

RAPPORT NATIONAL

FORSS

MAURITANIE #1



SYNTHÈSE
JUN À FÉVRIER 2024

INTRODUCTION

Pour accélérer la riposte VIH/Sida dans la région MENA, le programme FORSS (Former Suivre Soutenir) a été lancé **en 2018** par Solidarité Sida et ITPC-MENA grâce au soutien de l'Initiative : **créer du lien** entre les acteurs communautaires et le personnel de santé, collecter des données grâce à la mise en place d'**observatoires communautaires** pour identifier les barrières d'accès aux soins, **engager des stratégies de plaidoyer** ciblées sont autant d'actions menées pour **améliorer l'accès aux services de santé**.

Le programme FORSS est opérationnel dans **4 pays de la région MENA** grâce à l'implication d'associations nationales, à savoir : la Mauritanie avec AGD, le Maroc avec RdR-Maroc, la Tunisie avec l'ATL et enfin le Liban avec Marsa.



CONTEXTE

La région Moyen-Orient et Afrique du Nord est l'une des zones du monde encore sévèrement touchées par le VIH avec une augmentation de 116% de nouvelles infections entre 2010 et 2023 alors que seulement 49% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont accès au traitement antirétroviral¹. Il existe cependant très peu de données sur les services de santé, leur qualité, leur disponibilité et leur accessibilité, autant d'éléments clés pour lutter efficacement contre l'épidémie.

En Mauritanie, bien que la prévalence nationale ait diminué de 50% entre 2014 et 2024 (0,40% à 0,17%), témoignant des efforts soutenus en matière de prévention, dépistage et accès au traitement, des défis persistent, notamment parmi les populations clés comme les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes (HSH) et les professionnels du sexe (PS).

MÉTHODOLOGIE DE COLLECTE ET LIMITES

Le système de veille communautaire du modèle FORSS s'appuie sur une méthodologie mixte, combinant des données quantitatives et qualitatives, afin de fournir une vision globale et détaillée des services offerts aux PVVIH ainsi qu'aux populations clés, à chaque étape de la prise en charge. Ainsi, deux questionnaires sont administrés, un portant sur la prévention et le dépistage à destination de la population générale et population clé (questionnaire A), et l'autre sur la prise en charge des PVVIH (questionnaire B). Des groupes de discussion organisés tout au long de la collecte pour approfondir ou nuancer l'analyse de données quantitatives grâce aux données qualitatives collectées.

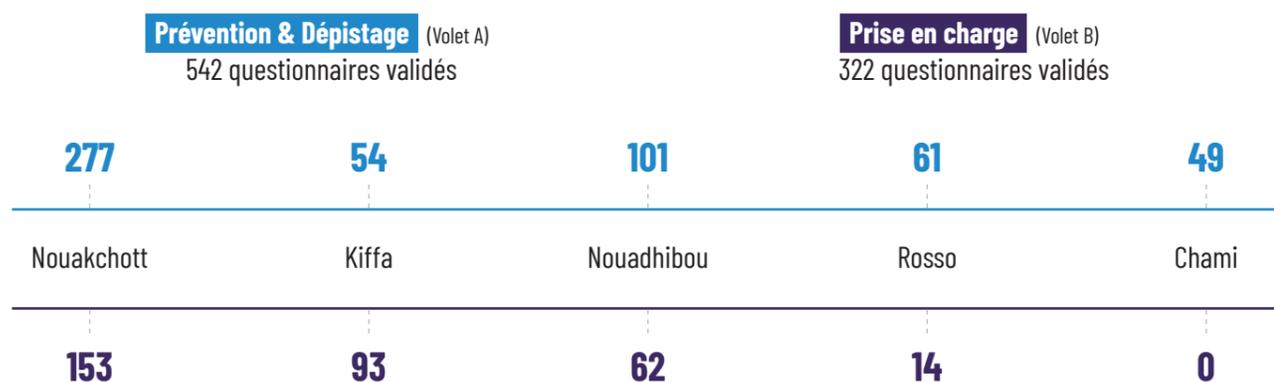
En Mauritanie, la collecte de données quantitatives a été réalisée dans cinq villes : Nouakchott, Nouadhibou, Rosso, Kiffa et Chami dans des sites étatiques et communautaires. Par ailleurs, 4 groupes de discussions ont été organisés durant cette période.

