المملكة المغربية
ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
ROYAUME DU MAROC

PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL
POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE AU MAROC
2018 – 2021

وزارة الصحـــــة
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵓⵏⵏⵓⵏⵜ
Ministère de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

Le Fonds mondial

SOMMAIRE

Acronymes et abréviations 5

Préface 6

Préambule 8

Remerciements et reconnaissance 10

Résumé 11

Executive summary 12

Introduction 13

Situation sanitaire au Maroc 14

Système de soins au Maroc 15

Epidémiologie de la tuberculose au Maroc 17

Stratégie et Organisation de la Lutte Antituberculeuse au Maroc 20

Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces 22

Logique de planification 26

Vision et objectifs 28

Interventions stratégiques et activités 29

Budget prévisionnel (en millions de dirhams MAD) 94

Suivi programmatique des performances 96

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AMSED	Association Marocaine de Solidarité Et de Développement
APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
CADRMTF	Centrale d'Achat et de Développement de la Région Minière du Tafilalet et de Figuig
CDTMR	Centre de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires
CPTCP	Complexe primaire tuberculeux cliniquement patent
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DOTS	Directly Observed Treatment Short course
ESSP	Etablissements de Soins de Santé Primaires
FM	Fonds mondial
INDH	Initiative Nationale pour le Développement humain
INH	Institut National d'Hygiène
LED	Light Emitting Diod
LMCT	Ligue Marocaine Contre la Tuberculose
LNR	Laboratoire National de Référence
MAD	Dirham marocain
MEMEE	Ministère de l'Energie, des Mines, de l'Eau et de l'Environnement
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIE	Prise en charge intégrée de l'enfant
PCPTPR	Prise en charge programmatique de la tuberculose pharmaco-résistante
PNLAT	Programme National de Lutte Antituberculeuse
PNLD	Programme National de Lutte contre le Diabète
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida
POS	Procédures opérationnelles standard
PSN	Plan stratégique national
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance médicale
RESSP	Réseau des Etablissements de Soins de Santé Primaires
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SRES	Service des Réseaux des Etablissements de Santé
SRSP	Service Régional de Santé publique
TB-MR	Tuberculose multi-résistante
TB-XDR	Tuberculose ultrarésistante
TEP	Tuberculose extra-pulmonaire
TPBC	Tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée
TPI	Traitement préventif par l'Isoniazide
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PREFACE

La tuberculose demeure un véritable problème de santé publique auquel le Ministère de la Santé accorde une priorité particulière dans sa politique sanitaire, bien que les données épidémiologiques nationales montrent des indices en faveur d'une régression de la transmission de la maladie dans la population générale, et que les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suggèrent une tendance à la baisse de sa charge de morbidité. En effet, grâce au dévouement des professionnels de la santé et à l'implication de différents partenaires, le Ministère de la Santé a pu, depuis plusieurs décennies, développer des prestations de soins de qualité qui couvrent l'ensemble du territoire national et qui ont permis de prendre en charge et de guérir plus de 830.000 patients atteints de tuberculose au cours de la période 1990-2015.

Le nouveau plan stratégique national (PSN) 2018-2021 pour la prévention et le contrôle de la tuberculose s'inscrit dans le cadre de l'engagement ferme de notre pays pour atteindre les objectifs de développement durable et, tout particulièrement, le troisième objectif qui vise à mettre fin à la tuberculose à l'horizon 2030. Il s'inscrit également dans la continuité du «Plan mondial Halte à la tuberculose 2016-2020», de la «Stratégie Mettre Fin à la Tuberculose 2016-2035» de l'OMS, et de la «Déclaration de la Conférence Ministérielle Mondiale sur la Tuberculose» de Novembre 2017 à Moscou.

Ce PSN a été développé, de manière participative, selon les principes méthodologiques définis par l'OMS. Il couvre la période 2018 à 2021 et vise l'implantation de 41 interventions stratégiques qui, elles-mêmes, comprennent 579 activités et sous-activités pour atteindre des objectifs opérationnels clairement définis. Grâce à l'implication d'acteurs relevant de différentes entités, publiques et privées, gouvernementales et non gouvernementales pour son élaboration, il constituera le cadre de référence de toutes les parties prenantes de la lutte contre la tuberculose au Maroc , donnera de la visibilité à leurs rôles respectifs, assurera une meilleure coordination entre elles et évitera les duplications inutiles des interventions.

Le PSN 2018-2021 pour la prévention et le contrôle de la tuberculose a pour ambition de diminuer la mortalité afférente à cette maladie, à travers le renforcement de la détection des cas et l'amélioration des conditions de traitement et de suivi des malades pris en charge. Par ailleurs, il aspire, d'une part, à consolider les acquis des décennies passées et, d'autre part, à mettre en œuvre des interventions stratégiques novatrices qui visent l'implication de tous les prestataires de soins et ciblent les groupes à haut risque et les populations vulnérables, tout en attachant une importance capitale à la problématique de la tuberculose dans les grandes agglomérations urbaines et un intérêt particulier aux spécificités de la population migrante.

Parallèlement, le Ministère de la Santé s'attachera désormais à solliciter l'implication de secteurs qui, habituellement, opèrent en dehors du champ de la santé et à collaborer intimement avec un ensemble de partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux. En effet, en raison de la nature profondément sociale et de la complexité des déterminants de la maladie, seule une solidarité multisectorielle parfaitement coordonnée permettra d'accélérer d'avantage la riposte nationale à la tuberculose et d'y mettre fin à l'ère du développement durable. Sans un combat général mené sur tous les fronts avec une intensification des mesures de dépistage, de suivi et de prise en charge des patients, ainsi qu'une lutte acharnée contre les risques et les inégalités socio-économiques, dans le respect des droits humains, aucune victoire ne sera possible.

Enfin, je tiens, particulièrement, à remercier tous les partenaires et intervenants qui ont contribué à l'élaboration de ce PSN. Mes vifs remerciements vont, également, à toutes les institutions et organisations qui participeront à sa mise en œuvre, ainsi qu'au Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, notre partenaire international clé dans la lutte antituberculeuse.

M.Anass Doukkali
Ministre de la Santé

PREAMBULE

De tout temps et dans toutes les civilisations humaines connues, la tuberculose n'a jamais cessé de faire des victimes. Encore aujourd'hui, elle est considérée comme la maladie infectieuse ayant entraîné le plus de morts dans l'histoire de l'humanité.

L'identification de Mycobacterium Tuberculosis, le 24 mars 1882, par Robert Koch, suivie de l'invention du vaccin bilié de Calmette et Guérin en 1912, puis de la découverte de la streptomycine en 1943 par Selman Waksman, ont permis, il est vrai, de révolutionner le pronostic vital et fonctionnel des patients atteints de tuberculose.

Pourtant, au-delà des stratégies sanitaires et thérapeutiques, la tuberculose demeure une maladie sociale qui se propage principalement dans les communautés défavorisées et chez les individus désocialisés. En effet, des facteurs déterminants comme le niveau de revenu, le mode d'alimentation, les conditions de vie et de travail, ou encore la qualité de l'habitat, qui influencent fortement l'entretien et l'évolution de la maladie, ne peuvent être appréhendés que dans le cadre d'une approche globale de santé publique, à la fois multidisciplinaire et multisectorielle. Sans ce principe de solidarité citoyenne, il est difficile aujourd'hui d'imaginer que l'on puisse éliminer la tuberculose dans une société quelconque.

Or, le Royaume du Maroc, dans sa dynamique de modernisation et de renforcement de l'état de droit et de la justice sociale, s'est fermement engagé pour l'atteinte des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, dont l'élimination de la tuberculose.

Le présent PSN, qui couvre la période 2018-2021, s'inscrit justement dans cette dynamique et prévoit d'apporter une réponse intégrée et participative à la question de la prévention et le contrôle de la tuberculose, en mettant en œuvre un ensemble cohérent et synergique d'interventions et de mesures qui mettent l'accent sur les aspects suivants :

L'intensification des activités de dépistage et de détection des nouveaux cas de tuberculose, à travers un meilleur ciblage des groupes à risque et des populations vulnérables.

La modernisation du plateau technique et des moyens de diagnostic, à travers l'extension progressive de la radiologie numérique et des techniques de biologie moléculaire comme l'Xpert.

L'introduction de nouveaux protocoles thérapeutiques et de nouveaux antituberculeux pour faire face à l'émergence des formes pharmaco-résistantes de tuberculose.

La mise en place de structures hospitalières régionales d'isolement, totalement adaptées à une prise en charge multidisciplinaire des formes ultra-résistantes de tuberculose.

L'extension de l'offre de soins mobile et fixe pour lever les barrières d'accès aux soins et améliorer la couverture des populations en difficulté.

La lutte contre les risques et les inégalités socio-économiques, dans le respect des principes fondamentaux de droits humains et de justice sociale, à travers des

mécanismes de mobilisation des acteurs concernés et de renforcement des relations de coopération et de partenariat.

Le PSN 2018-2021 pour la prévention et le contrôle de la Tuberculose a ainsi pour ambition de mettre en place une approche globale et inclusive propre à insuffler un élan nouveau à la lutte antituberculeuse au Maroc, à mettre un terme à la transmission de le maladie dans notre société et à limiter sa morbidité dans le futur. Tous les partenaires sont invités à s'approprier les enjeux de ce combat historique et à puiser dans les lignes de cette nouvelle stratégie 2018-2021, les éléments spécifiques requis pour une mobilisation collective et solidaire.

Pr. Abderrahmane Maaroufi
Directeur de la DELM

REMERCIEMENTS ET RECONNAISSANCE

Ont contribué et collaboré à l'élaboration de ce Plan Stratégique National pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au Maroc :

Abderrahmane Maaroufi, Addahbi Mounia, Alami Kamal, Aoufi Hicham, Aqachmar Yassine, Bahlaoui Abdelkrim, Basmail Najem, Bellekhal Najia, Ben Ameur Jouda, Bencheikh Naïma, Benhallam Soundous, Benjelloun Adil, Bennani Aziza, Bennani Kenza, Benyahiya Hassan, Bouâyad Zoubida, Bouqarrou Abdellah, Bourhn Said, Bourkadi Jamal-Eddine, Chafli Nadia, Chahir Ahmed, Charof Reda, Cheikhi Hajar, Chmaou Mysk, Choqairi Aïcha, Choukri Rachid, El Aouad Amane, El Bied Bouchra, El Hadad Amal, El Hassani Souad, EL Kilal Walid, El Messaoudi Mly Driss, El Moujarade Abdelhaq, El Omari Boutaina, Ettouhami Fatine, Farouk Hafsa, Guezzar Fatiha, Ibn Sellam Abdelkrim, Idrissi Azami Amina, Lahlou Abdelghani, Lahlou Ouafae, Lefdaoui Abdelhadi, Lenka Tucek, Meliani Ilham, Othman Akhrif, Ottmani Salah-Eddine, Piro Yassir, Rbai Mohammed, Redouane Abdelmoumen, Regragui Mouna, Rharfi Ismail, Sabir Laila, Sabouni Radia, Sebban Zakia, Sentissi Ilham, Sghiar Mohammed, Slaoui Lamia, Smaili Iassine, Tebaa Amina, Youbi Mohammed, Zaid Siham et Zakour Noufissa.

RESUME

La tuberculose demeure un problème de santé publique non négligeable au Maroc. Les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la Santé rapportaient 36.000 cas incidents de tuberculose pour l'année 2016 (vs 37.000 pour l'année 2015), soit une incidence de 103 cas pour 100.000 habitants (vs 107 en 2015). Il est estimé que, pour la même année, 3.300 décès étaient liés à cette maladie dans la population générale (vs 3.200 en 2015), soit un taux de mortalité de 9,3 pour 100.000 habitants (vs 9,4 en 2015).

La lutte contre la tuberculose est organisée dans le cadre du Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) dont les efforts ont permis d'augmenter la détection des nouveaux cas (jamais traités) de 1,5% par an depuis 2009. Le nombre de cas de nouveaux épisodes de tuberculose qui ont été notifiés a atteint 31.542 en 2016 (vs 30.636 en 2015).

Il est estimé que plus de 87% des cas incidents qui apparaissent dans la population générale sont détectés et mis sous traitement. L'analyse des données générées par le système d'information du PNLAT montre que plus de 88% de ces derniers sont traités avec succès et suggère que la transmission de cette maladie tend vraisemblablement à diminuer dans la population générale. Il est certain que des taux aussi élevés de détection et de succès thérapeutique contribuent probablement à diminuer significativement la mortalité liée à la tuberculose. Cependant, la diminution de l'incidence de la tuberculose, bien qu'elle soit relativement régulière, demeure basse dans l'ensemble de la population. A cette allure, il est probable que la charge de morbidité de cette maladie demeurera encore importante pendant plusieurs années.

Ce plan stratégique national (PSN), qui couvre la période 2018- 2021, s'inscrit dans une démarche de contextualisation nationale des Objectifs de Développement Durable (ODD) et a pour but de réduire le nombre de décès liés à la tuberculose de 40% à l'horizon 2021 par rapport à 2015. En effet, ce PSN vise à augmenter encore plus la détection des cas et le taux de succès thérapeutique, particulièrement dans les régions fortement urbanisées, en améliorant et en consolidant les acquis du PNLAT, en impliquant tous les prestataires de soins et en renforçant les prestations de services du PNLAT en faveur des groupes à haut risque et des populations vulnérables. Par ailleurs, toujours dans le but de réduire le nombre de décès, ce PSN s'attellera à améliorer et à renforcer, d'une part, les activités conjointes relatives à la lutte contre la tuberculose et le VIH/Sida et, d'autre part, les prestations de prise en charge programmatique de la tuberculose pharmaco-résistante. Il est clair que pour développer et mettre en œuvre l'ensemble de ces interventions, il est nécessaire d'améliorer et de consolider les capacités de gestion du PNLAT à tous les niveaux.

Ce PSN comporte une composante opérationnelle qui décrit comment chaque intervention stratégique et chaque activité sera mise en œuvre. Le budget nécessaire pour cette opérationnalisation est estimé à 513 millions de Dirhams.

Des indicateurs sont également définis pour suivre le développement et la mise en place des interventions et des activités et évaluer leurs résultats et leurs rendements.

Executive Summary

Tuberculosis (TB) is a significant public health problem in Morocco. The last World Health Organization estimates reported 36.000 incident TB cases for the year 2016 (vs. 37.000 for the year 2015), with a per capita rate of 103 per 100.000 population (vs. 107 for the year 2015). The TB death toll for the same year is estimated at 3300 deaths (vs. 3200 for the year 2015) with a mortality rate of 9.3 per 100.000 population (vs. 9.4 for the year 2015).

TB control is organized in the framework of the National TB Program (NTP). The efforts undertaken through the NTP activities resulted in increasing TB case detection by 1.5% per year since 2009. In 2016, the number of patients with a new TB episode who were notified reached 31.542 (vs. 30.636 for the year 2015).

It is estimated that more than 87% of incident TB cases are detected and treated. Furthermore, the treatment success rate is more than 88% among TB patients who are put on treatment. These high rates in detection and treatment success are likely to contribute to significantly decreasing TB-related deaths. The analysis of the data generated by the NTP information system suggests that the transmission of TB is likely declining in general population. Even though there is a steady annual decrease in TB incidence, this decrease is low in general population. At this decrease pace, the decline in TB burden is likely to remain significant for many of the coming years.

The goal of this national strategic plan (NSP), which covers the timeframe from 2018 to 2021, is to fit within the sustainable development goals and to reduce the number of TB deaths by 40% in 2021 compared to 2015. Indeed, this NSP aims at increasing more TB case detection and treatment success rate, especially in highly urbanized regions, through the improvement and strengthening of the existing NTP services, the involvement of all care providers and the reinforcement of TB services for high-risk groups and vulnerable populations. Moreover, in order to reduce the number of TB deaths, this NSP also aims at improving and strengthening TB/HIV joint activities and the programmatic management of drug-resistant TB. To develop and implement these interventions, highlighted above, it is clear that the managerial capacities of the NTP need to be improved and reinforced at all levels.

This NSP includes an operational component, which describes how each strategic intervention and each activity will be implemented. The budget needed to this end is also included; the overall budget is estimated at 558.14 million Dirhams ((60 million US$). Indicators are also defined to monitor the development and implementation of interventions and activities and evaluate their outcomes and output.

INTRODUCTION

Le Maroc, pays situé à l'extrême nord-ouest du continent africain, est une monarchie constitutionnelle, démocratique, parlementaire et sociale, dont le représentant suprême est le Roi. Le chef du Gouvernement est désigné à la suite d'élections législatives. Le pays est doté d'un parlement qui comprend : i) une chambre des conseillers qui représentent essentiellement les corps professionnels et les syndicats et ii) une chambre des représentants qui sont élus au suffrage universel direct parmi les candidats des partis politiques. Le territoire national est divisé en 12 Régions administratives au sein desquelles sont réparties 82 provinces et préfectures.

La population du Maroc est de 33,8 millions d'habitants selon le dernier recensement démographique national effectué en 2014[1]. Le taux de croissance démographique a diminué de 1,38% en 2004 à 1,25% en 2014 et la proportion de la population qui vit en milieu urbain a augmenté de 55% en 2004 à 60% en 2014[2]. Approximativement 70% de la population vit dans cinq régions administratives de plus de 3,5 millions d'habitants chacune. Environ 45% de la population est âgée de moins de 25 ans et 87% de moins de 55 ans ; l'âge médian est de 28 ans. La taille de la population en 2016 est estimée à 34,6 millions[3] d'habitants.

Après une politique d'austérité mise en place, au cours des années 1980, dans le cadre d'un programme d'ajustement structurel, l'économie marocaine a renoué avec la croissance dès la fin des années 1990. Des stratégies de développement industriel et des politiques d'amélioration des infrastructures ont été mises en œuvre, ce qui a amélioré la compétitivité de l'économie marocaine. Les principales sources de revenu du pays sont l'agriculture, le tourisme, l'industrie minière, le textile, l'industrie de biens de consommation et les services. Le produit intérieur brut par habitant a régulièrement augmenté et était estimé à 3.190 US$ pour l'année 2014. Malgré l'amélioration de la situation économique, le pays souffre du chômage et de l'analphabétisme qui affectent une partie non négligeable de sa population active. Environ 10% de la population est affectée par le chômage[4] qui est plus accentué en milieu urbain (15%) et chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (19%) ; le chômage en milieu rural affecte 4% de la population. Le tiers de la population de 15 ans et plus ne sait ni lire ni écrire. Toutefois, 91% des enfants de 6 à 11 ans sont scolarisés. Il est estimé que 84% de la population a un accès à une source d'eau potable et 75% à un système de drainage des eaux usées ; toutefois, 15% de celle-ci vit en dessous du seuil de pauvreté[5]. Depuis 2005, le Maroc a mis en œuvre l'Initiative Nationale pour le Développement Humain afin de lutter contre la pauvreté en milieu rural, dans les quartiers urbains défavorisés et parmi les personnes en situation précaire.

[1] http://www.hcp.ma/downloads/RGPH-2014_t17441.htm
[2] http://www.hcp.ma/Note-sur-les-premiers-resultats-du-Recensement-General-de-la-Population-et-de-l-Habitat-2014_a1516.html
[3] https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mo.html
[4] http://www.hcp.ma/La-Situation-du-marche-du-travail-au-troisieme-trimestre-de-l-annee-2016_a1824.html
[5] http://lescheminsdumaroc.centerblog.net/651-15-de-la-population-au-maroc-vit-en-situation-de-pauvrete

SITUATION SANITAIRE AU MAROC

Le taux de mortalité générale est de 4,8 décès pour 1.000 habitants (2016) tandis que celui de la mortalité maternelle et infantile est respectivement de 72,6 décès pour 100.000 naissances vivantes (6e enquête nationale sur la population et la santé familiale 2017) et 22,7 décès pour 1.000 naissances vivantes (2016)[6]. Ces taux ont significativement diminué depuis 1960. L'espérance de vie est de 76,9 ans (80,1 pour les femmes et 73,8 pour les hommes) [7]; elle n'était que de 47 ans en 1962. Cependant, cette amélioration des indicateurs n'est pas uniforme. En effet, l'espérance de vie est élevée de 6 ans en milieu urbain par rapport au milieu rural et les taux de mortalité infantile et maternelle sont respectivement 2 fois et 30% plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain.

En raison de la transition démographique, le Maroc est également un pays en transition épidémiologique. La charge globale de morbidité est constituée de la coexistence de trois groupes de conditions sanitaires, si on se réfère à la 10ème Classification internationale des Maladies : i) 56% de cette charge est liée aux maladies non transmissibles, 33% aux maladies transmissibles et périnatales et iii) 11% aux affections traumatiques[7]. Il est estimé que le taux de mortalité proportionnelle liée aux maladies non transmissibles était de 75% en 2012[8]. Par ailleurs, environ 20% et 13% des décès sont liés aux affections respectivement cardio-vasculaires et tumorales[9]. L'évolution dans le temps de la morbidité est caractérisée par :

- Une tendance à l'élimination de certaines maladies comme le trachome, la schistosomiase, la lèpre, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche et autres ;
- Une tendance à une légère réduction ou à une persistance de maladies comme la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, les méningites cérébrospinales, les hépatites virales (B et C), le infections sexuellement transmissibles, l'infection VIH/Sida, les toxi-infections alimentaires, les maladies hydriques, et autres ;
- Des mortalités maternelle et infantile qui, malgré leur diminution, demeurent élevées en comparaison avec des pays à niveau de développement similaire ;
- Une augmentation de la morbidité des maladies chroniques, en l'occurrence les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les maladies métaboliques, l'insuffisance rénale chronique et les maladies mentales ; cette augmentation des maladies chroniques est parallèle à des changements de comportements et de modes de vie qui favorisent la sédentarité, le tabagisme et les habitudes nutritionnelles malsaines. Une étude réalisée en 2000 par le Ministère de la Santé chez les personnes âgées de 20 ans et plus a révélé qu'environ le tiers de la population étudiée avait une hypertension artérielle, 7% un diabète sucré, 29% une hypercholestérolémie et 13% une obésité, tandis que 31% consommait du tabac.
- Une persistance de la fréquence des traumatismes physiques liés, en particulier, aux accidents de la route qui sont, chaque année, à l'origine de 4.000 décès et 14 milliards de dirhams de dégâts matériels, soit 2% du produit intérieur brut.

---

[6]https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mo.html
[7]Stratégie de coopération OMS-Maroc, 2008-2013- Maroc. Organisation mondiale de la Santé ; Bureau régional de la Méditerranée orientale. WHO-EM/ARD/031/F
[8]http://www.who.int/nmh/countries/mar_en.pdf?ua=1
[9]http://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/042016/SANTE%20EN%20CHIFFRES%202014%20Edition%202015.pdf

SYSTEME DE SOINS AU MAROC

L'offre de soins et l'utilisation des services de santé demeurent encore insuffisantes au regard des besoins ; par ailleurs, il y a une répartition déséquilibrée à travers le territoire et des écarts importants entre les milieux urbain et rural et entre les régions.

Le nombre des établissements de soins de santé primaires, qui constituent la porte d'entrée au système public de soins, est d'environ 2.760, soit un ratio de 1 établissement pour 12.000 habitants[10] ; ce ratio n'était que de 1 établissement pour 29.000 habitants au cours des années soixante. Malgré cette extension du réseau des établissements de soins de santé primaires, un peu plus de 20% de la population marocaine vit à plus de 10 km d'une structure sanitaire de base. L'utilisation des services publics de santé demeure toutefois faible ; en effet, le taux de la consultation curative n'est que de 0,6 contact par habitant par an.

Le nombre de médecins du secteur privé a nettement augmenté depuis les années soixante, il avait atteint 8965 en 2013[10] dont 178 pneumo-phtisiologues. Cependant, leur répartition est fortement déséquilibrée entre les milieux urbain et rural et entre les régions. 44% des pneumo-phtisiologues du secteur privé sont installés dans les deux villes de Rabat et de Casablanca. Il est admis qu'il y a une faible complémentarité entre les secteurs public et privé en ce qui concerne les prestations de soins qui sont offertes à la population.

Le réseau hospitalier constitue une autre composante de l'offre de soins. En 2015, il comprenait 32.715 lits dont 68% qui relèvent du secteur public et 32% du secteur médical privé ; comparativement, en 1997, le nombre de lits hospitaliers du secteur privé ne représentait que 18%[6]. En 2013, 24.609 infirmiers exerçaient dans les structures sanitaires relevant du Ministère de la Santé, dont 9905 au niveau du Réseau des Etablissements de Soins de Santé Primaires (RESSP), et 12.202 dans le réseau hospitalier ; leur nombre par habitant a évolué de 1 pour 2.700 en 1960 à 1 pour 1.339 en 2013. Le nombre de médecins par nombre d'habitants a augmenté de 1 pour 12.000 en 1960 à 1 pour 1.780 en 2011. 18.508 médecins exerçaient au Maroc en 2011 dont 43% dans le secteur privé ; 55% des médecins exercent en tant que spécialistes. Malgré cette augmentation du nombre des professionnels de santé, le Maroc est l'un des 57 pays que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère en pénurie aiguë de personnel de santé. En effet, il est estimé que la densité en personnel médical et paramédical qui doit assurer des soins directs aux patients au Maroc est en deçà du seuil critique de 2,5 professionnels de soins pour 1.000 habitants.

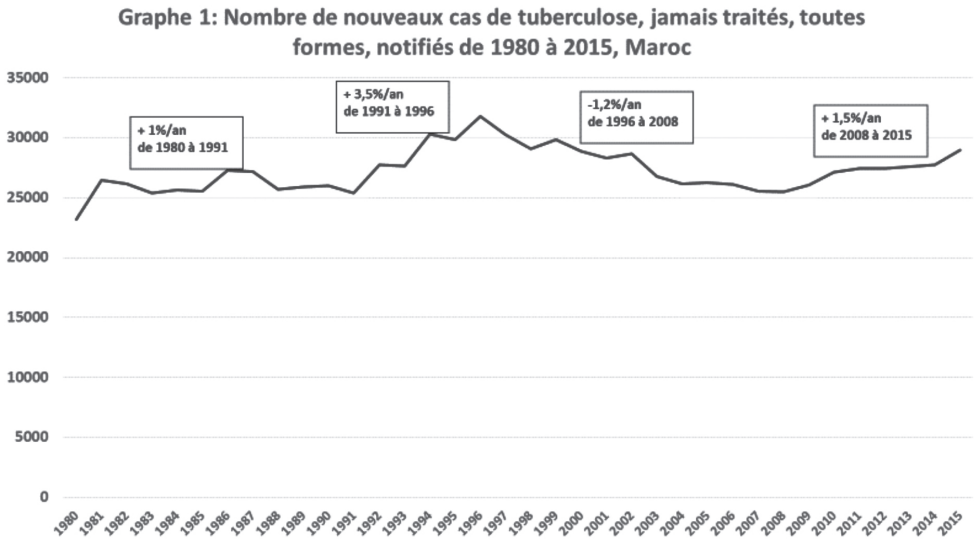
Les dépenses globales en matière de santé au Maroc s'élèvent à environ 47.7 milliards de dirhams ; elles étaient de 30,5 milliards en 2006. En 2014, elles représentaient 5,9% du produit intérieur brut[7]. Environ 50,7% de ces dépenses sont assurées par les ménages et 44% par le financement collectif et solidaire, en particulier à travers l'Assurance Maladie Obligatoire, le budget alloué au Ministère de la Santé et les collectivités locales.

[10]Santé en chiffres 2015- édition 2016

La contribution importante des ménages met en exergue les difficultés d'accès d'une partie de la population aux services de soins. Le recouvrement des coûts de la santé est une composante de la réforme entreprise par le Ministère de la Santé. La Couverture médicale de Base comprend deux régimes : i) l'Assurance Maladie Obligatoire qui s'applique aux fonctionnaires, aux salariés du secteur privé et aux personnes affiliées à la Sécurité sociale, soit 11 millions de personnes (34% de la population) et ii) le Régime d'Assistance médicale (ou RAMED) qui couvre les personnes démunies dont le nombre est estimé à 8,5 millions, soit près de 30% de la population. La Couverture médicale de Base inclut également un nouveau régime INAYA qui concerne les personnes indépendantes et les professions libérales ; ce nouveau régime est en cours de mise en œuvre et cible environ 10 millions de personnes.

