



**FORSS**

**RAPPORT D'ÉTAT DES LIEUX DES  
SERVICES DISPONIBLES EN MATIÈRE  
DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN  
MAURITANIE**

**ASSOCIATION DES GESTIONNAIRES  
POUR LE DÉVELOPPEMENT (AGD)**

**Rapport rédigé par Haby Ba SIRA**

**AVRIL 2019**

# Remerciements

Nos remerciements vont au personnel du SENLS, du PNLs, des SERLS, du CTA, de l'UPEC de Nouadhibou, de l'ONG, du CCM, des structures internationales (OMS, ONUSIDA). De même nous remercions les bénéficiaires : les HSH et TS ayant accepté de participer aux focus group et le personnel d'AGD qui nous a accompagné tout au long de cette étude.

# Sommaire

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b>	<b>5</b>
<b>PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA MAURITANIE</b>	<b>5</b>
<b>PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE GLOBAL</b>	<b>6</b>
<b>CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</b>	<b>8</b>
1. CONTEXTE	8
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	8
3. DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE	8
4. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE	9
<b>ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE</b>	<b>11</b>
<b>1. Analyse du contexte mauritanien</b>	<b>11</b>
1. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE	11
2. ORGANISATION DE LA RIPOSTE NATIONALE CONTRE LE VIH/SIDA ET DOCUMENTS STRATÉGIQUES	11
3. LÉGISLATIONS RELATIVES AU VIH/SIDA ET AUX POPULATIONS CLÉS	12
<b>L'accès aux services pour les PVVIH et populations clés</b>	<b>13</b>
1. PRÉVENTION	14
2. DÉPISTAGE ET <i>COUNSELLING</i>	14
3. TRAITEMENT ET SOINS	16
<b>Focus sur les populations clés : HSH et TS</b>	<b>17</b>
1. HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES (HSH)	17
2. TRAVAILLEUR.S.E.S DU SEXE (TS)	19
<b>Analyse générale</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>22</b>
CONCLUSION	22
RECOMMANDATIONS	22
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>24</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>25</b>
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES POUR ENTRETIEN	25
ANNEXE 2 : FOCUS GROUPES EN FONCTION DU LIEU ET LE NOMBRE DE PERSONNES PRÉSENTES	26
ANNEXE 3 : TABLEAU RÉSUMÉ DU NOMBRE DE SITES DE COLLECTE, D'ENTRETIENS ET DE FOCUS GROUPES	26
ANNEXE 4 : GUIDES D'ENTRETIENS	27

# Liste des sigles et abréviations

<b>AGD</b>	Association des Gestionnaires du Développement
<b>AGR</b>	Activité génératrice de revenu
<b>ARV</b>	Anti-rétroviraux
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanism
<b>CDA</b>	Centre de Dépistage anonyme
<b>CSLP</b>	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
<b>CDV</b>	Centre de dépistage volontaire
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le VIH/sida
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Ambulatoire
<b>CV</b>	Charge Virale
<b>CSS</b>	Centre de Santé de Sebkha
<b>CUN</b>	Communauté urbaine de Nouakchott
<b>DRAS</b>	Direction Régionale des actions sanitaires
<b>FM</b>	Fonds mondial
<b>GAS</b>	Gestion Approvisionnement Stock
<b>HCR</b>	Haut-commissariat pour les réfugiés
<b>INRSP</b>	Institut National de Recherche en Santé Publique
<b>IO</b>	Infection Opportuniste
<b>SHS</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
<b>MENA</b>	Moyen-Orient et Afrique du Nord
<b>MEN</b>	Ministère de l'éducation nationale
<b>MICS</b>	Enquêtes par Grappe à Indicateurs multiples
<b>MJS</b>	Ministère de la jeunesse et des sports
<b>MRU</b>	Ouguiya Mauritanien
<b>MS</b>	Ministère de la santé
<b>OSC</b>	Organisation de la société civile
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLS</b>	Programme National de Lutte contre le VIH/sida
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
<b>REMAP</b>	Réseau mauritanien des PVVIH
<b>SARA</b>	Service Availability & Readiness Assessment
<b>SENLS</b>	Secrétariat Exécutif de lutte contre le VIH/sida
<b>SERLS</b>	Secrétariat Exécutif Régional de Lutte contre le VIH/sida
<b>SCAPP</b>	Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'immunodéficience acquise
<b>TETTRIM</b>	Stratégie tester et traiter en République Islamique de Mauritanie
<b>TS</b>	Travailleur.se du sexe
<b>UNFPA</b>	United Nation Population Fund
<b>UPEC</b>	Unité de prise en charge
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

# Introduction générale

## PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA MAURITANIE

La Mauritanie à cheval entre Maghreb et l'Afrique Subsaharienne est un vaste pays avec une superficie de 1 030 700 km<sup>2</sup> ; sa population étant estimée à 3 537 368 habitants dont 44,2% ont moins de 15 ans. Ce sont plus de la moitié soit 48,3% de la population qui vit en milieu urbain. Selon les projections, en 2050 la Mauritanie devrait compter plus de 6 millions d'habitants soit un doublement de la population en l'espace de 37 ans avec d'énormes conséquences sur les secteurs de développement socio-économique (santé, éducation, habitat, besoins en nouveaux emplois, exode rural, etc). Environ 31,0% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté avec une disparité entre le milieu rural (44,4%) et le milieu urbain (16,7%). L'extrême pauvreté touche 16,6% de la population avec aussi une disparité entre les milieux rural (25,1%) et urbain (7,5%) et un taux d'alphabétisation de 64% en 2013<sup>1</sup>. La population mauritanienne se caractérise par sa jeunesse : plus de 30% de la population a moins de 10 ans, tandis que les moins de 15 ans représentent 44,2% de la population, la tranche 15-59 ans représente 50,2% et la population de 60 ans et plus seulement 5,6%<sup>2</sup>.

Sur le plan économique, en plus des mines, le pays compte des ressources halieutiques, un potentiel agro-pastoral important et des réserves pétrolières limitées.

Le niveau national est fortement polarisé par un pôle de services à Nouakchott, un pôle industriel structuré autour de la pêche à Nouadhibou, capitale économique, un pôle minier sur l'axe Akjoujt – Nouadhibou – Zouerate et un pôle agro – pastoral centré sur le sud et le sud – est du pays.

En termes de pauvreté, les données issues de l'EPCV de 2014 montrent que la proportion au niveau national de la population mauritanienne définie comme pauvre est estimée à 31,0%. Ce taux de pauvreté a baissé de façon générale entre 2008 et 2014 avec un taux national moyen annuel de 1,8% ; cette réduction a été plus forte dans le rural avec un taux moyen annuel de 2,5% contre seulement 0,7% en milieu urbain. Le taux de chômage se situe à 12,85% en 2014 contre 10,1% en 2012 et le déficit de production varie entre 50%-80% des besoins alimentaires des populations<sup>3</sup>.

Sur le plan administratif, la Mauritanie est composée de 15 wilayas (régions), dont 03 de la capitale Nouakchott<sup>4</sup>. Les villes urbaines qui sont au cœur du développement humain connaissent un exode rural massif avec les inégalités socio-économiques qui en découlent. Ainsi les estimations font état d'un dédoublement de la population vivant en ville entre 1950 et 2030. En 2030, 60 % de la population mondiale vivra dans les villes<sup>5</sup>. En Mauritanie, près de la moitié de la population vit en zone urbaine-48,3%<sup>6</sup>.

Cette situation est reflétée notamment dans le domaine de l'épidémie du VIH/sida. En effet, la faible prévalence de l'épidémie du VIH/sida en Mauritanie-0,7%,<sup>7</sup> cache des disparités importantes au niveau des zones urbaines. Elle est estimée à 0,8% à Nouakchott<sup>8</sup>, 1,66% à Nouadhibou et Rosso 0,46<sup>9</sup>.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude qui permet l'identification des services disponibles pour le VIH/sida destinés aux populations clés (TS, HSH, UDI) des villes de Nouakchott, de Rosso et de Nouadhibou. Le choix de ces villes s'avère d'autant plus pertinent qu'elles sont considérées comme des zones à haut risque comme le montre la cartographie de vulnérabilité du pays (figure 1).

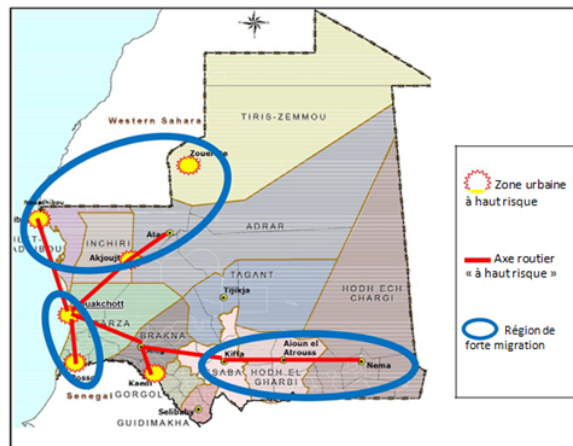


Figure 1 : cartographie du risque en Mauritanie (PSN, 2015-2018)

### Nouakchott

La capitale Nouakchott, a un nombre d'habitants estimé à 1 043 177<sup>10</sup> en 2015 soit plus du tiers de la population totale. Il y a quatre axes routiers (considérés les plus à risque : la route de l'espoir vers l'est, la route Nouakchott-Rosso vers le sud, la route Nouakchott-Atar vers le nord-est et la route Nouakchott-Nouadhibou. C'est un environnement favorisant la circulation du virus et l'infection des personnes ayant

- 1 Stratégie Nationale SR 2016-2020
- 2 RGPH 2013
- 3 Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2018-2021
- 4 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott 2018-2020
- 5 ONUSIDA, Rapport sur les villes, 2014
- 6 RGPH 2013
- 7 CNLS, ONUSIDA, Rapport D'activité sur la réponse au Sida en Mauritanie, 2014
- 8 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott (2018-2020)
- 9 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au sida en Mauritanie, 2012
- 10 Annuaire statistique 2015

des comportements à risque qui, à leur tour, exposent d'autres personnes au risque d'infection dans le cadre d'une tendance à la généralisation en l'absence d'actions efficaces contre ces transmissions<sup>11</sup>.

Selon l'étude sur la cartographie de la vulnérabilité de 2012, on dénombre plusieurs facteurs de vulnérabilité dans la ville de Nouakchott notamment:

- l'existence d'un nombre élevé de femmes chefs de ménage dans les quartiers périphériques des grandes villes qui pratiquent la Syrya (mariage clandestin) ou Tessdar (prostitution) pour subvenir à leur besoin,
- les mouvements migratoires avec comme conséquences le surpeuplement des quartiers périphériques de la capitale avec un effet négatif sur le mode de vie en zone urbaine,
- c'est la ville qui compte le plus de groupes à haut risque (TS, HSH, consommateurs de drogues),
- les comportements à risque chez des jeunes et la fréquence des divorces<sup>12</sup>.

### Nouadhibou

Il s'agit de la troisième grande ville du pays après Nouakchott et Kiffa et compte 131 506 habitants<sup>13</sup> en 2015 avec un profil démographique particulier dominé par le déséquilibre entre les sexes (prédominance des hommes au détriment des femmes). C'est une ville cosmopolite avec une importance des tranches actives de la population notamment les ouvriers, les marins et les employés du secteur privé. En effet ces derniers vivant séparés de leur famille habitent en dehors de Nouadhibou et se retrouvent à compenser l'absence de leurs femmes en recourant à des rapports extra mariage.