Bien que la méthodologie vise à maximiser la couverture des populations cibles, les résultats doivent être interprétés avec prudence. En effet, l'absence de suivi des mêmes participants à chaque collecte rendent difficiles les analyses longitudinales, limitant ainsi la comparaison des évolutions individuelles et permettant uniquement d'observer des tendances globales.

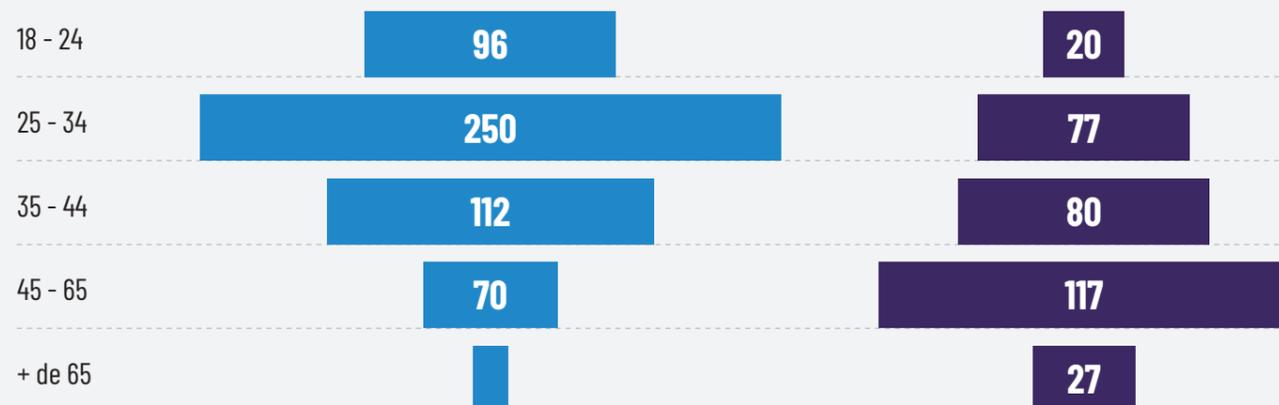
¹ Source : ONUSIDA 2024

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PERSONNES ENQUÊTÉES

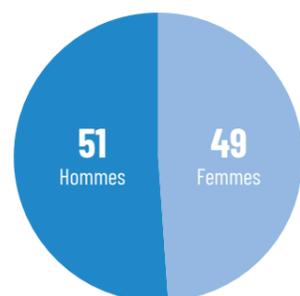
Nombre de personnes enquêtées par ville et de questionnaires validés



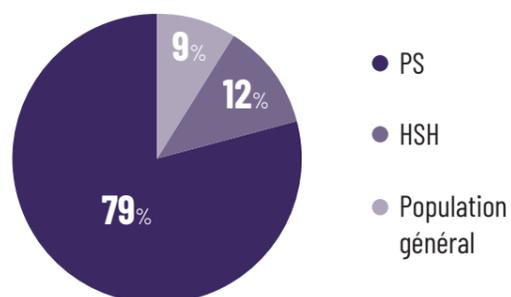
RÉPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE



RÉPARTITION PAR GENRE



RÉPARTITION PAR APPARTENANCE



RÉSULTATS CLÉS PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Niveau de connaissance des moyens de prévention et dépistage

Cet axe vise à évaluer le degré de sensibilisation aux stratégies de prévention (préservatif, Prophylaxie pré exposition) et aux différentes méthodes de dépistage, tout en identifiant les disparités entre les différents groupes (population générale et population clé), l'âge, le niveau d'éducation et les sources d'information. L'objectif est de mieux orienter les campagnes de sensibilisation pour combler les lacunes observées.