Le Ministère de la Santé est représenté au niveau de chaque Région administrative par une Direction Régionale de la Santé qui couvre les Délégations du Ministère de la Santé aux Provinces et Préfectures. Chaque délégation provinciale ou préfectorale est composée de deux services : le Service Administratif et Économique et le Service du Réseau des Etablissements de Santé (SRES). Ce dernier supervise notamment les activités des programmes sanitaires nationaux au niveau local, dont le Programme national de Lutte antituberculeuse (PNLAT). Chaque SRES collabore étroitement avec le Service Régional de Santé Publique (SRSP) et l'Observatoire Régional de Santé, qui relèvent de la Direction Régionale correspondante. Ce sont les SRSP qui supervisent l'ensemble des activités des programmes sanitaires nationaux mis en œuvre au niveau de la région, y compris celles de la lutte contre la tuberculose.

EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE AU MAROC



La fréquence de la tuberculose est élevée au Maroc. Selon les dernières estimations de l'OMS, le nombre de cas incidents de tuberculose était de 36.000 pour l'année 2016 (vs 37.000 pour l'année 2015), soit une incidence de 103 nouveaux épisodes de tuberculose pour 100.000 habitants (vs 107 en 2015). Pour la même année : la mortalité liée à cette maladie a été estimée à 3.300 décès (vs 3.200 en 2015), soit un taux de mortalité de 9,3 pour 100.000 habitants (vs 9,4 en 2015). La lutte contre la tuberculose au Maroc est organisée dans le cadre du PNLAT. Ce dernier a enregistré 31.542 nouveaux épisodes de tuberculose, toutes formes, pour l'année 2016 (vs 30.636 en 2015), dont 29.726, soit 94,2%, nouveaux cas jamais traités (vs. 28.955 en 2015) et 1816 cas de rechutes tuberculeuses (vs. 1681 en 2015). Entre 1980 et 2015, le nombre de nouveaux cas notifiés (jamais traités et toutes formes) augmentait en moyenne de 0,7% par an. Une augmentation significative de la notification a été observée lors de la mise en œuvre de la Stratégie DOTS entre 1991 et 1996 (3,5% par an), suivie d'une diminution de 1,2% par an puis d'une nouvelle augmentation de 1,5% par an avec la mise en œuvre des activités soutenues par le Fonds mondial (FM) entre 2008 et 2015 (voir ci-dessous Graphe 1).

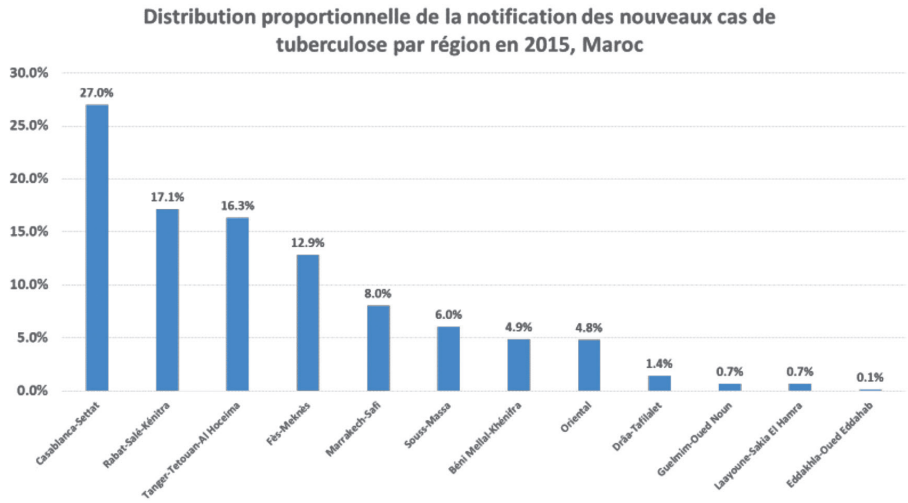
Par contre, l'incidence notifiée de la tuberculose, toutes formes, a diminué de 120,1 pour 100.000 habitants en 1980 à 84,6 pour 100.000 en 2015, soit une diminution d'environ 30% entre les 2 années ; en réalité, la diminution de l'incidence notifiée est d'environ 1% par an. A l'instar, de la notification du nombre de cas, l'incidence notifiée avait augmenté de 1,5% par an entre 1991 et 1996, durant la période de la mise en œuvre de la Stratégie DOTS, puis diminué de 2,4% par an entre 1996 et 2008 pour ensuite augmenter de 0,3% par an entre 2008 et 2015 avec l'implantation des interventions soutenues par le FM.

L'analyse des données collectées par le PNLAT montre que la distribution du nombre de cas par forme de tuberculose a subi des changements importants entre 1980 et 2015. En effet, parmi l'ensemble des nouveaux cas notifiés, la proportion des cas de tuberculose pulmonaire a diminué de 63 à 52%, celle des cas de tuberculose extra-pulmonaire (TEP) a augmenté de 23 à 46% et celle des cas de complexe primaire tuberculeux cliniquement patent (CPTCP) a régressé de 12 à 1,5%.

En général, la tuberculose est plus fréquente dans le genre masculin que dans le genre féminin. Cette différence est surtout liée au fait que les hommes développent beaucoup plus la tuberculose pulmonaire par rapport aux femmes ; par exemple, le ratio de l'incidence notifiée de la tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée (TPBC) homme/femme a augmenté de 1,6 en 1980 à 2,4 en 2015. Cette différence entre les deux genres n'est pas retrouvée pour la TEP.

L'analyse des données du PNLAT, collectées de 1980 à 2013, montre que l'incidence de la TPBC a diminué pour les deux genres, mais le taux annuel de diminution était légèrement plus élevé pour le sexe féminin (-1,4% par an) que pour le sexe masculin (-0,4% par an). Par contre, l'incidence de la TEP a augmenté pour les deux genres mais plus chez les individus de sexe féminin (+1,7% par an) que chez ceux de sexe masculin (+0,7% par an).

Plus de 85% des nouveaux cas de tuberculose sont notifiés dans 6 régions administratives où vit 75% de la population ; par ailleurs, un peu plus de 70% des cas le sont dans seulement 4 régions (Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Tanger-Tétouan-Al Hoceima et Fès-Meknès) qui représentent 56% de la population totale (voir ci-après histogramme).



L'incidence notifiée varie entre les 12 régions administratives ; en 2016, la plus élevée a été enregistrée dans la Région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima (133 nouveaux épisodes pour 100.000 habitants) et la plus basse dans la Région de Drâa-Tafilalet (25 nouveaux

cas pour 100.000 habitants). Huit préfectures urbaines ont enregistré une incidence notifiée supérieure à 140 nouveaux cas pour 100.000 habitants ; parmi ces dernières, 2 ont des incidences de plus de 170 nouveaux cas pour 100.000 habitants (Préfectures de Tanger-Asilah et Casa-El Fida-Derb Soltan).

Parmi les cas notifiés, 70% sont âgés de 15 à 44 ans ; ce qui indique que la tuberculose continue à affecter l'adulte jeune, qui est économiquement productif. Cependant, l'analyse des données collectées par le PNLAT entre 1980 et 2016 suggère également que la transmission de la tuberculose tend vraisemblablement à diminuer dans la population générale. Ceci en raison de : i) la diminution lente de l'incidence notifiée de la TPBC, ii) la diminution de la fréquence de la tuberculose chez les individus âgés de moins de 15 ans associée à une augmentation de cette fréquence chez les personnes âgées de 45 à 64 ans et plus particulièrement chez celles âgées de 65 ans et plus, iii) une augmentation régulière et progressive de l'âge moyen des patients tuberculeux de 28 ans en 1980 à 35 ans en 2013 et iv) une nette diminution de la fréquence des cas de CPTCP.

La charge de morbidité de l'infection VIH est basse au Maroc. Les dernières estimations de l'ONUSIDA indiquent que la prévalence y est de 0.1% chez les individus âgés de 15 à 49 ans[11].Il est donc estimé qu'au plus 5% de la charge de morbidité de la tuberculose serait liée à l'épidémie de l'infection VIH/Sida.

Par ailleurs, la dernière enquête de prévalence de la résistance du bacille tuberculeux aux médicaments antituberculeux, effectuée en 2014, a rapporté une prévalence de la tuberculose multi-résistance (TB-MR) de 1% chez les malades tuberculeux jamais traités et 8,7% chez ceux qui avaient déjà reçu un traitement antituberculeux.

[11]http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/morocco

STRATEGIE ET ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE AU MAROC

La lutte contre la tuberculose au Maroc est considérée par les pouvoirs publics comme une intervention sanitaire prioritaire. Elle a été organisée depuis plusieurs décennies dans le cadre du PNLAT. Le Ministère de la Santé alloue chaque année un budget de 3 à 4 millions US$ pour assurer les interventions de prévention, de prise en charge et de contrôle de cette maladie. Le PNLAT est géré au niveau central par le Service des Maladies Respiratoires qui relève de la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM). Le PNLAT possède également des Unités de Coordination au niveau des régions, des provinces et des préfectures ; il importe de noter que les Unités Régionales de Coordination du PNLAT ne sont pas encore toutes pleinement fonctionnelles.

Les Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR) constituent la cheville ouvrière de la mise en œuvre des activités de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose. Théoriquement, chaque province ou préfecture devrait avoir son propre CDTMR ; il y en a 60 à travers tout le territoire national. Certains CDTMR couvrent plus d'une province ou préfecture en raison de la faible taille des populations provinciales ou préfectorales. En général, les CDTMR disposent d'un appareil de radiologie et d'un laboratoire qui réalise au moins la microscopie de la tuberculose et sont dirigés le plus souvent par un médecin spécialiste en pneumo-phtisiologie. Ce dernier est assisté par un animateur de la lutte antituberculeuse qui relève du SRES. Les cadres du CDTMR et l'animateur de lutte antituberculeuse constituent l'Unité de Coordination du PNLAT de la province ou de la préfecture.

Le PNLAT dispose d'un réseau de laboratoires de la tuberculose à travers le pays sous la supervision du Laboratoire National de Référence (LNR). Ce dernier est domicilié à l'Institut national d'Hygiène à Rabat (INH).

Dès 1991, le PNLAT a initié la mise en œuvre de la Stratégie DOTS de l'OMS qui a permis de renforcer ses structures, d'améliorer l'intégration des prestations de soins et de lutte dans les établissements de soins de santé primaires, de standardiser la prise en charge et le suivi des patients tuberculeux, d'étendre le réseau de laboratoires de la tuberculose et de mettre en place un système d'information en conformité avec les recommandations internationales. Il s'en est suivi une augmentation significative de la détection des cas de tuberculose et une amélioration de la guérison des patients mis sous traitement antituberculeux. En 2006, et conformément aux recommandations de l'OMS, le PNLAT a adopté la Stratégie Halte à la Tuberculose (Stop TB Strategy) pour améliorer et consolider les acquis de la Stratégie DOTS et développer de nouvelles interventions stratégiques comme les activités collaboratives tuberculose/VIH, la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmaco-résistante (PCPTPR) ou l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR).

Un plan stratégique national (PSN) de lutte contre la tuberculose, pour 2006-2015, avait été élaboré pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement à travers la mise en place des interventions spécifiées dans la Stratégie Halte à la Tuberculose. Il avait : i) pour but de diminuer de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose à l'horizon de 2015 par rapport à l'année 1990 et ii) pour objectifs opérationnels de renforcer la détection des cas de tuberculose et de maintenir un taux de succès thérapeutique à plus de 85% parmi les patients tuberculeux mis sous traitement. L'OMS estime que plus de 80% des cas de tuberculose sont détectés annuellement au Maroc depuis au moins 1995. Par ailleurs, depuis l'introduction du DOTS en 1991, le taux annuel de succès thérapeutique s'est élevé et s'est maintenu jusqu'à nos jours à plus de 85%.

Bien que les objectifs opérationnels aient été atteints (détection > 80% et succès thérapeutique > 85%) et qu'il y ait des signes qui suggèrent fortement que la transmission de la tuberculose tend probablement à diminuer dans la population générale[12], la diminution de l'incidence de la tuberculose, bien qu'elle soit relativement régulière, demeure basse pour l'ensemble de la population. A cette allure de diminution, il est probable que la charge de morbidité de la tuberculose demeurera encore importante pendant les prochaines années.

Pour réduire significativement la charge de morbidité tuberculeuse, le PNLAT a initié une approche multisectorielle tout en ciblant plus particulièrement les régions administratives les plus urbanisées. Pour ce faire, il avait développé le « Plan national d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016 » dont l'objectif général était de diminuer l'incidence de cette maladie de 6% par an. Ce plan est en adéquation avec la nouvelle stratégie de lutte antituberculeuse de l'OMS appelée «Stratégie pour mettre Fin à la Tuberculose» (ou End TB Strategy) qui a été adoptée par le PNLAT dès la fin de l'année 2015.

[12] Voir paragraphe ci-dessus «Epidémiologie de la Tuberculose» et Rapport conjoint intitulé « Evaluation épidémiologique de la tuberculose au Maroc, 1980-2013 »

FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES

La dernière revue, effectuée en février 2015, a identifié de nombreux points forts et faibles dans le PNLAT du Maroc ; cependant, pour améliorer ses capacités et ses performances, il doit prendre en considération les opportunités et les menaces liées aux circonstances politiques qui ont cours.

1. Forces

- Il y a un engagement politique fort de la part des autorités nationales sanitaires pour lutter contre la tuberculose. La lutte antituberculeuse fait partie des priorités de la politique nationale de santé et est incluse dans la Stratégie Sectorielle de Santé. Le financement de l'état, à travers le Ministère de la Santé, a augmenté de 27,6 Millions de Dirhams en 2012 à 44,7 Millions de Dirhams en 2014 et 60 millions en 2016.
- Le PNLAT est bien structuré ; il comprend une Unité Centrale et des Unités de Coordination de la Lutte Antituberculeuse au niveau intermédiaire (régions, provinces et préfectures).
- Des conventions entre le Ministère de la Santé et d'autres secteurs ont été signées dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016.
- La stratégie et les interventions de lutte antituberculeuse adoptées par le PNLAT sont en général conformes aux recommandations internationales et les guides nationaux nécessaires pour la mise en œuvre de la majorité des interventions ont été développés et sont disponibles.
- Le PNLAT a montré qu'il a des capacités pour mobiliser des fonds en dehors des sources budgétaires gouvernementales (ex. : acquisition de 4,1 et 7,7 millions US$ dans le cadre des Séries 6 et 10 du FM).
- En général, les structures sanitaires sont adéquates avec un accès relativement facile à la microscopie, la radiologie, la culture et les tests par Xpert.
- La lutte contre la tuberculose a une bonne visibilité dans le RESSP.
- En général, il y a de bonnes pratiques cliniques pour établir le diagnostic de la tuberculose y compris celui de la tuberculose extra-pulmonaire.
- Les médicaments antituberculeux, dans leur totalité, sont disponibles et les prestations de traitement sont intégrées dans les établissements de soins de santé primaires les plus périphériques et sont gratuites pour tous les malades tuberculeux.
- Entre 1980 et 2015, plus de 860.000 malades tuberculeux ont été traités avec succès par les services du PNLAT et le taux de succès thérapeutique est de plus de 85% depuis 1991.
- Le système d'information du PNLAT est en général fiable et génère une quantité importante de données exploitables.
- Il y a une stratégie nationale de mise en œuvre des activités collaboratives tuberculose/VIH.

- Les activités de PCPTPR ont été mises en œuvre au sein du réseau du PNLAT.
- Il y a une visibilité satisfaisante du PNLAT au sein du secteur médical privé qui contribue significativement à la référence des malades vers les structures du PNLAT.
- L'implication des organisations non gouvernementales (ONG) thématiques est clairement identifiée dans le Plan national d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose et des initiatives de soutien aux patients tuberculeux satisfaisantes ont été entreprises à travers le tissu associatif de proximité.

2. Faiblesses

- L'engagement en matière de lutte antituberculeuse des Directions Régionales de la Santé et des Délégations Préfectorales et Provinciales de la Santé est moins marqué au niveau des régions non impliquées dans le Plan National d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose.
- La formation en matière de gestion des programmes sanitaires des responsables de la LAT au niveau des provinces/préfectures et des régions est en général insuffisante ; par conséquent, leurs capacités à planifier de façon adéquate sont limitées.
- Le réseau de laboratoires de microscopie n'est pas assez étendu ; le ratio n'est actuellement que de 1 laboratoire de microscopie pour 234.000 habitants.
- L'identification des malades suspects de tuberculose tend à être plus restrictive par rapport à ce qu'elle était durant les années antérieures.
- Le système d'information existant n'est pas utilisé de façon optimale pour évaluer les activités de détection des cas de tuberculose.
- Bien que le système d'information génère beaucoup d'informations pertinentes, une analyse plus profonde des données n'est pas effectuée.
- Il y a des problèmes de transfert d'informations entre le PNLAT et le Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS).
- Le nombre d'appareils Xpert disponibles n'est pas suffisant pour couvrir tous les besoins en matière de diagnostic de la tuberculose, chez les patients séropositifs au VIH et en matière d'identification de la résistance à la rifampicine parmi les cas de retraitement.
- Le taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose multi-résistante est bas.
- Les activités de dépistage systématique de la tuberculose parmi les sujets-contacts tendent à diminuer par rapport à ce qu'elles devraient être.
- Les enfants de moins de cinq ans qui sont exposés à un cas index contagieux et indemnes de toute tuberculose évolutive ne reçoivent pas de traitement préventif par l'isoniazide.
- Il n'existe pas de définition claire ni de cartes établies pour les populations vulnérables et groupes à haut risque de tuberculose.
- Les ONG thématiques n'ont pas développé de stratégie de levée de fonds pour soutenir financièrement les activités du PNLAT.
- Il n'y a pas de plan clair d'opérationnalisation et d'extension des activités des ONG.

3. Opportunités

- La lutte contre la tuberculose s'inscrit pleinement dans le processus des Objectifs du Développement Durable (ODD).
- La récente création des Conseils Régionaux au niveau des Régions Administratives pourrait être une opportunité de mobilisation des fonds pour améliorer et renforcer les services du PNLAT dans les régions. Les Conseils Régionaux disposent de budgets spécifiques pour le développement de prestations sanitaires au profit de la population.
- L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) s'inscrit dans la politique volontariste du Gouvernement pour lutter contre la pauvreté ; l'INDH est sensible au problème de la tuberculose dans les grandes villes et a déjà soutenu des actions pour améliorer les prestations de lutte contre cette maladie.
- A l'instar des conventions signées dans le cadre du Plan national d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016, d'autres pourraient être signées avec d'autres départements ministériels et entités gouvernementales et non gouvernementales, particulièrement ceux dont les interventions ont un effet sur les déterminants sociaux.
- Il existe des organismes, des associations professionnelles et des sociétés savantes (Conseil national de l'Ordre des Médecins ou des Pharmaciens, Syndicat des Médecins, la Société Marocaine des Sciences Médicales ou la Société Marocaine des Maladies Respiratoires) à travers lesquels les prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du Ministère de la Santé peuvent être mobilisés au profit de la lutte contre la tuberculose.
- La Société Marocaine des Maladies Respiratoires promeut les pratiques de soins respiratoires spécifiées dans les standards internationaux. La grande majorité des médecins spécialistes en pneumo-phtisiologie, qui relèvent des secteurs aussi bien privé que public, sont affiliés à cette société.
- Avec le développement de la politique concernant le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS), les interventions et les activités de lutte contre la tuberculose peuvent être pleinement incluses dans les plans stratégiques des régions.
- Au Maroc, il existe plusieurs dizaines de milliers d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) qui interviennent en faveur de la population dans plusieurs domaines ; certaines d'entre elles opèrent au sein des communautés aussi bien urbaines que rurales ; jusqu'à présent très peu d'ONG ont été impliquées dans les efforts de lutte contre la tuberculose.
- Il existe également plusieurs ONG qui apportent leur soutien aux étrangers en situation administrative irrégulière ; le PNLAT ne les a pas encore approchées.
- La Ligue Marocaine Contre la Tuberculose (LMCT) et SOS Tuberculose et Maladies Respiratoires sont deux ONG dédiées spécifiquement à la lutte contre la tuberculose qui peuvent contribuer significativement à donner plus de visibilité au problème de la tuberculose auprès des instances politiques et à mobiliser des ressources pour la lutte antituberculeuse.

- La Division de la Coopération Internationale, domiciliée au niveau du Ministère de la Santé, peut aider le PNLAT à identifier des opportunités de financement externe dans le cadre de la coopération bilatérale ou multilatérale.
- Le PNLS, domicilié lui aussi au niveau de la DELM, est un levier majeur pour le développement des activités collaboratives tuberculose/VIH dans le pays.
- Le Ministère de la Santé a mis en œuvre les Programmes Nationaux de Planification Familiale, de Surveillance de la Grossesse et de l'accouchement et de Prise en Charge Intégrée de l'Enfant dont les activités sont intégrées dans les établissements de soins de santé primaires. A travers ces 3 programmes, le PNLAT peut promouvoir ses prestations au profit des femmes et des enfants.

4. Menaces

- En raison de la transition épidémiologique au Maroc, les ressources pourraient être allouées aux maladies chroniques au détriment des affections transmissibles.
- L'exode rural vers les zones urbaines et l'urbanisation anarchique créent des conditions favorables pour l'éclosion de la tuberculose dans les populations.
- La stigmatisation de la tuberculose et des personnes qui en sont affectées sont des obstacles potentiels à l'accès aux services de soins.
- Il y a une sous-utilisation des services publics de soins ; les dernières données du Ministère de la Santé indiquent que le nombre de consultations par habitant est de 0,7 pour les consultations médicales et 0,9 pour les consultations paramédicales[13].
- L'accès physique demeure problématique pour une proportion non négligeable de la population; en effet, 20% de celle-ci réside à plus de 10 km de la structure de santé la plus proche.
- La pénurie aiguë des ressources humaines à tous les niveaux, y compris au niveau de l'Unité Centrale, constitue une contrainte majeure à la mise en œuvre des activités de la lutte antituberculeuse, particulièrement celles relatives au diagnostic de la tuberculose.
- Il est de plus en plus difficile d'attirer les médecins pour occuper la fonction de coordinateur du PNLAT au niveau des régions, des provinces ou préfectures.
- Certaines activités du PNLAT, comme l'approvisionnement en médicaments antituberculeux de 2ème ligne, dépendent du financement du FM dont le retrait est prévu dans quelques années.
- En raison de la réforme du secteur de la santé, il n'y a pas de cadre juridique clair qui protège la gratuité des services de soins de la tuberculose en milieu hospitalier : procédures de diagnostic de la TEP, prise en charge des patients présumés tuberculeux...
- Les procédures établies, par le Ministère de la Santé, pour assurer la maintenance et les réparations ne sont pas pleinement fonctionnelles.
- Une phase aiguë d'une possible crise humanitaire liée à un désastre naturel ou une épidémie d'une maladie émergente peut perturber les services existants de lutte contre la tuberculose.

13 Direction de la Planification et des Ressources Financière, Division de la Planification et des Études, Service des Études et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffres 2014. Edition 2015.Ministère de la Santé. Royaume du Maroc.

LOGIQUE DE PLANIFICATION

La tuberculose est un problème important de santé publique au Maroc. Selon l'OMS, environ 36.000 personnes ont été affectées par un nouvel épisode de tuberculose dans l'ensemble du pays en 2016, soit une incidence de 103 [88-119] cas pour 100.000 habitants. L'OMS estime également que le nombre de décès liés à cette maladie est de 3.300 pour la même année, soit une mortalité de 9,3 [6-13] décès pour 100.000 habitants.

La lutte contre la tuberculose est organisée dans le cadre du Programme National de Lutte Antituberculeuse ou PNLAT depuis plusieurs décennies. Ce dernier a mis en œuvre, avec succès, la Stratégie DOTS dès 1991 et la Stratégie Halte à la Tuberculose en 2006 et a adopté récemment la nouvelle stratégie de l'OMS appelée « Stratégie pour Mettre Fin à la Tuberculose » (ou End TB Strategy). Il est établi que depuis au moins 1994, plus de 80% des cas incidents de tuberculose sont détectés et au moins 85% d'entre eux sont traités avec succès. De 1980 à 2015, les prestations de services du PNLAT ont permis de traiter avec succès 830.000 personnes affectées par la tuberculose. Une analyse récente des données du PNLAT a conclu que la transmission de cette maladie tend vraisemblablement à diminuer dans la population générale.

Selon les données rapportées par l'OMS dans son dernier rapport[14], le taux de détection est de 87% et le taux de succès thérapeutique de 88%. Ceci suggère qu'un peu plus de 76% des cas de tuberculose (cas incidents) qui apparaissent dans la population générale sont traités avec succès et, par conséquent, évitent probablement, pour la plupart d'entre eux, de décéder de tuberculose. Par conséquent, il est tout à fait légitime de penser que les efforts de lutte antituberculeuse entrepris jusqu'à présent au Maroc ont eu, fort probablement, un impact sur la mortalité liée à cette maladie.

C'est la raison pour laquelle le but essentiel de ce PSN est d'amplifier cet impact en réduisant encore plus le nombre de décès liés à la tuberculose dans le pays. Par conséquent, pour atteindre ce but, la détection des cas de tuberculose doit augmenter tout en maintenant un taux de succès thérapeutique élevé. Il est prévu, dans le cadre de ce PSN, que 92% des cas incidents seront détectés en 2021 (tout en tenant compte de l'accroissement de la population) et que 90% d'entre eux seront traités avec succès. Ceci indique que 83% des personnes qui seront affectées par un nouvel épisode de tuberculose ne vont probablement pas décéder en raison de cette maladie. Une telle éventualité aura probablement plus d'impact sur la mortalité liée à la tuberculose par rapport à aujourd'hui.

Il est clair que pour augmenter la détection des cas : i) les acquis du PNLAT doivent être consolidés, ii) les capacités de diagnostic de la tuberculose améliorées, iii) les prestataires de soins exerçant en dehors des structures du Ministère de la Santé impliqués dans les efforts de lutte antituberculeuse et iv) des approches novatrices développées et mises en œuvre au profit des groupes à haut risque et des populations vulnérables,

[14] WHO. Global Tuberculosis Report 2017. World Health Organization. Geneva

La prévalence de l'infection VIH est basse au Maroc (0,1% chez les individus âgés de 15 à 49 ans), il est estimé que la charge de morbidité tuberculeuse liée à l'infection VIH dans la population générale est de 5% au maximum et que l'incidence de la coïnfection Tuberculose-VIH est de 1,3 [0,81-1,8] pour 100.000 habitants. Toutefois, il est bien connu que la létalité est significativement élevée chez les patients co-infectés tuberculose/VIH. Des efforts importants ont été déployés au cours des 10 dernières années pour mettre en œuvre les activités collaboratives tuberculose/VIH. Il est donc important de maintenir et de renforcer ces activités qui, vraisemblablement, contribueront à réduire le nombre de décès liés à la tuberculose.

En outre, il a été largement documenté que la tuberculose multi-résistante a un taux de létalité non négligeable. Parmi les cas de tuberculose pulmonaire notifiés en 2016, environ 380 [270-500] seraient des cas de TB-MR/RR. Quatorze appareils Xpert ont été mis en place dans le pays et il est prévu d'en acquérir d'autres dans le cadre de ce PSN. L'utilisation d'un tel équipement contribuera fort vraisemblablement à identifier un nombre non négligeable de patients avec une tuberculose pharmaco-résistante à au moins la rifampicine et, par conséquent, à augmenter la détection des cas de TB-MR. Il est donc important que le PNLAT renforce significativement ses activités concernant la prise en charge programmatique des cas de tuberculose pharmaco-résistante pour éviter d'éventuels décès liés à la TB-MR.

