.

Le Gouvernement contribuera à hauteur de 20% du financement des plans annuels d'action du secteur santé et des secteurs non-santé. Le Ministère des Finances budgétisera les interventions par secteur de manière à ce qu'une partie des plans sectoriels soient prévues dans le budget national.

Les entreprises privées devraient également prendre des initiatives pour le financement du plan d'action en faveur des leurs travailleurs.

**ANNEXES**

**Organes et structures de la Réponse Nationale de Lutte contre  
les IST/VIH/SIDA**

## ANNEXE 1

### CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)

#### MISSION

Adopter la politique et les orientations stratégiques et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA

#### ATTRIBUTIONS

- Approuver les orientations et les stratégies de lutte contre les IST/VIH/SIDA
- Approuver et adapter la politique nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA
- Veiller à la multisectorialité de la lutte
- Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources et veiller à leur répartition sectorielle
- Apprécier les impacts de la lutte contre le VIH/SIDA déterminés par les évaluations.

#### FONCTIONNEMENT

Le CNLS se réunit 1 fois/semestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président. Il sera appuyé par un Secrétariat Exécutif National ( SEN) dont la composition et les missions sont définies dans l'annexe 4.

#### COMPOSITION

**Présidence :** Premier Ministre

**Vice- Président :** Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

#### **Membres**

- Un représentant du Sénat
- Un Représentant de l'Assemblée Nationale
- Les ministres des secteurs impliqués
- Le Président du Haut Conseil Islamique
- Le Président de l'Association des Maires
- Le président du réseau des ONG intervenant dans la lutte contre les IST/ VIH/SIDA
- Deux (2) représentants des associations de PVVIH
- Le Président de la CGEM
- Un (1) responsable de Centrale Syndicale
- Un représentant des Associations de Droits de l'Homme
- Le Président du Groupe Thématique ONUSIDA
- Un représentant des partenaires bilatéraux.

## ANNEXE 2

### COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

#### MISSION

Donner les orientations de la lutte contre les IST/VIH/SIDA et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, au niveau régional

#### ATTRIBUTIONS

- Veiller à la multisectorialité de la lutte au niveau régional
- Assurer la concertation périodique entre les différents intervenants
- Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources, de toute nature, nécessaires à la lutte au niveau régional et veiller à leur répartition;
- Apprécier les impacts de la lutte au niveau régional.

#### FONCTIONNEMENT

Présidé par le Wali, le Comité se réunit 2 fois/semestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président. Le rapporteur est le Directeur Régional de la Protection Socio-sanitaire (DRPSS).

#### COMPOSITION

**Présidence :** Le Wali

**Membres :**

- Les responsables des services régionaux impliqués dans la lutte contre le SIDA
- Un (1) représentant du collectif des ONG/Associations intervenant dans la lutte contre le IST/VIH/SIDA
  - Un (1) représentant des Oulémas
  - Un (1) représentant des Imams
- Un (1) représentants des associations de jeunes
- Un représentant des Associations de PVVIH
- Les représentants des partenaires au développement présents au niveau local
- Deux (2) représentants des opérateurs économiques et des syndicats

Le comité régional peut décider de la mise en place de **groupes de travail** comprenant des experts non-membres du comité pour étudier des projets et divers dossiers, apporter un appui à l'élaboration de plans d'action, mener des études et des enquêtes.

## **ANNEXE 3**

### **COMITÉ DE MOUGHATAA DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

#### **MISSION**

Donner les orientations de la lutte contre les IST/VIH/SIDA et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, au niveau du Moughataa.

#### **ATTRIBUTIONS**

- Veiller à la multisectorialité de la lutte au niveau de la Moughataa
- Assurer la concertation périodique entre les différents intervenants
- Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources, de toute nature, nécessaires à la lutte au niveau de la Moughataa
- Apprécier les impacts de la lutte au niveau de la Moughataa.

#### **FONCTIONNEMENT**

Présidé par le Hakem, le Comité se réunit 2 fois/semestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président. Le rapporteur est le médecin chef de la Moughataa.

#### **COMPOSITION**

**Présidence :** Le Hakem

**Membres :**

- Les sénateurs et/ou députés de la Moughataas
- Les responsables des services départementaux
- Un (1) représentant du collectif des ONG/Associations intervenant dans la lutte contre le IST/VIH/SIDA
- Un (1) représentant des Oulémas
- Un (1) représentant des Imams
- Un (1) représentant des associations de jeunes
- Un (1) représentant des Associations de PVVIH dans la Moughataa
- Un représentant des partenaires au développement présents au niveau de la Moughataa
- Un (1) représentant des opérateurs économiques
- Un (1) représentant des syndicats

Le comité de la Moughataa peut décider de la mise en place de groupes de travail comprenant des experts non-membres du comité pour étudier des projets et divers dossiers, apporter un appui à l'élaboration de plans d'action, mener des études et des enquêtes.