L'analyse des **connaissances sur la transmission du VIH** met en évidence des disparités notables. Si 44,2% des répondants connaissent plus de deux moyens de transmission, une part importante (29,8%) n'en cite qu'un ou aucun, révélant un déficit d'information préoccupant, particulièrement chez les plus de 65 ans (53,8 % sans aucune connaissance). De même, la sensibilisation varie selon les villes : Nouakchott et Nouadhibou affichent de bons résultats, tandis qu'à Chami et Kiffa respectivement 40% et 28% des répondants ne connaissent aucun moyen de transmission, nécessitant des efforts accrus en matière d'éducation et d'information.

En **matière de prévention**, près de la moitié des répondants (49,5%) ne connaissent qu'une seule méthode, et seuls 18,3% en identifient plus de deux. Les jeunes de 18 à 24 ans et les personnes de plus de 45 ans ont un niveau de connaissance relativement limité, avec une majorité identifiant une seule méthode. Les écarts sont également marqués selon les villes, avec une meilleure sensibilisation dans les grands centres urbains, et des lacunes marquées à Chami et Kiffa où 86% des répondants ne connaissent qu'une méthode de prévention.

Un groupe de discussion mené à Nouakchott auprès des populations clés (HSH et PS) montre une très faible connaissance et accessibilité de certains **outils de prévention comme la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP), le Traitement Post Exposition (TPE) et les préservatifs internes**. Si l'information sur ces moyens de prévention proviennent principalement des ONGs et des pharmacies, cette méconnaissance des populations clés témoigne d'une faible intégration de ces outils dans les campagnes de sensibilisation qui leurs sont destinées et met en avant le besoin d'adapter ces campagnes à leurs besoins spécifiques. Pour les personnes connaissant ces méthodes de prévention, des barrières liées au coût et à la disponibilité restent un défi.

« Généralement, nous achetons les moyens de prévention localement, car il n'existe pas de structures dédiées à leur distribution. Aucune ONG ne fournit ces moyens, et les centres de santé ne les distribuent que dans le cadre de la planification familiale. »

Enfin, la **connaissance des moyens de dépistage** reste largement insuffisante. Seuls 13% des répondants connaissent le Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD), 31% l'autotest et 14% le dépistage salivaire, traduisant un manque généralisé d'information. Ces résultats appellent à un renforcement des campagnes de communication pour améliorer l'accessibilité et l'adoption de ces méthodes, essentielles pour un dépistage plus large et précoce.



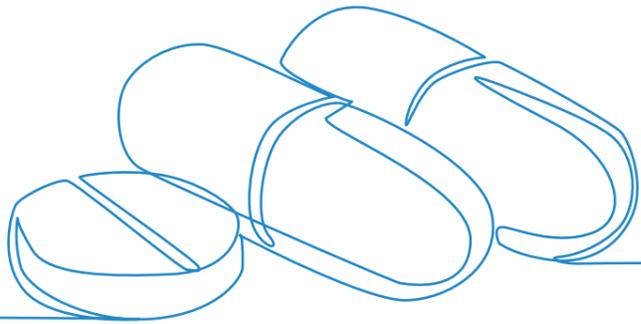
Concordance entre le motif de visite et le service réellement reçu

Cette analyse porte sur l'adéquation entre le motif initial de visite des patients et les services réellement reçus dans les centres de santé, en particulier le dépistage du VIH.

Le dépistage représente la principale raison de consultation, avec 67,8% des visites, confirmant ainsi le rôle central des centres de santé dans l'accès aux tests. Les autres motifs de visite sont beaucoup moins fréquents : la demande d'information concerne 13,1% des consultations, tandis que les consultations pour les IST et les suivis prénataux et postnataux représentent respectivement 3,6% et 3,8% et l'obtention de contraceptifs concerne 4,9% des visites. **Les demandes de soutien psychologique et juridique restent très marginales**, avec seulement 1,4% et 0,6% des consultations. Ces chiffres révèlent une **sous-utilisation des services complémentaires** pourtant essentiels et mettent en évidence la nécessité de mieux sensibiliser le public à ces offres.