Pour améliorer la détection et la prise en charge thérapeutique des malades tuberculeux, consolider les activités collaboratives tuberculose/VIH et faire face à la problématique de la tuberculose pharmaco-résistante, le PNLAT doit renforcer ses capacités techniques et managériales dans le cadre de ce PSN.

VISION ET OBJECTIFS

Vision : Mettre fin à la tuberculose au Maroc.

Objectif général : Réduire le nombre de décès liés à la tuberculose de 40% en 2021 par rapport à l'année 2015.

Objectif spécifique 1 : Augmenter le nombre d'épisodes de tuberculose détectés à 36.300 et le taux de succès thérapeutique à au moins 90% à l'horizon 2021.

Objectif spécifique 2 : Augmenter la détection des cas de tuberculose multi-résistante à 75% et leur taux de succès thérapeutique à au moins 80% à l'horizon 2021.

Objectif spécifique 3 : Tester au VIH, à l'horizon 2021, 95% des malades tuberculeux notifiés et maintenir à 100% la proportion des malades tuberculose/VIH mis sous traitement par les médicaments antirétroviraux.

Objectif spécifique 4 : Améliorer et renforcer la gouvernance et les pratiques de gestion du Programme national de Lutte antituberculeuse.

INTERVENTIONS STRATEGIQUES ET ACTIVITES

La réalisation de ces objectifs contribuera significativement à atteindre le but du PNLAT, à savoir une diminution de 40% du nombre de décès liés à la tuberculose à l'horizon 2021 par rapport à l'année 2015. Pour atteindre ces objectifs, les interventions stratégiques et les activités spécifiées ci-après seront développées et mises en place.

1. Objectif spécifique 1 : Augmenter le nombre d'épisodes de tuberculose détectés à 36.300 et le taux de succès thérapeutique à au moins 90% à l'horizon de 2021.

La cheville ouvrière de la lutte antituberculeuse au Maroc est constituée par un réseau de 60 CDTMR à travers le pays. Les structures de santé primaire contribuent à la détection des cas de tuberculose en référant aux CDTMR les patients ayant des symptômes compatibles avec cette maladie et assurent les prestations de traitement aux malades tuberculeux. Il importe de noter que le secteur médical privé collabore significativement avec le PNLAT en ce qui concerne l'identification des cas présumés ou avérés de tuberculose. Les dernières données de l'OMS rapportent que 87% des cas incidents sont traités parmi lesquels 88% guérissent. Cependant, bien que la tuberculose ait une bonne visibilité dans le RESSP, l'indice de suspicion tuberculeux demeure relativement bas chez les agents de santé exerçant dans ces services. Par ailleurs, la couverture de la population par le réseau de laboratoires de microscopie de la tuberculose est insuffisante en raison, essentiellement, de la crise aiguë en ressources humaines qui affecte le système de soins du Ministère de la Santé ; en moyenne, il n'y a qu'un laboratoire pour 234.000 habitants. Dans beaucoup de CDTMR, l'équipement radiologique disponible n'est pas fonctionnel en raison de sa vétusté ou du manque de personnel requis. Bien que le secteur médical privé collabore avec le PNLAT, cette collaboration n'est pas encadrée et n'inclut pas les prestataires de soins d'autres secteurs. Par ailleurs, il n'y a pas encore de stratégie claire pour améliorer et renforcer les prestations de services du PNLAT pour les groupes à haut risque et les populations vulnérables.

Pour ce faire, les interventions stratégiques qui seront développées et mises en œuvre pour atteindre cet objectif s'attelleront à :

- Maintenir, consolider et renforcer les activités de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose dans le réseau existant du PNLAT ;
- Améliorer l'identification et la prise en charge des patients ayant des symptômes compatibles avec la tuberculose de manière à augmenter leur nombre de 53.094 en 2015 à au moins 297.000 en 2021 ;
- Augmenter et consolider les capacités de diagnostic dans le réseau du PNLAT particulièrement dans les régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés ;

- Impliquer dans les efforts de la LAT tous les prestataires de soins exerçant en dehors des structures sanitaires du Ministère de la Santé ;
- Renforcer les services du PNLAT auprès des groupes à haut risque et des populations vulnérables ;
- Assurer le traitement qui est en vigueur dans le PNLAT à toutes les personnes diagnostiquées avec une tuberculose et le TPI à tous les individus chez qui ce dernier est indiqué.

Intervention Stratégique 1.1 : Réviser et mettre à jour le guide national du PNLAT en conformité avec les nouvelles recommandations de l'OMS.

Le nouveau guide révisé décrira les composantes de la stratégie du PNLAT au Maroc, l'organisation et la gestion du PNLAT, le processus détaillé d'identification et de prise en charge des patients ayant des symptômes compatibles avec la tuberculose, les régimes de traitement à utiliser, les procédures d'administration et de suivi du traitement, le système d'information. Les directives concernant la tuberculose de l'enfant y seront incluses dans leur totalité (voir sous-activité 1.8.7.1). Par ailleurs, le guide inclura les directives les plus importantes en ce qui concerne la coïnfection tuberculose/VIH, la PCPTPR, le dépistage systématique des sujets-contacts, le contrôle de l'infection, la gestion des médicaments et autres.

Le nouveau guide révisé devra être validé par le Comité Technique National de Tuberculose puis imprimé en quantité suffisante et diffusé. Une version électronique sera mise en ligne, sur le site du Ministère de la Santé.

Intervention Stratégique 1.2 : Améliorer et renforcer, dans les structures de santé primaire, l'identification et la prise en charge des patients ayant des symptômes compatibles avec la tuberculose ainsi que la mise en œuvre des prestations de soins des malades tuberculeux sous traitement.

Activités et sous-activités :

1.2.1 Développer un matériel didactique comprenant des algorithmes et des procédures opérationnelles standards (POS) à l'usage des médecins et des infirmiers(ères) exerçant dans les structures de santé primaire. Ce matériel comprendra toutes les prestations de services, en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose, qui doivent être entreprises au niveau des ESSP. Il sera développé par l'Unité Centrale en conformité avec le nouveau guide du PNLAT.

1.2.2 Imprimer et diffuser les algorithmes et les POS élaborés auprès des médecins et des infirmiers(ères) exerçant dans les ESSP.

1.2.3 Organiser un atelier avec un groupe de formateurs régionaux pour standardiser le processus de formation des médecins généralistes, des infirmiers(ères) et autres professionnels de santé exerçant dans les structures sanitaires primaires. Par ailleurs, un agenda des sessions de formation qui seront organisées sera

établi et discuté pour chaque région et province/préfecture.

1.2.4 Assurer la formation en cascade de formateurs Provinciaux/Préfectoraux qui se chargeront de la formation des médecins généralistes et des infirmiers(ères) au niveau des provinces et préfectures. Ces formateurs seront issus des CDTMR provinciaux et préfectoraux et seront formés par les formateurs régionaux.

1.2.5 Reformer en priorité tous les médecins généralistes assurant les consultations et les soins ambulatoires dans les ESSP des provinces et préfectures relevant des 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose notifiés au Maroc sont identifiés.

1.2.6 Assurer la formation d'au moins un(e) infirmier(ère) par centre de santé ou dispensaire des provinces et préfectures relevant des 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose notifiés au Maroc sont identifiés.

1.2.7 Reformer, dans un deuxième temps, tous les médecins généralistes assurant les consultations et les soins ambulatoires dans les ESSP des provinces et préfectures des 6 régions où moins de 15% des cas de tuberculose sont notifiés.

1.2.8 Assurer, dans un deuxième temps, la formation d'au moins un(e) infirmier(ère) par centre de santé ou dispensaire des provinces et préfectures des 6 régions où moins de 15% des cas de tuberculose sont notifiés.

1.2.9 Reproduire par un infographiste les principaux algorithmes inclus dans le matériel didactique dans des tableaux muraux destinés à l'usage des ESSP. Ces tableaux muraux seront imprimés et diffusés en quantité suffisante.

1.2.10 Suivre et évaluer systématiquement, lors des visites de supervision des ESSP, les activités d'identification et de prise en charge des patients qui présentent des symptômes compatibles avec la tuberculose en utilisant les indicateurs requis suivants :

- Nombre de patients qui consultent pour des symptômes respiratoires dans les ESSP (registre des Consultations curatives);
- Nombre de patients ayant des symptômes compatibles avec la tuberculose qui sont identifiés dans les ESSP (registre de dépistage et de traitement prophylactique de la tuberculose).
- Nombre de patients présumés tuberculeux qui ont été évalués pour la tuberculose (Registre de la radiologie et/ou Registre de la Microscopie et Xpert) ;
- Proportion des patients présumés tuberculeux qui sont positifs à la microscopie ou au test par Xpert (registre de dépistage et de traitement prophylactique de la tuberculose et Registre de la Microscopie et Xpert)

Intervention Stratégique 1.3 : Acquérir des appareils de radiologie numérique supplémentaires.

Grâce au financement du Ministère de la Santé, 18 appareils de radiologie numérique ont été acquis par le PNLAT au cours des 2 dernières années et 17 autres sont en cours

de livraison. Ainsi, à court terme, 35 CDTMR seront équipés d'appareils de radiologie numérique ; toutefois, 25 CDTMR ne le sont pas encore et devront être dotés dans le cadre de ce PSN.

Activités et sous-activités :

1.3.1 Entreprendre, dans les 25 CDTMR non équipés, la réhabilitation et le plombage des locaux où seront installés les nouveaux appareils de radiologie numérique.

1.3.2 Acquérir 25 appareils de radiologie numérique et les installer dans les CDTMR non équipés.

1.3.3 Utiliser les ordinateurs qui sont, ou seront, disponibles dans les 60 CDTMR pour la réception des images radiologiques.

1.3.4 Acquérir 2 appareils de radiologie numérique mobiles pour les besoins de dépistage systématique et actif de la tuberculose dans les groupes à haut risque. Ces 2 appareils seront sous la responsabilité de l'Unité centrale et seront utilisés à la demande des régions ou des provinces et préfectures.

1.3.5 Assurer la disponibilité des films radiologiques au niveau du réseau de CDTMR.

1.3.6 Renouveler et acquérir les équipements de radioprotection nécessaires pour le personnel des CDTMR.

1.3.7 Assurer la maintenance des dispositifs de radiologie numérique.

1.3.8 Assurer le contrôle de la radioprotection.

Intervention Stratégique 1.4 : Etendre le réseau de laboratoires de la tuberculose et renforcer ses capacités de diagnostic.

Activités et sous-activités :

1.4.1 Etendre et consolider les activités de la microscopie de la tuberculose :

- Rendre officiel par arrêté ministériel l'intégration de la microscopie de la tuberculose dans les activités de laboratoire des hôpitaux
- Rendre disponibles, auprès des microscopistes du réseau national de laboratoires de la tuberculose, le guide national ainsi que les algorithmes et les POS, récemment mis à jour, de la microscopie de la tuberculose.
- Etendre le réseau national de laboratoires de la tuberculose, en donnant la priorité aux 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés.
- Assurer la formation initiale et de remise à niveau des microscopistes du RESSP, des hôpitaux, des services sanitaires de l'Armée et des unités sanitaires des Etablissements Pénitentiaires.
- Assurer l'approvisionnement en consommables pour réaliser la microscopie de 610.000 frottis en 2018, 631.000 en 2019, 640.000 en 2020 et 655.000 en 2021.

- Maintenir et étendre le contrôle de qualité de la microscopie : le contrôle de qualité se fait de façon routinière lors des supervisions effectuées par les cadres du LNR dans les laboratoires régionaux et les laboratoires localisés dans les 19 provinces et préfectures où les activités de lutte antituberculeuse sont financièrement soutenues par le FM. Il importe de noter, par conséquent, que le contrôle de qualité de la bacilloscopie ne couvre pas tout le réseau de laboratoires de microscopie. Il est prévu dans le cadre de ce PSN d'étendre le système de contrôle de qualité à l'ensemble du réseau: i) les laboratoires régionaux, ii) les laboratoires des 19 provinces et préfectures où les activités de lutte antituberculeuse sont soutenues par le FM, iii) les laboratoires des autres provinces et préfectures où les activités de lutte contre la tuberculose ne sont pas soutenues par le FM, iv) les 120 unités de microscopie qui seront nouvellement créées (60 dans les structures ambulatoires et 60 dans les hôpitaux) et v) les 20 laboratoires de microscopie du système carcéral. A ceci, il faut ajouter le contrôle de qualité qui sera étendu aux laboratoires relevant des secteurs sanitaires qui ne dépendent pas directement du Ministère de la Santé, tel que le secteur sanitaire privé ou de l'armée. L'exécution des activités de contrôle de qualité de la microscopie sera assurée par les cadres du LNR et des laboratoires régionaux.
- Assurer la supervision des activités de microscopie

1.4.2 Etendre et renforcer l'utilisation des tests par Xpert : depuis la fin de l'année 2014, 14 appareils Xpert ont été, jusqu'à présent, mis en place dans le réseau du PNLAT. Si on ne tient compte que de la charge de travail brute qui doit être satisfaite, il faut actuellement au minimum 18 appareils Xpert et à l'horizon 2021 au minimum 21. Toutefois, ces chiffres ne tiennent pas compte de la répartition géographique des CDTMR où les appareils Xpert doivent être implantés ni des difficultés d'accès des patients aux prestations de services de diagnostic bactériologique, y compris les tests par Xpert. Par conséquent, le nombre d'appareils Xpert à mettre en place doit couvrir aussi bien les provinces et préfectures à forte charge de morbidité tuberculeuse que celles qui sont enclavées et dont les CDTMR ne disposent pas encore d'équipement Xpert :

- Faire élaborer par l'Unité centrale du PNLAT un document comprenant des algorithmes et des POS relatifs aux indications des tests Xpert.
- Imprimer, distribuer et mettre en ligne les algorithmes et les POS relatifs aux indications des tests Xpert.
- Inclure la composante relative aux indications des tests Xpert dans la formation et le recyclage de base des médecins généralistes et du personnel infirmier exerçant dans les ESSP.
- Elaborer par le LNR un algorithme de prise de décision pour les techniciens de laboratoire qui l'utiliseront en fonction des résultats des tests Xpert.

- Acquérir, dès 2018, 28 nouveaux appareils Xpert avec leurs imprimantes, qui seront mis en place dans les provinces et préfectures relevant des 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés ainsi que dans les zones enclavées.
- Acquérir les pots gradués de prélèvement ainsi que les cartouches nécessaires pour la réalisation des tests Xpert.
- Assurer la maintenance et l'étalonnage régulier des appareils Xpert.
- Former l'ensemble des professionnels de santé concernés sur la technique de réalisation des tests Xpert.
- Assurer le contrôle de qualité avec le Laboratoire National de Référence pour les tests Xpert ayant des résultats discordants.
- Intégrer la supervision des activités liées aux tests Xpert à celle de la microscopie de la tuberculose.
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités liées aux tests Xpert.

1.4.3 Consolider les activités de culture : la culture sera utilisée essentiellement pour le suivi des malades sous traitement pour une tuberculose pharmaco-résistante mais également pour les patients ayant une TEP chez qui les tests de diagnostic ne sont pas concluants. Le réseau mis en place par le LNR compte 14 laboratoires équipés pour réaliser des cultures. Un guide de la culture a été élaboré par le LNR et est en cours d'impression :

- Faire distribuer par le LNR et mettre en ligne le guide de la culture.
- Faire développer par l'Unité centrale du PNLAT, à l'intention des médecins et des professionnels de santé prenant en charge les malades tuberculeux, les POS relatives aux indications de la culture ; ces POS seront en conformité avec le nouveau guide de la culture et devront être imprimées, distribuées et mises en ligne sur le site du Ministère de la Santé.
- Assurer, à travers le réseau du PNLAT, la distribution des exemplaires du document sur les POS relatives aux indications de la culture et les mettre sur le site web du Ministère de la Santé.
- Mettre en place un laboratoire de culture à Errachidia pour couvrir les besoins de la Région Drâa-Tafilelt.
- Renouveler au cours de l'année 2018 les équipements vétustes des laboratoires de culture
- Faire organiser tous les deux ans, par le LNR, un atelier de formation de remise à niveau de tous les techniciens de laboratoire chargés d'effectuer les cultures.
- Acquérir les consommables pour réaliser les cultures :
- Assurer des visites de supervision par le LNR des 15 laboratoires de culture.
- Suivre et évaluer les activités des laboratoires de la culture à travers les données du système d'information du PNLAT.

- Assurer la maintenance du matériel nécessaire à la culture dans les 15 laboratoires.
- Assurer, chaque semestre, 15 envois des prélèvements pour le contrôle de qualité externe en matière de culture de mycobactéries au niveau des laboratoires régionaux.

1.4.4 Assurer les tests de pharmaco-sensibilité : les tests de pharmaco-sensibilité sont effectués dans 4 laboratoires : le LNR (Rabat), l'Institut Pasteur-Maroc (Casablanca) et les laboratoires régionaux de Fès et de Marrakech. Dans le cadre de ce PSN, ils seront réalisés pour les médicaments antituberculeux de 1ère et 2ème ligne, et en priorité, pour tous les patients tuberculeux ayant une résistance à la rifampicine identifiée par des tests Xpert. L'équipement nécessaire pour réaliser les tests par line probe assays (LPA) est disponible dans les 4 laboratoires :

- Faire élaborer par le LNR un manuel de POS pour réaliser les tests de pharmaco-sensibilité aux médicaments antituberculeux de 1ère et 2ème lignes. Les exemplaires de ce manuel seront distribués aux utilisateurs.
- Compléter l'équipement des laboratoires qui réalisent les tests de pharmaco-sensibilité par LPA.
- Réaménager les locaux de 2 laboratoires effectuant les tests par LPA et renouveler à partir de 2020 le matériel vétuste dans les 4 laboratoires (ex. : hotte PCR, twin incubator, thermocycleur, centrifugeuse, etc).
- Assurer la maintenance des équipements des 4 laboratoires réalisant les tests de pharmaco-sensibilité.
- Organiser, annuellement, au niveau du LNR, un atelier sur le bilan des tests LPA effectués dans les 4 laboratoires.
- Organiser, en 2018 et en 2021, au niveau du LNR, un atelier de remise à niveau sur la technique du LPA au profit des techniciens de laboratoire.
- Acquérir les consommables requis pour réaliser les tests de pharmaco-sensibilité aux médicaments antituberculeux de 1ère ligne:
- Acquérir les consommables requis pour réaliser les tests de pharmaco-sensibilité aux médicaments antituberculeux de 2èmeligne :
- Assurer, chaque année à partir de 2018, la participation d'au moins un technicien du LNR au Cours international de Paris (ou autre) sur les tests de pharmaco-sensibilité aux médicaments antituberculeux de 1ère et 2ème ligne.

1.4.5 Assurer le contrôle de l'infection dans le réseau de laboratoires de la tuberculose

- Assurer l'approvisionnement en masques de protection respiratoire et en gants pour tous les professionnels de santé exerçant dans le réseau de laboratoires de la microscopie de la tuberculose :

- Assurer l'approvisionnement en équipement de protection individuelle (masques, blouses, gants, protège-chaussures, calots,…) pour tous les techniciens exerçant dans les laboratoires de culture et de tests de pharmaco-sensibilité.
- Equiper, en système d'extraction et de filtration d'air et en lavabos à pédale, tous les laboratoires de microscopie. Les extracteurs utilisés doivent assurer un flux d'air unidirectionnel à travers le laboratoire de manière à réaliser 6 à 12 renouvellements d'air par minute.
- Mettre en place les conditions optimales de biosécurité (ventilation, filtration et traitement de l'air) dans les 15 laboratoires de culture et les 4 unités de pharmaco-sensibilité, et les équiper en lavabos aseptiques.
- Assurer l'approvisionnement de tous les laboratoires du réseau national en produits désinfectants pour les paillasses et les mains.

1.4.6 Assurer le transport des prélèvements entre les laboratoires du réseau

- Acquérir, tous les 2 ans, des glacières médicales pour le transport, à température contrôlée, des prélèvements biologiques de routine et prélèvements biologiques d'évaluation externe de la qualité des laboratoires de culture.
- Maintenir et étendre le système existant de transport des prélèvements : i) des CDTMR qui ne sont pas équipés de matériel Xpert vers ceux qui le sont, ii) des sites de prise en charge des PVVIH vers les CDTMR équipés de matériel Xpert, iii) des CDTMR ayant un équipement Xpert vers les laboratoires de culture ou de tests de pharmaco-sensibilité et iv) des laboratoires de culture vers ceux qui effectuent les tests de pharmaco-sensibilité. Le transport des prélèvements sera effectué à l'intérieur des régions et entre les régions.

1.4.7 Améliorer le système d'information du réseau de laboratoires : le nouveau système d'information recommandé par l'OMS (2013) pour les activités de laboratoire de la tuberculose (registre microscopie et Xpert, registre Xpert, culture et tests de pharmaco-sensibilité et formulaires inhérents) ont été mis en place dans le réseau de laboratoires :

- Mettre au point une solution informatique pour la collecte des données dans les laboratoires réalisant les tests Xpert, les cultures et les tests de pharmaco-sensibilité.
- Equiper en matériel informatique tous les laboratoires effectuant les tests Xpert, les cultures et les tests de pharmaco sensibilité, y compris le LNR et l'Institut Pasteur.
- Assurer la formation du personnel des laboratoires effectuant les tests Xpert, les cultures et les tests de pharmaco-sensibilité sur l'utilisation de la solution informatique.
- Déployer la solution informatique dans les laboratoires réalisant les tests Xpert, les cultures et les tests de pharmaco-sensibilité.

- Assurer une évaluation trimestrielle des activités de microscopie et des tests Xpert.
- Assurer une évaluation semestrielle des activités de la culture et des tests de pharmaco-sensibilité.

1.4.8 Elaborer un document national sur l'équipement standard et les consommables qui doivent être utilisés dans le réseau national de laboratoires de la tuberculose.

1.4.9 Assurer la maintenance des équipements disponibles dans le réseau de laboratoires.

1.4.10 Assurer le transport des prélèvements qui doivent être re-testés au Laboratoire supranational de Référence ; ces prélèvements concernent les souches qui ont des résultats discordants aux tests de pharmaco-sensibilité.

1.4.11 Assurer le transport des échantillons envoyés par le Laboratoire supranational de Référence dans le cadre de l'évaluation de la qualité externe des tests de pharmaco-sensibilité réalisés au niveau du LNR.

1.4.12 Présenter et discuter les données relatives aux activités effectuées dans l'ensemble du réseau de laboratoires lors du séminaire d'évaluation organisé chaque année par l'Unité centrale du PNLAT.

1.4.13 Evaluer chaque année par un consultant international les activités et les pratiques de gestion qui ont cours dans le réseau de laboratoires de la tuberculose.

1.4.14 Assurer l'accréditation internationale du LNR en matière de microscopie de la tuberculose, de culture et de tests de pharmaco-sensibilité. Pour ce faire :

- Réaménager l'infrastructure du LNR à travers le Projet RSS/FM qui est en cours d'exécution
- Assurer l'accompagnement du personnel du LNR, pendant 1 mois, par un expert international pour l'accréditation de certaines activités du LNR selon la norme ISO15189.
- Dans le cadre de la certification et de l'accréditation, assurer régulièrement la métrologie des appareils et la maintenance des équipements pour qu'il n'y ait pas d'arrêt d'activité au niveau du LNR.

Intervention Stratégique 1.5 : Etablir des procédures standard pour le diagnostic de la TEP

Activités et sous-activités :

1.5.1 Développer un document sur la situation actuelle de la TEP au Maroc.

1.5.2 Organiser un atelier national pour établir des critères standard ainsi qu'un document national pour normaliser le diagnostic de la TEP. Ce document sera imprimé, diffusé et mis en ligne sur le site du Ministère de la Santé.

1.5.3 Acquérir les trocarts d'Abrams ou Castellain pour assurer les prestations de biopsie pleurale.

1.5.4 Suivre et évaluer la notification de la TEP à travers le système d'information du PNLAT.

Intervention Stratégique 1.6 : Impliquer tous les prestataires de soins

Diverses catégories de prestataires de soins existent en dehors du réseau du Ministère de la Santé. Les médecins appartenant au secteur privé sont les plus prépondérants et constituent environ 50% de l'ensemble des médecins qui exercent au Maroc. Le PNLAT a une bonne visibilité parmi les médecins du secteur privé. Il est estimé que 35 à 40% des malades tuberculeux sont référés par ces derniers aux structures du PNLAT en tant que patients ayant une tuberculose présumée ou avérée. Des conventions de collaboration ont été signées entre le PNLAT et le Syndicat National de Médecine Générale, le Collège des Pneumologues de Casablanca et une Association Professionnelle de pédiatres exerçant à Casablanca. Ces conventions ont permis de mettre en œuvre à petite échelle des expériences de prise en charge des patients tuberculeux qui désirent être suivis dans le secteur privé. Une convention a été également signée entre l'Administration de la Défense Nationale et le Ministère de la Santé dans le cadre du Plan national d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016. Le PNLAT fournit les médicaments antituberculeux aux services de santé des Forces Armées Royales qui font le diagnostic de la tuberculose et assurent la prise en charge thérapeutique des patients tuberculeux. Le PNLAT a réussi, depuis plus de 20 ans, à mettre en place une relation formalisée et structurée avec la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion. Le PNLAT a signé avec cette dernière une convention dans le cadre du Plan national d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016. Cependant, d'autres catégories de professionnels de santé n'ont pas encore été approchées par le PNLAT comme ceux exerçant dans le secteur sanitaire relevant de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale ou dans les structures sanitaires de l'Office Chérifien des Phosphates (OCP).

Activités et sous-activités :

1.6.1 Assigner un cadre de l'Unité Centrale du PNLAT pour mettre en œuvre, coordonner et évaluer les activités relatives à l'implication des prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du Ministère de la Santé.

1.6.2 Constituer un Groupe de Travail pour l'Implication de tous les Prestataires de Soins. Ce groupe de travail sera sous la conduite du Comité Technique de la Tuberculose et son secrétariat assuré par le point focal de l'Unité Centrale spécifié ci-dessus.

1.6.3 Assurer les réunions du Groupe de Travail pour l'Implication de tous les Prestataires de Soins. Dans ces réunions, il aura à définir : i) les rôles des prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du Ministère de la Santé dans la prévention et le contrôle de la tuberculose, ii) les orientations stratégiques pour que ces rôles soient adéquatement tenus et iii) les liens qui

doivent être établis entre chaque catégorie de prestataires de soins et le PNLAT. Ces éléments seront consignés dans un document formel pour le PNLAT et le Comité Technique de la Tuberculose.

1.6.4 Faire une évaluation de l'état actuel de l'implication des prestataires de soins qui pratiquent en dehors des structures du Ministère de la Santé. Cette évaluation sera menée par le Groupe de Travail susmentionné et étudiera les résultats des expériences menées jusqu'à présent avec le secteur médical privé et les services sanitaires de l'Armée et du système carcéral. Elle mettra en exergue les défis à relever pour améliorer le déroulement de ces expériences et identifiera les catégories de prestataires de soins qui ne sont pas encore impliqués et qui doivent l'être. Un rapport sur les résultats de cette évaluation sera établi.

1.6.5 Diffuser ce rapport d'évaluation par Internet à ceux qui doivent être informés et le mettre sur le site web du Ministère de la Santé.

1.6.6 Organiser, sous la direction du Groupe de Travail, une réunion nationale sur l'implication dans la lutte antituberculeuse des prestataires de soins exerçant en dehors des structures du Ministère de la Santé. Seront représentés à cette réunion le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, la Société Marocaine des Sciences Médicales, le Syndicat National de Médecine générale, le Collège des Pneumologues de Casablanca, l'Association Nationale des Cliniques privées du Maroc, la Société Marocaine de Pédiatrie, le Département Sanitaire de la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion, les Services de Santé de l'Administration de la Défense Nationale, l'Organisation Internationale pour les Migrations et autres. Les participants à cette réunion auront à définir le type de collaboration entre les diverses catégories de prestataires de soins et le PNLAT.