Ce profil a des conséquences importantes sur la vulnérabilité au VIH et des comportements sexuels qui la déterminent notamment le développement de la prostitution du fait de la demande et du niveau économique des groupes. Comme autre facteurs de risques propres il faut noter les caractéristiques propres aux sites industriels avec leur attractivité économique, le développement de quartiers précaires pauvres favorable au développement du VIH/sida.

### Rosso

Avec un nombre d'habitants estimés à 57 726<sup>14</sup>, Rosso est connu pour sa diversité culturelle et

ethnique, la ville de Rosso est la porte d'entrée de la Mauritanie vers le Sénégal et l'Afrique de l'Ouest. Située dans la Région du Trarza, elle est la ville de la vulnérabilité au VIH. Plusieurs facteurs de vulnérabilité ont été identifiés dans la ville de Rosso :

- de par sa position géographique, la ville de Rosso est un carrefour entre Nouakchott et le Sénégal et les régions du fleuve, elle est marquée par un flux migratoire important et par des mutations sociales accompagnées de nouvelles pratiques
- Les rapports sexuels occasionnels entre les jeunes
- La prostitution professionnelle et celle semi professionnelles<sup>15</sup>.

### PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE GLOBAL

Le profil épidémiologique du pays est marqué par un certain nombre d'indicateurs qui concourent à fragiliser l'état de santé de la population. Ainsi la mortalité brute dans la population générale reste élevée (8,5‰) à côté d'une forte natalité (32,3‰)<sup>16</sup> entraînant ainsi un accroissement annuel de la population d'environ 2,4%<sup>17</sup>. Ainsi, la Mauritanie est restée loin de l'atteinte des OMD relatifs à la santé à l'horizon 2015.

En effet, le ratio de la mortalité maternelle demeure élevé enregistrant une lente diminution passant de 687 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2001 à 582 décès maternels pour 100 000 NV en 2013. De plus, aucune des cibles retenues par les différentes stratégies n'a été atteinte : CSLP (300 décès pour 100 000 NV) et le PNDS (232 décès pour 100 000 NV)<sup>18</sup>. Parallèlement des progrès ont été réalisés en matière de réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile avec des taux qui sont passés, respectivement, de 107‰ et 127‰ en 2001 à 43‰ et 54‰ en 2015<sup>19</sup>.

Par ailleurs, les mortalités spécifiques en lien avec le paludisme, la tuberculose (22 pour 100 000 cas chez l'ensemble des personnes porteuses de tuberculose), la malnutrition et le VIH auraient connu des évolutions timides durant cette même période.

Dans les milieux urbain et rural, l'état de morbidité s'est certes amélioré, mais cette amélioration serait plus prononcée en milieu rural qu'en milieu urbain. L'une des raisons serait la relation forte entre état de santé et niveau de revenu. En effet, la zone périurbaine est essentiellement habitée par les populations

11 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott Période (2018-2020)

12 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, 2012

13 Annuaire statistique 2015

14 Ibid

15 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, 2012

16 Phase II révisée du plan national de développement sanitaire (Période 2017-2020)

17 RGP 2013

18 Phase II révisée du plan national de développement sanitaire (Période 2017-2020)

19 MICS 2015

rurales venant dans les grandes villes à la recherche d'emploi pour améliorer leurs revenus. L'une des principales causes de morbidité tant en milieu rural qu'en milieu urbain reste le paludisme. La tuberculose constitue également un problème majeur de santé publique avec un faible taux de détection (45%). La prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes varie de 10 à 13%, plaçant le pays dans une zone d'hyper endémicité de l'infection du virus de l'hépatite B. La prévalence de la malnutrition aiguë est marquée par une situation de crise avec des seuils qui dépassent 15% en juin-juillet dans certaines régions du Sud et Sud-Est du pays (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha, Hodh El Chargui, Hodh El Gharbi et Tagant).

De plus, le pays fait face de façon régulière à des épidémies récurrentes de fièvres hémorragiques virales (fièvre de la vallée du Rift, Crimée Congo, Dengue), et de choléra, aux infections nosocomiales, sans parler de la problématique de résistance antibiotique, et aux menaces des événements de santé publique de portée internationale comme la maladie à virus Ebola (MVE).

Il faut également souligner l'ampleur des maladies non transmissibles, telles les maladies cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques, le diabète et les cancers qui sont devenues un problème de santé publique majeur. Le diabète de type 2 a une prévalence estimée à 6 %. L'hypertension artérielle constitue l'une des premières causes de consultation chez les adultes âgés, en particulier les femmes, et touchant ainsi 22% de la population adulte âgée de 15 à 64 ans<sup>20</sup>.

La Mauritanie, à l'instar des autres pays de la région MENA a une épidémie VIH dite concentrée avec une prévalence estimée à 0,7% dans la population générale, inférieure à 0,1% chez les 15-49 ans. Il existe plusieurs groupes identifiés avec des prévalences considérées à haut risque(2014) : les HSH un taux estimé à 44,4%, les porteurs d'IST (9%), les travailleuses du sexe (4%), les tuberculeux (4,6 %), les prisonniers (2,88%), les camionneurs (0,9%), les pêcheurs (0.83%), les marins (0.82%).

Le fait que l'épidémie soit dite concentrée, selon certaines enquêtes socio-comportementales révèlent des comportements à haut risque d'infection par le VIH pouvant conduire à l'explosion de l'épidémie nationale<sup>21</sup>.

C'est pourquoi, le CSLP se fixe comme objectif

de maintenir le niveau de la prévalence du VIH/sida à moins de 1%. La lutte contre le VIH/sida figure clairement parmi les priorités de la politique nationale de santé dans le cadre de la lutte contre les grandes pandémies et les maladies émergentes. Pour cela un cadre institutionnel a été mis en place marqué par la multisectorialité de la riposte au VIH/sida<sup>22</sup>.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, la Mauritanie adhère à la stratégie d'accélération de la riposte à l'épidémie du VIH/sida « la réalisation d'ici 2020, des objectifs 90-90-90 » :

- 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH,
- 90 % de ces personnes sont sous traitement
- 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable<sup>23</sup>.

Cette stratégie de la Mauritanie fait suite à la déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, adoptée lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU sur l'éradication du sida. En juin 2016, l'ONUSIDA a été mandaté afin d'aider les pays à élaborer le rapport sur leurs engagements à l'égard de la Déclaration politique sur la fin du sida élaborée à partir de trois déclarations précédentes :

- la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001,
- la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006
- la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016.

Par finir, les États membres avaient adopté à l'unanimité la Déclaration d'engagement de 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies la même année<sup>24</sup>. Le système de santé est piloté, coordonné et appuyé par un système administratif organisé en trois niveaux :

- Au niveau central, les entités centrales du Ministère de la santé à savoir les directions, services, divisions et coordinations de programmes assurent le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire,
- Au niveau intermédiaire, les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), avec les équipes régionales assurant la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel,
- Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de Moughataa ou Département avec les équipes cadres de Moughataa assurant l'action au quotidien et mettant en œuvre les programmes de santé.

20 Phase II révisée du plan national de développement sanitaire (Période 2017-2020)

21 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2015-2018

22 Ibid

23 Rapport ONUSIDA, 2014

24 ONUSIDA, Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2018, 2019

# Contexte et Objectifs de l'étude

## 1. CONTEXTE

Le programme FORSS (« FORmer Suivre Soutenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA ») est initié par Solidarité Sida et ITPC-MENA en partenariat avec 5 associations partenaires (AGD – Mauritanie, Al Shehab – Égypte, ATP+, Tunisie, M-Coalition – Liban, RdR-Maroc – Maroc) et avec le soutien financier de l'Initiative 5%. Il a pour objectif général l'amélioration de la qualité de la prévention, des soins du VIH/sida et de l'accès aux traitements, notamment à destination des populations clés : usagers de drogues injectables, travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Le projet a vocation à créer un système de surveillance communautaire de la qualité des services mis en place pour répondre à l'épidémie de VIH-sida, qui permettra tout au long de l'exécution du projet de mesurer le niveau de l'offre et de la qualité. Pour répondre à cet objectif, le projet repose sur quatre piliers :

- L'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en termes de prévention et de soins aux PVVIH.
- La collecte et diffusion de données nationales et régionales sur la qualité de l'accessibilité aux services de prévention et de soins au travers d'un observatoire régional.
- Le développement d'actions de plaidoyer pour influencer les stratégies de lutte contre le VIH-sida et leur modalité de mise en œuvre.

## 2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'une des premières étapes du projet consiste en la tenue d'une étude sur l'état des services disponibles en matière de VIH/sida en Mauritanie, pour les PVVIH et populations clés ciblées par le projet. Le rapport produit servira de point de référence pour l'analyse comparative durant toute la durée du projet.

Cette étude a pour objectifs de :

- o Fournir un état des lieux des services de prévention et de soins disponibles en Mauritanie ;
- o Participer à l'amélioration des connaissances et pratiques des acteurs communautaires en matière de services de prévention et de soins aux PVVIH et populations clés en Mauritanie ;

- o Servir de base aux formations des acteurs communautaires prévues sur la qualité des services de prévention et services de prise en charge en région MENA ;
- o Servir de support aux stratégies de plaidoyer pour l'amélioration de l'offre de services.

Cet état des lieux doit en particulier permettre d'identifier les écarts entre d'une part les normes et standards de qualité en vigueur ainsi que les services et interventions prévus au Maroc, et d'autre part la réalité de l'existence et de l'accès effectif à ces services et interventions au Maroc.

## 3. DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE

Tout au long de cette étude, nous nous sommes appuyés sur le guide méthodologique<sup>25</sup> proposé pour les études *baseline* du Programme FORSS. Cette méthodologie se décline en deux volets complémentaires :

1/ Une revue de la littérature dont l'objectif général est d'identifier ce que disent les textes à différents niveaux (international, national, local, association, etc.).

Résultat Attendu : L'ensemble des textes relatifs à la lutte contre le VIH/sida concernant la Mauritanie est examiné et analysé.

2/ Une revue de l'offre disponible avec comme objectif de compléter et vérifier les résultats de l'examen documentaire, mettre en lumière les écarts existants entre les normes et procédures et la réalité du terrain.

Résultat Attendu : Les services disponibles en Mauritanie sont identifiés et référencés ; les barrières à l'accès au dépistage, soins et traitement pour les PVVIH et plus particulièrement pour les populations clés sont identifiées (en partie)<sup>26</sup>.

La méthode employée et recommandée par le guide méthodologique FORSS<sup>27</sup> est celle qualitative combinant la revue de la littérature, les entretiens et les focus group. La triangulation des données analysées a permis de décrire en profondeur l'expérience vécue par les différents responsables/acteurs/bénéficiaires des actions de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie, notamment les populations clés ciblées par le projet (TS et HSH).

25 Programme FORSS, Guide méthodologique : Élaboration d'un rapport d'état des lieux des services disponibles en matière de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie, 2018

26 Programme FORSS, Guide méthodologique : Élaboration d'un rapport d'état des lieux des services disponibles en matière de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie, 2018

27 Ibid



### **a. Collectes de données**

Pour ce travail, nous avons eu à collecter des informations issues de la littérature sur les textes existants en termes de réglementations, les données disponibles sur la prévention, le dépistage, le traitement qui ont été croisées avec les données issues des entretiens et focus group pour les 3 groupes de populations clés (HSH, TS, UDI).

Pour ce faire, nous avons mené une revue de la littérature tout au long de cette étude.

Une collaboration avec le SENLS et le PNLS nous a permis de consulter les principaux documents de politique nationale élaborés par le gouvernement, institutions onusiennes, et les organisations non gouvernementales.