Plus spécifiquement sur le type de dépistage, celui VIH est le principal motif de consultation pour 96% des patients contre 3,7% pour les IST et 2,1% pour les hépatites. Ces résultats mettent en évidence le rôle majeur des centres de santé dans la lutte contre le VIH, tout en soulignant la **nécessité de renforcer la promotion du dépistage pour d'autres infections**.

Parmi les répondants qui étaient venus réaliser le test, 7,6% ne l'ont pas effectué révélant l'existence de plusieurs obstacles. La principale raison invoquée par **26,5% des répondants est le sentiment de ne pas être à risque**, ce qui met en lumière un déficit de sensibilisation. Le **manque de disponibilité des tests, principalement à Chamí, et l'absence de proposition par le personnel de santé** sont également des freins importants, chacun représentant 19,7% des motifs de non-réalisation du test.



RÉSULTATS CLÉS PRISE EN CHARGE DES PVVIH

Accès à la prise en charge et adhérence au traitement

Cet axe de recherche vise à examiner les conditions d'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH, ainsi que les facteurs influençant leur capacité à adhérer durablement au traitement antirétroviral (ARV).

L'analyse de l'accès aux soins et de l'adhérence au traitement ARV met en évidence une **prise en charge rapide et globalement efficace des PVVIH**. En effet, 76% des personnes diagnostiquées ont initié leur traitement le jour même, tandis que 19% l'ont commencé dans

un délai d'un jour à un mois. Cependant, des retards existent encore, notamment pour 2% des patients qui ont attendu entre un et trois mois avant de débiter leur traitement, ce qui souligne **l'importance d'optimiser l'initiation immédiate des ARV afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge**.

Concernant l'adhérence au traitement, 90,4% des personnes interrogées déclarent être sous ARV, tandis qu'une minorité (7,8%) ne sait pas si elle suit un traitement, traduisant un déficit d'information et de suivi. Les cas d'interruption sont rares, avec seulement 0,6% des patients ayant cessé leur traitement et 0,9% ne l'ayant jamais commencé. Fait notable, **l'ensemble des HSH et des PS interrogés sont sous traitement, indiquant un accès réussi aux soins pour ces populations clés**.

Malgré cette bonne adhérence globale, 11% des répondants ont interrompu leur traitement au moins une fois au cours des six derniers mois. Parmi les principales raisons, l'oubli des rendez-vous médicaux (40,9%) et les déplacements ou déménagements (31,8%) sont les facteurs prédominants. De plus, **15,9% des patients estiment ne pas avoir besoin du traitement car ils se sentent en bonne santé, illustrant un manque de sensibilisation aux risques liés à l'arrêt des ARV**. Les discussions de groupe ont également révélé des obstacles structurels et sociaux à l'adhésion au traitement. Certains **patients craignent d'être exposés ou jugés lorsqu'ils récupèrent leurs médicaments, tandis que l'absence d'espace de confidentialité dans certains centres, dissuade certaines personnes de s'y rendre**.

Enfin, **l'accès aux services complémentaires liés à la prise en charge de la tuberculose, hépatites B, HPV reste un enjeu**. L'analyse des prestations montre que 47% des patients n'ont pas reçu de thérapie préventive contre la tuberculose (16% ne savent pas) et 89% n'ont pas reçu une vaccination pour hépatite B, Papillomavirus humain (HPV), grippe, etc. ce qui souligne un **manque important d'intégration des vaccins dans le processus de prise en charge**. Parmi les femmes, 45% ont bénéficié d'un test de grossesse le jour du diagnostic, mais 47% n'ont pas été testées, et 8% ne savent pas. Cela révèle un suivi inégal pour cette population spécifique, avec un **besoin d'améliorer l'accès aux tests de grossesses pour mieux intégrer la santé reproductive des PVVIH**.

