Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

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



Respirez la vie...
luttez contre
la tuberculose

2024 - 2030

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Royaume du Maroc
Programme d'Appui
Du Fonds mondial
De Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme

Organisation mondiale de la Santé
Maroc

Echelle11

PREFACE



La tuberculose demeure la maladie infectieuse la plus meurtrière à l'échelle mondiale, avec un impact dévastateur sur les plans sanitaire, économique et social. Au Maroc, la tuberculose demeure un véritable problème de santé publique et constitue une priorité du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Il s'agit d'une maladie à caractère social qui se manifeste, la plupart du temps, dans les communautés défavorisées et chez les individus souffrant de problèmes économiques et sociaux.

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a réalisé des avancées notables en matière de détection et de prise en charge de la tuberculose. En effet, entre 2000 et 2023, l'incidence et la mortalité liées à la tuberculose ont diminué de 19% et 6% respectivement. De nombreuses réalisations inscrites dans le cadre des engagements politiques ont été achevées par notre pays à travers la mise en œuvre, depuis plusieurs décennies, de Plans Stratégiques Nationaux de lutte Antituberculeuse.

Malgré ces résultats assez encourageants, la tuberculose persiste encore en tant que phénomène multisectoriel complexe qui ralentit notre nation dans sa progression vers l'atteinte des objectifs de développement durable. En effet, d'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la tuberculose aurait touché près de 35 000 personnes au Maroc, en 2022, et causé environ de 3300 décès, soit un taux de létalité de 8,8%.

Le nouveau Plan Stratégique National (PSN) 2024-2030 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, ce PSN a été développé, de manière participative, selon les principes méthodologiques définis par l'OMS, et vise à mettre fin à la tuberculose à l'horizon de l'année 2030. Grâce à l'implication d'acteurs relevant de différents entités, publiques et privées, gouvernementales et non gouvernementales pour son élaboration. Il constituera le cadre de référence pour toutes les parties prenantes dans 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 d'interventions.

Le PSN 2024-2030 pour la prévention et le contrôle de la tuberculose a pour principal objectif 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. La finalité de la mise en œuvre de ce PSN sera de réduire de 60% le taux de mortalité de la tuberculose, et de baisser de 35% le taux d'incidence de la tuberculose d'ici 2030 par rapport à l'année 2015.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier l'ensemble des partenaires et intervenants ayant contribué à l'élaboration de ce PSN. Mes vifs remerciements s'adressent, 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, et à l'OMS nos partenaires internationaux clés dans la lutte antituberculeuse.

Pr. Khalid AIT TALEB

Ministre de la Santé et de la Protection Sociale

Echelle11

REMERCIEMENTS

Ce Plan Stratégique National pour la prévention et le contrôle de la Tuberculose au Maroc est le fruit d'un travail de collaboration étroite entre les différentes parties prenantes du Programme National de Lutte Antituberculeuse. Nous tenons à remercier toutes les personnes énumérées ci-dessous pour leur contribution à l'élaboration de ce plan :

Abtal Taoufiq, Addahbi Mounia, Addam Hind, Afif my Hicham, Aharri Ihssane, Ait Malk Sanaa, Ait Moh Mohammed, Amar Maria, Amirich Mustapha, Andaloussi Meriem, Arfaoui Mustapha, Bahri Mahjouba, Belekehel Latifa, Belouafi Amina, Benamrhar Housna, Bensalem Tarik, Bensehli Mohammed, Blidi Reda, Benchama Nabil, Benjelloun omar, Benjeloun Hala, Benmamoun Abderahmane, Bennani Kenza, Bouayed Zoubida, Bouhamidi Laila, Boulmnae Aziza, Bourkadi Jamal-Eddine, Bouzidi Mohammed Jamal, Chalfi Ndia, Charof Reda, Chbarrak Fatimazehra, Cheikhi Hajar, Chelloufi Imane, Choqairi Aicha, Daoudi My Driss, Douk Abdelwahed, Drider Sarah, Elbied Bouchra, Elajroumi Houda, El Messaoudi My Driss, El Miloudi Sabah, El Moujarrade Abdelkhaleq, El Moutamid Abderrahim, El Omari Boutaina, El Ouahabi Malika, El Rhilami Houssine, Ettouhami Fatine, Fadel Bouchaib, Fadel Mohammed, Faquir Nisrine, Faouzi Sanaa, Fennane Noual, Guerrouj Sofia, Hajjaj Sofia, Hammou Jaouad, Hmamouchi Houda, Idbenyahya Lhoussine, Jebniani Ridha, Kasouati Jalal, Khoudri Ibtissam, Lahlou Tahour, Lotfi Mohammed, Lotfi Soumya, Mahdaoui Elkhansae, Mahla Houda, Malmouze Noureddine, Mardi Bouchra, Mezzine Abdennour, Moumni Houda, Mouzouni Fatimazahra, Mouzzoun Zaid, Mricha Myriem, Nassiri Lahcen, Ouhammou Ismail, Piro Yassir, Qazbar Mohammed, Regragui Mouna, Riffai Nisrine, Sabouni Radia, Sakhri Noureddine, Sabir Laila, Sabiri Ahmed, Sefiani Houda, Sghiar Mohammed, Souaidi Jamal, Touaddi Abdelaaziz, Triki Soumia, Zaid Siham, Zaroual El Idrissi Lamiae.

Dr. Mohammed Youbi
Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 10

II. CONTEXTE 11

A. Contexte général du pays 11
B. Contexte sanitaire 12

III. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE 15

IV. ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE 18

V. ANALYSE DE LA STRATÉGIE NATIONALE 2021-2023 21

A. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces (SWOT) . 21
B. Analyse des Lacunes 26

VI. FONDEMENTS DU PLAN STRATÉGIQUE 2024-2030 34

VII. BUTS 37

VIII. OBJECTIFS STRATÉGIQUES 37

IX. AXES ET INTERVENTIONS STRATÉGIQUES 38

X. PLAN OPÉRATIONNEL (ACTIVITÉS) 62

XI. ANNEXE 1 : CADRE DE RÉSULTATS DU PSN TB 114

XII. ANNEXE 2 : BUDGET PRÉVISIONNEL POUR LE PSN TB 2024-2030 117

XIII. ANNEXE 3 : RÉSEAU DE LABORATOIRES DE LA TB, JANVIER 2023 118

Echelle 11

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
ARV	Antirétroviraux
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation
CAPM	Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc
CDTMR	Centre de Diagnostic et de Traitement des Maladies Respiratoires
CERD	Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques
CHP	Centre Hospitalier Provincial/Préfectoral
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centres Hospitaliers Universitaires
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPE	Centres de Protection de l'Enfance
CR VIH	Centre de Référence VIH
CSI	Centre de Santé Intégré
DAPMS	Direction de l'Approvisionnement en Médicaments et en Produits de la Santé
DELM	Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte contre les Maladies
DGAPR	Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion
DMP	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DMS	Délégation préfectorale ou provinciale du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DRS	Direction Régionale de la Santé et de la Protection Sociale

Echelle11

DTS	Dépense Totale de Santé
EMRO	Bureau Régional de l'OMS pour la Méditerranée Orientale
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPS	Etablissements de Protection Sociale
ESSP	Etablissements de Soins de Santé Primaires
FAR	Forces Armées Royales
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GDF	Global Drug Facility
GLC	Green Light Committee
GST	Groupement Sanitaire Territorial
HCP	Haut-Commissariat au Plan
IDR	Intradermoréaction
IEC	Information éducation et communication
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
INH	Institut National d'Hygiène
IPM	Institut Pasteur du Maroc
IRABC	Infection Respiratoires Aiguës Basses Communautaires
ISILAT	Informatisation du Système d'Information de Lutte Anti Tuberculose
ISPITS	Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé
ITL	Infection Tuberculeuse Latente
LAT	Lutte Anti Tuberculeuse
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
LED	Light Emitting Diod
LNRT	Laboratoire National de Référence de la Tuberculose
LPA	Line Probe Assay
MSF	Médecins sans frontières
MSPS	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
OCP	Office Chérifien des Phosphates

ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONSSA	Office National de Sécurité Sanitaire des produits Alimentaires
OSC	Organisation de la Société Civile
PMES	Paquet Minimum Essentiel de Services
PNLAT	Programme National de Lutte Antituberculeuse
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNPCD	Plan National de Prévention et de Contrôle de Diabète
POS	Procédures opérationnelles standard
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à son Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance médicale
RESSP	Réseau des Établissements de Soins de Santé Primaires
Sida	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMR	Service des Maladies Respiratoires
SRES	Service des Réseaux des Établissements de Santé
SSP	Services de Santé Publique (régionaux)
TB	Tuberculose
TB XDR	Tuberculose Ultra-résistante
TB-MR	Tuberculose Multirésistante
TB-R	Tuberculose Pharmacorésistante
TB-RR	TB résistante à la rifampicine
TB-UR	Tuberculose Ultra-résistante
TDO	Traitement Directement Observé
TDS	Test de Sensibilité
TEP	Tuberculose Extra-Pulmonaire
TPBC	Tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
UGFM	Unité de Gestion du Fonds Mondial
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Echelle11

I. INTRODUCTION

La charge de morbidité et de mortalité liée à la tuberculose reste élevée au Maroc et constitue de ce fait un sérieux problème de santé publique suscitant auprès des autorités sanitaires un intérêt particulier qui s'est traduit par une augmentation régulière du budget alloué à la riposte nationale et les engagements du pays vis-à-vis des Objectifs de Développement Durable (ODD) et des stratégies d'élimination de la tuberculose.

Le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) est le cadre institutionnel mis en place par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale pour planifier, piloter et coordonner les activités de lutte contre la tuberculose à travers une organisation bien spécifique centrée sur les Centres de Diagnostic et de Traitement des Maladies Respiratoires (CDTMR) avec une intégration tangible dans les établissements de Soins de Santé Primaires (ESSP) et une gestion technique et programmatique à tous les niveaux du système de santé. Les stratégies mises en place par le PNLAT ont connu une évolution régulière en parallèle avec l'évolution des stratégies mondiales de lutte antituberculeuse et sont conçues, mises en œuvre et évaluées selon une approche participative, holistique et centrée sur le patient dans le respect des droits humains et du genre.

Les efforts de lutte consentis par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale appuyé par ses partenaires institutionnels et la société civile ont permis d'élargir le champ d'intervention du PNLAT au fil des années avec une priorité accordée aux groupes à risques et vulnérables, aux activités de prévention et à la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante et de la co-infection tuberculose/VIH. On note également l'amélioration du plateau technique et l'investissement régulier dans les innovations, notamment en matière de diagnostic et de traitement. Ceci a permis de faire baisser de façon régulière l'incidence de la maladie notamment chez les enfants et dans les catégories d'âge les plus jeunes, ce qui dénote une diminution régulière de la transmission de la maladie. Des bonnes performances ont été réalisées en termes de dépistage, de diagnostic et de traitement avec un taux de couverture du traitement (détection des cas) en constante augmentation et un taux de succès du traitement maintenu autour de 90%.

Dans cet élan d'amélioration des performances, des initiatives innovantes sont à prendre pour surmonter les défis et contraintes qui freinent la mise en œuvre optimale du programme, en matière de prévention, de détection, de traitement, de surveillance, de gestion des ressources humaines, d'approvisionnement en médicaments et produits de santé, de maintenance des équipements médicaux, d'action sur les déterminants sociaux de la santé et de gouvernance du programme à l'aune des réformes engagées par les pouvoirs publics en termes de couverture sanitaire universelle et de refonte du système de santé. L'enjeu étant de mobiliser les ressources et outils nécessaires et d'entreprendre les actions de santé publique appropriées dans le but de réduire le taux d'incidence de la tuberculose de 35% et le taux de mortalité de 60% à l'horizon 2030 par rapport à 2015.

La logique d'intervention du Plan Stratégique National (PSN) de lutte antituberculeuse, à la lumière des résultats de la revue du programme et de l'analyse des données épidémiologiques, s'appuie sur un ensemble de mesures visant principalement à renforcer les systèmes de détection de la tuberculose, améliorer la mise sous traitement et la prise en charge thérapeutique des patients avec tuberculose maladie et ceux et celles avec infection tuberculeuse latente, l'amélioration des capacités gestionnaires du programme à tous les niveaux du système de santé et le renforcement et l'organisation de l'action multisectorielle dans un cadre de responsabilisation en vertu duquel tous les secteurs concernés dans la lutte antituberculeuse s'engagent à jouer pleinement leur rôle dans la riposte nationale et à rendre compte des actions et des résultats qu'ils se sont engagés à accomplir.

II. CONTEXTE

A. Contexte général du pays

1. Caractéristiques géographiques et démographiques

Situé sur la pointe nord-ouest du continent africain, le Maroc a une superficie de 710.850 km². Il est délimité au Nord par le Détroit de Gibraltar et la Mer Méditerranée, au Sud par la Mauritanie, à l'Est par l'Algérie et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La côte marocaine s'étend sur 3500 km. Selon les projections du CERED, la population du Royaume s'élève, en 2021, à 36,3 millions, avec un taux de féminisation de 50,2% et un taux d'urbanisation de 63,9%. Cette large progression de l'urbanisation est une résultante combinée de l'exode rural, du développement du périmètre des villes et du reclassement de certaines localités rurales. Ceci représente un défi majeur que le système de santé doit relever pour assurer un accès aux services et soins de santé tout en maintenant un équilibre entre les deux milieux rural et urbain. La structure de la population selon l'âge se distingue par une baisse de plus de la moitié de la part de la population des enfants (moins de 15 ans) depuis 1960 pour atteindre 25,6% en 2021 et ce en raison de la baisse de la fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. La population de troisième âge (60 ans et plus) et celle en âge d'activité (15-59 ans) connaissent une hausse respectivement de 11,7% et 62,7%.