## ANNEXE 4

### LE SECRETARIAT EXECUTIF DU COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (SEN)

#### **MISSION**

Le Secrétariat exécutif de lutte contre les IST/VIH/SIDA est désigné par le CNLS. Il ne se substitue pas au programme sectoriel de lutte contre le SIDA que chaque secteur aura à mettre en place.

#### **ATTRIBUTIONS**

Sous la supervision du Conseil National de Lutte contre le SIDA, le Secrétariat Exécutif National est chargé de :

1. Assurer le Secrétariat du CNLS
2. Préparer les différentes réunions de concertation des organes de la Réponse Nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA
3. Coordonner l'élaboration du cadre stratégique et des plans d'action sectoriels
4. Développer les politiques et les mécanismes de gestion de la lutte
5. Superviser l'application des politiques de gestion de la lutte
6. Veiller à ce que les plans d'action de chacune des composantes tiennent compte des orientations, des objectifs et des actions prioritaires du Cadre Stratégique National.
7. Favoriser l'harmonisation des différents plans d'action et la complémentarité des moyens mis en œuvre ;
8. Coordonner et dynamiser la mise en œuvre des différents plans d'action.
9. Soutenir la concertation entre le secteur public et le secteur privé et la société civile.
10. Organiser le suivi et l'évaluation du programme et de la réalisation des plans d'action
11. Superviser la mise en œuvre des activités au niveau national en collaboration avec les hiérarchies administratives concernées (revues, suivi, rapports périodiques, évaluation..).
12. Assurer la coordination des activités de l'appui technique nécessaire à tous les intervenants
13. Évaluer les besoins des intervenants nationaux et faciliter toutes les démarches visant à harmoniser les rythmes d'exécution des différentes interventions.
14. Rédiger un rapport trimestriel au Comité National de Lutte contre le SIDA sur le déroulement du programme.

Au besoin, une assistance technique par *l'équipe de facilitation du processus* viendra appuyer cette équipe pour contribuer à la réalisation de son programme de travail. L'assistance technique pourra ainsi, appuyer l'élaboration des plans opérationnels annuels des ministères et des organisations de la société civile, participer à la formation et contribuer au suivi et évaluation.

#### **Moyens**

Le secrétariat exécutif devra être doté d'un budget pour lui permettre d'accomplir convenablement ses missions.



## ANNEXE 5

### COMITÉ SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

#### **MISSION**

- Élaborer et coordonner la mise en oeuvre des plans sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA, conformément à leurs mandats et avantages comparatifs.

#### **ATTRIBUTIONS**

- Élaborer les plans sectoriels suivant les orientations du cadre stratégique
- Coordonner la lutte au niveau du secteur
- Mobiliser les ressources pour la lutte contre le VIH/SIDA
- Assurer le suivi de la gestion des ressources
- Assurer la collaboration avec les autres secteurs et avec le Secrétariat Exécutif National

#### **FONCTIONNEMENT**

Il est fonction de l'organisation interne des différents ministères

#### **COMPOSITION**

**Présidence :** Le Ministre ou son représentant

**Rapporteur :** Coordonnateur du Comité sectoriel

**Membres :**

Les représentants des différentes structures du secteur ou travaillant dans le secteur:

- Directions techniques
- Projets et programmes
- Institutions nationales
- ONG/Associations
- Privé
- Syndicats et Associations professionnelles

Le comité sectoriel peut décider de la mise en place de groupes de travail comprenant des experts non-membres du comité pour étudier des projets et divers dossiers, apporter un appui à l'élaboration de plans d'action, mener des études, des revues, etc.

Le comité sectoriel est représenté au niveau périphérique par les services déconcentrés de la région et de la Moughataa. Les représentants de ces services sont également membres des comités régionaux ou leurs équivalents.



**Annexe 6:**

**Cadre Organisationnel de la Réponse Nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA**

**CONSEIL NATIONAL DE  
LUTTE CONTRE LES  
IST/VIH/SIDA**

**Secrétariat  
National  
Exécutif**

**Secteurs  
Ministériels**

**Secteur  
Privé**

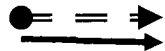
**Société  
Civile**

**CRLS**

**CMLS**

**Les Liens:**

Fonctionnels:



Hierarchiques :



Echanges d'expériences : ◆.....◆

**Annexe 7: Organigramme du Secrétariat Exécutif de lutte contre les IST/VIH/SIDA**