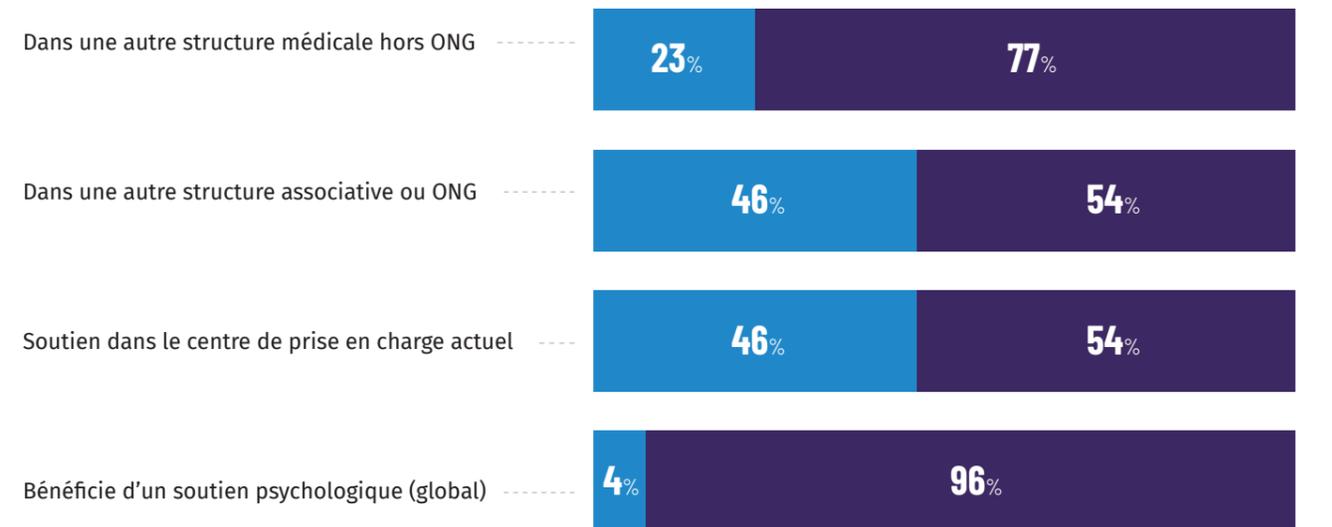
Accès au soutien et prise en charge psychologique

L'analyse des données montre une situation préoccupante concernant l'accès au soutien psychologique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En effet, une très faible proportion des répondants (seulement 4%) bénéficie actuellement d'un soutien psychologique. La grande majorité (96%) n'a pas accès à ce type d'accompagnement essentiel, ce qui indique une insuffisance significative dans l'offre ou dans la sensibilisation à ces services auprès des PVVIH.

Parmi ceux qui ont effectivement accès à un suivi psychologique, on constate une répartition équivalente entre les personnes qui reçoivent ce soutien dans leur centre actuel de prise en charge (46%) et celles qui se tournent vers des structures associatives ou ONG (46%). En revanche, l'accès à ce type de service dans d'autres structures médicales en dehors des associations reste limité à 23% seulement.

Ces données soulignent la nécessité d'accroître considérablement l'offre de soutien psychologique au sein des structures de prise en charge, tout en développant les partenariats avec les associations et les structures médicales alternatives pour pallier ce déficit et améliorer la prise en charge globale des PVVIH. L'intégration systématique de services psychologiques dans les centres de soins existants pourrait améliorer significativement la qualité de vie des PVVIH et favoriser leur adhésion aux traitements.

Répartition de l'accès au soutien psychologique chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)



● Oui ● Non

Stigmatisation et discrimination des populations clés et des PVVIH

Cet axe de recherche explore les disparités en matière de stigmatisation entre la population générale et les PVVIH, en analysant les formes de discrimination auxquelles ces dernières sont confrontées. Il vise à identifier les expériences de stigmatisation dans les services de santé, ainsi que dans la société en général, et à comprendre les facteurs influençant ces perceptions, notamment l'âge, le genre et la catégorie socioprofessionnelle.

Discrimination des populations clés dans les services de santé

La majorité des HSH et des PS déclarent ne jamais avoir été exclus ou discriminés dans les services de santé (91%). Cependant, une minorité a subi des discriminations, une fois (6% des HSH et 4,2% des PS) ou à plusieurs reprises (3% des HSH et 4,2% des PS). Par ailleurs, le groupe de discussion de Nouakchott a révélé que **la stigmatisation dans les structures de santé dépasse la discrimination explicite**. Des attitudes négatives et des jugements moralisateurs du personnel médical peuvent dissuader l'accès aux soins. Certains soignants **découragent l'usage de la PrEP en questionnant de manière intrusive les pratiques sexuelles des patients, tandis que d'autres montrent des réticences à distribuer des préservatifs internes, jugés inadaptés ou non prioritaires**.