Le Maroc de par sa situation géographique entre l'Afrique et l'Europe est soumis à une nouvelle dynamique migratoire faisant évoluer son statut de pays de départ vers un pays de transit et d'accueil de migrants et de réfugiés. Il se trouve, actuellement, confronté à une situation complexe et doit relever le défi de mettre en œuvre une politique holistique et intégrée en matière de migration, qu'il s'agisse de migrations économiques, de mouvements de réfugiés et de demandeurs d'asile ou de migrations irrégulières. La gestion de tous ces flux migratoires constitue un véritable enjeu en termes de politiques publiques, y compris celles relatives à la santé.

2. Contexte politique et socio-économique

La constitution marocaine consacre dans ses dispositions des réformes institutionnelles d'envergure et ouvre la voie à la participation des citoyens, notamment les femmes et les jeunes, et des organisations de la société civile (OSC) à la gestion démocratique de la vie publique dans les domaines économique, social et politique. Elle inscrit le droit à la santé comme un droit constitutionnel tel que stipulé dans son article 31 selon lequel « l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et citoyens aux conditions leur permettant de jouir du droit aux soins de la santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat ».

Sur le plan économique, le PIB du Maroc s'est établi à 131 milliards USD en 2021, enregistrant ainsi une croissance de 7.2%, selon le FMI. Ceci est dû à la reprise des activités économiques après la récession engendrée par la crise sanitaire. Cette croissance connaitra une décélération en 2022 en raison principalement de la guerre en Ukraine. Alors que le FMI prévoit une croissance de 1.1% en 2022, la Banque Centrale du Maroc reste moins optimiste puisqu'elle prévoit une croissance de 0.7% seulement. Quant au Gouvernement, ses prévisions de croissance restent les plus optimistes (1.7%). La politique de subvention adoptée par l'Etat permet d'atténuer les effets de l'inflation, qui restent relativement maîtrisés, comparé à d'autres pays de la région. Le taux de chômage a atteint 11.9% en 2020 contre 12.3% en 2021, selon le FMI. Les statistiques avancées par le Haut-commissariat au Plan confirment un passage du taux de chômage de 11.9% en 2020 à 12.3% en 2021. De ce fait, le gouvernement marocain entend multiplier les programmes d'appui à l'entreprenariat en vue de renforcer les capacités des jeunes et les équiper d'outils et compétences à même de leur faciliter la création d'emplois.

B. Contexte sanitaire

1. Les principales causes de morbidité et mortalité

Au cours des dernières années, l'état de santé de la population marocaine a connu une importante évolution. Ceci revient notamment à l'amélioration des conditions de vie, au développement de l'offre de soins et à l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé.

Les indicateurs de mortalité ont connu une évolution très positive. En effet, selon les données du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a connu une baisse importante durant la période 2004-2018, passant de 47 à 22 décès pour 1000 naissances vivantes. Le ratio de la mortalité maternelle a connu également une réduction considérable passant de 227 à 72,6 décès pour 100.000 naissances vivantes entre 2004 et 2018. 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.

Parallèlement à la transition démographique, la structure épidémiologique du pays connaît elle aussi de profonds changements qui se traduisent par une augmentation de la charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies non transmissibles. En effet, trois catégories d'affections caractérisent le profil épidémiologique au Maroc: les maladies non transmissibles représentent 75%; les maladies transmissibles, maternelles et périnatales représentent 19% ; et les traumatismes intentionnels et non intentionnels représentent 6%. L'évolution dans le temps de la morbidité associée aux affections transmissibles est caractérisée par : i) une élimination ou une tendance à l'élimination de certaines maladies infectieuses comme le trachome, la schistosomiase, la lèpre, la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos néonatal, la coqueluche et le paludisme ; ii) la persistance de maladies comme la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, les méningites cérébro spinales, les hépatites virales (B et C) et les IST/sida.

2. Organisation des soins au Maroc

L'organisation du système de santé au Maroc repose en grande partie sur deux secteurs, le secteur public représenté essentiellement par le MSPS et les services de santé des Forces Armées Royales (FAR) et les secteurs sanitaires privés à but lucratif et à but non lucratif. La responsabilité de l'exécution de la politique sanitaire du gouvernement incombe au MSPS. Les délimitations géographiques des 12 Régions sanitaires ainsi que des provinces et des préfectures sanitaires correspondent à celles du découpage administratif.

En vertu de la loi cadre n° 06-22 relative au système national de santé, les deux secteurs public et privé "sont organisés de manière synergique afin de répondre avec efficacité aux besoins de santé par une offre de soins et de prestations complémentaires, intégrées et cohérentes".

Depuis le 12 décembre 2022, le système national de santé est régi, en effet, par la loi cadre n° 06-22 qui abroge la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins. Cette nouvelle loi définit les engagements de l'Etat dans le domaine de la santé, les règles et les normes de gestion des établissements de santé, l'organisation de l'offre de soins au niveau territorial ainsi que les organes de gouvernance. Ceux-ci, tel que stipulé dans la loi, visent le renforcement de l'action de l'Etat sur le plan sanitaire à travers la création d'une haute autorité de la santé chargée d'assurer l'encadrement technique de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et d'évaluer la qualité des services des établissements de santé, et de la mise en place des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) dont la mission principale est de mettre à exécution la politique de l'Etat dans le domaine de la santé.

Depuis l'indépendance, des avancées importantes ont été enregistrées en matière du développement de l'offre de soins. Ces avancées concernent notamment l'extension du réseau hospitalier, des établissements de soins de santé primaires, des cliniques et des cabinets privés.

En effet, le Maroc compte en 2019 159 hôpitaux avec une capacité litière de 25385 et 2888 établissements de soins de santé primaires urbains et ruraux. Aussi, l'offre de soins privée se développe avec un rythme accéléré. On compte un total de 359 cliniques, 9671 cabinets de consultation médicale, 3614 cabinets de chirurgie dentaire et 8997 officines de pharmacie. Quant au personnel médical, le Maroc dispose en 2019, dans les structures publiques de santé, de 12034 médecins toutes spécialités confondues dont 160 pharmaciens et 458 chirurgiens-dentistes exerçant en dehors des CHU et un effectif de 31657 personnels infirmiers et techniciens de santé, contre un effectif de 13545 médecins exerçant dans le secteur privé dont 8355 spécialistes.

En dépit de ces efforts, l'accessibilité géographique demeure un défi majeur puisque 20% de la population vit à plus de 10 kilomètres d'un établissement de soins de santé primaires et les indicateurs de disponibilité et d'utilisation des services sont nettement en faveur des zones urbaines.

Sur le plan du financement de la santé, le dernier rapport sur les comptes nationaux de la santé évalue la dépense totale de santé (DTS) au titre de l'année 2018 à environ 60,9 milliards de MAD, contre 52 Milliards en 2013 avec un taux d'accroissement de 17,1%, soit une évolution annuelle moyenne de 3,2% entre 2013 et 2018 contre 2,9% entre 2010 et 2013. Ce taux d'accroissement indique une tendance positive à l'amélioration du financement de la santé à travers la contribution de l'ensemble des bailleurs de fonds de la santé au Maroc. Par ailleurs, on enregistre que la dépense totale de santé per capita en 2018, est de 1730 DH, avec une augmentation de 9,6% par rapport à l'année 2013. La part du PIB consacrée à la santé a diminué passant de 5,8% en 2013 à 5,5% seulement en 2018. Cette part reste très faible par rapport aux normes internationales.

3. Vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle

Sous les Hautes orientations de S.M le Roi Med 6 que Dieu l'assiste, les hautes autorités de l'Etat œuvrent pour que le chantier Royal de la généralisation de la couverture sociale au profit de l'ensemble des Marocains avance progressivement vers la généralisation de la couverture médicale obligatoire, conformément aux dispositions de la loi cadre 09.21 relative à la protection sociale, qui dans son article 5 prévoit l'élargissement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour couvrir les bénéficiaires du RAMED.

Ce projet prévoit que les personnes couvertes par le RAMED bénéficient de manière automatique de l'AMO dédiée aux personnes incapables d'assumer les frais d'adhésion, tout en préservant l'ensemble des avantages offerts par le RAMED. Le texte stipule que l'Etat prendra en charge les frais de souscription de ces personnes. Le projet de loi fixe également les services garantis sur la base du principe de non-discrimination dans l'accès aux services de la protection sociale, en permettant aux personnes incapables d'assumer les frais de souscription de bénéficier du même paquet de soins que les fonctionnaires et agents de l'Etat

et des institutions publiques, ainsi que les salariés du secteur privé. De même, le texte prévoit l'adoption du Registre social unifié en ce qui concerne les bases d'inscriptions, pour un meilleur ciblage des catégories éligibles pour bénéficier des services du régime de l'AMO dédié aux personnes incapables d'assumer les frais de souscription, et charger la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de gérer ce régime.

4. La réforme du système de santé

La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé a pour vocation de réformer le secteur selon une approche pluridimensionnelle. La réforme s'articule autour de quatre piliers :

- l'adoption d'une bonne gouvernance visant le renforcement des mécanismes de régulation de l'action des acteurs, la consolidation de la gouvernance hospitalière et la planification territoriale de l'offre sanitaire ;
- la valorisation des ressources humaines, notamment à travers l'élaboration de la nouvelle loi sur la fonction publique sanitaire ;
- la mise à niveau de l'offre sanitaire ;
- et la dématérialisation du système de santé, par la mise en place d'un système informatique intégré pour la collecte, le traitement et l'utilisation des principales informations liées au système de santé.

L'objectif étant de faciliter l'accès des citoyens aux services de santé et d'en améliorer la qualité, et d'assurer une répartition égale et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Cette réforme vise également «une implémentation territoriale du service public de santé et l'amélioration de sa gouvernance à travers la mise en place de groupements territoriaux de santé, et la garantie de la souveraineté médicale et de la disponibilité des médicaments et des produits de santé ainsi que leur innocuité et leur qualité».

III. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE

Le Maroc fait partie des pays à incidence moyenne de la tuberculose. L'incidence estimée par l'OMS en 2021 est de 35.000 cas, correspondant à un taux d'incidence de 94 pour 100.000 habitants. La tuberculose associée au VIH est estimée à 410 cas, soit un taux à 1,1 pour 100.000 habitants.

Le taux d'incidence pour 100.000 habitants a baissé de 115 en 2000 à 94 en 2021.

Quoiqu'en diminution constante, l'incidence de la tuberculose ne baisse pas assez rapidement (le taux annuel moyen de diminution est à seulement 1% entre 2015 et 2021) pour que le pays puisse atteindre les objectifs fixés à l'horizon 2030 dans le cadre de la stratégie Mettre Fin à la tuberculose et des Objectifs de développement Durable.

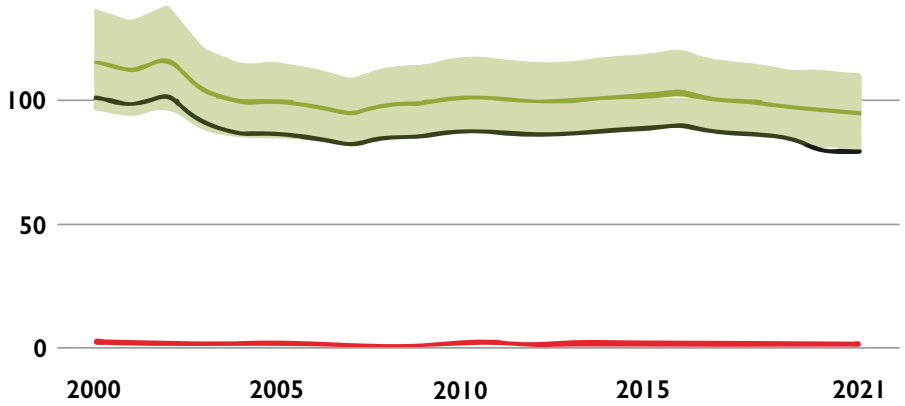


Figure 1 : Estimation OMS du taux d'incidence de la TB et du taux de notification des nouveaux cas et rechutes, Maroc 2000-2021

Comme pour la plupart des pays de la sous-région de la Méditerranée Orientale, plus d'hommes que de femmes ont été dépistés en 2021. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 25 à 34 ans. Les cas manquants (partie blanche du graphique ci-dessous) sont retrouvés beaucoup plus chez les populations jeunes. Les efforts de dépistage devront se concentrer chez les jeunes et les enfants.