De même, nous avons utilisé la littérature publiée, recherché également sur les moteurs de données bibliographiques en ligne et à travers la consultation des organisations gouvernementales et non-gouvernementales (ONG) intervenant dans la lutte contre le VIH/sida en Mauritanie.

Des guides<sup>28</sup> d'entretiens ont été élaborés pour la collecte de données lors des entretiens et des focus groups avec les populations clés (HSH, TS) et les acteurs clés tant au niveau central qu'au niveau opérationnel (responsables locaux, prestataires, partenaires).

### **b. Outils de collecte d'informations**

5 focus group de 8 personnes par groupe homogène (2 à Nouakchott, 2 à Nouadhibou, 1 à Rosso) ont été réalisés. Pour Rosso, un seul focus group a été effectué : il semblerait qu'il n'y ait pas de HSH répertoriés, ce qui est également confirmé par la littérature. De même, aucun focus group avec les UDI n'a été mené. En effet, les UDI ne sont pas du tout pris en compte parmi les populations clés en Mauritanie. Toutes les personnes interrogées semblent n'en avoir jamais rencontré. Ces personnes n'excluent pas leur existence dans le pays, surtout que la drogue transite de plus en plus sur le territoire mauritanien, il n'est donc pas exclu qu'il y'ait des consommateurs. De façon plus spécifique les personnes interrogées disent que les UDI seraient issus de familles aisées et qu'ils auraient les moyens de se prendre en charge, et que la famille ferait tout pour cacher leur état.

Par ailleurs, 15 entretiens ont été menés. Ces entretiens individuels ont concerné des acteurs clés de la lutte contre le VIH/sida en Mauritanie,

à savoir le SENLS, le PNLS, CTA, ONUSIDA, OMS, UPEC de Nouadhibou, SERLS Nouadhibou et Rosso, Représentants d'AGD, Représentant de SOS PE, Représentant de CDV à Nouadhibou, INRSP, DRAS, CSS, Réseau de PVVIH.

Comme préconisé dans le guide méthodologique, deux guides d'entretien (annexe 4) ont été utilisés pour structurer les groupes de discussion et les rencontres plus ouvertes :

- o Un guide d'entretien pour les focus groups a été utilisé lors des échanges avec les bénéficiaires en vue de capter leur perception de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services offerts, ainsi que leurs attentes ;
- o Un guide d'entretien individuel semi-structuré pour orienter les discussions avec les informateurs clés en fonction de leur niveau de responsabilité, de leur niveau d'implication et du type d'actions qu'ils sont amenés à mettre en œuvre ;

Une grille de synthèse a été élaborée et a permis la saisie et l'analyse transversale des informations recueillies lors des interviews et des entretiens.

### **c. Analyse des résultats et rédaction du rapport**

La méthode d'analyse de la présente étude a été qualitative. Toutes les données collectées lors des visites de terrain ont été traitées et analysées. De même que celles issues de la revue de la littérature.

Les informations ont été classées par thèmes afin de faire ressortir les incohérences et les redondances.

Ce sont les résultats comportant les différentes thématiques étudiées qui sont déclinés dans le présent rapport.

## **4. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE**

La présente étude comporte des biais et des limites, notamment liés aux études qualitatives, exposés ci-dessous :

- Biais de désirabilité sociale : certaines personnes interrogées n'ont pas donné de réponse objective, tout était positif pour elles. Pour contourner cette limite, nous avons interrogé plusieurs acteurs intervenant dans la même structure.
- Effet de soumission au groupe, observé notamment dans les focus groups avec les TS : un individu interrogé dans un groupe qui

<sup>28</sup> Sur la base du guide méthodologique FORSS

influence les réponses des autres membres. Pour contourner ce biais nous avons demandé aux autres participants leur avis sur les questions abordées.

- Biais méthodologiques qui se sont posés lorsqu'il s'est agi d'interroger les acteurs du niveau opérationnel qui sont souvent pressés par le temps et ont donc trouvé le questionnaire long. Pour éviter ce biais, l'intérêt de l'étude a été expliqué pour tous les acteurs intervenants dans la lutte contre le VIH/sida.

# Analyse des résultats de l'étude

## 1. Analyse du contexte mauritanien

### 1. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les enquêtes bio-comportementales conduites par le SENLS en 2014 ont permis d'identifier trois populations clés qui seraient à risque avec des prévalences plus de cinq fois plus élevées que dans la population générale : TS (4%), HSH (44,4%) et détenus (2,88%).

Pour les TS, bien qu'entre 2007 et 2014, la tendance de la prévalence du VIH soit à la baisse (7,64% à 4% de séropositivité au VIH), sur la même période, il ressort que les connaissances adéquates des modes de transmission et des moyens de prévention y compris de l'importance du préservatif seraient en diminution, passant respectivement de 21,9% à 11,24% et 70,11% à 41,9%<sup>29</sup>.

L'enquête bio-comportementale conduite par le SENLS en 2014<sup>30</sup> a permis de déterminer une séropositivité estimée à 44,4% pour les HSH. Selon l'étude, il s'agit d'un groupe multiethnique dont l'âge est situé entre 25 et 44 ans d'horizons divers, mais se connaissant quasiment tous. Ils se prostituent plus qu'ils ne le font par orientation sexuelle ou pour du plaisir, et auraient pour clients « des personnes déjà établies en famille, mariées, qui parfois avaient un bon statut social et plus ou moins respectées, donc personne ne pouvait les soupçonner d'être des HSH »<sup>31</sup>.

Les déterminants et facteurs de risque liés au VIH/sida en Mauritanie sont entre autres :

- La pauvreté et chômage (44% de la population est touchée par la pauvreté globale),
- La migration et tourisme,
- La mobilité interne et externe des Mauritaniens,
- Les mariages multiples et divorces,
- La méconnaissance des IST,
- Le faible accès au préservatif.
- Le faible accès géographique au service de conseil, dépistage volontaire anonyme.
- La persistance des pratiques à risques pour la transmission VIH/sida
- La stigmatisation des PVVIH<sup>32</sup>

## 2. ORGANISATION DE LA RIPOSTE NATIONALE CONTRE LE VIH/SIDA ET DOCUMENTS STRATÉGIQUES

Plusieurs acteurs interviennent dans la lutte contre le VIH/sida en Mauritanie (annexe 1) : le SENLS, le PNLS, les UPEC de Nouadhibou, Kiffa, Kaédi, Néma, Zouerate, les ONG, l'ONUSIDA, l'OMS, MJS, MEN, l'INRSP, entre autres. Le système sanitaire concernant la lutte contre le VIH/sida s'organise en deux niveaux :

- Le niveau central a pour tâches la conception, la coordination, la mobilisation des ressources, et le suivi-évaluation. Il est composé de plusieurs personnes techniques dont le coordinateur du programme, le chargé du suivi-évaluation, le responsable de la prise en charge, un responsable GAS, un chargé de formation et un comptable (entre autres).

- Le niveau périphérique qui est en charge de la mise en œuvre des activités de la lutte contre le VIH au niveau opérationnel est composé du Centre de traitement ambulatoire (CTA) et des UPEC au niveau de 6 centres hospitaliers régionaux (Kaédi, Zouerate, Nouadhibou, Rosso, Kiffa, Nema)<sup>33</sup>. Toutefois, l'UPEC de Rosso n'est pas encore fonctionnel même si le SENLS a déjà formé le personnel soignant<sup>34</sup>.

- o L'organe politique d'orientation et de décision est le CNLS. Il s'agit d'un dispositif de coordination et de pilotage de la réponse nationale qui est défini par le décret 02762003 portant création du Comité National de Lutte contre le Sida et des Comités Régionaux et l'arrêté 00631 portant création, attributions et fonctionnement du Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le Sida (SENLS) et des Secrétaires Exécutifs Régionaux de lutte contre le Sida (SERLS)<sup>35</sup>.

- Le CNLS a pour missions principales:

- › la définition des orientations nationales en matière de lutte contre le VIH/sida et les autres IST ;
- › la conduite de plaidoyers en faveur de la mobilisation des ressources financières ;
- › la validation, adoption des plans d'actions, budgets annuels et bilans de mise en œuvre ;
- › le renforcement de la multisectorialité et de la décentralisation dans la riposte contre le VIH/sida ;
- › le suivi effectif et régulier de la mise en œuvre de la riposte au niveau national et de l'application des engagements pris par le pays au niveau international en matière de lutte contre le VIH/sida<sup>36</sup>;

29 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2018-2021

30 Ibid

31 Ibid

32 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, PNUD, OCTOBRE 2012

33 2015-2018

34 Entretiens individuels

35 CNLS, ONUSIDA, Rapport d'activité sur la réponse au Sida en Mauritanie, 2014,

36 Politique et Stratégie de prise en charge des Personnes vivants avec le VIH/sida, 2014

- o Le SENLS est chargé de la riposte au niveau national avec une action multisectorielle large impliquant les secteurs gouvernemental, privé et associatif<sup>37</sup>.

Le SENLS a développé plusieurs plans stratégiques dont le dernier en vigueur couvre la période 2018-2021. La majorité de cette riposte est financée par des bailleurs, une partie par l'État. Depuis 2014, l'État alloue un budget de 100 000 \$ à la ligne budgétaire du VIH/sida<sup>38</sup> et le Fonds mondial a alloué un montant de 32 millions de dollars à la Mauritanie pour la période d'allocation 2014-2016 dans le cadre de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et dans le cadre de l'appui au renforcement des systèmes de santé<sup>39</sup>. Cependant ce fonds n'a pas été décaissé par l'état dans sa grande majorité ce qui constitue un frein à la riposte nationale.

- o Depuis 2017, un nouveau Programme National de Lutte contre le VIH/sida (PNLS) a été créé<sup>40</sup>. Le PNLS dépend de la Direction de la Lutte contre les Maladies (DLM)<sup>41</sup> du ministère de la Santé. Outre le PNLS, plusieurs autres documents stratégiques nationaux prennent en compte la dimension de la lutte contre le VIH/sida dans les thématiques qu'ils abordent : le Plan national de développement sanitaire 2012-2020, le profil de pauvreté (2008), le rapport de l'enquête MICS (2012), la stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée 2016-2030 (SCAPP) à l'horizon 2030.

Dans le PSN 2015-2018, quatre axes ont été déclinés :

- Axe 1 : Intensification de la Prévention de la transmission du VIH
- Axe 2 : Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH
- Axe 3 : Droits humains, Genre et Environnement favorable
- Axe 4 : Gouvernance, Partenariat et renforcement des systèmes sanitaire et communautaire<sup>42</sup>

Les cibles prioritaires identifiées dans le PSN 2015-2018 sont les populations clés les plus exposées aux risques d'infection VIH :

- les TS,
- les HSH,
- les détenus
- les routiers

- les populations en contexte de vulnérabilité telles que les jeunes, les femmes enceintes, les migrants<sup>43</sup>.

### 3. LÉGISLATIONS RELATIVES AU VIH/SIDA ET AUX POPULATIONS CLÉS

La Mauritanie fait partie des pays qui condamnent par peine de mort les relations entre personnes du même sexe. Le code pénal mauritanien de 1983 comporte notamment un chapitre relatif aux relations sexuelles dites « contre nature » qui criminalise ainsi ces actes<sup>44</sup>, et développé comme suit :

« Section IV : *Attentats aux mœurs de l'islam : Hérésie, apostasie, athéisme, refus de prier, adultère.*

Art. 308 : *Tout musulman majeur qui aura commis un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe sera puni de peine de mort par lapidation publique.*

Art. 307 : *Tout musulman majeur de l'un ou l'autre sexe, coupable de crime de Zina<sup>45, 46</sup> commis volontairement et constaté, soit par (4) quatre témoins, soit par l'aveu de l'auteur, soit, en ce qui concerne la femme, par un état de grossesse, sera puni publiquement, s'il est célibataire, d'une peine de flagellation de cent (100) coups de fouet et d'un an d'emprisonnement ».*

Il s'agit d'une loi qui n'est toutefois pas appliquée à ce jour en Mauritanie dans sa globalité : il n'y a pas de punition publique à travers des coups de fouet donné au condamné mais le côté emprisonnement est possible.