Ces résultats montrent que, bien que les services de santé semblent globalement inclusifs pour ces populations vulnérables, des cas de discrimination persistent soulignant la nécessité de **renforcer la sensibilisation du personnel médical et d'instaurer des mécanismes de signalement et de prévention pour garantir un accès totalement équitable aux soins**.

Discrimination des populations clés dans les services publics

Dans les services publics (police, administration), la majorité des HSH (83,6 %) et des PS (89,6 %) déclarent n'avoir jamais été exclus ou discriminés. Toutefois, 14,9 % des HSH rapportent avoir subi plusieurs fois une discrimination, un taux plus élevé que chez les PS (4,2 %). Ces résultats révèlent des **inégalités de traitement au sein des services publics, nécessitant des actions de sensibilisation et des mécanismes de protection adaptés**.

Discrimination des populations clés en matière de logement

Concernant l'exclusion résidentielle, 20,9% des HSH et 27,1% des PS ont été contraints de déménager ou se sont vu refuser une location en raison de leur statut. Parmi eux, 14,9 % des HSH et 16,7% des PS ont vécu cette discrimination à plusieurs reprises. Ces chiffres mettent en évidence **la précarité résidentielle accrue de ces populations et la nécessité de renforcer la lutte contre les discriminations dans l'accès au logement**.

Discrimination des PVVIH en consultation médicale

La majorité des PVVIH parmi les HSH (95%) et les PS (81%) n'ont pas été victimes de discrimination lors d'une consultation médicale. Cependant, 13% des PS et 5% des HSH rapportent avoir subi une discrimination au moins une fois, et 6,3% des PS déclarent en avoir fait l'expérience plusieurs fois. Ces résultats montrent que, **bien que globalement inclusifs, les services de santé restent marqués par des discriminations touchant particulièrement les PS vivant avec le VIH**.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats obtenus, il est recommandé de **renforcer la formation des prestataires de santé, de lutter contre la stigmatisation et de favoriser l'accès aux outils de prévention comme la PrEP et les préservatifs internes. Par ailleurs, la mise en place d'unités mobiles et de services communautaires pourrait améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales**. Enfin, un effort particulier doit être consacré au suivi psychologique et à l'accompagnement des PVVIH pour garantir une meilleure adhérence aux traitements.

• Lutter contre la stigmatisation dans les services de santé :

- Former le personnel médical sur la non-discrimination et la prise en charge bienveillante des PVVIH et des populations clés
- Mettre en place des espaces de confidentialité dans les centres de santé, notamment à Nouadhibou et Chami, pour éviter l'exposition des patients
- Créer un système de signalement des discriminations au sein des établissements de santé

• Renforcer la sensibilisation et l'accès aux outils de prévention :

- Intensifier les campagnes d'éducation sur le VIH, la PrEP et le TPE, notamment dans les zones rurales
- Renforcer la sensibilisation sur les modes de transmission du VIH et méthodes de préventions pour les populations les plus jeunes et les plus âgées qui sont les moins bien informées
- Faciliter la distribution de préservatifs internes, actuellement sous-utilisés en raison du manque d'information et de points de distribution

• Améliorer l'adhérence aux traitements ARV :

- Encourager le suivi psychologique des PVVIH pour prévenir les interruptions de traitement
- Développer des solutions de dispensation ARV alternatives, comme la livraison discrète des médicaments, pour éviter que les patients ne se sentent exposés

• Intégrer la santé sexuelle et reproductive dans la prise en charge du VIH :