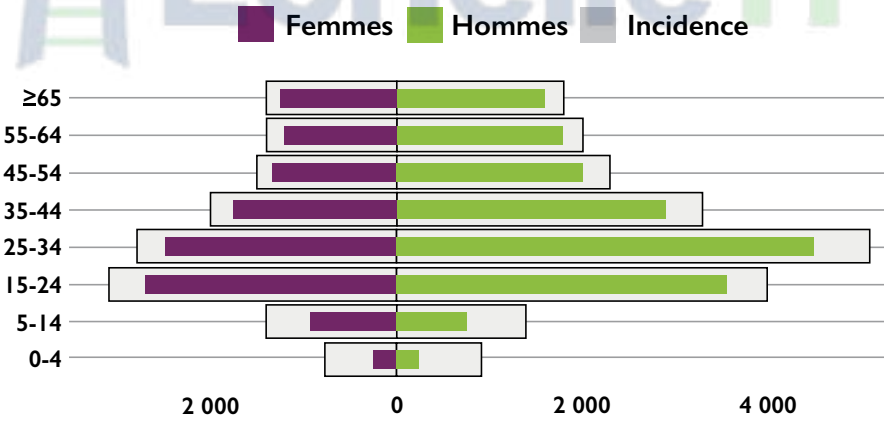


Figure 2 : Estimation OMS de l'incidence de la TB par tranche d'âge et par sexe et nombre de cas notifiés en 2021, Maroc

Durant la même année, la mortalité chez les malades atteints de tuberculose qui ne sont pas coinfectés par le VIH a été estimée à 3300 cas, soit un taux de mortalité de 8,8 pour 100.000 habitants, alors que pour les malades coinfectés par le VIH, le nombre de décès est de 84, soit un taux de 0,23 pour 100.000 habitants.

Ainsi, le taux de létalité est de 10% pour le total des cas de tuberculose et de 20% pour les malades TB coinfectés par le VIH.

Le taux de mortalité pour 100.000 habitants a baissé de 9,3 en 2000 à 7,9 en 2019. En 2020, ce taux est monté à 10 décès pour 100.000 habitants (coïncidant avec l'épidémie du Covid 19), puis a connu à nouveau une baisse en 2021 pour passer à 8,8 décès pour 100.000 habitants.

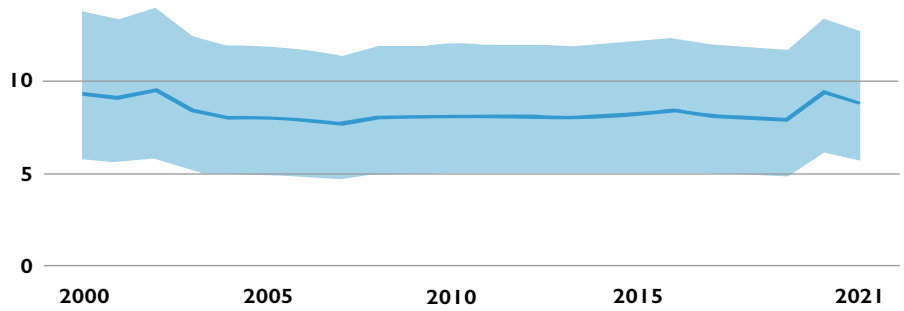


Figure 3 : Estimation OMS de la mortalité TB (excluant VIH+TB) avec intervalle d'incertitude au Maroc, 2000-2021

Ainsi, l'incidence et la mortalité restent assez élevées au Maroc et leur taux de diminution annuel n'est pas assez accentué pour permettre l'atteinte de l'objectif de mettre fin à la maladie à l'horizon 2030. Il est probable que la pandémie COVID 19 a accentué ce phénomène avec augmentation de l'incidence et de la mortalité et affaiblissement significatif de la performance en matière de détection des cas.

Le nombre de cas de TB notifiés en 2021 est de 29.327 soit un taux de notification de 80 cas pour 100.000 habitants avec une prédominance masculine à 59% contre 41% chez les personnes de sexe féminin.

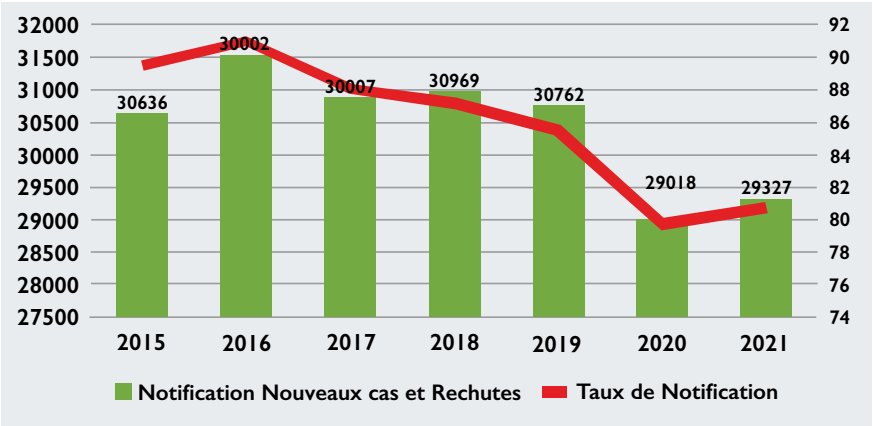


Figure 4 : Evolution des notifications des nouveaux cas et rechutes au Maroc 2015-2021

La répartition des cas de tuberculose selon la localisation montre une proportion élevée de la tuberculose extrapulmonaire (49% contre 51% de formes pulmonaires).

Le taux de notification des cas par région en 2021 figure dans la figure 5.

Région :	Taux de Notification pour 100000
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	111
Rabat-Salé-Kénitra	106
Grand Casablanca-Settat	98
Eddakhla-Oued Eddahab	86
Fès-Meknès	81
Guelmim-Oued Noun	80
Souss-Massa	58
Laayoune-Sakia El Hamra	57
Oriental	52
Béni Mellal-Khénifra	51
Marrakech-Safi	50
Drâa-Tafilalet	27

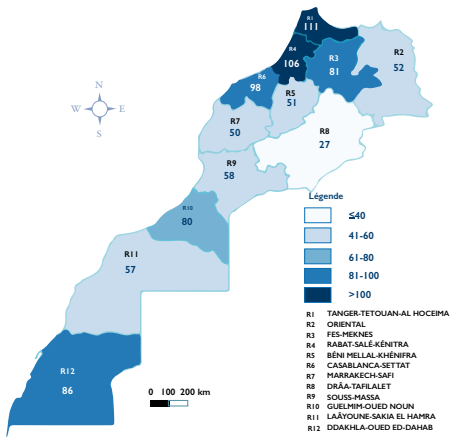


Figure 5 : Taux de notification des cas par région en 2021 au Maroc

IV. ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Le programme national de lutte antituberculeuse est le cadre institutionnel au sein duquel la riposte contre la tuberculose dans le pays est organisée et conduite. Depuis sa mise en place, il s'est toujours conformé aux directives et orientations de l'OMS notamment la Stratégie DOTS initiée à partir de 1991, la Stratégie Halte à la Tuberculose adoptée en 2006 et la Stratégie Mettre Fin à la Tuberculose dont la mise en œuvre s'appuie sur une approche multisectorielle ciblant plus particulièrement les grandes agglomérations urbaines à travers le «Plan National d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016».

La période 2017-2021 a été couverte par le plan stratégique national pour la prévention, les soins et le contrôle de la tuberculose qui a été étendu à 2023. Le but principal du plan d'extension étant de réduire le nombre de décès liés à la tuberculose de 60% par rapport à l'année 2015 à travers un paquet d'interventions visant le renforcement de la prévention et de la détection de la maladie, l'amélioration des taux de succès thérapeutique et la consolidation de la gouvernance et de l'approche multisectorielle mobilisant les départements ministériels concernés, les collectivités territoriales, le secteur privé et les organisations de la société civile.

Le PNLAT est géré par une unité de coordination centrale coordonnée par le Chef du Service des Maladies Respiratoires (SMR) et placée sous la responsabilité du Directeur de l'Épidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM). L'unité centrale du PNLAT est appuyée par le comité technique national de lutte contre la TB et le comité national des activités collaboratives TB/VIH, qui sont des organes consultatifs regroupant un panel exhaustif d'experts nationaux.

L'unité régionale de coordination du PNLAT est située au niveau du chef-lieu de chaque région. Placée sous l'autorité du Directeur Régional de la Santé et de la Protection Sociale et la supervision technique de l'unité centrale du PNLAT, elle est chargée de renforcer, de coordonner et de soutenir les activités de lutte antituberculeuse (LAT) menées par les différentes provinces et préfectures de la région. Cette unité est également chargée d'assurer le suivi épidémiologique et programmatique de la TB au niveau de la région. L'unité régionale de coordination du PNLAT est composée du chef du Service de Santé Publique, d'un Point Focal Régional de la Tuberculose, du responsable de l'Unité Régionale d'Approvisionnement et de Pharmacie et d'un représentant du réseau régional de laboratoires de la TB.

Chaque province et préfecture doit être dotée d'une unité provinciale ou préfectorale de coordination du PNLAT, placée sous la responsabilité du Délégué du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et se composant du chef du Service des Réseaux des Établissements de Santé (SRES), du médecin-chef du CDTMR, de l'animateur de la LAT, du pharmacien provincial ou préfectoral et d'un représentant du réseau provincial ou préfectoral des laboratoires de la TB.

Cette unité assure la coordination du PNLAT ainsi que la supervision, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des directives nationales au niveau de la province ou de la préfecture.

Les Centres de Diagnostic et de Traitement des Maladies Respiratoires (CDTMR) sont les structures spécialisées d'appui aux établissements de soins de santé primaires. Les CDTMR sont implantés dans les chefs-lieux des provinces et préfectures et constituent la cheville ouvrière de la mise en œuvre du PNLAT et de la coordination entre les différents intervenants, aussi bien au niveau ambulatoire qu'hospitalier, des activités de prévention, de soins et de contrôle de la tuberculose ainsi que des autres maladies respiratoires aiguës et chroniques dans le cadre de l'approche pratique de santé respiratoire.

Les CDTMR sont le plus souvent sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en pneumophtisiologie assisté par un infirmier chef et une équipe d'infirmiers et de techniciens de santé et appuyé par un animateur de la LAT qui relève généralement du Service des Réseaux des Établissements de Santé. Les cadres du CDTMR et l'animateur assurent la coordination du PNLAT au niveau de la province ou de la préfecture.

Théoriquement, chaque province et préfecture devrait disposer de son propre CDTMR. Toutefois, à l'heure actuelle, il n'en existe que 63, répartis à travers l'ensemble du territoire national, certains couvrant plus d'une province ou préfecture. Les CDTMR disposent d'un appareil de radiologie et d'un laboratoire de microbiologie qui réalise des examens de diagnostic allant de la bacilloscopie aux tests Xpert-MTB/RIF au niveau provincial et préfectoral, et à la culture sur milieu solide, voire les tests de sensibilité phénotypiques pour les cas de Marrakech et Fès, au niveau régional.

Plusieurs provinces ou préfectures disposent également de Centres de Santé de niveau 1 ou 2 dotés de laboratoires de bacilloscopie, appelés communément, centres de santé intégrés (CSI). Chacun de ces centres, 45 au total, constitue une unité de diagnostic et d'enregistrement des cas de tuberculose et de prescription de traitement antituberculeux aux patients diagnostiqués.

Le réseau des soins de santé primaires est responsable des activités d'identification et de prise en charge des patients présumés tuberculeux, de diagnostic de la tuberculose, de traitement et de suivi des patients tuberculeux, de dépistage systématique des sujets contacts, de traitement prophylactique et d'évaluation des activités du PNLAT au niveau local.

Le Réseau National de Laboratoires du Programme National de Lutte Antituberculeuse du Maroc comporte :

- 126 laboratoires de microscopie auxquels sont rattachés 16 laboratoires du système pénitentiaire ;
- 18 laboratoires de culture dont 5 équipés de LPA pour détection moléculaire des résistances aux antituberculeux de 1ère et 2ème lignes ;
- 2 laboratoires assurant les tests de sensibilité (TDS) par méthode phénotypique sur milieu solide : l'IPM et le LNRT à l'INH (les TDS sur milieu liquide sont assurés par le LNRT à l'INH) ;
- Le LNRT, qui bénéficie depuis 2020 d'un laboratoire aux normes de sécurité biologique adapté aux manipulations à haut risque d'infection TB, suivant les recommandations de l'OMS et qui, en tant que laboratoire national de référence, coordonne et soutient les activités du réseau des laboratoires de la tuberculose sur le plan technique (expertise, formation) comme sur le plan organisationnel (gestion, supervision et évaluation externe de la qualité).

Le pays est largement équipé de machines GeneXpert, utilisées initialement pour la détection des TBMR et généralisées au diagnostic initial de TB depuis la circulaire ministérielle de 2020, avec :

- 64 sites GeneXpert présents dans toutes les régions, dont 50 CDTMR, 7 CS, 2 hôpitaux, 3 prisons, IPM et LNRT ;
- 87 machines GENEXPERT Rif (dont 8 GeneXpert 16).

- 12 GeneXpert XDR (dont 2 GeneXpert 16) récemment acquis pour la détection rapide des résistances aux antituberculeux du régime TBMR. Il est également planifié l'acquisition de 23 machines GeneXpert en 2023 pour de nouveaux sites.