Par ailleurs, l'analyse documentaire a permis de mettre en lumière l'existence d'une loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida<sup>47</sup>. Cette loi, bien que comportant des articles sur la discrimination, n'évoque pas les populations clés.

« Art. 21 – *Est interdite toute discrimination, sous quelque forme que ce soit, à l'encontre d'une personne dont la séropositivité au VIH est réelle ou supposée.* »

« Art. 22 - *Est punie d'un emprisonnement de un à six mois et d'une amende de cent à trois cent mille ouguiyas ou de l'une de ces deux peines, toute personne physique coupable des 7 actes discriminatoires à l'encontre d'une personne dont la séropositivité au VIH est réelle ou supposée. Est punie d'un emprisonnement d'une amende de cinq cent milles à deux millions d'ouguiyas, toute personne morale coupable des actes discriminatoires à l'encontre d'une personne dont la séropositivité au VIH est réelle ou supposée.* »

37 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott 2018-2020

38 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2018-2021

39 Rapport d'activité 2015-Initiative 5%, Expertise France, 2015

40 Unicef, Annual Report, 2017

41 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2018-2021

42 Ibid

43 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

44 Ordonnance 83-162 du 09 juillet 1983 portant institution d'un Code Pénal

45 Crime d'adultère

46 Loi n° 2007.042 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA

47 Loi n° 2007.042 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA

Bien qu'existante, cette loi n'est accompagnée d'aucun texte d'application. Le développement de réseaux de PVVIH regroupant 18 associations a permis de mettre en place un plaidoyer pour l'application de ce texte, qui a été décliné en actions dans le PSN 2015-2018 :

- « Annexe : Effet 3.1. : 80% des situations de discrimination et de stigmatisation à l'égard des PVVIH et des populations clés sont réduites<sup>48</sup>. »
- « Pour l'axe relatif aux droits humains, genre et environnement favorable, au vu des implications socio-culturelles des actions liées à ce axe, les risques seraient importants à gérer afin de ne pas compromettre toute la réponse; en effet, autant il est indispensable de mener des actions ciblées envers les groupes à haut risque à type de soutien psycho-social, économique et juridique pour minimiser les risques de transmission et à terme les sortir d'une situation globalement à risque, autant ces groupes sont considérés illégaux au vu de la juridiction nationale, ce qui rend ces actions à la limite de l'illégalité; les risques seraient donc des décisions hautement politiques, suscitées par des groupes de pression, qui remettraient en cause différents principes de la réponse nationale dont en particulier l'action prioritaire vers ces moteurs de l'épidémie<sup>49</sup>. »

Est donc évoqué le caractère interdit voire clandestin du travail des TS, expliquant ainsi pourquoi il est difficile de toucher ces publics vulnérables dans plusieurs actions.

Le travail du sexe – officiellement interdit – évolue dans la totale clandestinité ; les acteurs de la société civile intervenant auprès de ces groupes (car il existe plusieurs formes de travail du sexe) et les focus groups organisés à Nouakchott, Rosso et à Nouadhibou rapportent les difficultés pour ces personnes d'accéder à l'information, au préservatif et au lubrifiant, et de protéger leurs droits, en particulier en cas d'interpellation par les services chargés de la lutte contre la dépravation des mœurs<sup>50</sup>. Les focus groups organisés à Nouakchott, Rosso et Nouadhibou dans le cadre de cette étude ont rapporté les mêmes problèmes notamment le harcèlement constant par la police des travailleurs.se.s du sexe.

## L'accès aux services pour les PVVIH et populations clés

Pratiquement toutes les parties prenantes interrogées dans cette étude ont décrit les mêmes types de paquets de services disponibles dans le pays :

- Prévention / Sensibilisation,
- Dépistage,
- Prise en charge médicale, sociale, nutritionnelle.

Les paquets de service disponibles dans le pays diffèrent selon les niveaux :

- o Au niveau opérationnel, seul le CTA fournit un paquet plus ou moins complet. Au CTA, le dépistage est gratuit et confidentiel. Les tests de dépistage sont approvisionnés par le SENLS. La prise en charge y est gratuite et est composée de plusieurs volets :
- o le traitement médicamenteux par les ARV qui n'a pas connu de ruptures de stocks depuis plusieurs mois ; et par les IO qui a connu plusieurs ruptures de stock notamment le cotrimoxazole (dus aux problèmes de disponibilité de ce médicament qui est souvent en rupture de stock sur le marché);
- la prise en charge psychologique avec des assistantes sociales, le psychologue n'étant plus présent ;
- la prise en charge sociale avec des repas communautaires, qui n'est plus régulière ;
- la prise en charge nutritionnelle avec distribution de kits alimentaires mais cette distribution ne se fait plus depuis plus d'une année ;
- les analyses tels que la mesure des CD4 qui se fait deux fois par an, et la mesure de la charge virale (CV) qui se fait une fois par an, l'appareil de la CV était en panne depuis plus d'une année. Certains HSH ont souligné ne pas avoir bénéficié de CV depuis deux ans<sup>51</sup>.
- › La distribution de préservatifs se fait de façon occasionnelle<sup>52</sup>. On parle essentiellement de « distribution silencieuse ». Les prestataires, le SENLS et le PNL affirment que les services fournis sont facilement accessibles aux PVVIH. Cette réponse est plus mitigée chez les bénéficiaires notamment les TS et HSH. En effet, les focus group ont fait ressortir la non régularité voire l'absence de certains services tels que :

48 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

49 Ibid

50 Ibid

51 Entretiens individuels et focus group

52 Entretiens individuels et focus group

- › la distribution des préservatifs qui se fait de façon très occasionnelle quelle que soit la structure qui en dispense (ONG, SENLS, CTA, SERLS) ; au moment de l'étude, il y'avait une rupture de stock en préservatifs à Nouakchott (très peu de stocks avec les ONG), Rosso et Nouadhibou où la demande est très élevée ;
- › le dépistage gratuit n'est accessible que dans certains sites tels que le CTA, les UPEC, certaines ONG à Nouakchott (SOS PE, Stop Sida), parfois sous condition avec les centres de santé CSS.
- › Il y'a un recul frappant dans le cas du dépistage avec des CDV très peu fonctionnels (INRSP à Nouakchott, CDA de Rosso, NAD de Nouadhibou), et il n'y a plus d'actions d'ONG ni des SERLS qui étaient parfois les seuls à intervenir.
- › Les prestataires interrogés et le niveau central ne semblent pas mesurer ce problème d'accès aux services des populations clés. En effet, selon eux, les services sont accessibles pour tous sans jugement. Le coordinateur du PNLS ainsi que l'ONUSIDA ont été les seuls à parler de barrières et de stigmatisation et/ou discriminations.

## 1. PRÉVENTION

La distribution des préservatifs et les actions de sensibilisation sont les moyens de prévention contre le VIH/sida les plus utilisés en Mauritanie. Les focus-groups et les différents entretiens ont par ailleurs mis en lumière la non-existence de la prévention par le traitement (TasP) en Mauritanie.

En ce qui concerne les préservatifs, c'est le SENLS qui approvisionne le CTA, les ONG, le REMAP, les prisons, l'armée, et certains organismes internationaux tels que le HCR. Selon le Responsable GAS du SENLS, ce sont 3 millions de préservatifs qui sont distribués chaque année sur le territoire mauritanien à travers ces structures. Le SENLS est lui approvisionné par l'UNFPA. Cet approvisionnement devrait s'arrêter en 2019, dans la mesure où l'achat des préservatifs est inscrit dans le mécanisme de subvention du Fonds Mondial (FM) à partir de 2020<sup>53</sup>.

La revue de la littérature a permis de souligner l'absence absence de programmes de sensibilisation<sup>54</sup>, état confirmé par les différents entretiens avec le SENLS. De fait, la Mauritanie

est caractérisée par des faibles niveaux dans la prise de conscience des risques encourus, la connaissance des modes de transmission et des moyens de prévention du VIH/sida autant dans la population générale que dans les populations clés<sup>55</sup>. Peu de personnes parmi celles interviewées au niveau central et opérationnel ont parlé de sensibilisation axée pour les populations clés, même si l'une des personnes du programme rencontrées a témoigné : « Pour les TS, HSH il existe un manque de sensibilisation, l'offre de services doit être adaptée à leur mode de vie ; ils souffrent de problème de reconnaissance et d'acceptation de leur présence ou statuts »<sup>56</sup>.

Concernant la prévention de la transmission du VIH et les changements de comportement, le PSN 2015-2018 ressort toutefois une analyse de la situation et de la réponse, basée en bonne partie sur les dernières enquêtes et qui concordent avec les observations tirées des focus groups avec les TS et HSH :

- Faible connaissance des modes de transmission et des moyens de prévention ;
- Faible connaissance des sites de délivrance des services ;
- L'utilisation du préservatif en cas de rapport à risque est loin d'être systématique, y compris pour les groupes à risques ;
- La nécessité de procéder à une communication adaptée reste nécessaire ;

Des obstacles subsistent encore dans l'accès aux préservatifs et dans la capacité des TS, des HSH qui se prostituent et des détenus victimes de viols à négocier cette utilisation de préservatifs<sup>57</sup>.

## 2. DÉPISTAGE ET COUNSELLING

Le dépistage de l'infection par le VIH est, actuellement, un acte obligatoire (pour la PTME) ou individuel volontaire à l'initiative de toute personne souhaitant connaître son statut sérologique dans le cadre ou non d'une situation d'exposition à un risque<sup>58</sup>.

Selon le SENLS, ce sont 200 000 tests de dépistages qui sont distribués gratuitement chaque année aux OSC nationales, le HCR, l'armée, les prisons, le REMAP et le CTA<sup>59</sup>.

Les moyens de dépistage pratiqués en Mauritanie sont le dépistage fixe et le dépistage mobile. Une évolution positive des chiffres de dépistage a été constatée depuis 2002, grâce d'une part au concours de la société civile qui

53 Entretien individuel et focus group

54 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott 2018-2020

55 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2018-2021

56 Focus groupes et entretiens

57 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

58 Coalition PLUS, Guide du dépistage de l'infection à VIH dans la région Maghreb Algérie, Maroc, Mauritanie, Tunisie), Mars 2018

59 Entretiens individuels

s'est activée à travers des stratégies mobiles et d'autre part, à l'ouverture croissante de CDV. Il faut également souligner l'apport de la décentralisation dans l'augmentation des chiffres de dépistage, qui s'est fait à travers les SERLS<sup>60</sup>. Le dépistage volontaire du VIH a connu une nette évolution dans ses chiffres entre 2002 et 2008, passant de 120 dépistages en 2002 à 9073 dépistages en 2008, pour une prévalence estimée à 1.60%. En 2009, le nombre de volontaires était beaucoup moins élevé que celui de 2008, il est passé à 5 148 volontaires avec une prévalence proche de celle nationale (1.05%). En 2010, les volontaires au dépistage étaient au nombre de 7 738. Entre 2016 et 2017, le nombre de dépistages effectués s'élevait à 15 669<sup>61</sup>. L'explosion de ces chiffres s'explique par la mise en œuvre du dépistage mobile. En effet, le financement d'activités mobiles de dépistage en 2011 ont permis l'augmentation de 55% du nombre de dépistés à travers les CDV du pays pour atteindre 33 234 volontaires. Sur cette même année, le dépistage mobile a concerné environ 98% des dépistages tandis que le dépistage fixe n'en a concerné que 2%<sup>62</sup>.