1.6.7 Tenir une réunion de travail au cours de laquelle les membres du Groupe de Travail auront à établir, pour chaque catégorie de prestataires de soins, un protocole de collaboration avec le PNLAT détaillant l'approche qui doit être mise en œuvre pour assurer une implication adéquate de cette catégorie de prestataires dans les efforts de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose au Maroc.

1.6.8 Après approbation des représentants des diverses catégories de prestataires de soins, imprimer, diffuser et mettre en ligne, au niveau des sites Internet appropriés, les protocoles de collaboration relatifs à chacune de ces catégories.

1.6.9 S'assurer de la disponibilité en nombre suffisant des exemplaires des algorithmes et des POS développés par l'Unité centrale du PNLAT pour qu'ils soient utilisés par les prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du Ministère de la Santé.

1.6.10 Mettre en œuvre les actions suivantes pour impliquer les médecins du secteur privé:

- Etablir un comité ad hoc constitué de représentants du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de l'Unité Centrale du PNLAT.
- Faire développer par le comité ad hoc un mémorandum expliquant : i) l'épidémiologie de la tuberculose et la situation de la lutte contre cette maladie au Maroc, ii) le rôle majeur que joue le secteur médical privé dans les efforts en cours de la lutte antituberculeuse et iii) la disponibilité du PNLAT de collaborer pleinement avec les médecins privés, particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des patients présumés tuberculeux qui sont référés aux structures sanitaires du Ministère de la Santé. Le protocole de collaboration avec le PNLAT élaboré par le Groupe de Travail sera mis en annexe à ce mémorandum. Une fois finalisé, le mémorandum sera signé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins du Maroc et le Ministère de la Santé. Ce mémorandum sera mis sur le site web du Ministère de la Santé, imprimé en nombre suffisant et distribué à travers les réseaux du Conseil National de l'Ordre des Médecins et des Associations Professionnelles des Médecins.
- Elaborer, par l'Unité Centrale du PNLAT, et imprimer en nombre suffisant un modèle de fiche de référence, à l'usage des médecins privés, pour adresser les patients présumés tuberculeux vers les services du PNLAT.
- Diffuser à tous les médecins privés, y compris ceux des cliniques privées, les exemplaires du mémorandum, les algorithmes et les POS développés par l'Unité.Centrale du PNLAT, les fiches de référence et la liste de tous les CDTMR par région. Cette diffusion sera assurée par les Unités de Coordination Régionales, Provinciales et Préfectorales du PNLAT.
- Organiser des symposiums pour les médecins généralistes du secteur privé avec une priorité pour ceux qui exercent dans les régions, provinces et préfectures à forte charge de morbidité tuberculeuse. Chaque symposium sera encadré et animé par les médecins de la Direction Régionale de la Santé et de l'Unité Régionale, provinciale ou préfectorale de Coordination du PNLAT. Il se focalisera d'une part sur l'identification et la prise en charge des patients présumés tuberculeux et, d'autre part, sur la procédure de référence vers la structure sanitaire la plus proche qui assure les prestations en vigueur dans le PNLAT en utilisant la fiche de référence. Le guide du PNLAT, les algorithmes, les POS et les fiches de référence seront utilisés en tant que matériel didactique dans chaque symposium où ils seront largement distribués aux participants. Par ailleurs, les algorithmes et les POS relatifs à la coïnfection TB/VIH et au dépistage des sujets-contacts seront également utilisés et distribués à tous les participants.
- Organiser des symposiums régionaux, en 2019 et 2021, pour les médecins privés spécialistes en pneumo-phtisiologie dans chacune des régions suivantes : Grand Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Tanger-Tétouan-Al

Hoceima, Fès-Meknès, Marrakech-Safi, Souss-Massa et Oriental. Le nombre des médecins privés spécialistes en pneumo-phtisiologie au Maroc est de l'ordre de 180. Chaque symposium sera animé et encadré par l'équipe de l'Unité de Coordination Régionale du PNLAT, les cadres de l'Unité Centrale et au moins un membre du Comité Technique de la Tuberculose. Il se focalisera sur la discussion et l'évaluation de l'implication des médecins privés, les normes et les standards en vigueur dans le PNLAT en ce qui concerne la prévention et le contrôle de la tuberculose au Maroc, le système de référence entre les structures privées de pneumo-phtisiologie et celles qui assurent les prestations du PNLAT ainsi que la relation entre les structures privées de pneumo-phtisiologie et le réseau coordonné de soins pour la tuberculose

- S'assurer, par l'intermédiaire des Unités de Coordination du PNLAT au niveau des provinces et préfectures, que les fiches de référence sont disponibles pour tous les médecins praticiens.
- Etablir des mécanismes de communication entre les Unités de Coordination Régionales, Provinciales et Préfectorales du PNLAT et les Associations Professionnelles Régionales, Provinciales et Préfectorales des médecins praticiens qui existent au niveau des régions, des provinces et des préfectures.
- Suivre et évaluer, par l'intermédiaire des Unités de Coordination Régionales, Provinciales et Préfectorales du PNLAT, la contribution des médecins du secteur privé aux efforts de lutte antituberculeuse. Les proportions des cas présumés et avérés de tuberculose référés par les médecins privés, parmi ceux qui sont enregistrés par les services du PNLAT, pour l'ensemble d'une région, province ou préfecture donnée seront calculées pour chaque trimestre et chaque année.

1.6.11 Améliorer et renforcer l'implication des laboratoires du secteur privé dans les prestations de diagnostic bactériologique de la tuberculose, avec une priorité pour les 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés :

- Faire établir par le LNR un programme de formation de remise à niveau sur la microscopie du bacille tuberculeux pour les techniciens des laboratoires privés ; ce programme inclura une session de formation sur l'utilisation d'un appareil Xpert.
- Faire établir par le LNR un agenda des ateliers de formation de remise à niveau; la priorité sera donnée aux laboratoires privés se trouvant dans les provinces et préfectures à forte charge de morbidité tuberculeuse.
- Mettre à la disposition des participants aux ateliers de formation de remise à niveau les exemplaires du guide national et des POS relatifs à la microscopie de la tuberculose ainsi que ceux des algorithmes et des POS concernant les tests Xpert.
- Procéder à la formation de remise à niveau des techniciens des laboratoires privés selon l'agenda établi pour organiser les ateliers de formation. Dans chaque atelier de formation de remise à niveau sur la microscopie de la

tuberculose, 10 techniciens seront formés par les cadres du LNR ; une session sera consacrée à l'utilisation des appareils Xpert dans chaque atelier de formation. Les exemplaires du guide national de la microscopie, des algorithmes et des POS seront distribués aux participants et utilisés lors de la formation.

- Intégrer tous les laboratoires privés, dont les techniciens ont été formés, au système de contrôle externe de la qualité établi par le LNR.
- Etablir des mécanismes de liaison entre ces laboratoires privés, les laboratoires régionaux et les Unités Régionales de Coordination du PNLAT par le biais du système de contrôle externe de la qualité, des visites de supervision et de réunions régulières.
- Evaluer, à travers le système d'enregistrement des CDTMR, la contribution des laboratoires privés à la détection des cas de tuberculose.

1.6.12 Impliquer les pharmacies privées dans les efforts de prévention et de contrôle de la tuberculose; pour ce faire, les actions suivantes seront entreprises :

- Officialiser la collaboration entre le Ministère de la Santé et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose au Maroc par la signature du protocole établi par le Groupe de Travail. Ce protocole réitérera la réglementation en vigueur relative à la vente des médicaments antituberculeux dans les pharmacies privées sur le territoire national.
- Faire élaborer par l'Unité Centrale du PNLAT une fiche technique à l'attention du personnel des pharmacies privées expliquant comment identifier un patient présumé tuberculeux et comment le référer à la structure sanitaire du Ministère de la Santé la plus proche pour une prise en charge. Cette fiche technique sera imprimée et distribuée à toutes les pharmacies privées en utilisant le réseau du PNLAT au niveau des régions, des provinces et des préfectures.
- Faire imprimer, par les Unités Régionales de Coordination du PNLAT, des fiches de référence qui seront utilisées par le personnel des pharmacies privées pour référer les patients présumés tuberculeux. Au total, 1.5 million de fiches seront imprimées chaque année pour l'ensemble du pays.
- Organiser des séminaires d'une demi-journée pour le personnel des pharmacies privées localisées dans les zones urbaines des 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés. Ces séminaires seront organisés une année sur deux par les Unités de Coordination du PNLAT des Provinces et Préfectures relevant de ces 6 régions. Ils permettront de sensibiliser le personnel des pharmacies privées à la problématique de la tuberculose au Maroc, de solliciter leur collaboration et de mettre en exergue leur rôle dans cette collaboration.
- Evaluer la contribution des pharmacies privées dans l'identification des patients présumés tuberculeux au niveau des registres des cas présumés

tuberculeux mis en place dans les structures ambulatoires du Ministère de la Santé. L'origine de la référence de chaque patient présumé tuberculeux sera spécifiée dans le registre. Par conséquent, la proportion des patients référés par les pharmacies privées parmi l'ensemble des patients présumés tuberculeux enregistrés sera calculée pour chaque trimestre et année.

- La vente des médicaments antituberculeux sans prescription médicale dans les pharmacies privées sera évaluée lors de la revue du PNLAT et de l'évaluation de tout le processus de gestion des médicaments antituberculeux.

1.6.13 Renforcer la collaboration avec les Services Sanitaires de l'Administration de la Défense Nationale. Ces derniers collaborent depuis plus de deux décennies avec le PNLAT et sont représentés au niveau du Comité Technique de la Tuberculose. Ils ont développé, il y a plusieurs années, un guide de prise en charge de la tuberculose qui était en conformité avec la stratégie nationale de lutte antituberculeuse et les prérogatives de l'Administration de la Défense Nationale. Le PNLAT les approvisionne en médicaments antituberculeux. Une convention de collaboration a été établie entre l'Administration de la Défense Nationale et le Ministère de la Santé dans le cadre du Plan National d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016. Pour renforcer et consolider cette collaboration, les actions suivantes seront mises en œuvre :

- Organiser, chaque année, une réunion de 2 jours pour évaluer la collaboration entre le PNLAT et les services sanitaires de l'Armée et identifier les actions à entreprendre pour améliorer et consolider cette collaboration. A l'issue de chaque réunion, une feuille de route sera développée.
- Soutenir techniquement les Services Sanitaires de l'Armée pour réviser et mettre à jour leur guide de la tuberculose en conformité avec les nouvelles directives du PNLAT et des recommandations récentes de l'OMS.
- Organiser un atelier de formation de remise à niveau des médecins des Services Sanitaires de l'Armée.
- Organiser un atelier de formation de remise à niveau des infirmiers de l'Armée chargés des prestations de soins pour les malades tuberculeux.
- Acquérir, pour les structures sanitaires de l'Armée, 4 microscopes à fluorescence LED avec les kits de matériel de base pour la microscopie de la tuberculose.
- Organiser par le LNR une session de formation pour 8 techniciens de laboratoire des Services Sanitaires de l'Armée.
- Assurer par le PNLAT l'approvisionnement en consommables nécessaires à la microscopie de la tuberculose.
- Assurer par le PNLAT l'approvisionnement en médicaments antituberculeux.
- Faire parvenir, par les Services Sanitaires de l'Armée, les rapports requis relatifs à la déclaration des cas et aux résultats des analyses de cohorte.

1.6.14 Impliquer les Services Sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale: la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) dispose de 13 polycliniques réparties dans 9 villes du Royaume dont 8 sont situés dans 5 des 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés. Ces polycliniques offrent une large gamme de prestations sanitaires, en milieu aussi bien hospitalier qu'ambulatoire, aux assurés sociaux et les membres de leur famille ainsi qu'aux patients bénéficiaires ou non de la garantie d'un organisme de prise en charge. Bien qu'il y ait une certaine collaboration entre les polycliniques CNSS et les CDTMR dans certaines villes en ce qui concerne l'identification des cas présumés ou avérés de tuberculose, cette collaboration n'est cependant pas formalisée ni encadrée. Il importe de noter que les prescriptions du traitement de la tuberculose ne sont pas effectuées au niveau des structures sanitaires de la CNSS. L'implication des services sanitaires de la CNSS dans les efforts de lutte antituberculeuse n'a pas encore été officiellement sollicitée par le PNLAT.

- Organiser une réunion impliquant le Directeur de la DELM, les cadres de l'Unité Centrale du PNLAT et les responsables du Pôle Unités médicales de la CNSS. Cette réunion visera à mettre en place les jalons pour une collaboration formelle entre les polycliniques de la CNSS et le PNLAT.
- Etablir un protocole de collaboration, conforme à celui du Groupe de Travail (voir activité 1.6.2), entre le Ministère de la Santé et la CNSS en ce qui concerne les prestations de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose au Maroc.
- Organiser un atelier impliquant les cadres du PNLAT (Unité Centrale et Unités Régionales de Coordination) et les responsables médicaux des polycliniques les plus pertinentes. Y seront présentées et discutées la situation de la tuberculose et de la lutte antituberculeuse au Maroc ainsi que les prestations de services qui sont assurées par les polycliniques de la CNSS en matière de prévention, de soins et de contrôle de la tuberculose. A l'issue de cet atelier, un plan d'action sera établi pour améliorer la collaboration entre les polycliniques de la CNSS et les CDTMR.
- Mettre à la disposition des médecins et du personnel infirmier le guide national du PNLAT, les algorithmes et les POS produits par l'Unité Centrale.
- Mettre à la disposition des techniciens de laboratoires des polycliniques de la CNSS des exemplaires du guide, des algorithmes et des POS de la microscopie développés par le LNR.
- Organiser 2 ateliers de formation de mise à jour pour les médecins exerçant dans les polycliniques de la CNSS.
- Organiser 1 atelier de formation de mise à jour pour les infirmiers(ères) des polycliniques de la CNSS.
- Organiser 1 atelier de formation de mise à jour pour les techniciens des polycliniques de la CNSS dont les laboratoires ont une activité de microscopie

de la tuberculose. Cet atelier sera encadré par les cadres du LNR.

- Intégrer, au système de contrôle de qualité externe, les laboratoires des polycliniques de la CNSS qui assurent des activités de microscopie de la tuberculose.

1.6.15 Renforcer la coopération avec les services sanitaires de l'Office Chérifien des Phosphates : l'OCP dispose de ses propres structures sanitaires et médicales dans les provinces où ses activités minières et industrielles chimiques sont implantées comme Khouribga, Safi ou El-Jadida. Elles assurent des prestations de santé aux employés de l'OCP et aux membres de leurs familles et même, comme à Khouribga, à la population locale. En général, il y a une collaboration satisfaisante entre ces structures sanitaires et les CDTMR au niveau des provinces. Elles y réfèrent habituellement les patients présumés ou avérés tuberculeux pour prise en charge. Les malades tuberculeux identifiés sont traités et suivis dans les CDTMR. Cependant, cette collaboration entre les services sanitaires de l'OCP et les structures du PNLAT n'est pas encadrée ni formalisée. Pour ce faire, les actions suivantes seront mises en œuvre :

- Organiser une réunion pour officialiser la coopération qui existe déjà entre les structures du PNLAT et les services sanitaires de l'OCP. Pour ce faire, un protocole de collaboration sera signé entre le Ministère de la Santé et l'OCP en ce qui concerne la lutte antituberculeuse.
- Organiser un atelier, de 3 jours, impliquant les cadres du PNLAT (Unité Centrale et Unités Régionales et Provinciales de Coordination) et les responsables des services sanitaires et médicaux de l'OCP. Y seront présentées et discutées la situation de la tuberculose et de la lutte antituberculeuse au Maroc ainsi que les prestations de services qui sont assurées par les services sanitaires et médicaux de l'OCP en matière de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose. A l'issue de cet atelier, un document cadre sera élaboré ; ce dernier définira les rôles des services sanitaires et médicaux de l'OCP et du PNLAT et spécifiera les mécanismes de liaison et de communication entre les deux entités au niveau national et provincial.
- Mettre à la disposition des médecins et du personnel infirmier des structures sanitaires et médicales de l'OCP le guide national du PNLAT, les algorithmes et les POS produits par l'Unité Centrale.
- Organiser 2 ateliers de formation de mise à jour pour les médecins exerçant dans les structures sanitaires et médicales de l'OCP.
- Organiser 1 atelier de formation de mise à jour pour les infirmiers(ères) des structures sanitaires et médicales de l'OCP.
- Assurer la mise en place d'un système de référence des patients entre les structures sanitaires et médicales de l'OCP et les CDTMR. Ces structures auront à mettre en place un système d'enregistrement où seront consignés les malades référés aux CDTMR.

- Mettre en place des mécanismes de coordination et de communication entre les structures sanitaires et médicales de l'OCP et les CDTMR au niveau des provinces. Chacune de ces structures aura à désigner un point focal qui assurera l'enregistrement des patients référés et les liens de communication avec le CDTMR provincial.
- Évaluer, au niveau de chaque province, la contribution des structures sanitaires et médicales de l'OCP à la détection des cas de tuberculose à travers la référence des patients présumés tuberculeux qu'elles effectuent vers les CDTMR.
- Faire participer les cadres médicaux pertinents et les points focaux des services sanitaires et médicaux de l'OCP aux réunions organisées chaque trimestre par les Unités Provinciales de Coordination du PNLAT.

1.6.16 Promouvoir des thèmes de discussion sur la tuberculose et la lutte antituberculeuse au Maroc lors des conférences et congrès des sociétés médicales professionnelles : l'inclusion des thèmes relatifs à la tuberculose et la lutte antituberculeuse dans les programmes des rencontres scientifiques médicales organisées au Maroc donnera plus de visibilité à la problématique liée à cette maladie au sein de la communauté médicale et contribuera à mieux y faire connaître la politique du PNLAT.

1.6.17 Evaluer chaque année la contribution des prestataires de soins exerçant en dehors des structures du Ministère de la Santé aux activités de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose.

1.6.18 Consacrer, lors de la réunion organisée chaque année par l'Unité Centrale du PNLAT sur la situation de la lutte antituberculeuse dans le pays, une session spécifique sur la contribution des prestataires de soins exerçant en dehors des structures du Ministère de la Santé aux activités de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose au Maroc.

1.6.19 Préparer chaque année un rapport sur la contribution des prestataires de soins exerçant en dehors des structures du Ministère de la Santé aux activités de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose au Maroc.

1.6.20 Mettre ce rapport sur le site web du Ministère de la Santé et le diffuser par Internet à ceux qui doivent être informés.

1.6.21 Assurer une réunion des membres du Groupe de Travail pour l'Implication de tous les Prestataires de Soins au moins 2 fois par an.

Intervention Stratégique 1.7 : Entreprendre des actions pour lutter contre la tuberculose dans les grandes zones urbaines

La notification de la tuberculose est significativement plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales. L'incidence notifiée est à plus de 170 nouveaux cas pour 100.000 habitants par an dans certaines préfectures urbaines comme Tanger ou Tétouan. Dans certaines circonscriptions sanitaires de zones urbaines, elle dépasse 200 voire 300 cas pour 100.000 habitants par an.

Dans le but d'appréhender la problématique de cette maladie dans les grands ensembles urbains, le PNLAT doit définir et mettre en œuvre des approches de lutte antituberculeuse mieux adaptées à cet environnement, tout en tenant compte des expériences et leçons apprises du précédent PSN.

Activités et sous-activités :

1.7.1 Organiser un atelier de réflexion pour définir une approche de lutte contre la tuberculose dans les zones urbaines du Maroc. Au cours de cet atelier, les volets suivants seront discutés :

- l'utilisation : i) de la cartographie des cas individuels de tuberculose dans les quartiers urbains et ii) des données du système d'information du PNLAT relatives à leur profil socio-économique, sanitaire, professionnel et autre,
- le processus pour définir et développer des approches appropriées de lutte contre la tuberculose dans les différents environnements urbains, y compris l'élaboration d'algorithmes,
- l'identification des différents acteurs qui faciliteront la mise en œuvre de ces approches tels que le secteur médical privé, les ONG de proximité opérant dans les quartiers défavorisés, les autorités locales et autres,
- l'identification du niveau de l'incidence notifiée de la tuberculose à partir duquel on peut entreprendre un dépistage systématique de cette maladie dans un quartier urbain ou dans un ou plusieurs groupes spécifiques d'individus de ce quartier, tout en considérant les aléas que cela pourrait comporter, en particulier : i) la possibilité d'un faible rendement du dépistage, ii) la possibilité de faux diagnostics de tuberculose ou iii) être à l'origine d'une stigmatisation du quartier ou d'un groupe spécifique de personnes,
- les procédures et les indicateurs de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des approches de lutte antituberculeuse adaptées aux zones urbaines.

1.7.2 Elaborer un document cadre pour mettre en œuvre des approches adaptées de lutte contre la tuberculose dans les zones urbaines. Ce document sera imprimé en quantité suffisante.

1.7.3 Organiser 4 ateliers de formation, au profit des professionnels de santé exerçant dans les CDTMR des préfectures, sur la mise en œuvre d'approches adaptées de lutte contre la tuberculose dans les zones urbaines. Les exemplaires du document cadre seront distribués et utilisés lors de la formation avec des exercices : i) de simulation de cartographie des cas de tuberculose, ii) d'utilisation des données individuelles des patients enregistrés dans le système d'information du PNLAT et iii) de développement d'approches de lutte contre la tuberculose adaptées à une situation fictive.

1.7.4 Procéder à la mise œuvre d'approches de lutte antituberculeuse adaptées aux différents environnements urbains. La cartographie des cas individuels sera mise en œuvre systématiquement dans les grandes zones urbaines,

particulièrement celles localisées dans les régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés.

1.7.5 Assurer, à partir de l'Unité Centrale du PNLAT, l'assistance technique et le suivi du développement et de la mise en œuvre des différentes approches de lutte antituberculeuse adaptées aux contextes urbains.

1.7.6 Evaluer systématiquement la mise en œuvre de chacune des approches adaptées à l'environnement urbain.

1.7.7 Répliquer et évaluer, dans d'autres zones urbaines, les approches adaptées au contexte urbain qui ont produit des résultats tangibles.

1.7.8 Consacrer une session sur les approches de lutte antituberculeuse adaptées au contexte urbain lors de la réunion organisée chaque année par l'Unité Centrale pour évaluer la situation de la tuberculose et de la lutte contre cette maladie au Maroc.

1.7.9 Préparer chaque année un document décrivant les différentes approches de lutte antituberculeuse adaptées aux zones urbaines qui ont été mises en œuvre ainsi que les résultats auxquels elles ont abouti. Ce document sera préparé par l'Unité Centrale et mis sur le site web du Ministère de la Santé.

Intervention Stratégique 1.8 : Améliorer et renforcer les services de prévention, de prise en charge et de lutte contre la tuberculose au profit des groupes à risque et des populations vulnérables :

Certains groupes de personnes, tels que les PVVIH, les malades diabétiques ou les sujets-contacts, ont un risque plus élevé de développer la tuberculose que la population générale. D'autres personnes sont vulnérables en raison des limites des procédures de soins de la tuberculose qui sont disponibles; c'est le cas de l'enfant chez qui le diagnostic de cette maladie est difficile à établir. D'autres le sont également en raison de difficultés de pouvoir bénéficier des prestations de soins du fait de leur statut social, leur genre ou leur situation administrative tels que les migrants, les réfugiés ou les personnes incarcérées.

Le PNLAT a mis en œuvre des actions qui ciblent certains groupes à haut risque ainsi que certaines populations vulnérables. Pour améliorer les performances de la lutte antituberculeuse au Maroc, il est crucial que ces actions soient améliorées et renforcées dans le cadre de ce PSN.

Activités et sous-activités :

1.8.1 Coordonner, au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT, le développement et la mise en œuvre d'interventions de lutte antituberculeuse pour les groupes à haut risque et les populations vulnérables :

- Désigner un cadre de l'Unité Centrale pour organiser la mise en œuvre d'une stratégie visant à améliorer et renforcer les prestations du PNLAT au profit des groupes à haut risque et des individus appartenant aux populations vulnérables.

- Mettre en place, sous les auspices du Comité Technique de la Tuberculose, un groupe de consultation dont le secrétariat sera assuré par le cadre susmentionné de l'Unité Centrale du PNLAT.
- Organiser une réunion durant laquelle les membres de ce groupe de consultation : i)discuteront les actions mises en œuvre, jusqu'à présent, pour les groupes à haut risque et les populations vulnérables ainsi que les résultats obtenus, ii) définiront des critères et spécifieront des procédures pour identifier ces derniers, iii) établiront dans la mesure du possible une liste des groupes à haut risque et des populations vulnérables pour l'ensemble du pays et iv) identifieront les diverses approches pour leur assurer des prestations de lutte antituberculeuse adéquates. A l'issue de cette réunion, les grandes lignes pour élaborer un document-cadre sur la stratégie à mettre en œuvre par le PNLAT pour les groupes à haut risque et les populations vulnérables seront établies.
- Élaborer le document cadre sur la stratégie du PNLAT en ce qui concerne les groupes à haut risque et les populations vulnérables. Ce document sera imprimé en quantité suffisante, diffusé et mis en ligne sur le site web du Ministère de la Santé.
- Assurer une réunion une fois par an de ce groupe de consultation pour évaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie du PNLAT en ce qui concerne les groupes à haut risque et réajuster la mise en œuvre des activités qui lui sont inhérentes dans le plan opérationnel annuel.

1.8.2 Améliorer et renforcer les activités collaboratives tuberculose/VIH (voir Objectif 3)

1.8.3 Améliorer et renforcer les enquêtes de dépistage systématique des sujets-contacts : le dépistage systématique des sujets-contacts fait partie de la stratégie du PNLAT. Il a été mis en œuvre à travers le territoire national depuis plusieurs décennies, mais a significativement diminué lors des 10 dernières années. Les directives concernant les activités du dépistage des sujets-contacts étaient incorporées de façon succincte dans les différents guides nationaux de la tuberculose qui ont été successivement élaborés par le PNLAT. Récemment, un guide national a été développé spécifiquement à cette fin.

Pour ce faire, les actions suivantes seront entreprises :

- Imprimer le nouveau guide national sur le dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts, assurer sa distribution aux professionnels de santé à travers le réseau du PNLAT et le mettre sur le site web du Ministère de la Santé.
- Elaborer à partir de ce guide les algorithmes et les POS requis pour exécuter les activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts. Ces algorithmes et POS seront imprimés en quantité suffisante et distribués aux professionnels de santé des CDTMR, des ESSP et du secteur médical privé. Ils seront également inclus dans le matériel didactique prévu pour la formation de base (voir activité 1.2.1).

- Imprimer, tels qu'ils sont spécifiés dans le guide national, les fiches et les registres inhérents au système d'information relatif aux activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts.
- Etablir un plan opérationnel pour revitaliser et étendre les activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts.
- Organiser 8 ateliers de formation des médecins et des infirmiers(ères) des CDTMR et des Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT sur le dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts.
- Incorporer la thématique relative au dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts dans les programmes : i) des ateliers et des sessions de formation des médecins et des infirmiers(ères) exerçant dans le RESSP et dans les services sanitaires de l'Armée, de la CNSS et de l'OCP ; ii) des symposiums qui seront organisés pour les médecins du secteur privé et le personnel des pharmacies privées. Cette thématique sera également incluse dans le programme de formation de remise à niveau des professionnels de santé exerçant dans les sites sanitaires assurant des prestations pour les PVVIH et dans les unités de diabétologie.
- Maintenir et étendre les activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts.
- Recueillir, compiler et analyser de façon routinière, à tous les niveaux, les données générées par le système d'information inhérent au dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts.