V. ANALYSE DE LA STRATÉGIE NATIONALE 2021-2023

A. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces (SWOT)

Points forts

- La lutte contre la tuberculose occupe une place prioritaire dans les programmes de santé du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. La quasi-totalité (95 %) du financement de la lutte antituberculeuse provient de sources internes.
- Le PNLAT dispose d'une équipe centrale dont les compétences couvrent tous les domaines d'interventions stratégiques en rapport avec la LAT et les maladies respiratoires. On note aussi l'existence au niveau des CHU, des régions et des provinces et préfectures de médecins spécialistes en pneumo-phtisiologie, de médecins généralistes, de points focaux de la LAT, d'infirmiers et de techniciens de santé qui maîtrisent les aspects techniques et programmatiques de la tuberculose.
- L'offre de soins en matière de LAT couvre tout le pays et est bien structurée avec une intégration de la prise en charge dans les établissements des soins de santé primaires et une organisation selon un schéma clair allant des centres de santé jusqu'aux structures hospitalières tout le long de la cascade des soins.
- Il y a en général une bonne application des directives nationales en matière de diagnostic, de traitement, de soutien aux patients et d'utilisation des supports de recueil des données. Les équipes ont bénéficié dans ce cadre de formations de la part de l'équipe centrale du PNLAT.
- Les stratégies et interventions de lutte antituberculeuse adoptées par le PNLAT sont en général conformes aux recommandations internationales et les outils et équipements nécessaires à la mise en œuvre de ces stratégies sont disponibles.
- Le pays dispose d'un réseau de laboratoires avec toutes les techniques moléculaires et conventionnelles de diagnostic de la tuberculose, un système d'information amélioré et un personnel bien formé.
- Il existe une bonne collaboration avec les pneumologues du secteur privé, qui réfèrent au PNLAT les malades présumés TB ou ceux avec tuberculose avérée. Un partenariat public/privé existe depuis 2010 en vertu duquel les malades sont suivis par leur médecin privé moyennant la dispensation de médicaments par les structures du programme national. Des conventions de partenariat au

niveau national et régional sont signées avec les associations professionnelles des médecins privés (pneumologues, généralistes, pédiatres...).

- Les services de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose au profit de la population carcérale sont bien structurés avec une bonne collaboration avec le PNLAT. Les actions de dépistage systématique, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose sont mises en œuvre conformément aux directives du PNLAT.
- Il existe une coopération satisfaisante entre le PNLAT et les autres secteurs sanitaires en dehors du réseau du MSPS, à savoir les services de santé des Forces Armées Royales (FAR) et la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGAPR).
- Il existe deux centres de référence pour la TB pharmacorésistante (TB-R), implantés au niveau des CHU de Rabat et de Casablanca. Ces deux centres prennent en charge les formes graves et compliquées de TB-R nécessitant une hospitalisation, alors que le reste des cas est principalement pris en charge en ambulatoire au niveau des CDTMR.
- Il existe depuis plusieurs années un Comité National de Coordination de la LAT et un Comité National de Coordination des Activités collaboratives Tuberculose/VIH. Des réunions semestrielles de leurs membres sont tenues. Une circulaire ministérielle pour spécifier la mission, les membres et le fonctionnement de ce comité est en cours d'élaboration.
- Il existe une stratégie de prise en charge programmatique du traitement préventif de la tuberculose (TPT) avec inclusion des directives dans le guide de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte ; élaboration d'algorithmes et de procédures opérationnelles standards ; et définition des groupes cibles en conformité avec les directives de l'OMS.
- La pharmacovigilance est en général bien développée ; une fiche de déclaration et un réseau d'échange interactif sont utilisés pour la déclaration des effets indésirables au Centre National de Pharmacovigilance. Par ailleurs, une circulaire rendant obligatoire la déclaration de tout cas d'effet indésirable susceptible d'être lié à l'usage des antituberculeux a été élaborée et diffusée à toutes les structures de prise en charge des patients tuberculeux.
- Le système d'information a les capacités de générer des informations fiables. Il a été révisé en conformité avec les directives de l'OMS. Tous les sites de prise en charge de la tuberculose utilisent les outils de notification standardisés du PNLAT.
- Plusieurs ONG mènent des activités en rapport avec le contrôle ou la prévention de la tuberculose. Il existe une bonne coopération entre le MSPS et les ONG.

- Le PNLAT s'est engagé à assurer la prise en charge des patients conformément aux orientations du Document Cadre National Relatif aux Droits de l'Homme en lien avec la Tuberculose établi en collaboration avec le CNDH.

Points à améliorer

- Le taux de couverture du traitement (taux de détection des cas de tuberculose) est inférieur à l'objectif mondial fixé par l'OMS et à l'objectif national.
- L'utilisation des tests de diagnostic rapide pour le diagnostic de la tuberculose n'est pas encore optimale avec seulement 36% en 2021 contre 72% en 2020. Ceci s'explique par une période de rupture transitoire en cartouches Xpert MTB/RIF et le manque de maintenance des appareils de diagnostic moléculaire (GeneXpert) récemment mis à l'échelle dans le cadre du programme pour le diagnostic initial de la tuberculose.
- Le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes à haut risque n'est pas encore appliqué partout et de manière systématique particulièrement chez les cas contacts, les diabétiques et les mineurs exposés à la poussière de silice.
- Le taux de succès thérapeutique des cas de TB MR/RR est inférieur à la moyenne mondiale et celle de la région EMRO.
- Le taux de perdus de vue au niveau national est de 8% pour la cohorte des nouveaux cas et rechutes de 2020. Cette valeur est supérieure à la valeur attendue qui doit être inférieure à 5%.
- Contrairement au taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes qui est de 88%, le taux de succès du traitement des cas de retraitement excluant les rechutes n'était que de 67% pour la cohorte de 2020 avec un taux très élevé de perdus de vue (28%).
- Le nombre de cas de TB pharmacorésistante confirmés bactériologiquement détectés (262) est inférieur au nombre estimé par l'OMS (720) et à la cible du PSN TB 2021-2023 (423).
- Le dépistage du VIH chez les malades TB n'est pas encore optimal (40% des cas en 2021 pour une cible du PSN de 70%). Ce dépistage se fait tardivement dans certains CDTMR en raison de la pénurie du personnel et dans certains centres il n'est pas fait à un taux satisfaisant en raison du manque de réactifs.
- Les activités de prise en charge de l'ITL ne sont pas bien implantées voire absentes dans certaines provinces et préfectures.
- Le cycle d'approvisionnement en médicaments et en produits de laboratoire connaît des contraintes causées essentiellement par la non-sécurisation du budget nécessaire pour leur acquisition, par l'absence d'un système d'information pharmaceutique intégré au niveau central et local (Direction

de l'Approvisionnement en Médicaments et Produits de Santé et PNLAT) qui permettrait de faire le suivi des approvisionnements et des stocks en temps réel par le niveau central.

- Les conditions de stockage des médicaments ne sont pas satisfaisantes (manque de contrôle et de surveillance de la température, manque de procédures opérationnelles standard, conséquences du manque d'espace) au niveau des dépôts.
- Les médicaments permettant de gérer les effets indésirables, en dehors de la vitamine B6, sont souvent indisponibles, ce qui peut représenter un risque dans l'augmentation du nombre de perdus de vue.
- La circulaire ministérielle relative à l'exonération des frais de radiologie et des bilans biologiques au niveau des centres hospitaliers pour les tuberculeux n'est pas toujours appliquée.
- Le cadre de redevabilité intersectorielle et de suivi régional et national paraît insuffisant avec une faible capitalisation du travail accompli.
- Il n'y a pas de plans clairs d'opérationnalisation et d'extension des activités des ONG.
- Il n'y a pas de visibilité claire et chiffrée de la balance coût /bénéfice des interventions d'ONG ; cette quantification serait utile et nécessaire pour appuyer un plaidoyer convaincant auprès des décideurs.

Opportunités

- Dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, certaines rigidités identifiées actuellement comme obstacles à la mise en œuvre de la stratégie du PNLAT pourront potentiellement être assouplies avec notamment amélioration des règles de commande publique centralisée, raccourcissement des circuits de distribution, meilleure réactivité de l'affectation des ressources humaines et des perspectives de recrutement local.
- Une motivation des équipes des professionnels de santé est attendue de ces réformes, qui favoriseront la créativité, les initiatives adaptées aux problèmes et situations locales, avec une plus grande réactivité par rapport aux données épidémiologiques de proximité.
- L'externalisation de certains services (de soins, de prévention, de communication) permettra de recourir plus rapidement et avec flexibilité à des prestataires privés et à des ONG localement implantées pour améliorer durablement les liens avec la communauté et l'accès de toutes les populations vulnérables à la TB.
- Les collectivités locales, à travers les conseils régionaux, préfectoraux/ provinciaux et communaux, disposent de budgets spécifiques pour le

renforcement de la sécurité sanitaire et le développement des services de santé au profit de la population en vertu des lois cadres les régissant. Il convient d'en tenir compte pour la mobilisation des fonds pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte antituberculeuse.

- L'Initiative Nationale de Développement Humain comprend une importante composante sur la lutte contre la pauvreté et a permis de soutenir des actions de lutte antituberculeuse.
- La gratuité instaurée par le nouveau système de couverture sanitaire permettra d'améliorer le dépistage en éliminant l'obstacle engendré par le paiement des tests en cas de recours au milieu hospitalier et permettra éventuellement d'instaurer certains tests de dépistage de l'infection tuberculeuse latente difficiles à mettre en place au niveau des CDTMR.

Menaces

- L'accès de la population aux soins présente encore des défis compte tenu du fait que 20% de la population réside à plus de 10 km de la structure de santé la plus proche.
- La réforme du secteur de la santé pourra aussi poser des défis à la lutte antituberculeuse. La TB est une maladie peu médiatisée ; elle risque de ne pas être priorisée par des décideurs territoriaux si on ne les y prépare pas, notamment dans les zones de faible incidence.
- La TB affecte des populations plutôt pauvres et parfois marginalisées qui ont une faible représentativité sociale ; cela justifie que son contrôle, et a fortiori son élimination demeure du domaine de l'Etat.
- La prise en charge de la TB est à la fois spécifique et régie par des normes; la fixation et l'adaptation de ces normes relèvent de la compétence de l'unité centrale du PNLAT. Le nouveau contexte d'organisation du système de santé au Maroc comprendra une part accrue de décentralisation des décisions et de la gestion et il apparaît essentiel que soit maintenue, au niveau central, une capacité suffisante pour assurer les missions clefs nécessaires au contrôle de la tuberculose.
- En raison de la transition épidémiologique au Maroc, les maladies transmissibles risquent de perdre leur degré de priorité par rapport aux maladies chroniques.
- Tant que des données fiables ne sont pas disponibles en routine, il est possible que les questions de stigmatisation retiennent insuffisamment l'attention des décideurs sachant que la stigmatisation de la tuberculose et des personnes qui en sont affectées sont des obstacles potentiels à l'accès aux services de santé.
- En l'absence d'un plan de préparation aux urgences épidémiques et aux catastrophes naturelles, la survenue de ces dernières pourrait constituer un risque de perturbation des opérations de lutte antituberculeuse et avoir un impact sur la charge de la maladie.

B. Analyse des Lacunes

1. Le système de surveillance ne permet pas encore de mesurer directement l'incidence et la mortalité

Le meilleur moyen de mesurer l'incidence et la mortalité de la tuberculose est la mesure directe à travers un système de surveillance certifié. A défaut de cela et en l'absence d'enquête de prévalence et d'étude d'inventaire ou capture/recapture, le programme s'appuie sur les estimations produites par l'OMS qui se basent sur la méthode qui comporte le plus d'incertitude, celle faisant appel à l'opinion des experts.

Une amélioration du système de surveillance vers l'excellence permettra de mieux cerner l'ampleur du problème de la tuberculose et d'aider à trouver des éléments de réponse au paradoxe selon lequel le taux annuel de réduction de l'incidence (1%) et partant celui de la mortalité est en deçà de la valeur attendue compte tenu des excellents taux de couverture du traitement (taux de détection) et de succès du traitement combinés à l'amélioration soutenue des conditions socioéconomiques.

La certification du système de surveillance comme étant capable de mesurer directement l'incidence se base sur l'évidence que presque tous les cas diagnostiqués sont notifiés, et l'évidence que presque tous les cas parmi ceux existants sont diagnostiqués ; ce qui signifie qu'il existe une couverture adéquate par des services de diagnostic de qualité avec une proportion négligeable de cas sous diagnostiqués et de cas sur diagnostiqués – hypothèse soulevée pour expliquer la grande proportion de cas de tuberculose extrapulmonaire au Maroc.

Le renforcement du système de surveillance se heurte à une insuffisance en matière de couverture des besoins d'amélioration de la capacité des unités régionales et provinciales en matière de gestion et d'analyse des données ; de renforcement de la supervision et d'utilisation du système d'information ; de vérification des données reçues dans chaque niveau du système de santé ; et de conduite d'audits de la qualité des données.

Une hypothèse qui n'est pas encore explorée pour élucider les causes du problème du faible taux de réduction de l'incidence est la possibilité de retard au diagnostic - la dernière étude sur le retard au traitement ayant été réalisée en 2012. Il en est de même d'autres causes qui nécessitent d'être explorées en procédant à une analyse approfondie des données du programme comme notamment le taux de guérison (à savoir la proportion des malades dont la guérison est confirmée bactériologiquement) sous optimal de la tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement, cette forme étant la plus contagieuse.