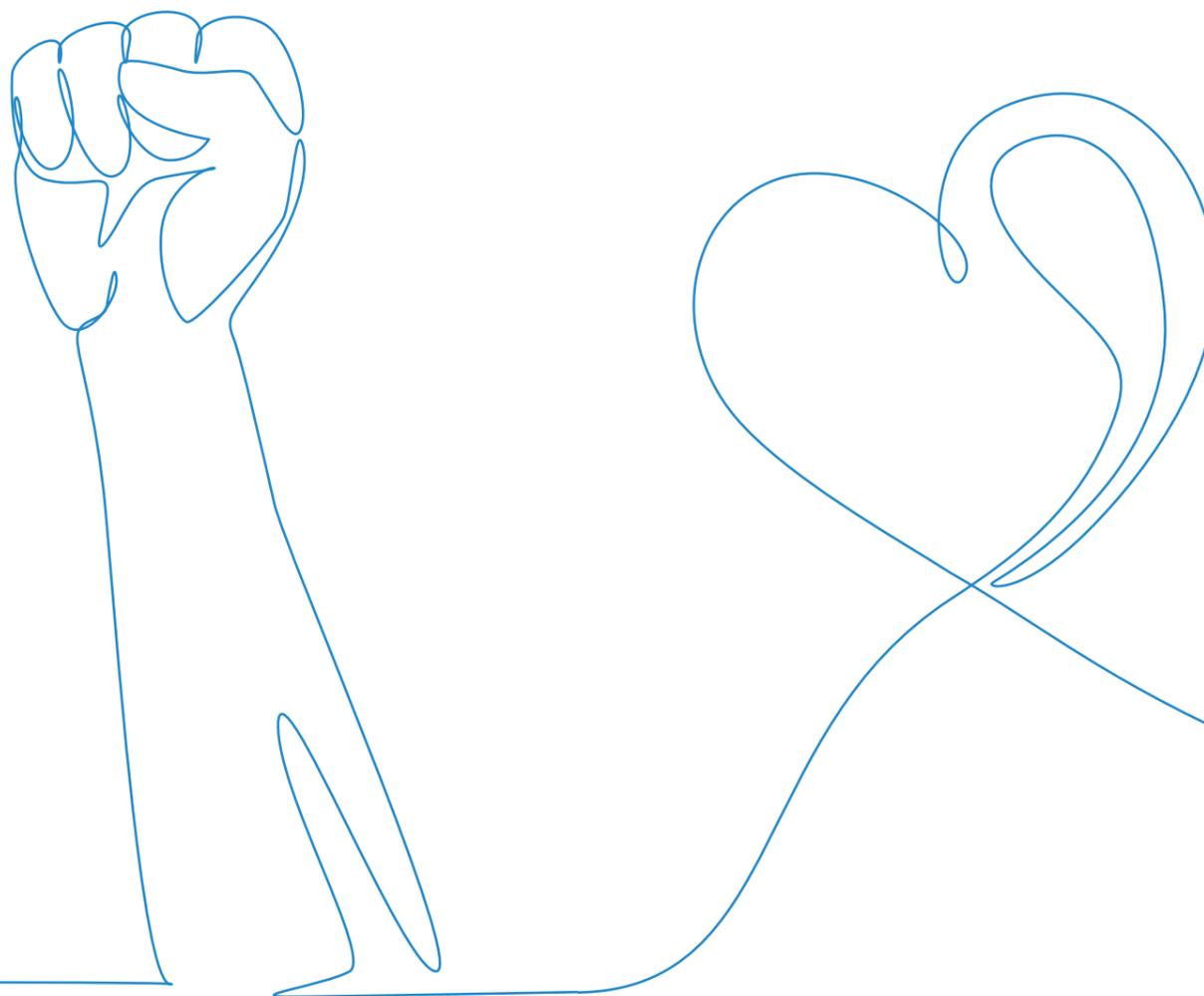
- Assurer l'accès aux services de contraception et de vaccination pour les PVVIH
- Inclure un suivi systématique des femmes vivant avec le VIH pour une meilleure prise en charge de leur santé reproductive