Il est clair que la stratégie mobile reste plus efficace en termes de chiffres par rapport à la stratégie fixe, toutefois, cette dernière n'est pas à négliger puisqu'elle est plus efficace sur le long terme, sur le changement ou maintien de comportements à moindre risque vis-à-vis du VIH<sup>63</sup>.

Certes, il y'a une augmentation des chiffres concernant le dépistage (tout récemment entre 2016 et 2017), notamment grâce à la décentralisation à travers les SERLS, à la mise en place des CDV/SDV, à l'implication de la société civile, au développement des stratégies avancées de dépistage. Toutefois, il subsiste beaucoup d'insuffisances :

- Le dépistage volontaire du VIH et de la co-infection VIH/tuberculose (VIH/TB) reste largement insuffisant ;
- L'irrégularité dans la fonctionnalité de certaines structures de dépistage ;
- L'insuffisance de la communication ciblée autour de ces centres ;
- La faible confiance des populations dans le système de soins, en particulier par rapport aux aspects de confidentialité, à cause du stigma qui entoure encore les personnes séropositives au VIH ;
- Les difficultés d'accès aux groupes à hauts risques d'infection par le VIH (TS, prisonniers, HSH)<sup>64</sup> ;

La faiblesse de la couverture géographique nationale en centres ou services de dépistage reste le facteur le plus important expliquant le non-accès aux PVVIH et populations clés au dépistage du VIH/sida (un seul CTA en Mauritanie et seulement 5 UPEC pour 15 régions, peu de CDV disponibles, ONG très peu présentes dans les autres régions (en dehors de Nouakchott), etc.). En 2016, on dénombrait 22 structures de dépistage à travers le pays : seulement 5 étaient fonctionnelles avec transmission régulière de données au niveau central. Le nombre de personnes dépistées est très variable d'une structure à une autre avec 647 à l'UDAG<sup>65</sup> et 329 au CTA (tous deux à Nouakchott), 787 au Centre de dépistage volontaire (CDV) de Kiffa, 100 au CDV de Rosso, 37 au CDV de Nouadhibou et 46 au CDV de Néma. Par ailleurs, au niveau des sept centres de santé à Nouakchott, le dépistage est axé sur la PTME<sup>66</sup>. Au niveau des UPEC de Nouadhibou, Kiffa, Kaédi, Néma, Zouerate, CTA<sup>67</sup> néanmoins, le dépistage concerne toutes les populations, y compris les populations clés.

Plusieurs CDV ne fonctionnent plus notamment par manque de disponibilité de personnels et de réactifs. En effet, le CDV de Rosso ne fonctionne plus, de même que celui de Nouadhibou (Centre Nedwa)<sup>68</sup>. En outre, le pourcentage de personnes qui connaissent un lieu où se faire tester pour le VIH reste faible chez les 15-49 ans : il est de 28,2 % pour les femmes et 33,5% pour hommes. Ce résultat peut-être lié à la vulnérabilité des femmes, à travers notamment le tabou lié à la sexualité dans la société mauritanienne, l'analphabétisme et aux représentations socio-culturelles du VIH/sida<sup>69</sup>.

Le pourcentage de personnes qui ont été testées pour le VIH et qui connaissent le résultat durant les 12 derniers mois chez les 15-49 ans est de 5,9% chez les femmes et 3,9% chez les hommes<sup>70</sup>. Malgré la demande suscitée par ces campagnes de mobilisation sociale, ces ONG sont souvent confrontées aux problèmes liés à l'insuffisance de l'offre de dépistage causée par les ruptures récurrentes en tests et consommables ou l'absence de personnel médical (laborantin, infirmier...). En effet l'offre de service de dépistage reste encore centralisée au sein des structures de santé sans un réel partenariat avec les ONG<sup>71</sup>. Actuellement, dans les villes de Rosso et Nouadhibou très peu d'acteurs communautaires sont actifs<sup>72</sup>. Il y'avait quelques représentations d'ONG telles que l'AGD, SOS PE, AMPF, et une autre ONG qui avaient des activités de dépistage mobile mais ces derniers n'en font plus depuis plus d'une année.

60 Secrétariat Exécutif Régional de Lutte contre le VIH/Sida

61 Plan National Stratégique de lutte contre le VIH/sida et les IST 2018-2021

62 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, 2012

63 Ibid

64 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

65 Unité de Dépistage Anonyme et Gratuit

66 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

67 Entretiens individuels

68 Idem

69 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, 2012

70 MICS 2015

71 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

72 Tirés des entretiens individuels et visites de terrain

En octobre 2018, quelques activités de dépistage volontaire ont été menées par un consortium d'ONG avec l'appui financier du SENLS et de ses partenaires<sup>73</sup>. Toutefois, ces campagnes de dépistage n'ont duré qu'un trimestre, ce qui est très insuffisant par rapport à la demande (problèmes de procédures, taux de décaissement du Fonds mondial, etc.). L'une des personnes interrogées avait évoqué que les ONG sur 2 mois de dépistage auprès de 175 HSH avait dépisté 11 cas de VIH.

### 3. TRAITEMENT ET SOINS

En Mauritanie, les réactifs, les ARV, les médicaments contre les infections opportunistes (IO) et les kits alimentaires sont gratuits et intégrés dans la liste des médicaments essentiels. L'achat d'une partie des ARV se fait désormais sur budget de l'État (depuis 2011, tout nouveau cas serait pris en charge sur budget de l'État) et le reste sur le financement du Fonds Mondial (FM). Ainsi depuis 2014, l'État alimente de 1 000 000 \$ la ligne budgétaire sur le VIH<sup>74</sup>.

Par ailleurs, il existe une circulaire<sup>75</sup> signée par le ministère de la Santé pour le traitement pour tous les PVVIH par ARV quel que soit le taux de CD4<sup>76</sup>.

#### 3.1 SITES DE PRISES EN CHARGE DISPONIBLES ET OPÉRATIONNELS

Dans le PSN 2018-2021, on parle de quatre (7) structures de prise en charge (PEC) : le CTA de Nouakchott, les unités de prise en charge (UPEC) à Nouadhibou, à Kiffa, à Kaédi, Néma, Zouérate, Rosso. L'UPEC de Rosso n'est pas encore fonctionnel même si le personnel a été formé. Actuellement, le pays compte donc 5 UPEC fonctionnelles (Nouadhibou, Kaédi, Kiffa, Néma, Zouérate) et un CTA à Nouakchott. Chaque UPEC dispose – au moins – d'un médecin et d'un pharmacien formés sur la prise en charge du VIH/sida<sup>77</sup>. A l'intérieur du pays, les UPEC ont été intégrées aux structures hospitalières régionales existantes<sup>78</sup>.

La revue de la littérature a montré qu'il n'y a eu aucun changement en matière de couverture géographique de la prise en charge depuis le PSN 2015-2018, et aujourd'hui, avec ses cinq (5) UPEC et le seul CTA disponibles, la Mauritanie reste largement non couverte. De fait, certains PVVIH sont obligés de parcourir jusqu'à 800 km pour atteindre l'UPEC la plus proche, accentuant ainsi le phénomène de perdus de vue et rendant

de plus en plus difficile l'accès aux autres composantes non médicales de cette prise en charge globale. De même, dans toutes les UPEC, les mêmes difficultés récurrentes sont notées :

- le diagnostic et la prise en charge pédiatriques du VIH avec un suivi biologique et un counselling pas toujours adapté<sup>79</sup>, bien que le SENLS a doté les UPEC d'appareils de mesure de la charge virale qui mesurent également celle des enfants<sup>80</sup> ;
- la discontinuité de la prise en charge nutritionnelle ;
- le diagnostic de certaines infections opportunistes ;

L'UPEC de Kaédi serait la moins fonctionnelle (manque notamment d'équipements de charge virale et de dosage des CD4). Comparativement, le CTA (à Nouakchott) serait assez fonctionnel avec prise en charge médicale, psychologique, nutritionnelle et soutien social en cas de besoin ; pour la PEC nutritionnelle au CTA, il s'agirait de kits alimentaires individuels distribués sur la base de critères de sélections, et en cas de besoin, avec assistance sociale et repas communautaires (2 par semaine)<sup>81</sup>.

#### 3.2 PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Selon les dernières estimations ONUSIDA, le pays compterait environ 5 600<sup>82</sup> personnes vivant avec le VIH.

Entre 2013 et 2016, la file active au CTA de Nouakchott qui représente moins de 50% des inscrits a connu une légère baisse, passant de 42,7% à 41,5%. Ainsi dans le pays, plusieurs causes peuvent expliquer qu'un PVVIH sur deux ne bénéficie pas de suivi :

- le décès de la personne est non répertoriée ;
- le suivi de la personne dans une autre structure publique ou privée ;
- la personne est perdue de vue, sans aucun traitement spécifique ni aucune forme d'appui<sup>83</sup>.

Dans cette même file active, plus de 90% des personnes sont mises sous ARV et bénéficient d'un suivi médical et psychologique adapté. Il est à noter que les PVVIH étrangers bénéficient du traitement et du suivi médicalisé au même titre que les nationaux<sup>84</sup>.

Le pays n'a pas connu de ruptures de stock en ARV sur les deux dernières années, entraînant son interruption. Cependant, il est déploré la rupture de stock régulière de médicaments contre les IO notamment la

73 Entretiens individuels

74 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2018-2021

75 Circulaire sur la stratégie TETERIM dans les structures de prise en charge des PVVIH

76 Entretiens individuels

77 Entretiens individuels avec le SENLS/SERLS/PNLS

78 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

79 Ibid

80 Entretiens individuels

81 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

82 Données ONUSIDA 2017

83 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

84 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott 2018-2020



Cotrimoxazole<sup>85</sup>. Allant dans le même sens, l'enquête SARA de 2016 confirme cet état et montre que la disponibilité des médicaments est problématique puisque seules 9 structures sur 14 disposent de cotrimoxazole, la chute de la disponibilité des directives de prise en charge passant de 100% en 2013 à 57% en 2016, la disponibilité d'agents formés passant de 35% en 2013 à 73% en 2016<sup>86</sup>.

### 3.3 DISPONIBILITÉ DE LA CHARGE VIRALE ET SUIVI BIOLOGIQUE

Les PVVIH en Mauritanie bénéficient d'un suivi biologique (bilan standard et taux de CD4), de la mesure de la charge virale (CV), et dans les textes, les PVVIH ont en principe droit à la mesure de la charge virale chaque année ainsi que les bilans standards et les taux de CD4 deux fois par an.

Néanmoins, la mesure de la charge virale est actuellement loin d'être systématique. Le SENLS n'a doté que les UPEC et le CTA d'appareils de mesure de la charge virale, et en règle générale, la CV se fait au niveau de l'INRSP, ce qui prolonge le délai et alourdit le circuit de la prise en charge. Le CTA par exemple dispose d'un appareil de mesure de charge virale, mais continue à faire faire cette charge virale par le laboratoire de l'INRSP pour des raisons de « commodités » qui ne facilitent pas la systématisation de ce suivi comme prévu dans la stratégie tester et traiter<sup>87</sup> dont l'application devait débiter le 1<sup>er</sup> octobre 2018 à travers une circulaire faite par le ministre de la Santé<sup>88</sup>. Par ailleurs, la machine de l'INRSP était en panne depuis plus d'un an, et la CV n'a pu reprendre qu'en novembre 2018. Cet état est confirmé par les focus groupes que nous avons eu avec les populations clés (HSH, TS) qui affirment ne pas avoir bénéficié de CV depuis 2017.