2. Les performances en matière de traitement préventif de la tuberculose sont en deçà des objectifs fixés.

Comme les sujets éligibles au traitement préventif de la tuberculose sont bien portants, l'acceptabilité du traitement préventif est plus difficile que pour

le traitement de la tuberculose maladie. De ce fait, le rôle des actions de sensibilisation et d'éducation thérapeutique est primordial. Cependant, les actions d'éducation sur l'importance du traitement préventif ne sont pas systématiques et structurées. Par ailleurs, la formation du personnel impliqué sur les techniques de communication et le conseil n'est pas assurée.

Une option pour améliorer l'acceptabilité du traitement est d'introduire un traitement court. Ces traitements courts ont été adoptés dernièrement par le PNLAT et sont en cours d'acquisition.

Les lacunes relatives au dépistage systématique identifiées ci-après s'appliquent également à la prise en charge programmatique de l'infection tuberculeuse latente.

3. Le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes à haut risque n'est pas encore appliqué à une échelle suffisante

Les actions d'éducation des cas index et de leurs familles sur la tuberculose et ses symptômes et l'importance de l'examen des contacts et du traitement préventif pour la personne et la famille ne sont pas systématiques.

Les prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du MSPS sont peu impliqués dans les actions de dépistage de la tuberculose chez les contacts.

Ajouté à cela, une contrainte majeure est représentée par le départ à la retraite le plus souvent non remplacé des professionnels de santé qui avaient une bonne maîtrise des procédures d'enquêtes autour des cas. Ces départs à la retraite se sont aussi répercutés sur la qualité de la saisie des données et des procédures de vérification de la saisie; ceci est la conséquence du manque de maîtrise des procédures d'investigation des contacts et des définitions y afférentes ainsi que des valeurs attendues des indicateurs.

L'encadrement des ONG de proximité chargées d'identifier les contacts et à les inviter à se présenter aux centres de santé pour examen n'est pas encore optimal. En outre, le nombre de ces associations est trop réduit pour qu'elles puissent couvrir tout le territoire national et leur opérationnalité est fortement dépendante du financement par le Fonds Mondial. A cet égard, peu d'actions ont été entreprises pour améliorer l'attractivité de la tuberculose auprès des associations et engager le maximum d'entre elles dans la lutte antituberculeuse et favoriser la pérennité de ces actions.

Peu de documentation et d'évaluation systématiques des actions de dépistage ont été entreprises.

La priorisation des groupes à risque se base peu sur une analyse poussée tenant compte du risque relatif de la TB et de la taille de chaque groupe, ainsi que des algorithmes et approches de dépistage.

La stratégie de dépistage cible parfois des groupes pour lesquels la probabilité de tuberculose avant test n'est pas assez élevée pour permettre un rendement suffisant comme mentionné dans le rapport d'évaluation des campagnes de dépistage en zones à haute incidence 2014-2019 durant lesquelles un faible nombre de cas de TB a été détecté suite aux activités de dépistage dans les centres de protection de l'enfance (CPE) et les établissements de protection sociale (EPS).

Compte tenu des moyens existants et de la capacité de mise en œuvre en termes de ressources humaines et de limitation des financements, une priorisation réaliste des groupes cibles et des actions a quelque peu manqué. A cet égard, les diabétiques qui constituent le groupe où potentiellement il y a le plus de cas de tuberculose et qui est relativement facile d'accès pour les actions de dépistage n'ont pas bénéficié de la priorité qu'il se doit.

Alors que les algorithmes de dépistage et de diagnostic sont solides techniquement mais leur utilisation a été jugée assez complexe. En effet, ces algorithmes sont nombreux malgré la possibilité de fusionner certains d'entre eux (une option pour cela serait de séparer les algorithmes de dépistage / traitement préventif des algorithmes de diagnostic). En outre, il existe plusieurs renvois entre les différents algorithmes.

4. La capacité de gestion des cas présumés de tuberculose n'est pas optimale

Les besoins de formation du personnel de santé chargés de l'identification des cas présumés de tuberculose parmi les consultants pour symptômes respiratoires ne sont pas couverts en totalité, ce qui a causé l'insuffisance dans l'identification des cas présumés de tuberculose. Comme analysé dans le rapport de la revue du programme de 2022, il existe une tendance à sélectionner les cas les plus probables comme cas présumés de tuberculose.

Dans certains sites, où l'appareil de radiologie n'est pas disponible au niveau du CDTMR, l'examen est réalisé à l'hôpital et peut parfois être payant alors que l'ensemble des prestations diagnostiques TB sont gratuites au niveau des CDTMR.

Par ailleurs, l'encadrement du niveau périphérique et du niveau communautaire (ONG) par les CDTMR n'est pas suffisant et parfois inexistant (à travers les visites sur place, les réunions, les communications par téléphone et le retour d'information sur les patients transférés au CDTMR).

En outre, le système de référence des cas présumés de tuberculose entre les prestataires des soins opérant en dehors du MSPS et les structures du PNLAT n'est pas organisé de manière optimale avec notamment l'absence de fiche de référence.

5. Le diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire et son ampleur posent un défi au PNLAT

La proportion élevée de la tuberculose extrapulmonaire parmi la totalité des cas de tuberculose (d'après la littérature et par rapport à la moyenne mondiale) pose la question de la qualité du diagnostic (hypothèse étayée par les résultats de l'étude d'évaluation des procédures de prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire de 2022) et de la possibilité d'infections par le *Mycobacterium bovis* à travers l'ingestion de lait ou de dérivés laitiers crus / non pasteurisés (hypothèse soulevée compte tenu du fait que la lutte contre la tuberculose animale n'est pas optimale). Le possible surdiagnostic peut affecter à la hausse les estimations de la charge de morbidité par l'OMS alors que l'éventuelle transmission zoonotique (à confirmer par des études bactériologiques moléculaires) entraîne une augmentation authentique de l'incidence.

De manière générale, les tests bactériologiques (Xpert MTB/RIF ou microscopie) sont demandés dans 22% d'après l'étude d'évaluation des procédures de prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire. Cette étude montre que seulement 6% des cas de tuberculose extrapulmonaire sont confirmés bactériologiquement.

Pour le diagnostic, qui du reste est nettement plus difficile que celui des formes pulmonaires, il existe des lacunes qui sont en train d'être comblées par le PNLAT, à savoir

- le manque d'utilisation par les médecins chargés du diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire de critères standard basés sur les bonnes pratiques, tels que la confirmation bactériologique des formes extrapulmonaire pour lesquelles il est possible d'effectuer un prélèvement pour examen bactériologique ;
- la couverture insuffisante des besoins en formation et sensibilisation des spécialistes et des sociétés savantes concernés.

Concernant la tuberculose bovine il est connu que pour des raisons économiques les activités de lutte contre la tuberculose animale restent insuffisantes.

Par ailleurs, peu d'actions ont été entreprises pour l'éducation et la sensibilisation du grand public sur la tuberculose zoonotique et le danger de l'ingestion de lait et de dérivés laitiers crus. Et peu d'actions ont été entreprises pour établir une coordination entre le MSPS et le ministère de l'agriculture, notamment l'Office National de Sécurité Sanitaire des produits Alimentaires, pour mettre en place des mesures de lutte contre la tuberculose animale.

En outre, il n'y a pas eu d'études sur le rôle du *Mycobacterium bovis* dans la survenue de la tuberculose humaine.

6. Insuffisances dans le système de maintenance perturbant les activités de diagnostic de la tuberculose

En dépit de l'existence d'un service au niveau des régions et préfectures/provinces chargé de la gestion des équipements, l'absence de contrats de maintenance

compromet la résolution de problèmes notamment de pannes qui pourraient affecter certains équipements médicaux tels que les modules des machines Xpert MTB/RIF et les appareils de radiologie.

7. Il existe des contraintes dans la gestion des achats qui se répercutent sur les capacités de diagnostic et de traitement de la tuberculose

En raison de contraintes inhérentes à la réglementation nationale en vigueur (le code des marchés publics n'est pas adapté à la particularité des médicaments et produits de santé), l'acquisition des médicaments pour le traitement de la tuberculose et des consommables de laboratoires pour le diagnostic de la tuberculose connaît des perturbations fréquentes et des retards dans la disponibilité de ces produits de santé. Ces retards ont causé notamment des pénuries en médicaments de première ligne et de cartouches de Xpert MTB/RIF. En effet, les procédures d'acquisition des médicaments antituberculeux et des produits de laboratoire sur le budget de l'Etat se caractérisent par des délais d'exécution très longs.

Par ailleurs, il n'existe pas de ligne budgétaire spéciale pour les antituberculeux et les intrants de diagnostic utilisés dans la tuberculose.

8. Il existe des insuffisances en matière de soutien aux patients sous traitement

Il existe un potentiel non négligeable pour améliorer le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose pharmacosensible, des autres cas de retraitement et des patients avec TB pharmacorésistante/RR. Malgré le taux élevé de perdus de vue dans toutes ces catégories (légèrement élevé pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose pharmacosensible), le traitement directement observé n'est pas appliqué durant le traitement ambulatoire. L'opportunité d'utilisation des nouvelles technologies telles que le soutien au traitement par assistance vidéo n'a pas encore été saisie.

A l'exception des patients atteints de tuberculose pharmacorésistante qui ont commencé à bénéficier d'une aide alimentaire depuis 2022, les autres catégories de patients ne bénéficient ni d'indemnités de transport ni d'aide alimentaire.

Concernant le suivi des malades à la périphérie, l'encadrement par les CDTMR des centres de santé et des ONG qui contribuent au suivi des malades est limité. L'implication des ONG dans cette tâche nécessite d'être davantage organisée.

9. Il existe un potentiel insuffisamment exploité pour améliorer la prise en charge des femmes, des enfants et des adolescents

Les directives actuelles sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent ont été publiées avant la parution de la recommandation de l'OMS pour le régime thérapeutique de 4 mois -(2HRZ(E)/2HR)- pour les formes de tuberculose de l'enfant et de l'adolescent (âgés de 3 mois à 16 ans) qui ne sont pas graves et pour lesquelles une TB-MR/RR n'est pas prouvée ou suspectée.

De ce fait, ces directives ne préconisent pas ce traitement. Toutefois, le PNLAT a adopté dernièrement ce régime et les directives relatives à ce changement sont en cours de diffusion.

Par ailleurs, la capacité de diagnostic de la TB de l'enfant, notamment l'enfant de moins de 5 ans, n'est pas optimale. Outre le fait que le diagnostic de la tuberculose, notamment celui en bas âge, est difficile, la formation des professionnels de santé impliqués dans le diagnostic de la tuberculose est insuffisante.

De même il n'existe pas d'actions spécifiques pour les adolescents notamment la mise en place de modèles de soins communautaires centrés sur la famille appropriée à leur niveau de développement.

Concernant les femmes, des analyses plus poussées des données épidémiologiques avec désagrégation selon l'âge et le sexe nécessitent d'être entreprises en vue d'explorer la possibilité d'inégalités selon le genre ou de les infirmer. On ne s'est pas penché non plus sur la question de la représentation égalitaire des femmes et des hommes dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de lutte antituberculeuse. Par ailleurs, le dépistage de la tuberculose chez les femmes enceintes séropositives au VIH dans les sites offrant la PTME n'est pas encore systématique.

10. Des besoins ne sont pas encore couverts dans la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante

La prise en charge des patients présentant une TB pharmacorésistante nécessitant une hospitalisation est centralisée au niveau de Rabat et Casablanca, ce qui cause des problèmes de déplacement pour les malades et leurs familles.

Bien que la prise en charge de la TB pharmacorésistante soit décentralisée, il existe un manque d'unités hospitalières d'isolement des malades présentant une TB pharmacorésistante dans les régions et les provinces.

Le système de surveillance de la résistance aux antituberculeux ne répond pas encore au critère de tester pour la résistance à la rifampicine au moins 80% des nouveaux cas et des cas de retraitement qui sont confirmés bactériologiquement et la dernière enquête nationale sur la résistance date de 2014. Bien que le traitement préventif de la tuberculose chez les contacts des malades TB-MDR soit appliqué au Maroc après consultation des experts du comité technique national, il n'existe pas de directives nationales pour ce traitement.

La surveillance active des effets indésirables des médicaments (aDSM), n'est pas assez développée.

Le traitement directement observé et l'appui social offerts aux malades atteints de TB pharmacorésistante ne sont pas appliqués lors du traitement ambulatoire avec ce qui s'ensuit comme risque de perdus de vue et de développement de résistance à la bédaquiline.

11. Les activités collaboratives TB/VIH ne sont pas encore suffisamment développées

Il n'y a pas de de comités de coordination des activités collaboratives tuberculose/VIH au niveau régional et au niveau des provinces et préfectures qui sont dotées de centres de référence du VIH (23 centres en totalité).