1.8.4 Consolider les prestations sanitaires conjointes en ce qui concerne le diabète et la tuberculose : la lutte conjointe contre la tuberculose et le diabète est incluse dans la stratégie nationale aussi bien du PNLAT que du Programme National de Prise en Charge du Diabète (PNPCD). Les deux programmes nationaux ont développé conjointement un guide pratique à l'attention des professionnels de santé en ce qui concerne la tuberculose et le diabète. Ce guide a été imprimé et largement diffusé. Les activités en matière de diabète chez les malades tuberculeux et de tuberculose chez les patients diabétiques y sont clairement explicitées ; de même, les indicateurs d'évaluation des résultats de ces activités y sont également spécifiés. Toutefois, il n'est pas clair dans quelle mesure ce guide est appliqué et les résultats de son application ne sont pas évalués de façon routinière :

- Imprimer les algorithmes qui sont inclus dans le guide pratique développé conjointement par le PNLAT et le PNPCD, les diffuser aux professionnels de santé qui assurent les prestations de soins aux malades tuberculeux ou aux patients diabétiques, les mettre sur le site web du Ministère de la Santé, et les inclure dans le matériel didactique pour la formation de base.
- Inclure une session sur la tuberculose et le diabète dans les programmes : i) des ateliers de formation des médecins et des infirmiers(ères) exerçant

dans les structures sanitaires primaires et ambulatoires et dans les services sanitaires de l'Armée, de la CNSS et de l'OCP ;

- ii) des symposiums qui seront organisés pour les médecins du secteur privé et iii) des ateliers de formation sur le dépistage systématique des sujets-contacts qui seront organisés pour les médecins et les infirmier(ère)s des CDTMR et des Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT.
- Organiser des ateliers de formation de remise à niveau sur la tuberculose et le diabète pour les professionnels de santé qui prennent en charge les malades diabétiques.
- Consolider les acquis de la formation lors des visites de supervision entreprises par les cadres du PNLAT et du PNPCD ainsi que lors des réunions organisées chaque trimestre par les Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT.
- Evaluer les résultats des activités conjointes tuberculose/diabète en conformité avec les indicateurs spécifiés dans le guide développé par le PNLAT et le PNPCD.

1.8.5 Développer le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs exposés à la poussière de silice : l'activité minière constitue 35% du commerce extérieur du Maroc et représente 6% de son produit intérieur brut. Elle est entreprise par plusieurs dizaines de compagnies minières ; celles-ci sont contrôlées par le Ministère de l'Energie, des Mines, de l'Eau et de l'Environnement (MEMEE) et disposent de services sanitaires organisés pour leurs employés et leurs familles. L'activité minière est également entreprise : i) dans des exploitations minières de droit coutumier contrôlées par le Ministère de l'Intérieur et ii) par des artisans miniers dont certains sont organisés dans le cadre de la Centrale d'Achat et de Développement de la Région Minière du Tafilalet et de Figuig (CADRMTF). Les activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs sera développée et mise en œuvre comme suit :

- Organiser une réunion de travail sur le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs. Seront présents le Directeur de la DELM, les cadres de l'Unité Centrale du PNLAT, les représentants les plus pertinents du Ministère de l'Intérieur, du MEMEE, du Ministère de l'Emploi, de la CADRMTF et des ONG thématiques. Au cours de cette réunion, seront précisées les modalités pour entreprendre le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs exposés à la poussière de silice et le rôle inhérent à chaque entité représentée dans la réunion.
- Élaborer un document cadre spécifiant les modalités pour entreprendre le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs de fond exposés à la poussière de silice et le rôle inhérent à chaque partenaire. Ce document sera préparé par l'Unité Centrale du PNLAT, imprimé en quantité suffisante et distribué à ceux qui doivent être informés, y compris les cabinets ministériels

des ministères impliqués, les directions régionales du MEMEE et de la Santé des régions concernées et les Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT ; le document cadre sera également mis sur le site web du Ministère de la Santé.

- Établir un mémorandum d'entente entre le Ministre de la Santé et le MEMEE pour la mise en œuvre, une fois par an, d'un dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs de fond exposés à la poussière de silice.
- Établir et remettre à jour, chaque année, en collaboration avec le MEMEE, la liste des entreprises minières employant des mineurs de fond travaillant dans des mines silicogènes.
- Estimer chaque année, en collaboration avec le MEMEE et les cadres du Ministère de l'Emploi, le nombre de mineurs de fond qui travaillent dans des mines silicogènes.
- Adresser, chaque année à la Direction des Mines et des Hydrocarbures du MEMEE, une requête officielle concernant les données relatives aux activités de dépistage systématique de la tuberculose entreprises par les compagnies minières au profit des mineurs de fond exposés à la poussière de silice.
- Organiser, chaque année, une réunion entre les cadres de l'Unité Centrale du PNLAT, du MEMEE et du Ministère de l'Emploi pour évaluer les activités de dépistage entreprises chez les mineurs de fond des compagnies minières.
- Établir la liste des zones où se trouvent les exploitations minières de droit coutumier ainsi que celle des régions où opèrent les artisans miniers.
- Estimer au niveau des régions appropriées le nombre des mineurs des exploitations minières de droit coutumier et des artisans miniers ; cette estimation sera faite par les Directions Régionales du MEMEE et de la Santé.
- Solliciter chaque année, à travers le Ministère de l'Intérieur, l'aide des Walis des régions pour soutenir les directions régionales du MEMEE et de la Santé dans la mise en œuvre du dépistage annuel systématique de la tuberculose chez les mineurs des exploitations minières de droit coutumier et les artisans miniers.
- Procéder au dépistage annuel systématique de la tuberculose chez les mineurs des exploitations minières de droit coutumier et les artisans miniers en impliquant pleinement les ONG thématiques.
- Procéder, au niveau régional, à l'évaluation des activités de dépistage annuel systématique de la tuberculose chez les mineurs des exploitations minières de droit coutumier et les artisans miniers.
- Compiler au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT les données relatives aux activités de dépistage annuel systématique de la tuberculose chez les mineurs des exploitations minières de droit coutumier et les artisans miniers.
- Évaluer chaque année au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT l'ensemble

des activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs de fond exposés à la poussière de silice.

- Inclure une session sur les activités concernant le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs de fond exposés à la poussière de silice dans l'agenda de la réunion organisée chaque année par l'Unité Centrale sur la situation de la lutte contre la tuberculose au Maroc.
- Inclure une section sur les activités concernant le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs de fond exposés à la poussière de silice dans le rapport annuel préparé par l'Unité Centrale sur la situation de la lutte contre la tuberculose au Maroc.

1.8.6 Renforcer et consolider les services de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose au profit de la population carcérale : les services du PNLAT et les unités sanitaires du système carcéral ont développé une collaboration relativement fructueuse pendant plusieurs décennies. Une convention a été signée entre le Ministère de la Santé et la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion pour soutenir la mise en œuvre du Plan National d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016. Le personnel soignant des établissements pénitentiaires a été formé à maintes reprises et participe au processus de diagnostic de la tuberculose. Toutes les personnes privées de liberté diagnostiquées avec une tuberculose reçoivent leur traitement de la part du PNLAT. Par ailleurs, 14 établissements pénitentiaires sont actuellement équipés de laboratoires fonctionnels de microscopie de la tuberculose. En général, il y a des mécanismes de connexion et de communication fonctionnels entre un grand nombre d'unités sanitaires des établissements pénitentiaires, les CDTMR et les Centres Hospitaliers publics, pour les détenus qui nécessitent une hospitalisation. Toutefois, ces mécanismes sont parfois défaillants dans certaines circonstances. Il est donc clair que les services du PNLAT auront à être améliorés, renforcés et consolidés dans le cadre de ce PSN.

- Améliorer et renforcer l'équipement pour le diagnostic bactériologique de la tuberculose dans le système carcéral.
- Mettre en place des équipements radiologiques dans le système carcéral
- Améliorer et renforcer les prestations de diagnostic, de traitement et de soins de la tuberculose en milieu carcéral en consolidant les capacités techniques des ressources humaines :
- Assurer l'approvisionnement des unités sanitaires des établissements pénitentiaires en consommables ainsi que les aspects logistiques.
- Traiter tous les détenus diagnostiqués avec une tuberculose dans les unités sanitaires implantées dans le système carcéral, sauf s'il y a une raison pour qu'ils soient hospitalisés.
- Mettre en œuvre des activités de dépistage systématique de la tuberculose.

- Entreprendre des activités de lutte contre la coïnfection tuberculose/VIH
- Améliorer et renforcer la collaboration entre les Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT et les unités sanitaires du système carcéral :
- Assurer la disponibilité de chambres d'isolation, avec une ventilation appropriée et un traitement d'air adéquat, dans tous les établissements pénitentiaires qui n'en sont pas encore dotés ; cette mesure sera mise en œuvre par la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion.
- Solliciter les ONG, opérant à la fois dans le système carcéral et dans les communautés, pour qu'elles apportent leur soutien aux détenus qui seront libérés alors qu'ils sont encore sous traitement antituberculeux.

1.8.7 Améliorer et renforcer les prestations de prévention, de prise en charge et de lutte contre la tuberculose pour les enfants et les adolescents : la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent fait partie intégrante de la stratégie du PNLAT. La proportion des patients tuberculeux âgés de moins de 15 ans parmi l'ensemble des cas notifiés a diminué de 17% en 1980 à moins de 8% à partir de l'année 2010. La dernière analyse des données du PNLAT montre que le nombre de cas de primo-infection tuberculeuse cliniquement patente a diminué de 2.844 en 1980 à 449 en 2015, soit une réduction de 5.5% par an. Bien que cette tendance, vers la diminution, de la notification de la tuberculose chez les individus de moins de 15 ans suggère fortement une diminution possible de la transmission de cette maladie dans la population générale, il est important de renforcer, dans le cadre de ce PSN, les activités de la lutte contre la tuberculose en faveur des enfants et des adolescents. Dans de telles conditions, si la tendance vers la diminution de la notification dans ce groupe d'âge se maintient, l'hypothèse de la diminution de la transmission de la tuberculose ne pourra être que renforcée. Pour ce faire, les actions suivantes seront entreprises :

- Inclure, dans leur totalité, les directives du PNLAT relatives à la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent dans la nouvelle version du guide national du PNLAT; ces directives seront conformes aux dernières recommandations de l'OMS.
- Développer, en conformité avec le guide national du PNLAT, des algorithmes et des POS pour faciliter la mise en œuvre des directives relatives à la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent ; ces algorithmes et POS seront imprimés en quantité suffisante, diffusés et mis en ligne.
- Organiser 5 ateliers de formation de remise à niveau pour les médecins des CDTMR. La composante relative aux enquêtes de dépistage systématique de la tuberculose et au TPI impliquant l'enfant sera incluse dans la formation.
- Organiser 8 ateliers de formation de remise à niveau pour les médecins

spécialistes en pédiatrie exerçant dans les structures du Ministère de la Santé. La composante relative aux enquêtes de dépistage systématique de la tuberculose et au TPI impliquant l'enfant sera incluse dans la formation.

- Incorporer la thématique relative à la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent dans les programmes : i) des ateliers et des sessions de formation des médecins et des infirmiers(ères) exerçant dans le RESSP et dans les services sanitaires de l'Armée, de la CNSS et de l'OCP ii) des symposiums qui seront organisés pour les médecins du secteur privé. Cette thématique sera également incluse dans le programme de formation de remise à niveau des professionnels de santé exerçant dans les sites sanitaires assurant des prestations pour les PVVIH.
- Réviser la composante tuberculose de l'enfant et de l'adolescent dans le programme de la Prise en Charge Intégrée de l'Enfant (PCIE) ; cette révision sera également incluse dans les programmes de formation concernant la PCIE qui seront mis en œuvre pour les professionnels de santé exerçant dans les ESSP. La composante relative aux enquêtes de dépistage systématique de la tuberculose et au TPI impliquant l'enfant sera incluse dans le programme de formation.
- Acquérir les médicaments antituberculeux à usage pédiatrique nécessaires au traitement des enfants et des adolescents.
- Acquérir l'isoniazide en comprimés pour le traitement préventif des enfants exposés à des cas index mais indemnes de toute tuberculose évolutive. L'isoniazide sera administré à la dose de 10mg/kg/jour pendant 6 mois conformément aux recommandations de l'OMS.
- Assurer de façon routinière la supervision, le suivi et l'évaluation des activités de prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent.
- Continuer à évaluer, chaque année, le nombre de cas de méningites et de miliaires tuberculeuses, de même que le nombre de cas de primo-infection tuberculeuse cliniquement patente.

1.8.8 Promouvoir les prestations de soins de la tuberculose pour les femmes : comme dans de nombreux pays, la tuberculose est en général moins fréquente chez les femmes que chez les hommes au Maroc. Toutefois, les femmes tendent à développer la tuberculose à un âge plus jeune par rapport aux hommes ; par ailleurs, la TEP tend à être légèrement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Il est donc clair que les prestations du PNLAT doivent être promues auprès des femmes et particulièrement dans les services sanitaires dévolus à la santé de la femme.

- Développer, en collaboration avec le Programme National de la Planification familiale et le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement, des POS relatives à la prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose chez la femme. Ces POS incluront des composantes sur le

dépistage systématique et actif de la tuberculose chez les femmes infectées par le VIH et sur le TPI chez les femmes séropositives au VIH mais indemnes de toute tuberculose évolutive. Elles seront imprimées et mises à la disposition du personnel de santé exerçant dans les unités sanitaires qui assurent les prestations de la santé reproductive et de la santé maternelle et infantile.

- Inclure ces POS dans les matériels de formation du Programme National de la Planification Familiale et du Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement. Des sessions seront dévolues à la problématique de la tuberculose de la femme lors des ateliers de formation qui seront organisés pour le personnel de santé exerçant dans les unités de santé reproductive et de santé maternelle et infantile.
- Entreprendre, chaque année, une analyse détaillée des données relatives à la tuberculose de la femme générées par le système d'information du PNLAT.
- Consacrer un chapitre spécifique à la tuberculose de la femme dans le rapport produit chaque année par le PNLAT.
- Inviter les ONG impliquées dans la promotion politique et sociale de la femme, le Programme National de la Planification Familiale et le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement, à la réunion organisée chaque année par l'Unité Centrale sur la situation de la tuberculose et de la lutte antituberculeuse au Maroc.

1.8.9 Promouvoir les prestations de services du PNLAT pour les migrants étrangers en situation administrative irrégulière : on estime à environ 50.000 le nombre de migrants étrangers en situation administrative irrégulière à travers le territoire national. La grande majorité d'entre eux sont originaires de pays africains sub-sahariens et sont répartis essentiellement dans les villes de Tanger, Rabat, Casablanca et Oujda. Leurs conditions de vie sont d'une extrême précarité. Toutefois, il y a des ONG qui les encadrent et les soutiennent pour qu'ils aient accès à certains services publics essentiels comme ceux qui sont assurés par le Ministère de la Santé.

- Organiser une réunion avec les ONG qui encadrent les migrants étrangers en situation administrative irrégulière. Cette réunion se tiendra au niveau de la DELM à Rabat, se focalisera sur les possibilités d'assurer les prestations du PNLAT aux migrants étrangers avec l'aide de ces ONG et permettra d'identifier celles qui potentiellement pourront collaborer avec les services de la lutte antituberculeuse.
- Etablir la liste des ONG qui ont donné leur accord pour collaborer avec le PNLAT pour assurer les prestations de prévention et de soins en matière de tuberculose au profit des migrants étrangers en situation administrative irrégulière.

- Développer une fiche technique qui décrit : i) comment identifier un migrant étranger avec une tuberculose présumée, ii) la procédure à suivre pour le référer ou l'accompagner jusqu'à la structure sanitaire adéquate où le diagnostic sera effectué et iii) les règles et les étapes à respecter, s'il s'est avéré tuberculeux, pour assurer son dépistage systématique au VIH et sa prise en charge thérapeutique, y compris la supervision directe du traitement et le suivi bactériologique aux échéances prévues. Cette fiche inclura également la liste des CDTMR où le patient sera suivi et des centres de santé où les médicaments antituberculeux lui seront fournis.
- Organiser un atelier de formation pour les agents des ONG dans chacune des villes : Tanger, Rabat, Casablanca et Oujda. L'atelier se focalisera sur les activités décrites dans la fiche technique susmentionnée et les procédures de communication entre les agents des ONG qui encadrent et soutiennent les migrants étrangers et les CDTMR et centres de santé qui dispensent les services du PNLAT, comme le traitement antituberculeux.
- Faire participer les agents des ONG encadrant les migrants étrangers aux réunions trimestrielles organisées par les Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT.
- Evaluer, une fois par an, les activités de prise en charge des migrants étrangers en situation administrative irrégulière en matière de tuberculose.
- Inclure une section sur ces activités et leurs résultats dans le rapport élaboré chaque année par l'Unité Centrale du PNLAT.

Intervention Stratégique 1.9 : Etendre les activités de l'Approche Pratique de la Santé respiratoire (APSR)

Le PNLAT a développé dès 2001 deux guides APSR, l'un pour les ESSP et l'autre pour les CDTMR, ainsi que le matériel de formation pour les mettre en œuvre. Les tests de faisabilité avaient montré que l'APSR réduisait : i) le nombre de médicaments prescrits par patient, ii) la prescription des antibiotiques et iii) le coût de la prescription médicamenteuse par patient. A partir de la fin de 2002, l'APSR a été implantée dans 75% des provinces et préfectures grâce au soutien financier de l'OMS-Genève. En raison de l'absence de financement pour la formation des professionnels de santé, l'APSR n'a pas été étendue aux autres provinces et préfectures. Toutefois grâce à l'APSR, les médicaments inhalés (β_2-agonistes et corticostéroïdes) ont été inclus dans l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments de base. En raison, de l'absence de supervision, de suivi et d'évaluation, l'application de l'APSR s'est atténuée au cours des 10 dernières années dans les ESSP où elle avait été implantée ; par contre, elle demeure encore utilisée dans certains CDTMR.

Activités et sous-activités :

1.9.1 Désigner au sein de l'équipe de l'Unité Centrale du PNLAT un point focal pour l'APSR.

1.9.2 Réviser les 2 guides APSR et le matériel de formation inhérent développés en 2001.

1.9.3 Imprimer et distribuer les guides APSR destinés aux médecins généralistes exerçant dans les ESSP.

1.9.4 Imprimer et distribuer les guides APSR destinés aux médecins exerçant dans les CDTMR.

1.9.5 Organiser un atelier de formation des formateurs pour la mise en place de l'APSR. Dans la mesure du possible, 2 formateurs exerçant dans chaque région seront sollicités à participer à cet atelier. Dans cet atelier, sera présenté et discuté le programme de formation que les formateurs auront à exécuter au niveau de la région dont ils auront la charge.

1.9.6 Organiser avec les formateurs le planning de formation pour l'ensemble des régions, provinces et préfectures. Un agenda sera défini pour chaque région.

1.9.7 Organiser 5 ateliers pour former sur l'APSR tous les médecins exerçant dans les CDTMR du Maroc. Chaque atelier inclura une session sur l'utilisation de la spirométrie.

1.9.8 Organiser 81 ateliers pour former sur l'APSR l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans les centres de santé existant à travers le territoire national.

1.9.9 Acquérir 60 spiromètres avec leurs imprimantes pour équiper les CDTMR.

1.9.10 Acquérir 60 appareils pour aérosolthérapie pour équiper les CDTMR.

1.9.11 Acquérir 3.500 peak-flow meters pour tous les médecins exerçant dans les CDTMR et les ESSP.

1.9.12 Maintenir l'approvisionnement des ESSP et des CDTMR en β_2-agonistes et corticostéroïdes inhalés par la Pharmacie centrale du Ministère de la Santé.

1.9.13 Intégrer la supervision des activités de l'APSR dans celle des services du PNLAT pour assurer le suivi de leur mise en œuvre.

1.9.14 Evaluer les résultats des activités de l'APSR à travers les données générées par le système d'information existant et certaines enquêtes ponctuelles.

Intervention Stratégique 1.10 : Assurer des prestations thérapeutiques optimales à tous les malades tuberculeux et maintenir un taux élevé de succès thérapeutique

Assurer et organiser les prestations de traitement constitue l'un des éléments fondamentaux de tout programme de lutte contre la tuberculose. Rendre accessible le traitement à tous les patients et les guérir contribue à diminuer la transmission du bacille tuberculeux dans la collectivité, atténuer les incapacités physiques et fonctionnelles

dues à la tuberculose et réduire les décès qui lui sont liés.

Le taux de succès thérapeutique chez les malades mis sous traitement antituberculeux est généralement supérieur à 85% au Maroc. Il avait atteint plus de 90% au cours de certaines années. La dernière analyse de cohorte a rapporté un taux de 86% pour l'année 2014. Il est prévu qu'il sera d'au moins 90% au cours des années couvertes par ce PSN.

Activités et sous-activités :

1.10.1 Assurer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, y compris ceux à usage pédiatrique:

- Acquérir les médicaments antituberculeux de 1ère ligne en présentations combinées pour traiter avec le régime de Catégorie I (2RHZE/4RH) :
  - 31.106 patients tuberculeux jamais traités (33.447 épisodes de tuberculose moins 2.341 cas de rechute) pour l'année 2018,
  - 32.211 patients tuberculeux jamais traités (34.635 épisodes de tuberculose moins 2.424 cas de rechute) pour l'année 2019,
  - 32.621 patients tuberculeux jamais traités (35.458 épisodes de tuberculose moins 2.837 cas de rechute) pour l'année 2020,
  - 33.392 patients tuberculeux jamais traités (36.296 épisodes de tuberculose moins 2.904 cas de rechute) pour l'année 2021,
- Acquérir les médicaments antituberculeux de 1ère ligne en présentations combinées pour traiter avec le régime de Catégorie II (2SRHZE/1RHZE/5RHE) les cas de retraitement, y compris les rechutes ; tous les cas de retraitement bénéficieront de tests de pharmaco-sensibilité (ex. : test Xpert). Le nombre estimé de ces cas de retraitement est de :
  - 3.252 pour l'année 2018,
  - 3.367 pour l'année 2019,
  - 3.833 pour l'année 2020,
  - 3.872 pour l'année 2021.
- S'approvisionner en médicaments antituberculeux de 1ère ligne à usage pédiatrique à raison de 8% du nombre de nouveaux cas jamais traités.
- S'approvisionner en médicaments antituberculeux de 1ère ligne en présentations non combinées et aux dosages recommandés par l'OMS pour 5% des nouveaux cas, pour couvrir les malades qui développeraient des effets secondaires médicamenteux.

1.10.2 S'approvisionner en comprimés d'isoniazide pour le TPI des PVVIH n'ayant pas de tuberculose évolutive ; le nombre estimé de PVVIH qui aura à bénéficier du TPI est de :

- 2.000 pour l'année 2018,
- 2.200 pour l'année 2019,

- 2.300 pour l'année 2020 et
- 2.400 pour l'année 2021.

Un approvisionnement supplémentaire en isoniazide sera nécessaire si une stratégie de prise en charge des personnes avec infection tuberculeuse latente (ITL) est adoptée chez d'autres groupes à haut risque.

1.10.3 S'approvisionner en comprimés d'isoniazide à usage pédiatrique pour le TPI des enfants de moins de 5ans qui ont été exposés à des cas index mais n'ont pas de tuberculose évolutive. Le nombre de ces enfants qui nécessitent un TPI est de :

- 8.735 pour l'année 2018,
- 9.045 pour l'année 2019,
- 9.341 pour l'année 2020 et
- 9.540 pour l'année 2021.

1.10.4 S'assurer que tous les patients diagnostiqués avec une tuberculose reçoivent leur traitement antituberculeux et sont correctement suivis conformément aux directives du PNLAT quelque soit leur âge, leur genre ou leur statut administratif.

1.10.5 Assurer une gestion adéquate des médicaments antituberculeux.

1.10.6 Mettre particulièrement en exergue la composante relative à l'administration du traitement de la tuberculose et à son suivi dans les ateliers de formation qui seront organisés pour les professionnels de santé exerçant dans les ESSP, dans les unités sanitaires de l'Armée, de l'OCP et de la CNSS, et dans les centres assurant les prestations des programmes nationaux relatifs à la santé reproductive. Cette composante sera particulièrement soulignée dans les symposiums qui seront organisés pour les professionnels de santé relevant du secteur privé ainsi que dans les ateliers qui seront organisés pour les agents des ONG.

1.10.7 Impliquer les ONG de proximité dans la mesure du possible pour assurer une adhésion optimale du patient au traitement.

Intervention Stratégique 1.11 : Explorer les possibilités d'initier une stratégie de prise en charge des personnes ayant une infection tuberculeuse latente (ITL)

Le TPI des enfants qui ont été exposés à des cas index et des PVVIH indemnes de toute tuberculose évolutive a été adopté et mis en œuvre par le PNLAT. Toutefois, ce dernier n'a pas encore défini de stratégie pour appréhender la problématique de l'ITL dans sa globalité. En effet, les étapes pour construire cette stratégie, et créer une dynamique pour spécifier la politique du PNLAT en matière de prise en charge de l'ITL et de traitement préventif, ne sont pas clairement identifiées.

Activités et sous-activités :

1.11.1 Organiser une réunion de consultation de 2 jours sous l'égide du Comité Technique de la Tuberculose sur la prise en charge de l'ITL. Cette réunion sera facilitée par un consultant international et discutera des possibilités d'extension du traitement de l'ITL à des groupes à risque autres que les enfants qui ont été exposés à des cas index et les PVVIH indemnes de toute tuberculose évolutive; le cas échéant, ces groupes à risque devront être définis ainsi que le protocole de traitement préventif à utiliser .

1.11.2 Elaborer un document cadre sur la prise en charge de l'ITL dans le cadre des activités du PNLAT sur la base des discussions tenues lors de la réunion de consultation et de ses conclusions. Ce document sera préparé par le consultant international, puis validé par le Comité Technique de la Tuberculose. Il sera imprimé, distribué et mis en ligne sur le site web du Ministère de la Santé.

1.11.3 Inclure une session, sur la position du PNLAT en matière de prise en charge de l'ITL, dans tous les ateliers de formation et tous les symposiums qui seront organisés. Les points qui seront soulignés au cours de cette session seront conformes au contenu du document cadre.

1.11.4 Estimer le nombre de personnes qui devraient bénéficier du traitement préventif et acquérir la quantité de médicaments nécessaire si des groupes à haut risque, autres que les enfants exposés à des cas index et les PVVIH, sont considérés pour le traitement de l'ITL dans la stratégie du PNLAT.

1.11.5 Suivre la mise en œuvre de la prise en charge des cas d'ITL et évaluer ses résultats si cette prise en charge a été étendue à des groupes à haut risque autres que les enfants qui ont été exposés à des cas index et les PVVIH.

Intervention Stratégique 1.12 : Soutenir les activités de dépistage et de traitement de la tuberculose à travers les ONG de proximité

Les ONG de proximité ont été impliquées dans les prestations du PNLAT il y a moins de 10 ans grâce au soutien financier du Fonds mondial. Elles collaborent avec les CDTMR de 19 préfectures urbaines dans l'accompagnement et l'éducation des patients sous traitement antituberculeux, la relance des malades qui interrompent leur traitement et les enquêtes de dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts. Leur implication a contribué à faire diminuer le taux d'abandon parmi les malades tuberculeux suivis par les CDTMR avec lesquels elles collaborent. Un guide a été développé par l'Unité Centrale sur le soutien psycho-social pour orienter les ONG dans leurs activités. Il importe de noter qu'un grand nombre d'ONG de proximité sont affiliées à l'Association marocaine pour la Solidarité et le Développement (AMSED).

Pour ce faire, les activités des ONG collaborant avec les CDTMR doivent être soutenues et renforcées, particulièrement dans les grandes villes des 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés.

Activités et sous-activités :

1.12.1 Organiser une réunion avec l'AMSED pour identifier les ONG de proximité qui pourront potentiellement collaborer avec les CDTMR des zones urbaines des 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés en plus des ONG qui collaborent déjà avec les CDTMR dans les 19 préfectures urbaines depuis plusieurs années.

1.12.2 Organiser une 2ème réunion pour établir la liste définitive des ONG qui collaboreront avec les CDTMR et qui, au préalable, ont donné leur approbation.

1.12.3 Développer un document contenant les messages clés à fournir aux malades tuberculeux et aux membres de leurs familles. Ce document permettra de standardiser les messages.