### 3.4 FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT (ATTITUDE ET COMPÉTENCES)

Selon l'étude SARA 2016, le nombre d'agents de santé formés à la prévention, à la prise en charge et au suivi médical est estimé à 8%<sup>89</sup> et donc très insuffisant.

Cette situation est expliquée dans le PSN 2018-2021 comme résultant d'un manque de ressources humaines peu qualifiées, malgré l'effort de formation entrepris pour les médecins, des pharmaciens et des autres personnels de soins, ce qui impacte la fonctionnalité de certaines UPEC. La mobilité du personnel

existant est un autre facteur aggravant le problème de disponibilité, en particulier au niveau des UPEC de l'intérieur. Il est important de fixer le personnel à l'intérieur du pays. En effet certains employés refusent de rester à l'intérieur du pays et préfèrent être muté à Nouakchott ; d'autres refusent tout simplement d'occuper leur poste à l'intérieur du pays. Cette situation crée un manque de ressources humaines qualifiées surtout que le personnel formé auparavant quitte et il faut encore reformer les nouveaux qui risquent également de quitter à tout moment.

Il est à noter par ailleurs que les UPEC des régions se caractérisent par des locaux exigus, non adaptés aux spécificités de cette prise en charge, avec plusieurs activités dans la même salle, ce qui favoriserait la stigmatisation par les personnels de santé, et constituerait donc un frein à l'utilisation des services de prise en charge et participerait à entretenir en plus une auto-stigmatisation de plus en plus importante, ce qui viendrait renforcer les risques de perdus de vue parmi les PVVIH suivies<sup>90</sup>.

Le focus-group mené avec les HSH de Nouadhibou a confirmé cet état de fait. En effet, certains PVVIH HSH préfèrent aller jusqu'à Nouakchott pour se soigner ou prendre leurs médicaments par peur de la stigmatisation<sup>91</sup>, ce qui a une véritable influence sur le nombre de perdus de vue autant au niveau de Nouadhibou qu'à Nouakchott. Par ailleurs, le rapport d'activités de l'ONG AGD a fait ressortir plusieurs contraintes rencontrées par les HSH et les TS, dont le nonaccès aux services de santé pour cause de préjugés/ stigmatisation<sup>92</sup>.

## Focus sur les populations clés : HSH et TS

### 1. HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES (HSH)

#### Remarque préliminaire :

*Les HSH rencontrés pour la présente étude étaient de Nouadhibou et de Nouakchott. Il semblerait qu'il n'existe pas de HSH connus des acteurs communautaires ou du SERLS à Rosso<sup>93</sup>. La plupart des HSH rencontrés étaient des PVVIH et TS également.*

85 Focus group avec les HSH et entretiens

86 Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA), Mauritanie, 2016

87 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott 2018-2020

88 Circulaire sur la stratégie TETERIM dans les structures de prise en charge des PVVIH

89 Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA), Mauritanie, 2016

90 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

91 Focus group avec HSH Nouadhibou

92 AGD, Projet de promotion des droits à la prévention du VIH des populations clés à Nouadhibou, 2016

93 Entretiens et visites de terrain

## Connaissances

Les HSH à Nouakchott rencontrés connaissent bien la thématique du VIH/sida. Ils ont pour la plupart reçu des informations sur le VIH/sida, notamment les modes de contamination lors de leur participation à des séminaires de formation. Certains ont entendu parler du VIH/sida pour la première fois au Sénégal à travers des spots radios, télévisés et sketches sur le VIH/sida (les HSH de Nouadhibou rencontrés sont pour la plupart de nationalité sénégalaise).

## Accès aux services

### Prévention

Concernant l'accès aux services de prévention, les HSH ont des informations sur la prévention du VIH/sida qui serait connue à travers des sensibilisations mais pas à travers les conseils qui sont très minimes selon eux. Les modes de prévention (prévus et disponibles au niveau national) que sont les préservatifs, sont connus au niveau de Nouakchott. L'utilisation du préservatif comme moyen de prévention est toutefois encore faible et connaît des résistances socioculturelles qui demeurent encore tenaces. Par ailleurs, les personnes interrogées déplorent la rupture continue en préservatifs au CTA et la distribution ponctuelle faite par les ONG<sup>94</sup>. A Nouadhibou, les HSH ne savent pas où s'approvisionner en préservatifs (Les associations SOS PE et AGD en approvisionnaient mais il y'a des ruptures depuis plusieurs mois) : ils s'approvisionnent tous au niveau des pharmacies où les préservatifs sont payants (3 préservatifs pour 10 MRU), ce qui limite l'accès pour les plus démunis. Très peu de HSH connaissent l'UPEC de Nouadhibou et savent que le dépistage y est gratuit. Ils connaissent néanmoins le CTA de Nouakchott. D'ailleurs, la majorité des HSH de Nouadhibou préfèrent aller à Nouakchott pour s'approvisionner en préservatifs et en médicaments (CTA). Au moment de l'étude, il y'avait une rupture de stock de préservatifs autant au CTA qu'au niveau des ONG et du REMAP où les HSH avaient l'habitude de s'en procurer.

Témoignage d'un HSH : « *Il arrive que des clients refusent d'utiliser les préservatifs, parfois il faut arriver à convaincre ce dernier de la nécessité d'utiliser une protection* ».

### Dépistage

Le dépistage pour les HSH est difficilement accessible pour plusieurs raisons :

- la méconnaissance de l'UPEC de Nouadhibou ;
- la peur d'aller au CTA qui pour eux est stigmatisant car le lieu est connu comme étant un centre de traitement pour le VIH/sida ;
- Très peu d'ONG présentes à Nouadhibou ;
- la non fonctionnalité de la CDV de Nouadhibou ;
- Ils ont accès au dépistage au CTA de Nouakchott principalement, la plupart disent de dépister chaque 3 mois au CTA ou avant avec les ONG, ils n'ont pas bénéficié de charge virale depuis plus d'une année.

La honte d'aller dans les structures telles que le CTA pour se dépister par peur de la stigmatisation a été évoquée. Ils affirment que très peu d'ONG proposent des dépistages ciblés : les activités des ONG sont faites de façon très ponctuelle. En effet, il est reproché au CTA de Nouakchott sa « spécialisation » qui favoriserait la stigmatisation des utilisateurs et/ ou leur auto-stigmatisation<sup>95</sup>.

### Traitement

Parmi les HSH rencontrés pour les focus-groups, certains étaient PVVIH, et ont fait part de plusieurs manques dans l'accès aux services :

- Très peu de PVVIH ont bénéficié de conseils pendant le traitement. Pour certains, le traitement par ARV a été proposé plusieurs années après le dépistage. Certains affirment ne pas avoir bénéficié d'accompagnement psychologique, l'information étant mal donnée. Il y'a eu quelques fois une interruption de traitement, à cause de la lassitude de prendre le traitement et la stigmatisation associée.
- Le suivi médical n'est pas régulier selon les HSH de Nouakchott : ils déplorent que les médecins traitants ne soient pas facilement accessibles à l'exception de certains.
- Le suivi social n'est plus fait depuis plus d'une année.
- Il existe une aide à la prise de traitement (observance) qui est faite par les assistantes sociales du CTA, mais ce n'est pas forcément régulière.

94 Focus group avec les HSH

95 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

- Le soutien psychologique est devenu rare au CTA, depuis au moins un an.
- L'éducation thérapeutique se fait de moins en moins et consiste uniquement en groupes de causerie autour des repas communautaires.
- Pour les examens biologiques : l'appareil de l'INRSP était en panne jusqu'en novembre. Un PVVIH a affirmé lors d'un focus-groupe ne pas avoir pu faire de mesure de sa charge virale (CV) depuis 2017.
- La mesure du taux de CD4 est quant à elle plus régulière : deux fois par an.

### **Stigmatisation, discrimination, violences vis-à-vis des HSH**

Beaucoup de HSH ont décrit les discriminations voire des violences qu'ils auraient vécues. Certains ont parlé de rejet par leurs propres parents ou de violences verbales de la part de leurs proches. Ils se retrouvent complètement abandonnés par la famille.

*« Ma propre maman m'a rejetée et m'a dit que j'aurais dû être comme les autres membres de la famille ».*

L'accès aux services est difficile pour les PVVIH surtout pour les HSH. Selon ces derniers, tous les PVVIH souffriraient de stigmatisation de la part du personnel soignant, et soulignent le rejet et le manque de confidentialité, plus particulièrement lorsqu'ils appartiennent aux populations clés.

*« Une de mes amies TS que j'accompagnais s'est vue refusée l'accès aux soins au Centre Hospitalier National lorsqu'elle est tombée gravement malade. Elle est décédée à l'hôpital sans assistance médicale, et émotionnellement cela m'a beaucoup affecté, on nous a traités comme des animaux ce jour-là ».*

Par ailleurs, il faut souligner qu'à Nouadhibou, on note une discrimination plus accentuée chez les HSH qui se disent constamment harcelés par la police qui les rafle, et leur font du chantage, ce qui a des conséquences tant psychologiques que dans l'observance de leur traitement.

*« J'ai été raflé par la police qui m'a mis en prison pendant 7 jours où je suis resté sans prendre mes médicaments ARV ».*

Tous les HSH ont dit préférer aller au CTA (Nouakchott) à cause de la stigmatisation, et ont émis plusieurs besoins et revendications, parmi lesquels le respect de leurs droits, et l'arrêt du harcèlement par les forces de l'ordre (police).

Un paradoxe ressort des différents entretiens menés avec des interlocuteurs clés : le personnel de santé et des membres du SENLS pensent que les HSH sont bien traités car selon eux ils auraient des « bailleurs très puissants ». Ceci démontre la subsistance de préjugés à l'égard des HSH au sein des acteurs de lutte contre le VIH et la méconnaissance et/ou la volonté de ne pas reconnaître leur réalité, notamment concernant leur accès aux services de santé.

## **2. TRAVAILLEUR.S.E.S DU SEXE (TS)**

Les TS interrogées au niveau de la ville de Nouakchott, Nouadhibou et Rosso étaient uniquement des femmes.

### **Remarques préliminaires :**

- Les TS interrogées au niveau des villes de Nouakchott, Nouadhibou et Rosso étaient uniquement des femmes. Parmi les TS présentes, il n'y avait pas de PVVIH déclarées.
- L'enquête comportementale et sérologique menée par l'INRSP en 2007 auprès de 225 travailleuses du sexe à Nouakchott, Nouadhibou et à Rosso<sup>96</sup> a montré que plus de la moitié (54,8%) étaient des Mauritaniennes<sup>97</sup>, tendance confirmée par les focus groups, où la majorité des TS étaient Mauritaniennes<sup>98</sup> ;
- L'existence de maisons closes dans les lieux de fréquentation<sup>99</sup> est une situation constatée à Nouadhibou. A Nouakchott et Rosso, il en existe, mais de moins en moins ;
- Beaucoup de TS appartiennent à une association de TS (18,6%)<sup>100</sup> : cela a notamment été confirmé par les TS de Nouadhibou.

### **Connaissances**

Les 3 focus groups avec les TS font ressortir les mêmes caractéristiques dans les trois zones d'enquête, et viennent confirmer la revue de la littérature :

- Très faible connaissance sur le VIH/sida de façon globale ;
- Faible connaissance des modes de transmission (hormis le lait maternel) et des moyens de prévention (la plupart connaissent néanmoins le préservatif et son intérêt) ;
- Très peu d'entre elles ont déjà bénéficié de sensibilisation
- Méconnaissance des lieux de dépistage.