Ceci se répercute sur la performance des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH notamment le TPT et à un degré nettement moindre, le dépistage du VIH chez les malades TB. En outre, le taux de succès du traitement de la TB chez les PVVIH a été de 59% pour la cohorte de 2019 et de 56% pour la cohorte de 2018 après avoir atteint 88% pour la cohorte de 2018. Les résultats défavorables du traitement étaient représentés par les décès dont le taux était de 11%, ce qui doit inciter à veiller à ce que les PVVIH atteintes de TB soient diagnostiquées et traitées sans délai pour la TB et le VIH et qu'elles bénéficient d'un traitement préventif par le cotrimoxazole ; et les perdus de vue et les non évalués avec des taux de 8% et 22% respectivement, ce qui incite à assurer un meilleur suivi des malades sous traitement et une meilleure coordination avec les structures de soins auxquelles les malades ont été transférés.

A cela s'ajoute un manque d'harmonisation entre les systèmes d'information des deux programmes avec données parcellaires.

12. La gestion et la gouvernance du PNLAT nécessitent d'être renforcées

Le personnel de santé destiné à la lutte contre la tuberculose qu'il s'agisse de gestionnaires du programme ou de cliniciens est insuffisant. Cette carence est généralisée, certes, mais touche de façon aiguë les activités de LAT du fait de la faible attractivité de la spécialité de pneumo-phtisiologie et des services de la LAT ainsi que des départs massifs à la retraite qui ne sont pas tous remplacés.

Par ailleurs, les besoins des CDTMR en ressources humaines ne sont pas satisfaits et les Unités de Coordination du PNLAT ne sont pas établies dans toutes les régions.

Les activités de supervision restent insuffisantes et elles ne sont pas effectuées comme planifié. Il n'existe pas de guide de supervision et la grille de supervision n'est pas à jour.

En réponse à la dynamique multisectorielle de la tuberculose et en harmonie avec les orientations du PSN, le programme national mobilise un ensemble d'acteurs sanitaires et ceux exerçant hors du réseau du MSPS. Des mécanismes de coordination existent et sont formalisés dans le cadre de contrats et de conventions de partenariats entre le MSPS et quelques intervenants qui déterminent de façon précise la responsabilité, les engagements et la nature des interventions de chaque partie. Cette coordination même si elle est effective

n'est ni généralisée ni formalisée avec l'ensemble des intervenants et n'est pas soumise de façon régulière à un suivi et une évaluation de la redevabilité de chaque acteur et des performances des programmes mis en œuvre afin d'apporter les améliorations et les ajustements nécessaires dans les temps requis.

Malgré les efforts entrepris par le programme national en termes de planification, d'information, de communication et de développement des compétences, l'action sur le terrain souffre de beaucoup d'insuffisances notamment en matière de gestion du personnel, de maintenance des équipements de radiologies et de laboratoires et d'organisation des activités entre les CDTMR, les centres de santé et les centres hospitaliers universitaires.

La coordination avec les prestataires de soins exerçant hors du réseau du MSPS et les autres secteurs est très limitée. Il est important, à cet effet, que soient mis en place des organes au niveau national et dans toutes les régions à des fins de coordination et d'harmonisation des interventions de tous les acteurs de la riposte nationale à la TB.

Les actions d'IEC au profit de la population générale ne sont pas suffisantes pour une meilleure information et sensibilisation du grand public sur la tuberculose et sa problématique, les mesures préventives, les symptômes qui doivent inciter à consulter les structures offrant des soins antituberculeux; en outre, il y a peu d'actions de lutte contre la stigmatisation.

La recherche opérationnelle nécessite d'être davantage développée.

13. L'action multisectorielle pour la lutte contre la tuberculose n'est pas encore optimale

Il n'y a pas eu d'actions de plaidoyer pour permettre une meilleure prise de conscience de l'importance cruciale de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale dans l'amélioration de l'impact sur la morbidité et la mortalité par tuberculose.

L'analyse de la question du genre en matière de lutte antituberculeuse est insuffisante et ce, en matière de désagrégation des indicateurs d'effet et de couverture selon le sexe et de réalisations d'études d'évaluation telles que l'évaluation « Communauté, droits et questions de genre ».

Les capacités de gestion et d'organisation des ONG thématiques nécessitent d'être renforcées pour qu'elles puissent s'adapter aux directives et procédures des bailleurs de fonds.

Le cadre de responsabilisation multisectoriel déjà jugé pertinent et planifié n'est pas encore mis en place.

Il n'y a pas eu d'évaluation de l'ampleur des coûts catastrophiques soutenus par les malades TB et leurs ménages du fait de la maladie.

VI. FONDEMENTS DU PLAN STRATÉGIQUE 2024-2030

Le nombre de cas incidents de tuberculose au Maroc est estimé selon l'OMS à 35 000 en 2021, soit un taux d'incidence de 94 cas pour 100 000. Le nombre de décès hors co-infection TB-VIH est estimé, pour la même année, à 3300 cas soit un taux de 8,8 pour 100 000 habitants. Le taux de couverture du traitement (détection des cas) est resté au même niveau. Il en est de même pour le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et des rechutes qui est resté au même niveau pour les cohortes de 2019 et de 2020 avec respectivement 84% et 88%. Le système de surveillance de la maladie met en évidence depuis 1980, que la répartition par tranche d'âge et l'évolution de l'âge moyen des patients montrent un glissement clair vers les âges les plus avancés, ce qui témoigne d'une baisse de la transmission de la maladie. Il existe une grande variabilité entre régions et provinces et préfectures, et une incidence notifiée franchement élevée dans les zones urbanisées à forte densité de la population. Le taux des perdus de vue est évalué à 8% comme moyenne nationale sur la période 2018-2020, ce qui conforte l'hypothèse d'une insuffisance de la recherche active des absents au traitement.

Les efforts consentis par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) à travers le programme national de lutte antituberculeuse ont permis de consolider les acquis en termes de couverture du traitement et de succès thérapeutique et de faire fléchir la courbe d'incidence, certes, mais dans une proportion autour de 1% par an entre 2015 et 2021 ce qui ne va pas sans retarder, voire compromettre l'atteinte des objectifs de la stratégie mettre fin à la tuberculose et de développement durable fixés à l'horizon 2030.

Il est évident que pour relever réellement ce défi, il convient de donner la priorité, dans le cadre du PSN, aux activités pouvant avoir un haut impact sur l'incidence de la tuberculose dans le sens de sa diminution de façon progressive allant de 2% puis 3% et 4% tous les deux ans jusqu' à 5% en 2030 en vue d'atteindre un taux d'incidence de 66 pour 100 000 habitants, considéré comme satisfaisant si on se réfère à la cible définie par l'OMS/EMRO qui est de 69% pour l'ensemble de la région.

L'atteinte de cet objectif d'accélération de la baisse des taux d'incidence et des décès liés à la tuberculose reste tributaire des progrès à faire dans les domaines de la détection précoce des cas et ce, à travers l'intensification de cette activité dans les quartiers urbanisés à forte incidence de la tuberculose notamment dans les régions de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, Rabat-Salé- Kénitra et du Casablanca-Settat et auprès des groupes à haut risque et des populations en situation de vulnérabilité. Les prestataires de soins en dehors des structures du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale appelés de par leur mandat à fournir des prestations cliniques et biologiques pour les patients présumés tuberculeux, devraient voir leur association à ces efforts de détection considérablement améliorée et conforme aux orientations et aux procédures établies dans le cadre

de la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose. L'extension de l'AMO à l'ensemble de la population va renforcer davantage la place du secteur privé dans l'offre de soins et son rôle dans la détection des cas sachant qu'environ un tiers des patients ayant une tuberculose présumée ou avérée référés aux CDTMR proviennent du secteur libéral.

Conformément aux recommandations de l'OMS, la prise en charge de l'Infection Tuberculeuse Latente à travers la thérapie préventive ciblant le réservoir de la tuberculose est intégrée dans la stratégie nationale. Les performances réalisées restent en deçà des attentes du PNLAT puisque les proportions atteintes ne dépassent pas 18% pour les PVVIH et 20% pour les enfants de moins de 5 ans contacts des cas de tuberculose. La prévention constitue un levier hautement stratégique dans lequel il faut s'investir afin de mieux contrôler la transmission de la maladie et d'en réduire la charge de morbidité et de mortalité. Pour ce faire, il est important d'élever davantage le niveau de performance de la stratégie de lutte contre l'ITL au profit des populations éligibles au TPT et d'en élargir l'étendue en vue de couvrir les autres groupes qui n'ont pas été ciblés jusqu'à présent. La production de vaccin programmée aux alentours de 2025 est une opportunité à prendre en considération pour appuyer la dynamique de prévention initiée dans le cadre de la lutte contre l'ITL et de la prévention et du contrôle de l'infection.

La tuberculose extrapulmonaire représente la moitié des cas notifiés au Maroc et suscite de ce fait un intérêt particulier de par :

- sa forte incidence ;
- l'incertitude qui caractérise sa dynamique ;
- et le manque de fiabilité des modalités de son diagnostic.

Ce diagnostic est généralement établi sans confirmation bactériologique. La mise en place des directives et des algorithmes récemment élaborés devrait apporter plus de précision sur l'incidence réelle de cette forme de tuberculose et réduire par conséquent le nombre de faux diagnostic ce qui pourra vraisemblablement faire revenir l'incidence de la TEP à sa juste valeur si on y ajoute la lutte contre la tuberculose animale et l'éducation de la population sur le danger de l'ingestion de lait et produits laitiers crus / non pasteurisés.

La prise en charge programmatique de la TB pharmacorésistante est en progression continue favorisée par le développement du plateau technique nécessaire à la confirmation bactériologique de la tuberculose et la réalisation des tests de sensibilité aux médicaments antituberculeux ainsi que l'introduction de nouveaux régimes de courte durée. Au cours de l'année 2021, tous les patients détectés sont mis sous traitement. Les données du programme national affichent un nombre de cas détectés et pris en charge de 267 cas ce qui est bien loin de l'estimation de l'OMS qui rapporte un nombre de cas incidents de 720. Le PNLAT est appelé à intensifier la riposte à la TB pharmacorésistante par le renforcement

des activités de détection et de recherche de la résistance à la rifampicine chez les nouveaux cas qui est actuellement à 61% et d'améliorer de façon notable le taux de succès thérapeutique au-delà de la valeur de 63% atteinte pour la cohorte de malades de 2020 dans le but de faire reculer la mortalité liée à cette forme de tuberculose.

Les données relatives à la co-infection TB-VIH en termes de traitement par les ARV pour les patients coinfectés et de couverture par le cotrimoxazole qui représentent respectivement 96% et 91% sont très satisfaisantes. Cependant, des efforts sont à déployer en vue d'élargir la couverture par le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux dont le taux ne dépasse pas les 40%, ce qui est loin de satisfaire le besoin exprimé par le PNLAT d'atteindre un taux de couverture de 70%.

La tuberculose étant un événement de santé soumis à une dynamique associant plusieurs facteurs, elle requiert d'intégrer à la riposte tous les acteurs institutionnels et ceux de la société civile dont la contribution pourrait servir à atténuer les effets des déterminants sociaux sur la charge de morbidité et de mortalité liées à la maladie. Parallèlement aux mesures biomédicales qui sont du ressort du MSPS qu'il faudrait intensifier tel que décrit précédemment, des actions visant à apporter l'appui nécessaire sur les plans social et économique ainsi que des actions sur les déterminants de la maladie qui relèvent des compétences d'autres secteurs devraient être mises en œuvre selon une logique qui tend à faire converger l'action de l'ensemble des acteurs vers l'atteinte des objectifs de réduction de l'incidence de la tuberculose voire son élimination.

La mise en œuvre optimale du PSN dépendra, en fait, des engagements du MSPS à se doter des moyens humains et matériels suffisants que requiert la prise en charge sur les plans technique et organisationnel et de l'implication effective des autres prestataires de soins et organisations de la société civile dans le cadre d'une approche favorisant la participation et basée sur des prestations intégrées, de qualité et centrées sur le patient.

Le contexte dans lequel s'opère la mise en œuvre du PSN offre d'importantes opportunités pouvant constituer de véritables leviers qu'il conviendrait de saisir et de prendre en considération dans le cadre de la riposte nationale en vue de favoriser l'atteinte des résultats attendus des différentes interventions stratégiques :

La refonte du système de santé : les dispositions prises par l'Etat en vue de renforcer le principe de déconcentration constituent une opportunité pour permettre aux régions de s'investir davantage dans la dynamique de lutte antituberculeuse à travers tout le processus de planification des interventions et des moyens, de prise en charge des malades et de suivi-évaluation, et de contractualisation avec les collectivités territoriales en vertu des règles en vigueur. Un intérêt particulier devra être accordé aux régions dont l'incidence demeure assez élevée et aux zones et groupes à risque notamment les périphéries des grandes agglomérations urbaines, les populations vulnérables, les détenus et les migrants.

La couverture sanitaire universelle et l'extension de la protection sociale : des mesures doivent être prises en vue d'étendre la couverture médicale de base aux besoins que suscitent la tuberculose et de garantir l'accès aux personnes qui en sont affectées à toutes les prestations de prévention et de prise en charge thérapeutique de qualité. Il est important, dans le cadre des nouvelles prérogatives attribuées au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale relatives à la protection sociale de mettre en place des programmes contribuant à la réduction de la pauvreté, les facteurs de risque et de réduction des coûts catastrophiques liés à la maladie dans le respect des principes des droits de l'homme et du genre.