1.12.4 Élaborer une fiche technique, à l'attention des agents des ONG de proximité, qui décrit : i) les messages importants d'éducation et d'information que l'agent de l'ONG aura à fournir aux malades et les membres de leur entourage, ii) le rôle exact de l'agent dans la prise en charge thérapeutique et le suivi bactériologique des malades tuberculeux sous traitement, iii) comment réaliser une supervision directe de la prise des médicaments antituberculeux, iv) comment identifier et référer au CDTMR les sujets-contacts, v) comment suivre un malade tuberculeux pharmaco-résistant sous traitement, vi)quand et comment communiquer avec le CDTMR. Cette fiche inclura également la liste, par province et préfecture, des CDTMR, avec leur adresse et numéro de téléphone, où les patients seront suivis ainsi que celle des centres de santé où les médicaments antituberculeux leur seront fournis.

1.12.5 Organiser des ateliers de formation pour les agents des ONG de proximité qui collaboreront ou continueront à collaborer (comme dans les 19 préfectures urbaines) avec les CDTMR. L'atelier se focalisera sur les activités décrites dans la fiche technique susmentionnée, et les procédures de communication entre les agents des ONG de proximité et les CDTMR et centres de santé qui dispensent les services du PNLAT.

1.12.6 Faire participer les agents des ONG de proximité aux réunions trimestrielles organisées par les Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT.

1.12.7 Contribuer aux frais de gestion des ONG collaborant avec le PNLAT, y compris le suivi et l'évaluation de leurs activités.

1.12.8 Evaluer, une fois par an, les résultats des activités entreprises par les ONG de proximité en matière de soutien aux services du PNLAT.

1.12.9 Inclure une section sur ces activités et leurs résultats dans le rapport élaboré chaque année par l'Unité Centrale du PNLAT.

2. Objectif spécifique 2: Augmenter la détection des cas de tuberculose multi-résistante à 75% et leur taux de succès thérapeutique à au moins 80% à l'horizon 2021.

La dernière enquête nationale sur la résistance aux antituberculeux au Maroc, réalisée en 2014, a rapporté une prévalence de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) de 1% chez les nouveaux cas jamais traités et 8.7% chez les cas anciennement traités. Le nombre de cas de TB-MR était estimé à 330 selon l'OMS pour l'année2015[15].

Au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT, un cadre médical est affecté au développement et à la mise en œuvre de la Prise en Charge Programmatique de la Tuberculose Pharmaco-Résistante (PCPTPR) pour laquelle des fondations satisfaisantes ont été établies au cours de la dernière décennie. Des efforts importants sont effectués pour identifier les patients qui ont une tuberculose pharmaco-résistante grâce à l'utilisation des tests de pharmaco-sensibilité pour lesquels le LNR a développé les capacités humaines et techniques nécessaires. Le PNLAT dispose actuellement de 14 appareils Xpert dont une grande partie est implantée dans les CDTMR des grandes villes. La prise en charge thérapeutique des malades est effectuée au niveau de 2 services hospitaliers nationaux et des CDTMR. Les malades avec une TB-MR sont traités par le régime de 24 mois de l'OMS ; ce n'est que récemment que le régime court de moins de 12 mois a été introduit dans l'arsenal thérapeutique après validation et approbation du Comité Technique de la Tuberculose. Les médicaments antituberculeux de 2nde ligne sont fournis par le Green Light Committee grâce au soutien financier du Fonds Mondial. Tous les patients porteurs d'une TB-MR sont traités et pris en charge gratuitement au sein du réseau du PNLAT.

Cependant, à peine 46% du nombre estimé des cas de TB-MR avait été mis sous traitement en 2015 et le taux de succès thérapeutique était relativement bas, il est à 60% pour la cohorte de 2014. Le nombre de cas de tuberculose pré- ultrarésistante qui ont été identifiés jusqu'à présent est de 107 dont 7 cas sont décédés après début du traitement et négativation.

Le nombre de cas de tuberculose ultrarésistante (TB-XDR) qui ont été identifiés jusqu'à présent est de 28 dont 7 sont décédés après début du traitement et négativation.

En 2017, un guide national relatif à la PCPTPR avait été élaboré avec l'assistance technique d'un consultant international. Ce guide est conforme aux dernières recommandations de l'OMS mais n'a pas encore été diffusé.

Le nombre total des cas de TB-MR est estimé à : i) 448 pour l'année 2018, ii) 464 pour l'année 2019, iii) 506 pour l'année 2020 et iv) 514 pour l'année 2021. Il est prévu de prendre en charge dans le cadre de ce PSN : 247 cas de TB-MR (55%) en 2018, 302 (65%) en 2019, 354 (70%) en 2020 et 385 (75%) en 2021. Pour consolider et améliorer les activités entreprises jusqu'à présent en matière de PCPTPR, les interventions suivantes seront développées et mises en œuvre :

[15] https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=MA&LAN=EN&outtype=html

Intervention Stratégique 2.1 : Assurer la disponibilité des directives du PNLAT en matière de PCPTPR.

Activités et sous-activités :

2.1.1 Imprimer le guide national sur la PCPTPR et le distribuer à travers le réseau du PNLAT en priorité aux médecins exerçant dans les CDTMR et les services hospitaliers prenant en charge les malades tuberculeux multi-résistants et ultrarésistants.

2.1.2 Elaborer, en conformité avec le guide national sur la PCPTPR, des POS relatives à l'administration et au suivi du traitement des patients qui ont une TB-MR ainsi qu'au contrôle de l'infection dans les structures de santé. Ces POS seront utilisées par les professionnels de santé qui prennent en charge les patients tuberculeux multi-résistants. Elles seront imprimées et distribuées à travers le réseau du PNLAT.

2.1.3 Inclure, dans la version révisée du guide national du PNLAT, un chapitre résumant les grandes lignes de la PCPTPR au Maroc.

Intervention Stratégique 2.2 : Améliorer et consolider le plateau technique pour identifier les cas de tuberculose pharmaco-résistante.

Activités et sous-activités :

2.2.1 Mettre en place 28 appareils Xpert supplémentaires en priorité dans les 6 régions où plus de 85% des cas de tuberculose sont notifiés et dans les zones enclavées; 4 appareils Xpert seront implantés en milieu carcéral et un plan d'extension des appareils Xpert sera établi pour couvrir l'ensemble du RESSP. L'acquisition des cartouches pour les tests nécessaires et l'étalonnage des appareils sera assurée.

2.2.2 Compléter l'équipement des laboratoires qui réalisent les tests de pharmaco-sensibilité par LPA.

2.2.3 Acquérir les consommables nécessaires à la réalisation des cultures et des tests de pharmaco-sensibilité aux médicaments antituberculeux de 1ère et de 2ème ligne.

Intervention Stratégique 2.3 : Mettre en place une Unité Régionale d'Isolement dans chaque région :

Ces unités Régionales comporteront une capacité litière minimale de 6 lits et seront notamment utilisées pour hospitaliser les malades tuberculeux multi-résistants ou ultrarésistants ; leur réhabilitation doit se conformer rigoureusement aux normes et standards internationaux de contrôle de l'infection nosocomiale tuberculeuse, en particulier pour les aspects liés au traitement et au contrôle des flux d'air entrants et sortants. Ces unités devront permettre une prise en charge multidisciplinaire intégrée des patients tuberculeux hospitalisés. Leur mise en place sera devra être précédée

d'une large concertation avec les directions techniques concernées, notamment la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, la Direction de l'Equipement et de la Maintenance, et la Direction de la Planification et des Ressources Financières.

Intervention Stratégique 2.4 : Entreprendre et consolider le développement des ressources humaines impliquées dans les activités de mise en œuvre de la PCPTPR

Activités et sous-activités :

2.4.1 Assurer un stage d'une semaine pour le cadre médical chargé du développement et de la mise en œuvre de la PCPTPR au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT. Ce stage concernera les aspects organisationnels et programmatiques des activités liées à la PCPTPR et aura lieu dans un pays ayant développé une expérience modèle en matière de mise en œuvre programmatique de la PCPTPR.

2.4.2 Assurer des stages de 2 semaines en matière de prise en charge clinique des patients tuberculeux multi-résistants et ultrarésistants pour 8 médecins pneumo-phtisiologues et 6 infirmiers(ères) exerçant dans les services hospitaliers pour TB-MR de Casablanca et Rabat. Ces stages se dérouleront dans un (ou des) pays ayant une expérience prouvée en ce qui concerne la prise en charge clinique de la TB-MR/TB-UR.

2.4.3 Entreprendre la formation initiale et la formation de remise à niveau des techniciens de laboratoire qui réaliseront les tests Xpert.

2.4.4 Organiser 5 ateliers de formation de remise à niveau des médecins des CDTMR en ce qui concerne la PCPTPR conformément aux directives du nouveau guide national. Les exemplaires du nouveau guide national sur la PCPTPR et des POS seront utilisés lors des sessions de formation.

2.4.5 Former les infirmiers(ères) des ESSP chaque fois qu'un malade tuberculeux pharmaco-résistant aura à recevoir son traitement et être suivi dans cet établissement ; la formation se fera au cas par cas et se focalisera sur l'administration et la supervision directe du traitement avec des médicaments antituberculeux de 2ème ligne de même que sur l'identification de leurs effets secondaires. Les nouvelles POS, sur l'administration et le suivi du traitement des patients qui ont une tuberculose pharmaco-résistante et sur le contrôle de l'infection dans les structures de santé, seront utilisées dans cette formation et mises à la disposition des infirmiers(ères).

2.4.6 Donner des opportunités aux médecins et infirmiers(ères) qui s'occupent de la prise en charge des cas de tuberculose multi-résistante et ultrarésistante de partager leur expérience dans les réunions et rencontres internationales avec d'autres professionnels de santé d'autres pays.

Intervention Stratégique 2.5 : Mettre en œuvre les mesures nécessaires à la prise en charge des malades ayant une tuberculose pharmaco-résistante

Activités et sous-activités :

2.5.1 Assurer, pour chaque patient tuberculeux pharmaco-résistant, le transport des prélèvements aux laboratoires qui font les cultures et les tests de pharmaco-sensibilité.

2.5.2 Faire les tests de pharmaco-sensibilité aux médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour tous les malades chez qui le test Xpert a montré une résistance à la rifampicine.

2.5.3 Faire, à tous les malades tuberculeux pharmaco-résistants auxquels seront administrés des médicaments antituberculeux de 2ème ligne, un bilan pré-thérapeutique, incluant un examen clinique, la microscopie des expectorations, la radiographie thoracique, le dépistage de l'infection VIH, l'électrocardiogramme, la créatinine sérique, la kaliémie, le bilan enzymatique hépatique, l'audiométrie, et autres.

2.5.4 Enregistrer les patients tuberculeux résistants à la rifampicine, multi-résistants et ultrarésistants chez qui les médicaments antituberculeux de 2ème ligne seront prescrits.

2.5.5 Acquérir les médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour les patients qui seront traités par le régime court de moins de 12 mois et pour ceux qui le seront par le régime de 20 mois de l'OMS. Il est a priori estimé que 90% des patients recevront le régime court et 10% celui de 24 mois (Il faudra tenir compte néanmoins du profil de résistance aux quinolones et aux aminosides).

- Acquérir les médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour le régime court au profit de :
  - 222 patients en 2018
  - 271 patients en 2019
  - 319 patients en 2020
  - 347 patients en 2021.
- Acquérir les médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour le régime prolongé au profit de :
  - 25 patients en 2018
  - 31 patients en 2019
  - 35 patients en 2020
  - 38 patients en 2021.
- Acquérir les médicaments antituberculeux de 2ème ligne pour les patients tuberculeux ultrarésistants dont le nombre estimé est à :
  - 25 en 2018

- 30 en 2019
- 35 en 2020
- 39 en 2021

2.5.6 Assurer l'approvisionnement en médicaments adjuvants pour traiter les effets secondaires des anti-bacillaires de 2ème ligne pour le nombre de malades suivant :

- 272 en 2018
- 332 en 2019
- 389 en 2020
- 424 en 2021.

2.5.7 Initier le traitement avec les médicaments antituberculeux de 2ème ligne en milieu hospitalier pour les malades tuberculeux ultrarésistants ou pré-ultrarésistants ainsi que pour les patients qui ont une forme majeure de tuberculose multi-résistante. Ces derniers resteront hospitalisés jusqu'à la négativation bactériologique de leurs expectorations. Après leur sortie de l'hôpital, ils seront suivis au niveau du CDTMR. Le traitement sera initié dans les CDTMR pour la majorité des cas tuberculeux multi-résistants. Certains d'entre eux pourront recevoir leur traitement au niveau de l'ESSP le plus proche dont le personnel sera au préalable formé par le CDTMR à assurer des prestations de soins à un malade tuberculeux pharmaco-résistant. Tous les contrôles médicaux aux échéances prévues se feront au niveau des CDTMR.

2.5.8 Assurer le suivi de tous les malades tuberculeux pharmaco-résistants sous traitement au niveau des CDTMR ; pour ce faire :

- Mettre en œuvre les examens bactériologiques par la microscopie et la culture.
- Assurer les autres tests de laboratoire conformément aux directives du PNLAT.
- Entreprendre une audiométrie systématique chez les malades tuberculeux traités par des médicaments de 2ème ligne (glyco-aminosides).
- Entreprendre un suivi électrocardiographique en cas de traitement par la Delamanide.
- Entreprendre des tests ophtalmiques chez les malades tuberculeux traités par des médicaments de 2ème ligne (Ethambutol).

2.5.9 Fournir à tous les malades tuberculeux pharmaco-résistants sous traitement : i) un panier alimentaire toutes les 2 semaines grâce à la mobilisation de fonds au niveau régional, provincial et préfectoral par les ONG partenaires et ii) des indemnités pour couvrir leur frais de déplacement de leur domicile à la structure de santé et de celle-ci à leur domicile à travers les ONG.

Intervention Stratégique 2.6 : Renforcer les mesures de contrôle de l'infection dans les services hospitaliers et les CDTMR.

Activités et sous-activités :

2.6.1 Développer, imprimer et distribuer un guide national relatif au contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de santé et les milieux fermés. Ce guide concernera également les structures de santé qui assurent les prestations de soins aux PVVIH.

2.6.2 Inclure la composante contrôle de l'infection dans la formation des médecins et des infirmiers(ères) des CDTMR.

2.6.3 Assurer les mesures administratives de contrôle de l'infection dans les CDTMR.

2.6.4 Mettre en place des consultations séparées pour les patients tuberculeux pharmaco-résistants dans les CDTMR.

2.6.5 Mettre en place des dispositifs adaptés de contrôle et d'extraction des flux d'air sortants et entrants au niveau des CDTMR et des services hospitaliers pour les malades TB-MR et TB-XDR.

2.6.6 Réhabiliter les services hospitaliers pour les patients TB-MR et TB-XDR (voir intervention 2.3).

2.6.7 Acquérir, chaque année, 60.000 masques chirurgicaux pour les patients, 150.000 masques FFP2 pour le personnel soignant des CDTMR et des services hospitaliers prenant en charge les malades TB-MR et TB-XDR ainsi que 70 ampoules UV pour les services hospitaliers régionaux.

2.6.8 Assurer la surveillance de la survenue de la tuberculose chez le personnel soignant à travers notamment l'implication des unités de santé au travail.

Intervention Stratégique 2.7 : Renforcer les capacités du PNLAT en matière de PCPTPR dans les régions, les provinces et les préfectures.

à travers : i) la supervision et le suivi des activités d'identification des patients tuberculeux pharmaco-résistants au niveau des ESSP et des CDTMR, ii) le suivi des activités de prise en charge des patients tuberculeux pharmaco-résistants, iii) la gestion des médicaments antituberculeux de 2ème ligne et iv) l'évaluation régulière.

Intervention Stratégique 2.8 : Renforcer le système existant de pharmacovigilance.

Intervention Stratégique 2.9 : Mettre en place un système de surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux au Maroc

Activités et sous-activités :

2.9.1 Elaborer un protocole pour établir un système de surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux. Ce protocole sera développé avec l'assistance technique d'un consultant international.

2.9.2 Organiser 2 ateliers pour standardiser le processus de collecte des données.

2.9.3 Mettre en œuvre le protocole de la surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux dès sa finalisation et sa validation par le Comité Technique de la Tuberculose.

2.9.4 Produire, aux échéances spécifiées dans le protocole, un rapport sur la situation de la résistance aux médicaments antituberculeux selon les résultats du système de surveillance. Ce rapport sera développé par l'Unité Centrale du PNLAT et le LNR. Il sera mis sur le site web du Ministère de la Santé.

3. Objectif spécifique 3 : Tester au VIH, à l'horizon 2021, 95% des malades tuberculeux notifiés et maintenir à 100% la proportion des malades tuberculose/VIH mis sous traitement par le cotrimoxazole et les médicaments antirétroviraux.

La charge de morbidité du VIH/Sida est basse au Maroc. La prévalence est estimée à environ 0.1% dans le groupe d'âge 15-49 ans et le nombre de cas dans la population générale est estimé à un peu plus de 32.000. La lutte contre l'infection VIH/Sida est organisée dans le cadre du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS). De janvier 1986 à décembre 2015, 9.731 PVVIH ont été notifiées dans les 17 centres référents de prise en charge du VIH-SIDA dont 9.097 (93,5%) ont été mises sous médicaments antirétroviraux. Toutes les PVVIH sont dépistées pour la tuberculose au moment de leur enregistrement mais une proportion significative de celles qui sont indemnes de tuberculose évolutive ne bénéficie pas de TPI.

En 2015, à peine 47% des cas de tuberculose enregistrés ont été testés pour l'infection VIH. Parmi ces derniers, 2% étaient positifs au VIH. Pratiquement, tous les cas co-infectés tuberculose/VIH reçoivent des médicaments antirétroviraux. Il importe de noter que le système d'information relatif aux activités conjointes tuberculose/VIH a été mis à jour conformément aux recommandations de l'OMS de 2013.

Le PNLAT et le PNLS ont établi un comité national de coordination des activités collaboratives tuberculose/VIH sous l'égide duquel un guide national relatif à la co-infection tuberculose/VIH a été développé. Cependant, il n'y a pas encore de mécanismes de coordination tuberculose/VIH au niveau des régions ni des provinces ou préfectures.

Dans le cadre de ce PSN, les interventions suivantes vont être entreprises :

Intervention Stratégique 3.1 : Assurer la disponibilité des mécanismes de coordination entre le PNLAT et le PNLS au niveau national et régional.

Activités et sous-activités :

3.1.1 Consolider la fonctionnalité du Comité National de Coordination des Activités CollaborativesTuberculose/VIH :

- Organiser une réunion pour évaluer la mission du Comité National de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH, et si nécessaire la réviser.
- Elaborer un document cadre formel relatif à la mission du Comité National de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH.
- Assurer des réunions semestrielles, d'une journée, des membres du Comité National de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH. Lors de ces réunions, l'état d'avancement des activités collaboratives tuberculose/VIH seront présentées, évaluées et discutées, les orientations stratégiques définies, les plans d'action établis, la stratégie de mobilisation des

ressources, en particulier financière, discutée, et les aspects problématiques de communication et d'échange d'information, d'une part, entre le PNLAT et le PNLS et, d'autre part, avec les comités régionaux redressés.

3.1.2 Implanter des Comités Régionaux de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH au niveau des régions où les interventions du PNLS sont mises en œuvre :

- Organiser une réunion pour mettre en place des Comités Régionaux de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH au niveau des régions où les interventions du PNLS sont implantées. Les principaux acteurs de la lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau des régions y seront représentés ainsi que les partenaires impliqués dans la lutte contre l'une ou/et l'autre des 2 maladies au niveau des régions.
- Organiser des réunions semestrielles des Comités Régionaux de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH. Ces réunions permettront d'évaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités collaboratives tuberculose/VIH, de discuter les nouvelles orientations stratégiques proposées par le Comité National de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH, de développer des plans d'action coordonnés entre les 2 programmes et d'assurer l'échange d'information entre les différents acteurs, en particulier entre les cadres du PNLAT et ceux du PNLS.

3.1.3 Organiser des réunions trimestrielles entre les cadres des Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT et les médecins chargés des prestations de soins aux PVVIH dans les provinces et préfectures où sont implantés les 17 sites du PNLS. Ces réunions permettront d'évaluer l'état d'avancement des activités collaboratives que doivent entreprendre chacun des 2 programmes, de clarifier l'adoption et la mise en œuvre des nouvelles orientations stratégiques, d'identifier les besoins en consommables et en formation, d'assurer un échange d'information et de données et de redresser tout problème de communication.

Intervention Stratégique 3.2 : Assurer la disponibilité des directives pour renforcer la mise en œuvre des activités collaboratives Tuberculose/VIH :

Activités et sous-activités :

3.2.1 Imprimer 700 exemplaires supplémentaires du guide national déjà développé pour la coïnfection tuberculose/VIH.

3.2.2 Inclure, dans le nouveau guide national du PNLAT un chapitre résumant les principales directives contenues dans le guide national sur la coïnfection Tuberculose/VIH.

3.2.3 Elaborer des algorithmes et des POS sur les activités collaboratives tuberculose/VIH conformément aux directives du guide national sur la coïnfection tuberculose/VIH. Ces supports doivent se focaliser sur i) le dépistage systématique de la

tuberculose chez les PVVIH ii) l'infection VIH chez les patients tuberculeux iii) le TPI chez les PVVIH indemnes de tuberculose évolutive iv) les traitements par le cotrimoxazole et les médicaments antirétroviraux.

3.2.4 Ils seront imprimés et inclus dans le matériel didactique développé pour la formation des professionnels de santé exerçant dans les ESSP.

Intervention Stratégique 3.3 : Renforcer l'implication des services du PNLAT dans les activités de lutte contre le VIH/Sida

Activités et sous-activités :

3.3.1 Organiser, avec l'appui financier du PNLS, 6 ateliers pour une formation de remise à niveau des médecins et infirmiers(ères) de tous les CDTMR. Chaque atelier sera encadré par 2 facilitateurs et impliquera 25 participants. Le guide national sur la coïnfection tuberculose/VIH et les algorithmes et les POS qui lui sont inhérents seront utilisés lors de cette formation de remise à niveau.

3.3.2 Inclure des sessions spécifiques à l'implication du PNLAT dans les activités de lutte contre le VIH/Sida dans les ateliers de formation qui seront organisés pour les professionnels de santé exerçant dans les ESSP, dans les unités sanitaires de l'armée, du système carcéral, de l'OCP et de la CNSS, dans les établissements de santé qui assurent les prestation du PNLD et dans les centres assurant les prestations des programmes nationaux relatifs à la santé maternelle et infantile. Cette composante sera particulièrement mise en exergue dans les symposiums qui seront organisés pour les professionnels de santé relevant du secteur privé ainsi que dans les ateliers qui seront organisés pour les agents des ONG.

3.3.3 Entreprendre les tests rapides pour le dépistage systématique de l'infection VIH chez les patients tuberculeux. Les tests seront fournis par le PNLS et réalisés par les cadres médicaux et paramédicaux exerçant dans les CDTMR.

3.3.4 Adresser aux sites qui assurent les prestations du PNLS les patients tuberculeux dont les tests rapides de dépistage systématique de l'infection VIH sont positifs. Au niveau des sites du PNLS, les patients bénéficieront d'un test de Western-Blot pour confirmer ou infirmer l'infection VIH.

3.3.5 S'assurer que chaque malade tuberculeux séropositif au VIH est bien enregistré dans le système d'enregistrement qui est disponible au niveau du plus proche site de référence du PNLS.

3.3.6 Fournir les traitements par le cotrimoxazole et les médicaments antirétroviraux aux malades tuberculeux identifiés comme étant séropositifs au VIH. Le cotrimoxazole et les médicaments antirétroviraux seront fournis par le PNLS.

Intervention Stratégique 3.4 : Intensifier la détection de la tuberculose chez les PVVIH et les personnes à haut risque d'infection VIH :

Activités et sous-activités :

3.4.1 Organiser 2 ateliers pour une formation de mise à niveau des médecins

exerçant dans les 17 sites de référence du PNLS.

3.4.2 Organiser 1 atelier pour une formation de mise à niveau de 25 infirmiers(ères) exerçant dans les 17 sites de référence du PNLS.

3.4.3 Imprimer des questionnaires pour le dépistage actif et systématique de la tuberculose chez les PVVIH. Ce questionnaire sera utilisé à chaque visite de la PVVIH au site de référence du PNLS et cherchera l'existence de l'un des 4 symptômes suivants : toux quelle que soit sa durée, fièvre, perte de poids récente ou sueur nocturne.

3.4.4 Assurer le dépistage systématique et actif de la tuberculose dans les sites du PNLS en utilisant le questionnaire susmentionné et, si nécessaire, la radiologie. L'absence des symptômes spécifiés dans le questionnaire ne doit pas faire éliminer l'éventualité d'une tuberculose évolutive.

3.4.5 Approvisionner les sites du PNLS en pots de prélèvement des expectorations pour la microscopie de la tuberculose et les tests par Xpert ainsi qu'en glacières médicales pour leur transport ; ces pots et glacières seront fournis par les Unités Provinciales ou Préfectorales de Coordination du PNLAT.

3.4.6 Assurer le transport des prélèvements vers les laboratoires de microscopie et les CDTMR équipés d'appareil Xpert.

3.4.7 Assurer la rétro-information pour les sites du PNLS en ce qui concerne les PVVIH et les personnes à haut risque d'infection VIH qui ont été référées vers les CDTMR pour le dépistage ou l'évaluation diagnostique de la tuberculose.

3.4.8 Administrer le traitement antituberculeux à toutes les PVVIH diagnostiquées avec une tuberculose. Ces malades seront enregistrés dans le système d'information du PNLAT, traités et suivi conformément aux directives du PNLAT.

3.4.9 Prendre en charge toute PVVIH chez qui le test Xpert identifie une tuberculose résistante à la rifampicine.

3.4.10 Assurer le TPI à toutes les PVVIH chez qui une tuberculose évolutive n'a pas été identifiée.

Intervention Stratégique 3.5 : Renforcer les mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les sites sanitaires prenant en charge les PVVIH

Activités et sous-activités :

3.5.1 S'assurer de la disponibilité des exemplaires du guide national relatif au contrôle de l'infection nosocomiale dans les sites du PNLS.

3.5.2 Inclure une session sur le contrôle de l'infection tuberculeuse nosocomiale dans la formation de remise à niveau des médecins et des infirmiers(ères) exerçant dans les sites de référence du PNLS.

3.5.3 Mettre en place les mesures administratives et les dispositifs adaptés pour le contrôle de l'infection tuberculeuse dans les sites de référence du PNLS.

3.5.4 S'assurer que la priorité est donnée aux PVVIH quand ils viennent aux CDTMR pour recevoir une prestation de santé.

3.5.5 Acquérir, chaque année, 20.000 masques chirurgicaux pour les 17 sites de référence du PNLS. Ces masques seront fournis à toutes les PVVIH qui toussent lors de leurs visites aux sites du PNLS.

Intervention Stratégique 3.6 : Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH et évaluer leurs résultats.

Activités et sous-activités :

3.6.1 Intégrer la supervision des activités conjointes tuberculose/VIH dans la supervision des services du PNLAT.

3.6.2 Organiser, tous les 6 mois, une supervision conjointe PNLAT/PNLS dans chacune des provinces et préfectures où les activités du PNLS sont implantées.

3.6.3 Assurer, chaque trimestre, la collecte, la compilation et l'analyse des données générées par le système d'information en vigueur sur les activités conjointes tuberculose/VIH.

3.6.4 Présenter et discuter les résultats de l'analyse des données aux réunions semestrielles des Comités Régionaux et du Comité National de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH.

3.6.5 Consacrer une session aux activités conjointes tuberculose/VIH lors de la réunion annuelle organisée par l'Unité Centrale du PNLAT sur la situation de la lutte contre la tuberculose au Maroc.

3.6.6 Inclure un chapitre sur les activités conjointes tuberculose/VIH dans le rapport annuel que développe l'Unité Centrale du PNLAT sur la situation de la lutte contre la tuberculose au Maroc.

4. Objectif spécifique 4 : Améliorer et renforcer la gouvernance et les pratiques de gestion du Programme National de Lutte Antituberculeuse.