96 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, 2012

97 Ibid

98 Focus Group avec les TS

99 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, 2012

100 Ibid

Les résultats du focus groupes montrent que les TS ont un niveau de connaissances proche de la population générale alors qu'elles constituent un groupe à risque. À Rosso, la méconnaissance des TS sur le VIH/sida est plus accentuée que dans les autres villes. L'une d'entre elles affirme avoir entendu parler du VIH/sida de façon informelle auprès d'une femme dont le mari était porteur VIH/sida : « *Le mari était atteint du VIH/sida qu'il a contracté lors d'un de ses voyages, mais ses femmes n'ont pas été contaminées* ». Les échanges avec les TS montrent que l'information a été obtenue auprès de médias étrangers lors d'un séjour. Certaines ont évoqués le manque d'information de la part des médias mauritaniens concernant le VIH/sida et le risque encouru par les TS après un rapport sexuel.

Parmi les TS de Rosso, Nouadhibou et Nouakchott, il y'avait des relais qui avaient participé à plusieurs séminaires de formation sur le VIH/sida. En tant que femmes relais TS, elles ont eu à informer sur le VIH/sida et distribuer des préservatifs à leurs paires.

### **Accès aux services**

#### Prévention

L'importance du préservatif masculin est connue et la majorité affirme l'utiliser de manière régulière même si certains clients utilisent l'argent comme moyen de pression pour l'éviter, alors que le préservatif féminin est beaucoup moins connu, et son utilisation jugée plus difficile (certaines ont toutefois évoqué son importance, surtout si le client refuse de porter un préservatif). Concernant l'accès aux préservatifs, elles s'en procurent gratuitement auprès des ONG, si disponibles, mais affirment qu'il y'a des ruptures de stock depuis plusieurs mois. Elles s'approvisionnent également auprès des officines où le préservatif est payant (3 préservatifs pour 10 MRU (0,25 euros)), ce qui favorise leur vulnérabilité. Son utilisation reste importante, mais déséquilibrée : 87,5% lors des rapports sexuels payants, contre 42,4%, en cas de rapport sexuels non payants ; 8,6% d'entre elles déclarent ne l'avoir pas utilisé à cause, essentiellement, des problèmes de disponibilité et d'accès financier<sup>101</sup>.

#### Dépistage

Parmi les TS interrogées, certaines n'ont jamais été dépistées. Celles qui se sont fait dépister l'ont fait depuis plus d'une année, à l'exception

d'une qui en avait fait il y'a deux mois de cela. L'une des personnes interrogées à Rosso disait qu'à un moment donné, les TS de Rosso préféraient se faire dépister à Richard Toll, ville sénégalaise frontalière avec la Mauritanie parce que la personne qui faisait le counselling en Mauritanie n'était pas discrète.

#### Stigmatisation, discriminations, violences

Le préservatif est une source d'interpellation par la police. En effet, les TS de Nouakchott et Nouadhibou ont affirmé avoir été inquiétées par la police lorsque ces derniers ont trouvé des préservatifs dans leurs sacs.

En matière d'accessibilité et d'utilisation des soins, une étude chez les TS a fait ressortir une forte stigmatisation et un manque de confidentialité et de professionnalisme dans les services de santé, en particulier les services publics, et l'importance du relai assuré par les OSC qui facilitent l'accès aux préservatifs et au dépistage notamment<sup>102</sup>.

Des besoins liés au VIH ont été identifiés par les TS :

- manque d'informations,
- manque de suivi (orientation) des patients malades ou non,
- disponibilité des préservatifs, toujours en rupture de stock.

101 PNUD, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, 2012

102 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

103 CNLS, Rapport d'activité sur la réponse au Sida en Mauritanie, 2014

## Analyse générale

L'analyse des documents montre l'existence de textes nationaux qui s'inscrivent dans les recommandations internationales. Ainsi, en Mauritanie, les deux derniers PSN (2015-2018 et 2018-2021) ont décliné des orientations stratégiques qui découlent de la déclaration des chefs d'État de l'Union Africaine Abuja+12 afin de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030<sup>103</sup>.

De même, le caractère concentré de la prévalence est bien documenté et pourrait servir à organiser une lutte plus efficace contre le VIH/sida en ciblant plus directement les populations clés.

Bien que l'ancien et le nouveau PSN de même que le plan d'action de lutte contre le VIH/sida dans la CUN (2018-2020) préconisent une approche ciblée des populations clés, l'enquête terrain a montré l'absence d'approche spécifique pour les populations clés, que ce soit en termes de prévention, de dépistage et/ou d'accès aux traitements : ces dernières ne sont pas recensées et bénéficient de très peu d'activités orientées vers elles.

Il ressort de cette étude que les services fournis en termes de prévention, dépistage, prise en charge médicale, respect des droits humains restent très faibles en Mauritanie, en particulier au niveau des trois zones d'études, surtout pour les HSH et TS. Concernant les UDI, ils sont très peu évoqués dans la littérature, de même que lors des visites de terrain et entretiens.

L'absence de programmes de communication<sup>104</sup>, comme le confirment nos différents entretiens avec le SENLS, est un frein à la prévention des PVVIH y compris populations clés,

Les mêmes tendances sont décrites dans l'évaluation faite dans le PSN 2014 qui fait ressortir la faiblesse du dépistage dans la population générale et dans les populations en contexte de vulnérabilité, il serait moyen dans certaines populations clés à haut risque d'infection à VIH. Les principaux obstacles identifiés sont le faible niveau de connaissance, l'insuffisance des actions de communication et dans l'accessibilité, l'insuffisance des services de dépistage (moins de 4% des centres de santé et moins du tiers des hôpitaux offrent de manière adéquate le dépistage du VIH, les distances entre sites de dépistage et UPEC aggravent les problèmes de référence avec coordination insuffisante entre les différents types de structure<sup>105</sup>).

104 Plan d'action de lutte contre le sida pour la ville de Nouakchott, 2018-2020

105 Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018

# Conclusion et recommandations

## CONCLUSION

Les situations décrites dans cette étude démontrent l'urgence d'agir. La population générale pourrait être exposée sachant qu'il s'agit d'une prévalence dite concentrée en Mauritanie. Toutefois, le fait que cette prévalence soit concentrée chez des groupes précis peut être un atout pour la riposte contre le VIH/sida à condition que ces populations bénéficient d'actions ciblées de la part de tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/sida. La couverture géographique des services VIH est minime pour tous les PVVIH, en particulier pour les TS et HSH. Le ciblage des zones de l'étude est pertinent d'autant plus que cette situation place les TS de Nouakchott, Nouadhibou et Rosso et les HSH de Nouakchott et Nouadhibou en contexte de vulnérabilité.

L'offre de services disponibles pour les PVVIH est également disponible pour les TS et HSH mais en raison de discrimination et/ou violences à leur égard, ces populations clés ont tendance à ne pas accéder à ces services.

Selon le rapport 2018 de suivi mondial de l'ONUSIDA<sup>106</sup>, les populations clés doivent pouvoir avoir accès aux services de santé sans craindre d'être victimes de stigmatisation ou de discrimination. Ce rapport met l'accent sur l'importance pour les populations clés d'accéder aux soins dispensés par des professionnels de santé ayant des connaissances médicales afin de répondre à leurs besoins spécifiques : *« Idéalement, tous les services traditionnels doivent répondre aux normes afin d'être davantage sensibilisés aux besoins de ces populations clés. La couverture des traitements antirétroviraux est donc déterminante pour l'accès aux services traditionnels ».*

## RECOMMANDATIONS

Certaines difficultés pourront être prises en charge par les ONG, mais d'autres dépendent de l'État. En effet, comment agir sur les ruptures de préservatifs et de tests de dépistage sachant que c'est le gouvernement qui est en charge de l'approvisionnement et de la distribution de ces intrants indispensables à la lutte contre le VIH/sida ?

Il faut absolument la mise en œuvre d'actions orientées vers les populations clés quels que soient les acteurs qui interviennent sur le terrain.

À l'encontre du SENLS et PNLS :

- Disponibilité des intrants tels que les préservatifs et les tests de dépistage pour les acteurs communautaires : le niveau central devrait augmenter la consommation annuelle et mettre en place des procédures afin de faciliter le travail de certaines ONG travaillant avec les populations clés, s'assurer que le bénéficiaire final ait bien accès au service ;
- La décentralisation de la prise en charge doit être effective et les sites fonctionnels pour permettre de fixer les bénéficiaires et d'éviter des perdus de vue ;
- Inciter les ONG à cibler les populations clés dans leurs actions de prévention et dépistage ;
- Rendre les centres de dépistage fonctionnels ;
- Faire du plaidoyer pour que la loi PVVIH ait ses textes d'application.

Auprès de la communauté urbaine de Nouakchott (CUN) :

- Mise en œuvre du plan de la CUN sur la riposte contre le VIH/sida pour la ville de Nouakchott (2018-2020).

Auprès des prestataires de soins :

- Meilleur suivi des populations clés PVVIH par le personnel soignant : il faudrait former les soignants sur les droits des populations clés, la stigmatisation, confidentialité afin d'éviter les perdus de vue, les errances entre les services.

Aux acteurs communautaires :

- Aménager des lieux discrets mais connus des populations clés dédiés à leurs besoins,
- Mener des actions de prévention adaptées aux populations clés.
- Plaider pour un dépistage ciblé des populations clés,
- Renforcer les droits des populations clés à travers des actions de plaidoyer envers le SENLS

106 ONUSIDA, Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2018-2019

**Tableau 1 : résumé des services disponibles pour les populations clés en Mauritanie**

<b>Les services disponibles en Mauritanie</b>	<b>Sites/situation</b>	<b>Barrières à l'accès</b>
Lois	<p>Existant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Loi n° 2007.042 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA</li> <li>- Loi 42/2007 sur le dépistage du VIH/sida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans texte d'application</li> <li>- Les TS et HSH évoluent clandestinement en Mauritanie</li> <li>- Harcèlement constant de la police</li> </ul>
Prévention	<p>Distribution de préservatif timide, faite par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ONG,</li> <li>CTA,</li> <li>UPEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractère interdit du travail sexe</li> <li>- Rupture de préservatifs</li> <li>- Manque d'information</li> <li>- Harcèlement constant de la police</li> </ul>
Dépistage	<p>Nouakchott</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CTA</li> <li>- ONG (SOS PE, AGD)</li> <li>- Le CDV de l'INRSP ne fonctionne plus</li> </ul> <p>Nouadhibou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UPEC</li> <li>- CDV ne fonctionne pas</li> <li>- UPEC</li> </ul> <p>Rosso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas d'UPEC</li> <li>- CDV ne fonctionne pas</li> <li>- pas d'ONG faisant des dépistages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractère interdit du travail du sexe</li> <li>- Rupture en tests VIH</li> <li>- Très peu d'ONG qui font du dépistage</li> <li>- Très peu voire aucun CDV fonctionnels dans les 3 zones</li> <li>- Stigmatisation</li> <li>- Manque d'information</li> </ul>
Traitement PVVIH	<p>Nouakchott</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CTA</li> </ul> <p>Nouadhibou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UPEC</li> </ul> <p>Rosso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'UPEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de rupture d'ARV depuis au moins 2 ans</li> <li>- Rupture en médicaments anti-IO tel le cotrimoxazole</li> <li>- Stigmatisation par le personnel et autostigmatisation</li> <li>- Caractère stigmatisant du CTA</li> </ul>