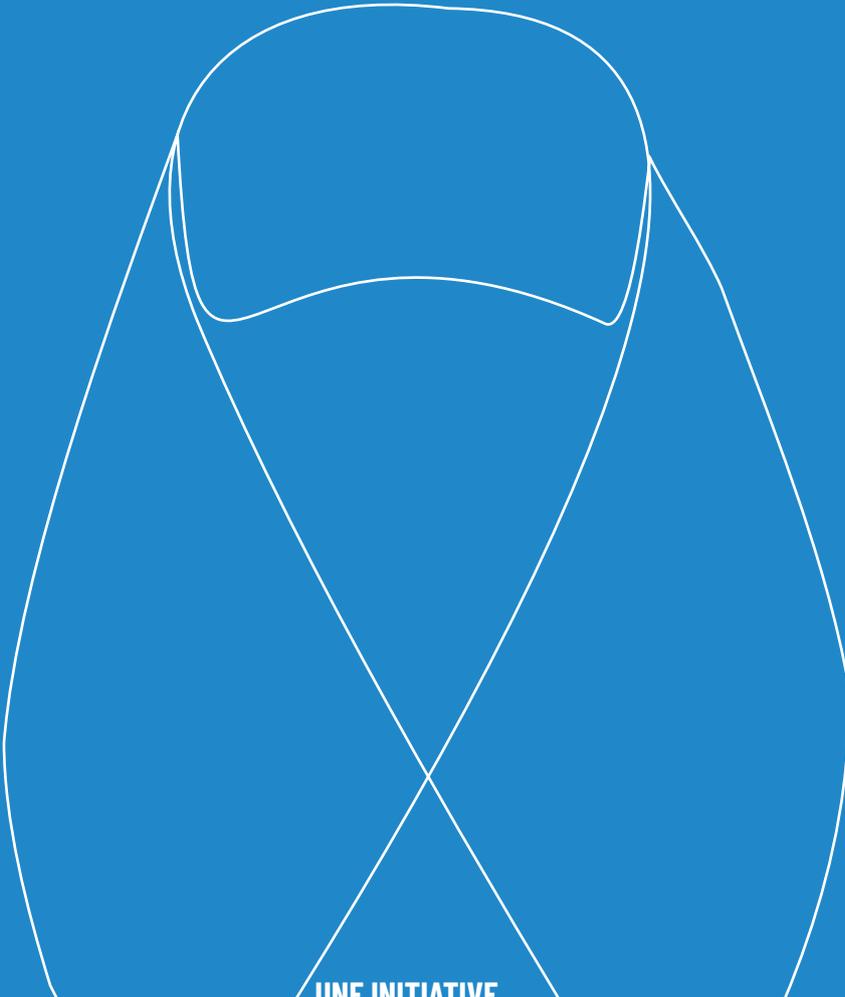
CONCLUSION

Les résultats de cette collecte confirment les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH en Mauritanie, avec un dépistage efficace et une forte adhésion au traitement. Toutefois, les défis liés à la stigmatisation, aux inégalités d'accès aux services et au manque de sensibilisation aux nouvelles méthodes de prévention doivent être adressés en priorité. Une approche plus inclusive et adaptée aux réalités locales est essentielle pour garantir un accès équitable aux soins et assurer une réduction durable des nouvelles infections.

LISTE DES ACRONYMES

AGD : Association de Gestion du Développement / **ARV** : Antirétroviraux / **ATL** : Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le Sida / **FORSS** : FOrmer Suivre Soutenir / **HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes / **HPV** : Human Papillomavirus (Papillomavirus humain) / **IST** : Infections sexuellement transmissibles / **ITPC-MENA** : International Treatment Preparedness Coalition - Middle East and North Africa / **MENA** : Moyen-Orient et Afrique du Nord / **ONG** : Organisation non gouvernementale / **PS** : Professionnels du sexe / **PrEP** : Prophylaxie pré-exposition / **PVVIH** : Personnes vivant avec le VIH / **RdR-Maroc** : Réduction des Risques Maroc / **TPE** : Traitement post-exposition / **TROD** : Test rapide d'orientation diagnostique / **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine





UNE INITIATIVE



EN COLLABORATION AVEC



AVEC LE SOUTIEN DE