La gestion est une composante fondamentale du développement et de la mise en œuvre des interventions stratégiques et des activités de tout programme de santé. Bien que le Ministère de la Santé ait mis sur pied avec succès, depuis plusieurs décennies, un programme national pour lutter contre la tuberculose, les capacités de gestion de ce dernier ne sont pas pleinement opérationnelles dans certaines circonstances. Certaines fonctions de gestion qui doivent relever de l'Unité Centrale du PNLAT ne sont pas clairement définies ou pas encore développées telles que la coordination avec les partenaires, la mobilisation de ressources supplémentaires, la planification opérationnelle ou l'organisation de la supervision au sein du réseau du PNLAT.

Le PNLAT n'est pas encore pleinement structuré, puisqu'un chaînon entre l'Unité Centrale et les Unités Provinciales ou Préfectorales de Coordination du PNLAT est encore manquant dans beaucoup de régions. En effet, les Unités de Coordination du PNLAT n'ont pas été mises en place dans plusieurs régions et, dans celles où ces unités le sont, elles ne sont pas encore pleinement développées et fonctionnelles. Elles ne sont que très peu impliquées dans les processus de planification opérationnelle des activités du PNLAT, de supervision, de suivi et d'évaluation au niveau des provinces et préfectures. De même, leur rôle reste très limité dans la formation des professionnels de santé impliqués dans les prestations de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose

Pour mettre en œuvre, avec succès, les interventions stratégiques et les activités pour atteindre les Objectifs 1, 2 et 3, l'Unité Centrale et les Unités de Coordination au niveau des régions, des provinces et des préfectures doivent jouer pleinement leurs rôles dans la gestion des activités du PNLAT.

Les actions qui seront entreprises pour atteindre ce 4ème objectif visent à améliorer et renforcer les capacités techniques et les pratiques de gestion du PNLAT à tous les niveaux.

Intervention Stratégique 4.1 : Développer, mettre à jour et imprimer les guides, les algorithmes, les POS et le matériel de formation pour mettre en œuvre les interventions et les activités du PNLAT

Intervention Stratégique 4.2 : Développer et renforcer les capacités techniques et les pratiques de gestion au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT.

Activités et sous-activités :

4.2.1 Réitérer clairement la mission de l'Unité Centrale du PNLAT en fonction du rôle qu'elle doit jouer en ce qui concerne : i) l'élaboration de la politique et de la stratégie nationale de prévention, de prise en charge et de contrôle de

la tuberculose en conformité avec les recommandations internationales, ii) la spécification des interventions à développer pour mettre en œuvre la stratégie nationale, iii) le développement des guides et des POS nationaux nécessaires à cette mise en œuvre, iv) l'élaboration de PSN et du plans opérationnel national annuel, v) la mobilisation des ressources pour mettre en place les interventions et les activités spécifiées dans les PSN, vi) l'organisation du processus de formation des professionnels de santé impliqués (ou à impliquer) dans la prévention et le contrôle de la tuberculose, vii) l'organisation des activités de supervision à travers le territoire national, viii) la coordination avec les partenaires nationaux et internationaux impliqués dans les efforts de lutte contre la tuberculose au Maroc, ix) l'implantation d'un système d'information fonctionnel qui génère des données pour suivre et évaluer les activités du PNLAT et x) la mise en place d'un processus de recherche opérationnelle qui utilise les résultats du système d'information existant.

4.2.2 Définir clairement les termes de référence des postes de travail au sein de l'Unité Centrale en fonction des tâches à entreprendre.

4.2.3 Assigner chaque membre de l'équipe de l'Unité Centrale en fonction de son profil professionnel au poste de travail qui lui correspond.

4.2.4 Organiser un atelier de formation, de 6 jours, sur la gestion d'un programme national de lutte contre la tuberculose, encadré par 2 consultants internationaux au profit des cadres de l'Unité Centrale ; le programme de cet atelier couvrira les aspects de gestion suivants : i) la planification pour mettre en œuvre les interventions et activités de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose, ii) l'utilisation des données du système d'information à des fins de gestion, iii) les procédures de gestion des ressources du PNLAT, y compris la gestion des médicaments et autres produits iv)le développement d'approches de lutte antituberculeuse adaptées à des environnements particuliers, comme les quartiers urbains défavorisés, v) les procédures pour mettre en place des approches de dépistage actif de la tuberculose, vi) l'organisation des activités de formation du personnel de santé impliqué dans les efforts de lutte contre la tuberculose, vii) la gestion des ressources humaines, viii) l'organisation des activités de supervision au sein du réseau du PNLAT, ix) la mise en place de mécanismes de coordination avec les partenaires, x) la mobilisation des ressources financières, xi) le développement du plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose et xii) la mise en place d'un agenda de recherche opérationnelle.

4.2.5 Assurer un cours de formation, de 2 semaines, sur la gestion des données, avec le soutien technique de 2 consultants nationaux relevant d'institutions académiques (ex.: Ecole Nationale de Santé Publique) au profit de cadres pertinents de l'Unité Centrale et des professionnels de santé chargés du système d'information au niveau des régions. Ce cours couvrira les sujets suivants : i) les principes de la surveillance épidémiologique, ii) le développement et la mise

en place d'un système d'information pour la lutte contre la tuberculose, iii) la constitution de bases de données, iv) les méthodes d'analyse des données, v) l'utilisation des résultats de l'analyse de données à des fins de surveillance épidémiologique, d'évaluation des activités de lutte antituberculeuse, de gestion des ressources du PNLAT et d'identification d'hypothèses pour la recherche opérationnelle.

4.2.6 Organiser un atelier, encadré par un consultant international, pour les professionnels de santé du LNR, de l'Institut Pasteur-Maroc et des principaux laboratoires régionaux ; cet atelier se focalisera sur la gestion d'un réseau de laboratoires de la tuberculose et couvrira les aspects suivants : i) la gestion des ressources d'un réseau de laboratoires de la tuberculose, ii) la planification des activités de laboratoire, iii) la budgétisation, iv) l'organisation de la supervision des activités de laboratoire, v) la mise en œuvre d'un système de contrôle externe de la qualité, vi) la mise en place d'un système d'information pour le réseau de laboratoires, vii) la gestion des données générées par le système d'information.

4.2.7 Assurer les réunions planifiées ou ad hoc du Comité Technique de la Tuberculose, du Groupe de Travail pour l'Implication de tous les Prestataires de Soins, du Comité National de Coordination des Activités Collaboratives Tuberculose/VIH ainsi que les réunions avec les partenaires.

4.2.8 Développer des propositions de financement pour mobiliser des ressources auprès de bailleurs de fonds potentiels ou à travers le cadre de la coopération bilatérale ou multilatérale.

4.2.9 Tenir tous les 6 mois une réunion sur la gestion du PNLAT avec les équipes des régions ; cette réunion sera organisée par l'Unité Centrale du PNLAT.

4.2.10 Faire participer les cadres les plus pertinents du PNLAT aux cours internationaux en fonction des activités dans lesquelles ils sont impliqués :

- Techniques et gestion de laboratoire de tuberculose;
- Mise en œuvre de stratégies de dépistage actif et systématique de la tuberculose dans les groupes à haut risque ;
- Traitement préventif de la tuberculose ;
- PCPTPR;
- Contrôle de l'infection tuberculeuse nosocomiale et en milieu fermé;
- Gestion et approvisionnement des stocks.

4.2.11 Faire participer, chaque année, 3 cadres du PNLAT à la Conférence Annuelle de l'Union Internationale de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires.

4.2.12 Assurer le renouvellement de l'équipement des bureaux et du matériel informatique de l'Unité Centrale du PNLAT.

4.2.13 Couvrir les coûts inhérents à l'utilisation d'Internet et des téléphones.

4.2.14 Couvrir les coûts des déplacements par avions à l'intérieur du territoire national.

Intervention Stratégique 4.3 : Améliorer et renforcer les capacités de gestion du PNLAT au niveau des régions.

Activités et sous-activités :

4.3.1 Renforcer les Unités de Coordination du PNLAT qui existent au niveau de certaines régions et en créer de nouvelles dans d'autres. Chaque Unité Régionale de Coordination du PNLAT doit comprendre, pour qu'elle soit pleinement fonctionnelle, un médecin pneumophtisiologue, un technicien de laboratoire et un cadre chargé du suivi et de l'évaluation au niveau de la DRS. Le médecin pneumophtisiologue sera le coordonnateur de cette unité.

4.3.2 Les Unités de Coordination du PNLAT seront établies et renforcées en priorité au niveau des 6 régions où 85% des cas de tuberculose sont notifiés.

4.3.3 Définir clairement la mission des Unités de Coordination du PNLAT au niveau des Régions. L'Unité Centrale du PNLAT élaborera un document cadre dans lequel la mission d'une Unité Régionale de Coordination du PNLAT est clairement spécifiée ; les attributions de chaque cadre constituant cette unité y seront clairement décrites. Les Unités Régionales de Coordination seront sous la responsabilité administrative des Directions Régionales de la Santé mais sous la supervision technique de l'Unité Centrale du PNLAT. La relation et les canaux de communication entre une Unité Régionale de Coordination et l'Unité Centrale du PNLAT seront décrits dans le document cadre.

4.3.4 Organiser un atelier de formation de 6 jours pour les Coordonnateurs des Unités Régionales de Coordination du PNLAT ; cet atelier sera encadré par les cadres de l'Unité Centrale. La formation couvrira les aspects suivants:

- Les principes de gestion d'un programme,
- La planification des activités de lutte contre la tuberculose,
- Comment entreprendre les activités de supervision (ex. établir un agenda des visites de supervision qui seront effectuées dans les CDTMR et les centres de santé des provinces et préfectures relevant de la région, les étapes pour exécuter une visite de supervision, le modèle de rapport de supervision qui doit être préparé, les entités à qui les rapports de supervision doivent être soumis et autres),
- Comment organiser la formation (ex. : établir un agenda des sessions de formation qui doivent être organisées dans la région, les étapes à respecter pour tenir une session de formation, le modèle de rapport qui doit être préparé à la fin de chaque formation, les entités à qui les rapports sur la formation doivent être soumis et autres),

- La gestion et l'approvisionnement des médicaments,
- L'utilisation du système d'information en vigueur dans le PNLAT,
- Les méthodes de suivi et d'évaluation,
- L'analyse des données,
- L'utilisation des résultats de l'analyse des données à des fins de gestion du PNLAT.

4.3.5 Faire participer les cadres chargés du suivi et de l'évaluation des Unités Régionales du PNLAT au cours de la formation sur la gestion des données qui sera organisée par l'Unité Centrale et encadrée par 2 consultants nationaux.

4.3.6 Former les techniciens de laboratoire appartenant aux Unités Régionales de Coordination du PNLAT à la gestion d'un réseau de laboratoires, à savoir : i) la gestion des ressources du laboratoire, ii) la planification des activités à entreprendre au sein d'un réseau régional de laboratoires de tuberculose, iii) la mise en œuvre d'un système de contrôle externe de la qualité au niveau d'une région, iv) les activités de supervision dans le réseau régional de laboratoires de tuberculose, v) l'utilisation du système d'information et le recueil de données pertinentes pour évaluer les activités entreprises au sein du réseau régional de laboratoires de la tuberculose. Cette formation sera assurée par les cadres du LNR.

4.3.7 Assurer la formation initiale ou de remise à niveau des coordonnateurs des Unités Régionales de Coordination du PNLAT chaque fois que cela est nécessaire en ce qui concerne les interventions qui doivent être mises en œuvre au niveau de la région telles que par exemple : la PCPTPR, les activités collaboratives tuberculose/VIH, le dépistage systématique et actif des sujets-contacts, la prise en charge de l'ITL, le contrôle de l'infection tuberculeuse nosocomiale et en milieu fermé, l'APSR, et autres.

4.3.8 Entreprendre trimestriellement une analyse des données recueillies dans chaque région. Cette analyse se fera par les membres de l'Unité de Coordination du PNLAT au niveau de chaque région qui prépareront un rapport trimestriel et l'adresseront à l'Unité Centrale du PNLAT.

4.3.9 Entreprendre et entretenir une cartographie des cas de tuberculose notifiés dans les grandes zones urbaines, spécialement celles situées dans les 6 régions où 85% des cas de tuberculose sont notifiés. Tout groupement significatif de la notification des cas dans une zone géographique donnée sera investigué pour prendre la décision d'entreprendre ou non un dépistage systématique dans la zone concernée.

4.3.10 Fournir les équipements de bureau et de technologie informatique aux Unités Régionales de Coordination du PNLAT (bureaux, chaises, placards, ordinateurs, imprimantes, photocopieuses, data-show, appareils téléphoniques, l'accès à Internet, etc…).

4.3.11 Tenir des réunions trimestrielles au niveau de chaque région ; ces réunions seront organisées par les Unités Régionales de Coordination du PNLAT pour évaluer et discuter la situation de la lutte contre la tuberculose au niveau des provinces et préfectures et de l'ensemble de la région. Seront conviés à ces réunions les membres de l'Unité de Coordination du PNLAT des Provinces et Préfectures, les cadres sanitaires du PNLS et les partenaires impliqués dans les activités de la lutte contre la tuberculose au niveau de la région.

4.3.12 Acquérir 6 véhicules pour les besoins de la supervision qui doit être effectuée par les membres des Unités de Coordination du PNLAT au niveau des 6 régions où 85% des cas de tuberculose sont notifiés.

Intervention Stratégique 4.4 : Renforcer les capacités de gestion des Unités de Coordination du PNLAT au niveau des Provinces et Préfectures.

Activités et sous-activités :

4.4.1 Organiser 6 ateliers de formation pour les responsables médicaux et infirmiers(ères)-chefs des CDTMR ainsi que les animateurs du PNLAT au niveau des provinces et préfectures. La formation couvrira les aspects suivants:

- Les principes de gestion d'un programme,
- La planification des activités de lutte contre la tuberculose,
- La démarche de supervision dans les ESSP,
- La gestion et l'approvisionnement des médicaments,
- L'utilisation du système d'information en vigueur dans le PNLAT,
- Les méthodes de suivi et évaluation,
- La mise en place de la cartographie des cas de tuberculose notifiés,
- L'analyse des données
- L'utilisation des résultats de l'analyse des données à des fins de gestion du PNLAT.

4.4.2 Entreprendre et entretenir une cartographie des cas notifiés, avec une priorité pour les grandes agglomérations urbaines.

4.4.3 Fournir les équipements de bureau et de technologie informatique aux Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT (bureaux, chaises, étagères, ordinateurs, imprimantes, photocopieuses, appareils téléphoniques, l'accès à Internet, etc…).

4.4.4 Réhabiliter les CDTMR vétustes en conformité, notamment, avec les normes et standards de contrôle de l'infection en milieu de soins.

Intervention Stratégique 4.5 : Assurer le maintien et la fonctionnalité du Comité Technique National de la Tuberculose

Le rôle du Comité Technique National de la Tuberculose est de :

- Assister l'Unité Centrale du PNLAT à définir et à établir une politique nationale en

matière de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose;

- Identifier les orientations stratégiques;
- Discuter et valider les guides nationaux développés par le PNLAT;
- Contribuer à établir les PSN;
- Discuter et valider les plans opérationnels annuels ;
- Développer des actions pour promouvoir la stratégie du PNLAT dans l'agenda national en matière de santé
- Assurer une coordination avec les autres groupes de travaux et comités nationaux
- Participer aux évaluations annuelles et ad hoc qui seront effectuées par l'Unité Centrale du PNLAT.

Le secrétariat du Comité Technique de la Tuberculose est assuré par l'Unité Centrale du PNLAT.

Activités et sous-activités :

4.5.1 Institutionnaliser et élargir le Comité Technique National de la Tuberculose à d'autres membres notamment aux représentants d'autres secteurs sanitaires, ONG et autres programmes nationaux de santé comme les programmes de la santé reproductive, maternelle et infantile.

4.5.2 Faire établir, chaque année, un agenda de travail du Comité Technique National de la Tuberculose.

4.5.3 Assurer les réunions du Comité Technique National de la Tuberculose qui sont planifiées pour tous les 6 mois de même que les réunions ad hoc.

Intervention Stratégique 4.6 : Assurer la coordination avec les partenaires

Activités et sous-activités :

4.6.1 Assigner un cadre de l'Unité Centrale pour assurer, à temps partiel, les activités de coordination avec et entre les partenaires.

4.6.2 Etablir une liste des partenaires qui sont impliqués dans les activités de lutte antituberculeuse

4.6.3 Etablir une liste de partenaires qui peuvent être potentiellement impliqués dans la lutte contre la tuberculose au Maroc, plus particulièrement ceux qui pourraient soutenir financièrement la mise en œuvre de certaines interventions ou activités du PNLAT.

4.6.4 Partager avec tous les partenaires les documents les plus pertinents relatifs à la lutte contre la tuberculose au Maroc, y compris le PSN avec son budget et ses plans annuels opérationnels ; les interventions et les activités qui ne disposent pas de financement seront clairement identifiées dans le plan budgétaire.

4.6.5 Spécifier, dans un document formel, le rôle de chaque partenaire ainsi que les activités dont il aura la charge, et ceci en conformité avec le PSN. Ce document sera développé par l'Unité Centrale du PNLAT.

4.6.6 Organiser une réunion de tous les partenaires chaque 6 mois et chaque fois que cela est nécessaire.

Intervention Stratégique 4.7 : Promouvoir et donner plus de visibilité à la lutte contre la tuberculose au Maroc auprès des instances politiques et des bailleurs de fonds.

Activités et sous-activités :

4.7.1 Organiser un atelier sur la stratégie du plaidoyer en faveur de la lutte antituberculeuse auprès des instances politiques marocaines et des bailleurs de fonds potentiels. Participeront à cet atelier les représentants de la Ligue Marocaine contre la Tuberculose (LMCT), SOS Tuberculose et Maladies Respiratoires, AMSED et autres ONG.

4.7.2 Elaborer un document sur la stratégie du plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose auprès des instances politiques marocaines et des bailleurs de fonds nationaux et internationaux. Ce document sera imprimé et distribué auprès des ONG.

4.7.3 Faire élaborer par la LMCT, SOS Tuberculose et Maladies Respiratoires, AMSED et autres ONG un plan d'action annuel en matière de plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose auprès des instances politiques marocaines et des bailleurs de fonds nationaux et internationaux. Il importe de noter que chaque organisation développera son propre plan. Les activités qui seront spécifiées dans le plan de chaque organisation ne doivent pas se chevaucher.

4.7.4 Prévoir à ce que chacune des 3 principales ONG (LMCT, SOS Tuberculose et Maladies Respiratoires, AMSED) organise au moins une réunion par an avec les décideurs politiques et les bailleurs de fonds potentiels nationaux et internationaux.

4.7.5 Evaluer, chaque année, les actions de plaidoyer entreprises par les ONG en faveur de la lutte contre la tuberculose en termes ; i) de montant financier mobilisé, ii) de nombre d'interventions et d'activités spécifiées dans le PSN qui ne disposaient pas de financement et qui ont été mises en œuvre grâce aux actions de plaidoyer, iii) de nombre de fois où la problématique de la tuberculose a été soulevée dans les sessions du Parlement et iv) d'augmentation du budget alloué par le Ministère de la Santé au PNLAT.

Intervention Stratégique 4.8 : Mettre en place des mécanismes et entreprendre des actions pour promouvoir la lutte contre la tuberculose dans le cadre d'une approche Droits humains.

Le Maroc a développé et promu, au cours des dernières décennies, une politique et une culture des droits humains à travers la mise en place, d'abord, du Conseil Consultatif des Droits de l'Homme, puis du Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH). Ce dernier concrétise l'engagement du Maroc dans la protection des droits et libertés des

citoyens et affirme l'attachement du pays au respect de ses engagements internationaux en matière de protection et de promotion des droits de l'Homme.

Le CNDH est doté de commissions régionales qui ont pour mission de mettre en œuvre ses programmes et ses projets en matière de droits de l'Homme et d'assurer le suivi et le contrôle de la situation des droits de l'Homme au niveau régional et local.

Dans le cadre de ce PSN, la discrimination et la stigmatisation liées à la tuberculose, et l'équité en ce qui concerne l'accès aux prestations de services de lutte antituberculeuse seront considérées à travers le prisme des droits de l'Homme et ce, à l'instar de l'expérience droits humains et VIH.

Activités et sous-activités :

4.8.1 Organiser un atelier national sur la problématique des droits humains et la tuberculose avec les acteurs clefs, y compris le CNDH et les associations féminines pour intégrer l'aspect genre. Cet atelier visera à : i) établir les orientations stratégiques pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation liées à la tuberculose et assurer une équité en matière de prestations du PNLAT, ii) identifier les mesures juridiques et légales pouvant soutenir la concrétisation de ces orientations stratégiques et iii) spécifier les résultats escomptés et les indicateurs pour évaluer ces derniers. Suite à cet atelier, sera élaboré un document national sur la problématique relative aux droits humains et la tuberculose et les mesures à promouvoir et mettre en œuvre, y compris celles inhérentes aux aspects juridiques.

4.8.2 Le document national susmentionné sera imprimé et diffusé aux départements ministériels et autres organes étatiques les plus pertinents ainsi qu'aux associations qui peuvent promouvoir la lutte contre la tuberculose dans le cadre des droits humains.

4.8.3 Élaborer un plan d'action pour mettre en œuvre l'approche spécifiée dans le document relatif à la problématique des droits humains et la tuberculose.

4.8.4 Mettre en œuvre des actions d'information et de sensibilisation, conformes aux orientations stratégiques spécifiées dans le document national, ciblant des milieux pertinents :

- Informer et sensibiliser les professionnels de santé :
- Informer et sensibiliser les chefs et les cadres des entreprises industrielles, commerciales et autres
- Informer et sensibiliser le corps enseignant des écoles, des collèges et des lycées

4.8.5 Établir une commission ad hoc impliquant le Ministère de la Justice et des Libertés, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'emploi, le CNDH, les ONG et autres pour promouvoir l'amélioration de l'environnement juridique en ce qui concerne les droits humains et la tuberculose.

4.8.6 Promouvoir l'examen et la discussion des propositions de la commission ad hoc au niveau du Parlement à travers la Commission parlementaire de la Santé.

Intervention Stratégique 4.9 : Renforcer l'enseignement des directives du PNLAT dans les facultés de médecine du Maroc

Activités et sous-activités :

4.9.1 Organiser une réunion nationale entre la DELM et les 9 facultés de médecine du Maroc sur le renforcement de l'enseignement du PNLAT du Maroc. Y participeront les représentants des départements pertinents des 9 facultés, y compris ceux des maladies respiratoires et de pédiatrie, les membres du Comité Technique National de la Tuberculose et les cadres de l'Unité Centrale du PNLAT.

4.9.2 Au cours de cette réunion : i) un programme standardisé de l'enseignement des directives du PNLAT en vigueur au Maroc sera discuté et établi et les modalités de sa mise en œuvre définies et ii) un Comité de Rédaction de ce programme sera désigné.

4.9.3 Produire un document spécifiant le programme standardisé de l'enseignement des directives du PNLAT en vigueur au Maroc et les modalités de sa mise en œuvre. Ce document sera développé par le Comité de Rédaction susmentionné et approuvé par les participants de la réunion nationale. Il sera imprimé et transmis officiellement, à travers le Ministère de la Santé, au Ministère de l'Enseignement Supérieur et aux doyens des 9 facultés de médecine.

4.9.4 Établir une convention entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Enseignement Supérieur relative à l'enseignement des directives du PNLAT en vigueur au Maroc.

4.9.5 Établir un mémorandum d'entente entre, d'une part, chacune des 9 facultés de médecine et, d'autre part, la DELM et la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé.

4.9.6 Ouvrir l'accès des CDTMR aux stages des étudiants en médecine, des internes, des résidents et des médecins en cours de spécialisation.

Intervention Stratégique 4.10 : Organiser les activités de formation

Activités et sous-activités :

4.10.1 Développer un document cadre qui décrit les procédures et les étapes à suivre pour organiser la formation des professionnels de santé, notamment :

- Les éléments requis pour entreprendre une formation : i) les objectifs de la formation, ii) le contenu du programme de la formation, iii) les guides, les POS et le matériel de formation disponibles, iv) le nombre de professionnels de santé à former, v) le nombre de sessions de formation à organiser, vi) l'agenda des sessions de formation planifiées, vii) le coût de la formation, viii) la préparation du rapport sur chaque session de formation effectuée.
- La préparation d'un plan de formation chaque trimestre (ou chaque semestre) par toutes les Unités Régionales de Coordinations du PNLAT ainsi que par

les cadres responsables de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation d'interventions stratégiques spécifiques comme la PCPTPR, l'implication de tous les prestataires de soins, l'APSR, la prise en charge de l'ITL, etc….

4.10.2 Reproduire ce document en plusieurs exemplaires (non imprimés) et les distribuer à tous les cadres du PNLAT qui sont impliqués dans les activités de formation, notamment les cadres des Unités Régionales de Coordination du PNLAT et ceux de l'Unité Centrale. Des exemplaires du document seront adressés aux partenaires qui peuvent être impliqués dans des activités de formation. Par ailleurs, le document sera mis sur le site du Ministère de la Santé.

4.10.3 Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités de formation en se basant sur l'agenda des sessions de formation planifiées et les rapports sur les sessions de formation réalisées. Ce suivi sera réalisé par un cadre de l'Unité Centrale qui sera désigné pour l'effectuer à temps partiel.

4.10.4 Préparer un rapport sur les activités de formation chaque année. Ce rapport sera développé par l'Unité Centrale du PNLAT.

Intervention Stratégique 4.11 : Organiser les activités de supervision.

En général les activités de supervision ne sont pas adéquatement structurées ni pleinement développées.

Activités et sous-activités :

4.11.1 Désigner un cadre de l'Unité Centrale comme point focal pour l'organisation et le suivi des activités de supervision au sein du réseau du PNLAT.

4.11.2 Développer un guide national pour la supervision des activités de la lutte antituberculeuse. Le guide inclura le canevas du rapport à effectuer après une visite de supervision et le modèle de check-list qui sera utilisé. Il sera imprimé et distribué aux Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de coordination du PNLAT. Les exemplaires du modèle de la check-list seront également reproduits en nombre suffisant au niveau des Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales du PNLAT.

4.11.3 Incorporer une session sur la manière d'organiser et entreprendre une supervision dans le programme de la formation qui sera dispensée aux membres de l'Unité Centrale, des Unités Régionales de Coordination du PNLAT et du LNR.

4.11.4 Planifier à l'avance les visites de supervision qui seront entreprises. Toutes les Unités Régionales de Coordination du PNLAT auront à soumettre au préalable leurs plans de visites de supervision au cadre de l'Unité Centrale chargé de l'organisation et du suivi des activités de supervision. De même, les autres cadres de l'Unité Centrale qui entreprennent des visites de supervision doivent également soumettre leurs plans avant leur exécution.

4.11.5 Entreprendre, chaque trimestre, les visites de supervision au niveau des Unités Régionales de Coordination du PNLAT, des CDTMR et des ESSP :

- Entreprendre des visites de supervision par des cadres de l'Unité Centrale auprès des Unités Régionales de Coordination du PNLAT. Chaque trimestre, trois visites de supervision seront organisées et exécutées par 2 cadres de l'Unité Centrale pendant 3 jours en moyenne.
- Assurer des visites de supervision par les cadres de l'Unité Centrale qui sont chargés de la mise en œuvre d'interventions stratégiques spécifiques comme la PCPTPR, la activités collaboratives tuberculose/VIH, l'APSR ou autres. Ces visites de supervision auront lieu auprès des Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT, des CDTMR et des ESSP. Chaque visite sera entreprise par un cadre de l'Unité Centrale pendant 3 jours en moyenne. Il est estimé qu'environ 2 visites de ce type seront nécessaires chaque trimestre.
- Assurer les visites de supervision qui seront entreprises par les cadres du LNR.
- Assurer la supervision des Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT, des CDTMR et des ESSP. Les visites de ces supervisions seront effectuées par les équipes chargées des Unités Régionales de Coordination du PNLAT. Dans chaque région, l'équipe de l'Unité Régionale de Coordination du PNLAT aura à entreprendre 2 visites de supervision en moyenne chaque trimestre. Chaque visite de supervision durera 2 jours et sera effectuée par les 3 membres de l'équipe régionale. Les visites de supervision dans le RESSP aura à évaluer, entre autres, le processus d'identification et de prise en charge des patients présumés tuberculeux, les activités de laboratoire des CDTMR, les activités collaboratives tuberculose/VIH, la qualité de l'administration et du suivi du traitement antituberculeux et autres.
- Intégrer la supervision des activités du PNLAT dans les activités de supervision entreprises par les Service des Réseaux des Etablissements de Santé des provinces et des préfectures. Cette supervision aura à impliquer l'animateur et le médecin responsable du PNLAT au niveau de la province ou la préfecture. Elle évaluera les activités du PNLAT mises en œuvre dans le RESSP.