# Bibliographie

**PNSR**, Plan National stratégique en Santé de la Reproduction, 2016-2020

**ONS**, Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 2013

**SENLS**, Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2018-2021, Janvier 2018

**Ministère de la santé**, Phase II révisée du plan national de développement sanitaire (Période 2017-2020), Mauritanie

**ONS, UNICEF, AFD, UNFPA**, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2015 Rapport de résultats clés Septembre 2016

**SENLS**, Plan stratégique national de 3ème génération de lutte contre le sida en Mauritanie- Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2015-2018, 2014

**ONUSIDA**, Rapport sur les villes, Perspectives ONUSIDA, 2014

**ONUSIDA**, Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019, ONUSIDA, 2018

**CUN**, Plan d'action de lutte contre le Sida pour la ville de Nouakchott, période 2018-2020

**SENLS, ONUSIDA**, Rapport d'activité sur la réponse au Sida en Mauritanie, 2014

**PNUD**, Cartographie de la vulnérabilité au Sida en Mauritanie, Octobre 2012

**ONS**, Annuaire statistique Mauritanie, 2015

Solidarité sida, ITPC MENA, Initiative 5%, Guide méthodologique - Élaboration d'un rapport d'état des lieux des services disponibles en matière de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie, 2018

**SENLS**, Politique et Stratégie de prise en charge des Personnes vivants avec le VIH/sida, 2014

**Initiative 5%**, Rapport d'activité 2015, Expertise France, 2015

**Unicef**, Annual report, 2017

**Journal Officiel**, Ordonnance 83-162 du 09 juillet 1983 portant institution d'un Code Pénal, Mauritanie

**Présidence de la République**, Assemblée Nationale, Sénat, Loi n° 2007.042 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida, 2007 Mauritanie

**Coalition Plus**, Guide du dépistage de l'infection à VIH dans la région Maghreb, Mars 2017

**Ministère de la santé**, Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA), Mauritanie, 2016

**Ministère de la santé**, Circulaire sur la stratégie TETERIM dans les structures de prise en charge des PVVIH, Octobre 2018

**AGD**, Projet de promotion des droits à la prévention du VIH des populations clés à Nouadhibou, 2016

**ONS**, Annuaire statistique, SNIS 2016

**Ministère de la santé**, Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020, Mauritanie

**SENLS**, Plan national Suivi et Évaluation (PSN) 2015-2018, juin 2017

**SENLS**, Note conceptuelle VIH pour la subvention au Fonds Mondial 2016-2018

Normes et directives des centres de dépistages anonymes, 2003



# Annexes

## ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES POUR ENTRETIEN

Nom et Prénom	Fonction	Structure	Lieu
Souley Diarra	Secrétaire	CCM	Nouakchott
Dr Dr Ely Meida Zein	Coordinateur adjoint	Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le VIH/sida (SENLS)	Nouakchott
Heyine Ely Cheikh	Responsable de la Gestion et Approvisionnement des stocks	SENLS	Nouakchott
Abderahmane Mohamedoune Baye	Coordinateur	Programme National de Lutte contre le VIH/sida	Nouakchott
Moulaye El Wafi	Secrétaire Exécutif Régional	Secrétariat Exécutif Régionale de Lutte contre le VIH/sida (SERLS) de Nouadhibou	Nouadhibou
Dr Abdellahi Ould Md Mahmoud	Pharmacien	UPEC de Nouadhibou	Nouadhibou
Diouldé	Secrétaire Exécutif Régional	de Lutte contre le VIH/sida (SERLS) du Trarza (Rosso)	Rosso
Dr Barikalla	Médecin Chef	Centre de Traitement Ambulatoire (CTA)	Nouakchott
Dr Fall	Médecin Chef	Centre de Traitement Ambulatoire (CTA)	Nouakchott
Dr Bollahi	Directeur	Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)	Nouakchott
Roghaya Diawara	Sage-femme	Centre de Santé de Sebkhia (CSS)	Nouakchott
Ousmane Diop	Représentant antenne AGD Rosso	AGD de Rosso	Rosso
Dr Mohamed Cheikh	Chargé des programmes SR	OMS	Nouakchott
Dr Boubacar	Chargé de programmes maladies VIH/sida	OMS	Nouakchott
Dr El Moustapha Attigh	Représentant	ONUSIDA	Nouakchott
Sy Djibril	Président	SOS PE	Nouakchott
Mohamed Maouloud	Point focal SENLS	Association des PVVIH	Nouakchott

**ANNEXE 2 : FOCUS GROUPES EN FONCTION DU LIEU ET LE NOMBRE DE PERSONNES PRÉSENTES**

<b>Populations clés</b>	<b>Nombre personnes présentes</b>	<b>Lieu</b>
<b>Nouakchott</b>		
HSH	8	Siège AGD
TS	8	Siège AGD
<b>Nouadhibou</b>		
HSH	8	Maison d'un HSH
TS	8	Maison d'une TS
<b>Rosso</b>		
TS	8	Siège AGD
Total	40	

**ANNEXE 3 : TABLEAU RÉSUMÉ DU NOMBRE DE SITES DE COLLECTE, D'ENTRETIENS ET DE FOCUS GROUPES**

Nombre de sites de récoltes de données	4
Nombre d'entretiens avec des informateurs clés	15
Nombre de focus groups menés	5

## ANNEXE 4 : GUIDES D'ENTRETIENS

### 1/ INDIVIDUEL

Ce guide s'adresse aux :

- Représentants du gouvernement : Ministère de la Santé, Programme National de Lutte contre le VIH/sida,
- Représentant d'agences internationales : Fonds Mondial, ONUSIDA, OMS...
- les autres partenaires locaux (services techniques concernés),
- les autorités locales (CUN),
- Prestataires de soins
- Représentants d'associations de lutte contre le VIH/sida et de défense des droits humains.

S'agissant d'entretiens semi-directifs, ce guide servira de fil directeur et sera adapté à chaque interlocuteur ainsi qu'à la dynamique de l'entretien.

NUMÉRO            /   /   /

NOM ENQUÊTEUR : ..... DATE

NOM DE L'ENQUÊTE : (E) .....

ZONE DE L'ENQUÊTE : .....

Profil de l'enquêté (e)

1. Profession :  
Qualification :
2. Niveau d'étude : 1 Primaire 2 Secondaire 3 supérieur 4 Aucun
3. Sexe :            1 Homme 2 Femme
4. Organisation (employeur) : .....
5. Poste occupé : .....

#### A. Services existants et fournis

1. Quel est le paquet fournis pour le VIH/Sida dans votre structure (dans le pays) ?
2. La palette de services fournis prévention, dépistage, prise en charge est-elle facilement accessible aux PVVIH, Qu'en est-il de l'accès des populations clés (HSH, TS, UDI) à ces services ?
3. Pouvez-vous nous indiquez les modes de prévention réellement disponibles ?
4. Coût des différents modes de prévention ?
5. Quelle Stratégie de prévention adaptée aux populations clés (HSH, TS, UDI) ?

#### B. Dépistage

1. Le dépistage volontaire et confidentiel du VIH/sida est-il largement disponible sur le territoire (dans votre structure) ?  
Est-il disponible gratuitement ?
2. Les services de conseil et de dépistage volontaire et confidentiel sont-ils accessibles de la même manière pour tous les PVVIH, y compris les populations clés (HSH, TS, UDI) ?  
Quels sont les obstacles que vous identifiez ?
3. Quelle est la politique et la pratique en matière de dépistage ?
4. Nombre de centres de dépistage disponibles et opérationnels ;
5. Disponibilité du dépistage volontaire, confidentiel et gratuit ;
6. Accessibilité des services de conseil et de dépistage pour tous les PVVIH, y compris pour les populations clés (HSH, TS, UDI) ;

### **C. Traitement**

1. Quel est le traitement fourni ? Quelle génération ?
2. Etes-vous confrontés à des ruptures d'approvisionnement ?  
Si oui, à quelle fréquence ? De quelle durée ?
3. Nombre de sites de prise en charge disponibles et opérationnels ;
  - Accès aux traitements (accessible, abordable, équitable) ;
  - Disponibilité des ARV ;
  - Disponibilité et fréquence des tests de charge virale ;
  - Formation du personnel soignant (attitude et compétences) ;
  - Respect de la confidentialité et de l'anonymat

### **D. Impact de la violence et de la stigmatisation**

1. Comment évaluez-vous le rôle de la violence et de la stigmatisation dans l'accès aux services disponibles pour les PVVIH et plus particulièrement pour les populations clés (HSH, TS, UDI) ?
2. Certains prestataires limitent-ils les services qu'ils fournissent ? Si oui, auprès de quelle population ?
3. Existe-t-il des programmes de lutte contre les violences et/ou de lutte contre les discriminations, notamment à l'endroit des populations clés ?
4. Si oui, comment sont-ils mis en application en lien avec l'offre de dépistage, de soins et de traitement ?
5. Où en est le SENLS dans son plaidoyer pour :
  - l'Axe stratégique 3: Droits humains, Genre et environnement favorable pour la population clé (lois, accès aux conseils, dépistage...)
  - pour l'axe stratégique 1 qui prévoit l'intensification de la prévention de la transmission du VIH du PSN 2015-2018

### **E. Obstacles et leçons apprises**

1. Quels sont les principaux obstacles à l'accès au dépistage / traitement ?
2. Quels sont les obstacles les plus importants empêchant les populations clés d'avoir pleinement accès aux services disponibles ?
3. Est-ce que les actions impulsées par les agences mondiales sur le dépistage ou le traitement ont eu un impact (positif ou négatif) sur la prestation de services ?  
Si oui, pour quelles populations ?
4. Quels sont les obstacles à la mise en place d'une loi protégeant les droits des populations clés ?

## 2/ FOCUS GROUP

Ce support est conçu pour aider à la collecte des données auprès de la population clé ciblée dans le projet : HSH, TS, UDI.

NUMÉRO            /   /   /

NOM ENQUÊTEUR : ..... DATE

ZONE DE L'ENQUÊTE : .....

### A. Accès aux services

1. Avez-vous connaissance des différents services disponibles dans votre pays ?
2. Avez-vous accès aux services suivants et à quel rythme :
  - informations sur la prévention du VIH/sida,
  - tous les modes de prévention (prévus et disponibles au niveau national),
  - dépistage,
  - suivi médical régulier,
  - soutien psychologique,
  - soutien social,
  - aide à la prise du traitement (observance),
  - éducation thérapeutique,
  - examens biologiques ?
3. Si oui, avez-vous des difficultés à accéder à ces services ?
5. Quels sont, selon vous, vos besoins en termes de service auxquels vous souhaiteriez avoir accès ?
6. Comment les services dans chacun de ces domaines pourraient-ils mieux répondre à vos besoins ?

### B. Dépistage

1. Quelles ont été vos expériences avec le dépistage du VIH ?
2. Avez-vous reçu suffisamment d'informations sur le dépistage du VIH et les options de dépistage disponibles ?
3. Vous êtes-vous senti obligé de subir un test de dépistage du VIH/sida ?  
Si oui, pouvez-vous décrire.

### C. Traitement

1. Si vous êtes séropositif avez-vous eu accès aux traitements suite à votre dépistage ?  
Au bout de combien de temps ?
2. Avez-vous déjà dû interrompre votre traitement ?  
Si oui, combien de temps ? Pourquoi ?

### D. Stigmatisation, discrimination et violences

1. Avez-vous subi des discriminations et/ou violences à l'annonce de votre statut sérologique ?
2. Avez-vous été mal accueillie par une structure de santé (dépistage ou soins) ?  
Si oui, pouvez-vous décrire votre expérience
3. Selon vous, quel programme ou service pourrait aider à résoudre ces problèmes ?

FORSS

Conception graphique Anthony Bornachot