La mobilisation des fonds en vue d'assurer la durabilité de la riposte à la tuberculose : la nature des interventions de lutte antituberculeuse couvrant des domaines techniques et de lutte contre les déterminants sociaux nécessite un appui fort et constant de la part des pouvoirs publics et une diversification des fonds, ce qui constitue un défi majeur à relever pour permettre la pérennisation des interventions notamment celles portées par les OSC. Les lois organiques régissant les collectivités territoriales constituent une opportunité qu'il faut saisir pour assurer le financement d'activités à portée sociale dans le cadre de contrats sociaux à développer avec les OSC.

La promotion de la recherche et de l'innovation : en vue de disposer de l'information stratégique nécessaire à l'amélioration de la performance du PSN et l'optimisation de sa mise œuvre, il est important pour le PNLAT de développer la recherche et d'investir dans les innovations en matière de prévention, de diagnostic et de traitement.

VII. BUTS

- Réduire, d'ici à 2030, le taux de mortalité de la tuberculose de 60% par rapport à 2015.
- Réduire, d'ici à 2030, le taux d'incidence de la tuberculose de 35% par rapport à 2015.

VIII. OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- **Objectif 1:** Augmenter le taux de couverture du traitement de la tuberculose pharmacosensible à au moins 95% et le taux de détection des cas de tuberculose MR/RR à au moins 75% à l'horizon 2030.
- **Objectif 2:** Augmenter le taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacosensible à 95% et celui de la tuberculose MR/RR à 90% à l'horizon 2030.
- **Objectif 3:** Assurer le traitement préventif de la tuberculose chez au moins 90% des personnes éligibles à l'horizon 2030.
- **Objectif 4:** Améliorer la gouvernance du PNLAT et promouvoir l'action multisectorielle.

IX. AXES ET INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Objectif 1: Augmenter le taux de couverture du traitement de la tuberculose pharmacosensible à au moins 95% et le taux de détection des cas de tuberculose MR/RR à au moins 75% à l'horizon 2030.

Une action clé pour réduire la transmission de la tuberculose est la détection précoce du maximum de cas contagieux de tuberculose suivie de leur mise rapide sous traitement.

L'objectif 1 a attrait à la détection des cas de tuberculose. A cet effet, une panoplie d'approches sera utilisée pour assurer la détection de manière précoce du maximum de cas de tuberculose parmi ceux existants, à savoir 95% de ces cas à l'horizon 2030 pour la tuberculose pharmacosensible et 75% des cas pour la tuberculose pharmacorésistante.

L'approche de base est matérialisée par l'amélioration du parcours de diagnostic de la tuberculose initié par le patient pour faire en sorte que les patients qui consultent spontanément pour symptômes respiratoires bénéficient d'une offre de soins adéquate au niveau de toutes les structures de santé à tous les niveaux et dans tous les secteurs de soins.

Dans ce sens, des systèmes pérennes seront établis permettant à toute personne consultant spontanément dans les structures de soins pour symptômes respiratoires de bénéficier des examens de diagnostic rapides de la tuberculose. Ces systèmes permettront également de constituer une base solide permettant de mener avec succès les actions de dépistage systématique.

A cette fin, le personnel des centres de santé sera formé sur les procédures d'identification et de prise en charge des cas présumés de tuberculose selon les directives du PNLAT et sera sensibilisé sur l'importance de cette intervention comme mesure d'amélioration de la qualité des soins antituberculeux et de prévention de l'infection au niveau de la structure de soins et au sein de la communauté.

Ces actions de formation et de sensibilisation concerneront aussi bien les prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du MSPS que les représentants de la communauté.

Aussi, le réseau de laboratoires sera renforcé quantitativement, à travers la mise à l'échelle des moyens de diagnostic moléculaire rapide de la tuberculose, et qualitativement, à travers l'amélioration de la qualité du diagnostic bactériologique de la tuberculose. Le même processus concernera les moyens radiologiques fixes et mobiles.

Le réseau de laboratoires sera optimisé en termes d'implantation des équipements et de choix adéquat des circuits de transport des prélèvements. Ces circuits seront par ailleurs renforcés.

Les réalisations du programme en matière de diagnostic de la TB de l'enfant, de la tuberculose extrapulmonaire et du diagnostic clinique des formes non confirmées bactériologiquement seront maintenues et renforcées.

Les actions de dépistage cibleront les groupes ayant le plus de risque de développer une tuberculose et parmi lesquels il existe le plus grand nombre de cas de tuberculose. Les groupes ciblés au Maroc sont les sujets contacts, les personnes vivant avec le VIH, les autres groupes ciblés par le TPT (patients en insuffisance rénale sous hémodialyse, patients sous anti-TNF alpha…), les détenus, les silicotiques, les diabétiques et les migrants et réfugiés. A ces groupes s'ajoutent les personnes vivant dans des zones géographiques où le taux d'incidence de la tuberculose est significativement supérieur à celui de la moyenne nationale.

Les groupes vulnérables, à savoir la population féminine, les enfants et les adolescents bénéficieront d'actions spécifiques permettant de garantir l'équité en matière d'opportunités de diagnostic précoce de la tuberculose.

AXE STRATÉGIQUE 1.1: Identification des cas présumés de tuberculose parmi les consultants pour signes respiratoires.

Cet axe stratégique vise à mettre en place et renforcer les procédures d'identification et de prise en charge des cas présumés de tuberculose parmi les consultants pour signes respiratoires. Le but est d'assurer un accès équitable au diagnostic de la tuberculose à toute personne demandant des soins pour symptômes respiratoires et de faire en sorte que le délai entre la décision du patient de consulter et le diagnostic soit le plus court possible.

Pour ce faire, il convient d'améliorer la capacité du personnel médical et paramédical en matière d'identification et de prise en charge des cas présumés de tuberculose, ce qui permet également de les sensibiliser sur l'importance de la détection précoce de la tuberculose et d'élever leur indice de suspicion de la maladie. Cette formation concernera le personnel de santé de tous les secteurs de soins et les ONG impliquées dans la lutte contre la tuberculose. Les CDTMR seront incités à encadrer les équipes des centres de santé en matière de dépistage et d'identification des malades présumés tuberculeux parmi ceux qui consultent pour symptômes respiratoires.

L'organisation des services impliqués dans l'identification et la prise en charge des cas présumés de tuberculose et la coopération entre les différents acteurs concernés sont également d'une importance primordiale car certaines structures opérant en dehors du réseau du MSPS sont chargées de référer les cas présumés de tuberculose aux structures du PNLAT. Considérant l'hypothèse selon laquelle le retard de diagnostic est une cause possible du paradoxe entre la diminution lente de l'incidence et les taux de couverture et de succès du traitement très satisfaisants auxquels s'ajoute une croissance régulière du PNB, une étude sur le délai du diagnostic sera réalisée.

En outre, l'identification d'une filière de soins revêt toute son importance dans la mesure où cela permet d'assurer l'adéquation entre la demande de soins et la disponibilité des services de triage et de diagnostic de la tuberculose tout en rationalisant le recours aux soins pour une meilleure organisation de ces derniers.

Vu l'importance de l'examen radiologique dans l'algorithme de dépistage et de diagnostic de la tuberculose chez les personnes ayant recours aux structures de soins et présentant des symptômes évocateurs de tuberculose, l'équipement des structures concernées en moyens pour assurer l'examen radiologique s'avère indispensable.

Interventions stratégiques

- Développer les compétences en matière d'identification et de prise en charge des cas présumés de tuberculose dans toutes les structures de soins ;
- Améliorer l'organisation et la coordination des activités de prise en charge des cas présumés de tuberculose dans toutes les structures de soins ;
- Doter les structures de soins des moyens nécessaires pour l'identification et la prise en charge des cas présumés de tuberculose.

AXE STRATÉGIQUE 1.2 : Dépistage systématique des contacts, des personnes vivant avec le VIH et des autres groupes à haut risque identifiés.

Le but de cet axe stratégique est d'étendre la détection des cas aux malades qui ne consultent pas, consultent tardivement ou consultent sans être diagnostiqués comme atteints d'une tuberculose et également d'identifier une infection tuberculeuse latente et d'éliminer une tuberculose évolutive préalablement à la mise sous TPT des personnes éligibles.

Le PNLAT a ciblé les groupes à risque présentant un risque relatif élevé de développer une tuberculose et pour lesquels l'OMS recommande fortement le dépistage systématique à savoir : les sujets contacts, les personnes vivant avec le VIH, les détenus et les patients atteints de silicose.

En outre, d'autres groupes ont été ciblés en fonction de l'importance de leur taille (les diabétiques), leur degré de vulnérabilité (les patients candidats à un traitement par anti-facteur de nécrose tumorale -TNFα- ou par toute autre biothérapie qui déprime l'immunité vis-à-vis de la TB; les patients en insuffisance rénale traités par hémodialyse ou dialyse péritonéale ; les patients en préparation à une greffe hématologique ou d'organe) ou leur niveau d'exposition à des déterminants socioéconomiques de la maladie (réfugiés et migrants).

Les algorithmes utilisés pour le dépistage et le diagnostic se caractérisent par une sensibilité et une spécificité très satisfaisantes et permettent d'obtenir un bon rendement en matière de dépistage.

Ainsi, la stratégie globale de dépistage sera renforcée. Ce renforcement consistera essentiellement en l'amélioration des capacités de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la LAT ainsi que du personnel des ONG et en la fourniture en moyens pour les activités de dépistage.

Les ONG seront impliquées dans les actions de dépistage à travers des actions visant à augmenter l'attractivité de la lutte contre la tuberculose auprès des associations en vue d'impliquer le maximum ce qui permettra de favoriser la pérennité de ces actions.

Les actions de dépistage seront documentées et évaluées afin d'ajuster les approches de dépistage si cela s'avère nécessaire. En effet, les approches de dépistage ne sont pas immuables et doivent être révisées au fil du temps en fonction de l'évolution de l'épidémiologie de la tuberculose et de ses facteurs de risque dans le pays ainsi que des outils de dépistage à disposition. Ainsi, la priorisation des groupes à risque se fera toujours en se basant sur une analyse approfondie en fonction de leur taille, de la prévalence de la tuberculose en leur sein et du rendement et du coût anticipé du dépistage.

La facilité d'utilisation des algorithmes de dépistage et de diagnostic de la tuberculose sera améliorée par leur digitalisation.

Vu les défis posés au niveau de la cascade de l'enquête autour des cas et eu égard au fait que le dépistage chez les contacts est une intervention de santé publique à impact élevé (le groupe où le rendement du dépistage est le plus élevé après le diabète et les détenus, du fait du risque relatif élevé de tuberculose), l'investigation des contacts constitue une des priorités de la stratégie nationale; en outre, elle revêt une place importance dans la détection précoce des cas de tuberculose, la détection des cas de tuberculose chez les enfants et l'identification des contacts éligibles au TPT.

De ce fait, le dépistage chez les sujets contacts bénéficiera de plusieurs actions, à savoir : le renforcement du rôle des ONG impliquées ; l'établissement différencié de filières de soins selon les provinces ; la mise en œuvre de mesures éducatives visant les caractéristiques spécifiques de la population cible à travers l'amélioration de la capacité du personnel en matière de techniques de communication et de conseils ; l'implication des prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du MSPS ; le plaidoyer en faveur de la résorption du déficit en ressources humaines ; et l'utilisation d'une approche alternative de dépistage basée sur les symptômes en cas de non disponibilité de la radiologie.

Le dépistage systématique et le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH sera également renforcé vu le risque élevé de mortalité par tuberculose chez ce groupe en plus du taux élevé de progression de l'infection à la maladie. L'amélioration de la capacité du PNLS en matière de dépistage et de diagnostic de la tuberculose sera assurée à travers la formation du personnel de santé, l'utilisation du questionnaire de dépistage et l'approvisionnement en moyens de diagnostic de la tuberculose.

Le dépistage de la tuberculose chez la population carcérale sera privilégié et comprendra trois volets : le dépistage radiologique et clinique à l'entrée, le dépistage périodique annuel et le dépistage chez les contacts des détenus diagnostiqués avec tuberculose. En outre, toute personne détenue rapportant des symptômes évocateurs de tuberculose fera l'objet d'une évaluation diagnostique appropriée.

Les diabétiques qui constituent une population très large sont le groupe qui potentiellement comporte le plus grand nombre d'individus atteints de TB et seront donc considérés comme groupe prioritaire. Des actions de renforcement des capacités des équipes de santé prenant en charge les diabétiques seront mises en œuvre. Il est prévu d'instaurer un dépistage systématique de la TB chez les diabétiques à chaque contact avec l'équipe de soins.

Des actions visant à renforcer le dépistage de la tuberculose chez les malades atteints de silicose seront menées avec l'aide des ONG. Les prestataires de soins seront sensibilisés sur les risques d'infection par les mycobactéries atypiques chez les silicotiques. La tuberculose sera dépistée systématiquement chez les anciens et les actuels patients exposés à la silice lors de chaque consultation de suivi par les pneumologues.