4.11.6 Préparer un rapport sur chaque visite de supervision effectuée.

4.11.7 Adresser les rapports des supervisions effectuées aux entités qui doivent être informées, notamment: i)les structures sanitaires visitées, ii) les Unités de Coordination du PNLAT au niveau des régions, des provinces et des préfectures visitées et iii) le cadre chargé, au niveau de l'Unité Centrale, de l'organisation et du suivi des activités de supervision au sein du réseau du PNLAT

4.11.8 Assurer le suivi et l'évaluation du niveau de réalisation des activités de supervision en comparant les activités de supervision qui avaient été

planifiées et les visites de supervision effectuées. Ce suivi et cette évaluation seront entrepris de façon routinière par le cadre chargé, au niveau de l'Unité Centrale, de l'organisation et du suivi des activités de la supervision au sein du réseau du PNLAT.

4.11.9 Préparer un rapport annuel sur les activités de supervision entreprises. Ce rapport sera développé par le cadre chargé, au niveau de l'Unité Centrale, de l'organisation et du suivi des activités de la supervision au sein du réseau du PNLAT.

4.11.10 Assurer la maintenance des véhicules du PNLAT utilisés pour les activités de supervision.

Intervention Stratégique 4.12 : Acquérir les médicaments antituberculeux nécessaires et assurer leur gestion.

L'approvisionnement en médicaments antituberculeux et leur gestion sont une composante majeure de la lutte contre la tuberculose et constituent un pilier fondamental de la gestion d'un programme antituberculeux.

Activités et sous-activités :

4.12.1 Assurer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux de 1ère ligne, y compris les présentations à usage pédiatrique pour traiter : i) 31.106 nouveaux cas de tuberculose en 2018, 32.211 en 2019, 32.621 en 2020 et 33.392 en 2021 et ii) 3.252 cas de retraitement en 2018, 3.367 en 2019, 3.833 en 2020 et 3.872 en 2021.

4.12.2 S'approvisionner en médicaments antituberculeux de 2nde ligne pour traiter 257 patients tuberculeux pharmaco-résistants en 2018, 312 en 2019, 364 en 2020 et 395 en 2021.

4.12.3 Assurer l'approvisionnement en isoniazide pour le TPI : i) des PVVIH indemnes de toute tuberculose évolutive, ii) des enfants qui ont été exposés à des cas index de tuberculose et chez qui le dépistage n'a pas identifié de tuberculose active et iii) d'autres personnes éligibles qui sont à haut risque de développer une tuberculose.

4.12.4 Acquérir les médicaments adjuvants pour traiter les effets secondaires des médicaments antituberculeux de 2nde ligne. L'Unité Centrale doit remettre à jour la liste des médicaments adjuvants nécessaires chaque année.

4.12.5 S'assurer qu'il y a toujours un stock de médicaments antituberculeux de sécurité pour un an.

4.12.6 Evaluer, dès 2018, le processus de gestion des médicaments antituberculeux par un expert international (de l'estimation des besoins en anti bacillaires jusqu'à leur distribution aux malades). La disponibilité et l'achat des médicaments antituberculeux seront également évalués.

4.12.7 Réviser le système d'information inhérent à la gestion des médicaments antituberculeux en fonction des résultats de l'évaluation effectuée par l'expert international.

4.12.8 Organiser 1 atelier sur la gestion des médicaments antituberculeux pour les pharmaciens des régions sanitaires ; cet atelier sera encadré par les cadres de l'Unité Centrale, de la Division de l'Approvisionnement et de la Direction des Médicaments et de la Pharmacie.

4.12.9 Organiser 2 ateliers pour les pharmaciens des Délégations du Ministère de la Santé aux Provinces et Préfectures ; ces ateliers seront encadrés par les pharmaciens régionaux et les membres des Unités Régionales de Coordination du PNLAT.

4.12.10 Inclure une session sur la gestion des médicaments antituberculeux dans les ateliers de formation en matière de gestion d'un programme de lutte contre la tuberculose qui seront organisés pour les cadres de l'Unité Centrale du PNLAT et pour les membres des équipes des Unités Régionales de Coordination du PNLAT.

4.12.11 Surveiller, à tous les niveaux de façon routinière, les procédures effectuées pour estimer les besoins en médicaments et pour passer leur commande, les acquérir, les stocker et les distribuer.

4.12.12 Mettre en place des procédures standardisées pour le calcul des indicateurs prioritaires recommandés par l'OMS pour la gestion des stocks.

4.12.13 Assurer le transport des médicaments antituberculeux des dépôts pharmaceutiques aux structures de santé.

4.12.14 Mettre en place un système d'alerte pour identifier une rupture de stock en médicaments antituberculeux.

4.12.15 Evaluer et discuter systématiquement la situation de la gestion des médicaments antituberculeux dans : i) toutes les réunions trimestrielles organisées au niveau de chaque région et ii) toutes les réunions tenues semestriellement et annuellement au niveau national par l'Unité Centrale du PNLAT.

4.12.16 Organiser une réunion avec les industriels pharmaceutiques sur la pré-qualification des médicaments antituberculeux telle qu'elle est établie par l'OMS. Cette réunion sera animée par un consultant du Global Drug Facility de Stop TB Partnership.

4.12.17 Organiser une réunion avec les industriels pharmaceutiques qui produisent les médicaments antituberculeux pour discuter de l'inclusion dans leurs productions des médicaments anti bacillaires de 2ème ligne et de leur tarification.

Intervention Stratégique 4.13 : Renforcer le système existant de pharmacovigilance.

Un système de pharmacovigilance des médicaments antituberculeux a été implanté sous la direction du Centre Anti-Poison et de Pharmacovigilance du Maroc avec qui collaborent des points focaux régionaux. Des efforts de formation sur la pharmacovigilance relative aux médicaments antituberculeux ont été entrepris. Cependant, ce système a généré peu de données qui sont collectées de façon routinière au niveau du réseau du PNLAT.

Activités et sous-activités :

4.13.1 Inclure la composante pharmacovigilance dans la formation de base des professionnels de santé, des médecins des CDTMR et services hospitaliers et des infirmiers(ères).

4.13.2 Organiser un atelier d'évaluation et de formation de remise à niveau des points focaux régionaux pour la pharmacovigilance.

4.13.3 Assurer la prise en charge des effets indésirables des médicaments antituberculeux au niveau régional, provincial et préfectoral afin d'avoir une base de données régionale et pouvoir détecter précocement les signaux potentiels.

4.13.4 Assurer la déclaration des effets indésirables liés aux médicaments chez les malades tuberculeux sensibles et pharmaco résistants au Centre Anti-Poison et de Pharmacovigilance du Maroc.

4.13.5 Assurer pour chaque nouveau médicament antituberculeux (ex. : bedaquilline et delamanide) une surveillance active, exhaustive et continue des effets indésirables afin d'identifier des facteurs potentiels contribuant à leur apparition.

4.13.6 Élaborer un plan de gestion des risques pour les nouveaux médicaments antituberculeux ainsi que pour ceux qui ont potentiellement un haut risque pour mettre en place : i) des mesures préventives (contre-indications, bilan initial) et de suivi des malades et ii) des mesures correctives par la préparation des médicaments adjuvants

4.13.7 Assurer un stage d'expertise pour 2 techniciens de laboratoire du Centre National Anti-Poison et de Pharmacovigilance du Maroc.

4.13.8 Etablir, chaque année, un rapport sur les effets secondaires liés aux médicaments antituberculeux.

Intervention Stratégique 4.14 : Renforcer le système d'information du PNLAT

Le suivi et l'évaluation constituent un élément fondamental pour la gestion de tout programme de lutte antituberculeuse. Les données générées par le système d'information sont d'une utilité capitale pour gérer les ressources du programme, suivre les tendances de la situation épidémiologique de la tuberculose et évaluer les résultats des efforts de

prévention, de prise en charge et de contrôle de cette maladie. Il importe de noter que le PNLAT du Maroc a déjà adopté et mis en place les nouvelles recommandations de l'OMS en ce qui concerne le suivi et l'évaluation d'un programme antituberculeux (Revised Case Definitions and Reporting Framework-2013). Les directives du PNLAT ont été spécifiées dans un guide national en conformité avec ces recommandations. Cependant, les équipes des Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales et des CDTMR n'ont pas été formées de façon satisfaisante. Bien que les ordinateurs soient disponibles dans la majorité des CDTMR, les données sont collectées manuellement à partir des registres puis consolidées et compilées au niveau des provinces/préfectures, des régions et de l'Unité Centrale.

Activités et sous-activités :

4.14.1 Imprimer chaque année les registres, les canevas des rapports, les dossiers des malades, les fiches et les cartes de traitement requis. Ces derniers doivent être conformes aux nouvelles recommandations de l'OMS qui ont été adoptées par le PNLAT.

4.14.2 Imprimer chaque année les registres des patients présumés tuberculeux qui seront mis en place dans tous les ESSP.

4.14.3 Imprimer chaque année, les fiches des cas index pour le dépistage systématique des sujets-contacts et les registres pour le TPI pour au moins les enfants et les PVVIH.

4.14.4 Développer des POS pour l'utilisation du nouveau système d'information du PNLAT.

4.14.5 Mettre sur le site web du Ministère de la Santé le guide national et les POS relatifs au système d'information du PNLAT.

4.14.6 Développer un programme informatique pour collecter les données individuelles de chaque patient tuberculeux identifié. Ce programme sera non seulement conforme aux exigences et aux définitions du nouveau système d'information mais aussi capable de recueillir des données démographiques, environnementales, comportementales et sanitaires propres à chaque patient.

4.14.7 Implanter ce programme informatique au niveau de : i) toutes les structures sanitaires où les patients tuberculeux sont identifiés et enregistrés (ex. : les CDTMR), ii) toutes les Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT et iii) l'Unité centrale du PNLAT.

4.14.8 Acquérir 30 ordinateurs avec leurs imprimantes pour remplacer ceux qui sont vétustes et équiper les CDTMR et centres de santé niveau 2 disposant d'un laboratoire de microscopie qui n'en sont pas encore équipés.

4.14.9 Former les équipes des Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT et les cadres médicaux et infirmiers des CDTMR sur le système d'information utilisant les nouvelles définitions de l'OMS.

4.14.10 Organiser 1 atelier sur le nouveau programme informatique de collecte de

données relatives aux cas individuels de tuberculose. Au cours de cet atelier, seront formés le médecin responsable et le cadre chargé du suivi et de l'évaluation de chaque Unité Régionale de Coordination du PNLAT.

4.14.11 Organiser 4 ateliers pour former les médecins et les animateurs des Unités Provinciales et Préfectorales du PNLAT sur le nouveau programme informatique de collecte de données relatives aux cas individuels de tuberculose.

4.14.12 S'assurer que les rapports trimestriels sont effectués et analysés au niveau de chaque Unité Provinciale et Préfectorale de Coordination du PNLAT et transmis à l'Unité Régionale de Coordination du PNLAT à laquelle elle est attachée.

4.14.13 S'assurer que les rapports trimestriels, reçus des Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT, sont compilés et analysés au niveau de chaque Unité Régionale de Coordination du PNLAT et adressés à l'Unité Centrale du PNLAT.

4.14.14 Présenter et discuter les résultats de l'analyse des données de la région dans les réunions trimestrielles organisées par chacune des Unités Régionales de Coordination du PNLAT. La cartographie des cas de tuberculose notifiés sera vérifiée et discutée lors de ces réunions à partir de 2020. Seront également discutées les actions à entreprendre en cas d'occurrence groupée des cas.

4.14.15 S'assurer de la disponibilité de l'accès à Internet pour les Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT.

4.14.16 Compiler au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT les données recueillies à travers le nouveau programme informatique de collecte d'informations relatives aux cas individuels de tuberculose. Les bases de données constituées au niveau des Unités Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT seront transmises aux Unités Régionales de Coordination du PNLAT où elles seront compilées et d'où elles seront transmises à l'Unité Centrale du PNLAT.

4.14.17 Assurer, dès que possible, la liaison entre la base de données informatisée du PNLAT et le Système National d'Information Sanitaire du Ministère de la Santé.

4.14.18 Entreprendre chaque année, au niveau de l'Unité Centrale du PNLAT, une analyse approfondie des données et des rapports reçus des Unités Régionales de Coordination du PNLAT. Les résultats de cette analyse serviront à suivre les tendances épidémiologiques de la tuberculose dans le pays, gérer les ressources du PNLAT, évaluer les performances des activités de lutte contre la tuberculose et identifier les hypothèses pour des études de recherche opérationnelle.

4.14.19 Assurer l'assistance technique aux Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT pour définir et développer des interventions appropriées en cas d'occurrences groupées de cas de tuberculose identifiées par la cartographie de la notification. Cette assistance

doit être fournie par l'Unité Centrale qui peut faire appel, si nécessaire, aux membres du Comité Technique de la Tuberculose.

4.14.20 Elaborer un rapport annuel sur la situation de la tuberculose et de la lutte antituberculeuse au Maroc. Ce rapport sera développé par l'Unité Centrale du PNLAT sur la base des résultats de l'analyse des données collectées au cours d'une année.

4.14.21 Présenter et discuter les résultats de ce rapport au cours de la réunion organisée chaque année par l'Unité centrale du PNLAT.

4.14.22 Imprimer, chaque année, 400 copies du rapport annuel sur la tuberculose et la lutte antituberculeuse au Maroc et le distribuer au Cabinet du Ministre de la Santé, aux Unités Régionales, Provinciales et Préfectorales de Coordination du PNLAT, aux Directions du Ministère de la Santé, aux décideurs politiques, aux donateurs, aux partenaires et à tous ceux qui doivent être informés. Par ailleurs, ce rapport sera mis sur le site web du Ministère de la Santé.

4.14.23 Faire évaluer, au début de l'année 2021, le système d'information par un consultant international; les résultats de cette évaluation seront utilisés pour la revue du PNLAT qui aura lieu quelques semaines plus tard.

4.14.24 Organiser une revue du PNLAT en 2021.

Intervention Stratégique 4.15 : Mettre en place un processus de développement de la recherche opérationnelle en ce qui concerne la prévention et la lutte contre la tuberculose au Maroc.

La recherche opérationnelle développée dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose est une composante majeure de la nouvelle stratégie de l'OMS dite « Stratégie pour mettre Fin à la Tuberculose ».

En ce qui concerne le PNLAT du Maroc, elle doit être basée sur les résultats de l'analyse des données générées par son système d'information. Ces derniers permettront d'identifier les hypothèses qui devraient être explorées au cours d'études de recherche opérationnelle.

La recherche opérationnelle doit aider à améliorer la situation de la lutte contre la tuberculose dans le pays et, par conséquent, aider à identifier des solutions à des problèmes auxquels le PNLAT est confronté.

Activités et sous-activités :

4.15.1 Désigner un cadre de l'Unité Centrale, qui se chargera à temps partiel, du développement de la recherche opérationnelle dans le cadre du PNLAT.

4.15.2 Etablir, sous les auspices du Comité Technique de la Tuberculose, un Sous-Comité pour la Recherche Opérationnelle en matière de Lutte Antituberculeuse au Maroc. Ce dernier comprendra des représentants : i) des Facultés de Médecine du Maroc, ii) des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé, iii) des institutions académiques les plus appropriées et iv) des partenaires.

4.15.3 Organiser, sous l'égide du Sous-Comité pour la Recherche opérationnelle en matière de Lutte antituberculeuse au Maroc, un atelier national sur la recherche opérationnelle en ce qui concerne la prévention et le contrôle de la tuberculose. Les participants à cet atelier auront à : i) identifier les défis à relever pour développer les capacités nécessaires à la création d'une dynamique de recherche opérationnelle et ii) établir un programme de recherche opérationnelle en matière d'épidémiologie, de prévention, de prise en charge et de contrôle de la tuberculose, basé sur les données du système d'information du PNLAT.

4.15.4 Préparer un rapport sur les résultats de l'atelier national sur la recherche opérationnelle en matière de prévention, de prise en charge et de contrôle de la Tuberculose au Maroc. Ce rapport sera développé par l'Unité Centrale du PNLAT, puis imprimé et distribué aux : i) institutions académiques, y compris les facultés de médecine, pour les informer sur les priorités en matière de recherche opérationnelle concernant la lutte antituberculeuse au Maroc, ii) les partenaires nationaux et internationaux et iii) les donateurs internationaux potentiels qui relèvent de la coopération bilatérale ou multilatérale.

4.15.5 Développer des propositions de financement et les soumettre à des partenaires nationaux et internationaux qui peuvent potentiellement fournir un soutien financier pour entreprendre des études de recherche opérationnelle ; ces études seront en conformité avec le programme établi lors de l'atelier national sur la recherche opérationnelle. Les propositions pour mobiliser le financement seront élaborées par aussi bien l'Unité Centrale que les institutions académiques ou tout autre partenaire impliqué dans la lutte contre la tuberculose au Maroc.

4.15.6 Entreprendre les études de recherche opérationnelle pour lesquelles les financements ont été mobilisés. Ces études peuvent être effectuées par aussi bien l'Unité Centrale que les institutions académiques ou tout autre partenaire impliqué dans la lutte contre la tuberculose au Maroc.

4.15.7 Préparer les rapports sur les résultats des études de recherche opérationnelle réalisées et les faire parvenir à ceux qui doivent être informés.

4.15.8 Préparer des articles sur les résultats des études de recherche opérationnelle réalisées et les soumettre pour des publications.

4.15.9 Définir et mettre en œuvre des interventions sur la base des résultats des études de recherche opérationnelle effectuées et évaluer leur impact à travers les données générées par le système d'information du PNLAT.

Intervention Stratégique 4.16 : Commémorer la Journée mondiale de la Tuberculose chaque année.

Budget prévisionnel (en millions de dirhams MAD)

L'estimation des besoins financiers du Plan Stratégique National 2018-2021 pour la prévention et le contrôle de la tuberculose a été réalisée avec l'implication de toutes les parties prenantes utilisant. Le canevas utilisé correspond à celui développé par l'OMS et prend en considération les coûts unitaires de l'ensemble des actions planifiées. Ceci a permis d'avoir une estimation budgétaire globale mais également par rubrique et par objectif.

Ainsi, l'enveloppe budgétaire nécessaire pour la mise en œuvre du plan national pour la période 2018-2021 s'élève à près de 513 millions de dirhams. Ce budget n'inclut pas la masse salariale du personnel de santé mobilisé au niveau central mais également dans les différentes structures de santé pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose à travers le pays.

L'objectif 1 incluant toutes les actions de diagnostic et de prise en charge inscrites dans le plan accapare plus de 88% du budget (voir tableau 1). Ce dernier sera dédié à hauteur de 50% pour l'achat des médicaments, des réactifs et du consommable pour le diagnostic (voir tableau 2) avec un investissement important durant les deux premières années pour la mise à niveau en équipements des laboratoires avec plus de 38% du budget (voir tableau 2). Dans le même objectif, 3% du budget sera consacré à l'appui aux associations thématiques et celles de proximité pour accompagner la mise en œuvre des actions prévues notamment en termes de relance des abandons et de la promotion du dépistage TB.

Le diagnostic et le traitement des cas de tuberculose multirésistante représente presque 10% de l'enveloppe nécessaire. Les besoins pour le volet gouvernance quant à lui s'élève à 2%. Enfin, l'objectif de la co-infection TB/VIH est de 0.2% étant donné que tous les besoins pour le diagnostic et le traitement du VIH pour les malades TB sont déjà inclus dans le plan national VIH pour la même période.

Les besoins financiers seront couverts à hauteur de 65% par le budget du Ministère de la Santé témoignant de l'engagement continu de l'Etat en faveur de lutte contre la tuberculose. Ce budget sera consacré dans sa majorité pour l'achat des médicaments et des moyens de diagnostic.

Les 5% mobilisés à travers l'appui du Fonds mondial seront orientés au volet du renforcement des compétences du personnel sur le terrain et à l'élaboration des guides nécessaires. Une partie sera réservée pour un achat complémentaire des médicaments de 2ème ligne.

Les 30% restants devront être mobilisés à travers d'autres sources nationales notamment les collectivités territoriales, l'INDH et le Programme de réduction des disparités sociales et territoriales. Le plaidoyer devrait continuer avec tous les partenaires principalement dans les six régions à forte incidence de la tuberculose au Maroc.

Tableau1 : Estimation du budget par objectif et par année (en millions de dirhams)

Par Objectif	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**Total**	**%**
Objectif 1 : Augmenter le nombre d'épisodes de tuberculose détectés à 36.300 et le taux de succès thérapeutique à au moins 90% à l'horizon 2021	185	109	83	75	451	88,1%
Objectif 2 : Augmenter la détection des cas de tuberculose multi-résistante à 75% et leur taux de succès thérapeutique à au moins 80% à l'horizon 2021	16	11	12	11	49	9,5%
Objectif 3 : Tester au VIH, à l'horizon 2021, 95% des malades tuberculeux notifiés et maintenir à 100% la proportion des malades tuberculose/VIH mis sous traitement par les médicaments antirétroviraux	0,5	0,11	0,2	0,11	1	0,2%
Objectif 4 : Améliorer et renforcer la gouvernance et les pratiques de gestion du Programme national de Lutte antituberculeuse	4	3	2	2	11	2,2%
Total	**205**	**122**	**97**	**88**	**513**	**100%**

Tableau 2 : Estimation budget par catégorie (en millions de dirhams MAD)

Par catégorie de coûts	2018	2019	2020	2021	Montant en millions de dirhams, MAD	%
Médicaments et consommables	62	64	64	67	257	50%
Mise à niveau et équipement du réseau de laboratoires	112	46	22	13	193	37%
Matériel informatique et bureautique	0,8	0,2	0,05	0,05	1	0,2%
Réhabilitation et normalisation des structures de prise en charge	16	0,2	0,2	0,2	17	3%
Formation, supervision et coordination	9	7	7	5	28	5,8%
Appui aux ONG	3	3	3	3	13	3%
Assistance technique	2	0,7	0,1	0,6	4	1%
	205	122	97	88	513	**100%**

Suivi programmatique des performances

Le suivi programmatique du Plan Stratégique National 2018-2021 pour la prévention et le contrôle de la Tuberculose permettra de mesurer les progrès et les performances des activités mises en œuvre selon les différents axes d'intervention. Il repose sur la collecte régulière des données, la surveillance et l'analyse continues des indicateurs de suivi et le renforcement des mesures de supervision et d'accompagnement à tous les niveaux.

Les indicateurs de progrès et de performance en rapport avec la mise en œuvre des activités programmées dans ce plan seront calculés sur la base des données chiffrées renseignées à partir du système d'information du programme national de lutte antituberculeuse. Le calcul de ces indicateurs permet d'établir une comparaison entre les activités programmées et les activités réalisées et de faire le lien avec les engagements budgétaires.

Ainsi, et à travers les interventions qui seront mises en place, ce plan garantira l'amélioration du taux de détection et du taux de succès thérapeutique de la Tuberculose, y compris pour les formes multi résistantes, et par conséquent une réduction importante de la mortalité estimée liée à la tuberculose.

Le tableau ci-dessous regroupe les principaux indicateurs de suivi, déclinés par année et regroupés par objectif stratégique.

Cadre de performance

Indicateurs	2018	2019	2020	2021
Objectif Général: Réduire le nombre de décès liés à la tuberculose de 40% en 2021 par rapport à l'année 2015				
Nombre estimé de décès liés à la tuberculose	2464	2272	2080	1920
Objectif 1: Augmenter le nombre d'épisodes de tuberculose détectés à 36.300 par an et le taux de succès thérapeutique à au moins 90% à l'horizon 2021				
Nombre estimé de cas de nouveaux épisodes de TB (OMS)	38008	38484	38965	39452
Nombre total des cas notifiés de tuberculose	34358	35578	36454	37263
Nombre de cas notifiés de nouveaux épisodes de TB	33447	34635	35458	36296
Nombre de nouveaux cas de TB jamais traités	31106	32211	32621	33392
Nombre total de nouveaux cas, jamais traités, de TP	16548	17104	17289	17698
Nombre de nouveaux cas, jamais traités, de TB pulmonaire (TP) bactériologiquement confirmée	13901	14367	14523	14866
Nombre de nouveaux cas, jamais traités, de TB extra-pulmonaire (TEP)	13998	14495	14680	15026
% du nombre de cas jamais traités de TEP/Nombre total de nouveaux cas de TB jamais traités	45%	45%	45%	45%
Proportion de cas de nouveaux épisodes de TB détectés	88%	90%	91%	92%
Incidence notifiée	94,2	96,3	97,4	98,4
Nombre de cas de complexes primaires tuberculeux cliniquement patent (CPTCP)	559,91	612,00	652,42	668
Nombre de cas traités avec succès (nouveaux cas + rechutes)	≥ 30103	≥ 31172	≥ 31912	≥ 32666
Taux de succès thérapeutique (nouveaux cas + rechutes)	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
Nombre de laboratoires de microscopie de la TB nécessaires	181	187	189	194
Nombre de sujets-contacts (4 par cas index)	81441	84333	87100	88948
Nombre de cas de TB évolutive parmi les sujets-contacts	2036	2108	2177	2224
Nombre d'enfants de moins de 5 ans exposés à des cas index, indemnes de toute TB évolutive et mis sous traitement préventif à l'isoniazide	8735	9045	9341	9540
Proportion d'enfants de moins de 5 ans exposés à des cas index, indemnes de toute TB évolutive et mis sous traitement préventif à l'isoniazide	50%	75%	90%	95%
Objectif 2: Augmenter la détection des cas de tuberculose multi-résistante à 75% et leur taux de succès thérapeutique à au moins 80% à l'horizon 2021.				
Nombre de cas de rechutes TB	2341	2424	2837	2904
Nombre de cas identifiés d'échecs thérapeutique	293	303	307	271
Nombre de cas identifiés d'interruption de traitement	618	640	690	697
Nombre total de cas de retraitement	3252	3367	3833	3872
Nombre total estimé des cas TB-MR	448	464	506	514
Nombre de cas de TB-MR détectés	247	302	354	385
% de cas de TB-MR détectés	55%	65%	70%	75%
% de cas de TB-MR traités	100%	100%	100%	100%
Taux de succès thérapeutique des cas TB-MR	70%	75%	80%	≥ 80%
Nombre estimé de cas Pré-XDR/XDR à traiter	25	30	35	39
Nombre de cultures	5840	7076	8299	8991
Nombre de tests de pharmaco-sensibilité de 1ère ligne (Hain 1)	284	347	408	443
Nombre de tests de pharmaco-sensibilité de 2ème ligne (Hain 2)	247	302	354	385
Objectif 3: D'ici 2021, 95% des malades tuberculeux notifiés sont testés pour le VIH et100% des malades co-infectés TB/VIH sont traités par les antirétroviraux.				
Proportion des PVVIH enregistrées qui sont dépistées pour la TB	100%	100%	100%	100%
Nombre de PVVIH avec une TB évolutive	105	115	120	125
Nombre de sujets-contacts de moins de 5 ans et de PVVIH qui nécessitent un TPI	10730	11230	11621	11915
Nombre de cas TB testés pour VIH	21741	25976	30139	34481
Proportion de cas TB testés pour VIH	65%	75%	85%	95%
Nombre de cas notifiés de TB testés au VIH et qui sont séro-positifs	434,82	519,53	602,78	689,6
Proportion de patients co-infectés TB/VIH sous ARV	100%	100%	100%	100%