Des sessions de détection de cas améliorée (consistant à organiser des consultations par des équipes médicales en unités mobiles ou structures de santé fixes avec information de la population cible sur les symptômes de tuberculose qui doivent inciter à consulter et le lieu de consultation) seront organisées en faveur des migrants et des réfugiés, des personnes vivant dans des zones géographiques où la prévalence de la tuberculose est significativement supérieure à la moyenne nationale et des populations vivant dans des zones géographiques éloignées et/ou enclavées.

Interventions stratégiques

- Renforcer la stratégie globale de dépistage;
- Assurer le dépistage systématique des contacts;
- Assurer le dépistage systématique et le diagnostic de la tuberculose auprès des personnes vivant avec le VIH;
- Assurer le dépistage systématique de la tuberculose auprès de la population carcérale;
- Assurer le dépistage systématique de la tuberculose auprès des diabétiques;
- Assurer le dépistage systématique de la tuberculose auprès des patients atteints de silicose;
- Assurer le dépistage systématique de la tuberculose chez les autres groupes à risque de tuberculose et les populations vulnérables : migrants, réfugiés, personnes vivant dans des zones géographiques où la prévalence de la tuberculose est significativement supérieure à la moyenne nationale et populations vivant dans des zones géographiques éloignées.

AXE STRATÉGIQUE 1.3 : Diagnostic de la tuberculose y compris la tuberculose pharmacorésistante.

La finalité de ce domaine stratégique est d'assurer le diagnostic précoce de la tuberculose et de détecter d'éventuelles résistance aux antituberculeux chez les cas présumés de tuberculose identifiés parmi les patients consultant spontanément pour symptômes respiratoires et celles et ceux qui ont fait l'objet d'un examen de dépistage systématique ou qui ont bénéficié d'actions de détection améliorées.

Pour ce faire, les tests de diagnostic rapide de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine (Xpert MTB/RIF) seront mis à l'échelle en vue d'assurer une couverture nationale. Les tests de détection de la résistance aux médicaments de deuxième ligne (LPA et Xpert MTB/RIF XDR) seront disponibles pour la grande majorité des patients.

A cet effet, le réseau de laboratoires sera renforcé en termes d'amélioration des capacités, d'assurance de la qualité, d'acquisition des équipements et des intrants de laboratoire, de maintenance des équipements, d'infrastructure, de biosécurité et de transport des prélèvements.

Les médecins seront formés sur l'approche diagnostique globale y compris le diagnostic clinique en cas de négativité de l'examen bactériologique chez des malades avec symptômes de tuberculose persistants (voir 2.1.2.1).

Interventions stratégiques

- Assurer l'infrastructure adéquate des laboratoires de diagnostic initial et de culture et la biosécurité des laboratoires de culture ;
- Assurer l'approvisionnement en intrants de laboratoire ;
- Assurer l'équipement nécessaire aux laboratoires du réseau ;
- Élargir l'accès au diagnostic bactériologique de la tuberculose ;
- Renforcer les ressources humaines du réseau de laboratoires et leur capacité ;
- Renforcer la surveillance bactériologique de la TB pharmacorésistante ;
- Maintenir l'Assurance Qualité dans tous les laboratoires du réseau ;
- Assurer la supervision de tous les laboratoires du réseau.

AXE STRATÉGIQUE 1.4 : Prévention et prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire.

Les interventions planifiées dans cet axe visent à améliorer la qualité du diagnostic de la TEP et à explorer le rôle du bacille bovin (*Mycobacterium Bovis*) dans la survenue de ces formes tout en éduquant la population sur les dangers de l'ingestion du lait et de ses dérivés crus / non pasteurisés.

En effet, la tuberculose extrapulmonaire (TEP) constitue un problème prioritaire au Maroc. La proportion de ces formes parmi le total des cas de tuberculose est nettement au-dessus de la moyenne mondiale, approchant les 50% ; ce qui soulève l'hypothèse d'un surdiagnostic et interroge sur la part des formes causées par le bacille tuberculeux bovin.

Il est donc essentiel de renforcer la capacité de diagnostic de ces formes et d'assurer le suivi de l'efficacité de ces actions par la conduite de missions de supervision et d'accompagnement. En outre, les spécialistes seront sensibilisés sur la nécessité de la confirmation bactériologique du diagnostic de la TEP. Le matériel et les consommables nécessaires au diagnostic de la TEP seront acquis et les lignes directrices nationales de diagnostic et de prise en charge de cette forme seront diffusées à l'ensemble des professionnels de santé.

Il importe également d'explorer le rôle du *Mycobacterium bovis* dans la survenue de ces formes et d'assurer une coopération avec le secteur de l'agriculture pour la maîtrise du problème de la tuberculose dans le cheptel marocain. Dans ce cadre, des rencontres seront organisées avec les représentants du secteur de l'agriculture et toutes les parties prenantes qui permettront d'élaborer les orientations et d'établir des protocoles de collaboration sur la base d'une enquête épidémiologique.

Des actions éducatives sur le danger de l'ingestion de lait et de dérivés de lait crus/non pasteurisés et sur la nécessité de consommer les produits alimentaires issus des établissements agréés devront être menées auprès de la population générale.

Interventions stratégiques

- Améliorer les capacités de diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire ;
- Améliorer le suivi de la prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire ;
- Collaborer avec le secteur agricole et les autres secteurs concernés dans la lutte contre la tuberculose bovine.

Objectif 2 : Augmenter le taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacosensible à 95% et celui de la tuberculose MR/RR à 90% à l'horizon 2030.

Cet objectif lié à l'amélioration de la qualité du traitement présente un lien étroit avec l'objectif 1, la détection précoce et le traitement rapide des cas de tuberculose allant de pair dans le but de réduire significativement la transmission de la tuberculose dans la communauté ce qui aura un impact substantiel sur la réduction des taux de prévalence, de la mortalité et de l'incidence.

L'atteinte de cet objectif passe par la mise en oeuvre d'actions consistant à :

- Mettre sous traitement l'ensemble des cas de TB diagnostiqués;
- Agir sur les comorbidités notamment celles liées au VIH et au diabète;
- Assurer un suivi rigoureux et centré sur le patient afin d'obtenir son adhésion au traitement;
- Relancer rapidement les absents au traitement et assurer des mesures de soutien servant également d'incitation à poursuivre le traitement.

En plus de l'adhésion au traitement, le suivi clinique et bactériologique du malade seront assurés, de manière à garantir un taux de succès thérapeutique :

- des cas de tuberculose pharmacosensible toutes formes de 95% et des cas de tuberculose pulmonaire pharmacosensible confirmés bactériologiquement d'au moins 85% (selon les normes de bonnes pratiques) ;
- des cas de tuberculose MR/RR de 90%.

La mise sous traitement des patients implique l'approvisionnement continu en médicaments antituberculeux de qualité assurée certifiée et en quantités suffisantes afin d'assurer le traitement de la totalité des personnes diagnostiquées et assurer des niveaux de stocks adéquats.

Elle implique également une adhésion stricte aux régimes thérapeutiques adoptés par le PNLAT.

Toutes ces actions nécessiteront la formation et la mise à niveau des prestataires impliqués dans le traitement de la tuberculose.

AXE STRATÉGIQUE 2.1: Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose y compris la tuberculose pharmacorésistante et la TB/VIH en assurant un soutien psychosocial et financier aux patients.

La finalité de ce domaine stratégique est d'opérationnaliser les principes régissant la prise en charge thérapeutique des malades diagnostiqués avec TB décrits ci-dessus et de mettre en pratique les modalités de traitement et de suivi. Ces modalités seront différenciées selon les conditions du patient y compris les contraintes géographiques.

Ainsi les médicaments seront acquis pour toutes les catégories de malades à traiter conformément aux régimes thérapeutiques adoptés par le PNLAT.

L'adhésion au traitement sera assurée par un soutien centré sur le patient et des séances répétées d'éducation thérapeutique. Le traitement directement observé (TDO) sera maintenu et consolidé en milieu hospitalier et sera étendu à la phase de traitement ambulatoire grâce au soutien familial, communautaire ou digital. Il concernera aussi bien la tuberculose pharmacorésistante que la tuberculose pharmacosensible.

Les CDTMR assureront l'encadrement des équipes des centres de santé en matière de suivi des malades et de gestion des médicaments antituberculeux et le rôle des ONG dans la relance des absents au traitement sera renforcé.

Les médecins des CDTMR seront formés sur le traitement de la tuberculose conformément aux protocoles thérapeutiques du PNLAT.

La prise en charge thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante sera assurée en accord avec les directives du PNLAT. Ainsi les malades détectés avec résistance à la rifampicine bénéficieront du régime thérapeutique de deuxième ligne et des tests de sensibilité nécessaires pour la détection des résistances à l'isoniazide et aux médicaments de deuxième ligne en vue d'ajuster le traitement en conséquence.

Les régimes thérapeutiques de deuxième ligne seront régulièrement adaptés en fonction des nouvelles recommandations internationales et après concertation avec le comité national technique de la TB. Des études de recherche seront réalisées sur l'utilisation des nouveaux protocoles thérapeutiques préconisés par l'OMS dans les conditions de recherche opérationnelle lorsque cela s'avérera nécessaire.

Le suivi et évaluation de la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante seront maintenus et consolidés et le PNLAT continuera à assurer l'évaluation de cette prise en charge en étroite collaboration avec le Green Light Committee (GLC) de l'OMS.

La capacité de prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante sera améliorée à travers la formation de tous les médecins et infirmiers exerçant dans les structures de santé assurant la prise en charge de cette maladie.

Les centres de référence hospitaliers de la TB pharmacorésistante seront décentralisés en vue de rapprocher les services du lieu de résidence des patients et de désengorger les centres existants. De même, des unités hospitalières régionales d'isolement des patients avec TB pharmacorésistante seront mises en place au niveau des zones qui en sont encore dépourvues.

Comme le Maroc est assez avancé dans la réalisation des tests de sensibilité, il est judicieux de renforcer le système existant de surveillance de la résistance aux antituberculeux plutôt que d'opter pour les enquêtes de prévalence. L'avantage de ce système par rapport aux enquêtes périodiques est qu'il se base sur le système routinier existant qui est assez performant et fournit des informations plus précises sur la prévalence de la résistance.

Les activités de pharmacovigilance seront poursuivies et la pharmacovigilance active sera introduite. La pharmacovigilance active se distingue de la pharmacovigilance routinière par la recherche active des effets indésirables des médicaments à

travers un suivi de cohorte. Les malades seront soumis à une recherche clinique et biologique active des effets indésirables des médicaments de seconde ligne; les effets indésirables doivent être gérés rapidement; et des données standard seront systématiquement collectées et rapportées pour chaque effet indésirable grave détecté.

La prise en charge de la comorbidité TB/VIH sera assurée pour les patients coinfectés. Pour ce faire, tous les cas diagnostiqués avec TB seront testés pour le VIH. Les cas VIH positifs détectés seront mis sous cotrimoxazole et ARV. Les médecins et infirmiers des CDTMR impliqués dans la prise en charge de la co-infection seront formés.

Il en est de même pour la prise en charge de la comorbidité tuberculose et diabète. Ainsi le suivi de ces patients sera renforcé et la qualité de leur prise en charge sera améliorée et ce, à travers : la formation des pneumophtisiologues ; le dépistage clinique systématique du diabète chez les patients atteints de tuberculose ; le suivi du contrôle glycémique et la prévention des neuropathies périphériques chez les patients qui sont sous traitement antituberculeux.

La gestion des médicaments antituberculeux fera l'objet de multiples actions et ce qui s'ensuit comme risques de rupture de médicaments. Les activités planifiées ont attrait au plaidoyer pour la révision des procédures d'achat et de la loi des marchés publics ; à l'identification d'une ligne budgétaire spéciale pour les médicaments et les intrants de diagnostic de la tuberculose ; et au passage à un mode d'achat triennal pour les médicaments antituberculeux et les moyens de diagnostic.

D'autres actions concerneront l'amélioration de la quantification et des conditions de stockage des médicaments antituberculeux et l'informatisation du système d'information pharmaceutique révisé récemment.

Les producteurs nationaux d'antituberculeux seront sensibilisés pour obtenir une pré-qualification de l'OMS. La liste des médicaments essentiels sera mise à jour et l'enregistrement des produits pharmaceutiques indispensables à la prise en charge de la tuberculose sera promu.

La capacité de gestion des médicaments antituberculeux des pharmaciens provinciaux et régionaux du MSPS et des responsables du PNLAT sera améliorée.

Un plan d'assurance de la qualité des médicaments antituberculeux sera mis en place.

Le PNLAT continuera à assurer l'évaluation périodique par le GDF du processus de gestion des médicaments antituberculeux.

Interventions stratégiques

- Assurer le traitement de la tuberculose pharmacosensible et le suivi du traitement ;
- Consolider les actions d'amélioration de la capacité du personnel de santé impliqué dans la prise en charge de la tuberculose pharmacosensible ;
- Assurer le traitement de la tuberculose pharmacorésistante et le suivi du traitement ;
- Consolider les actions d'amélioration de la capacité du personnel de santé impliqué dans la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante ;
- Décentraliser les centres de référence de la TB pharmacorésistante ;
- Maintenir et renforcer le système de surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux ;
- Renforcer le système de pharmacovigilance et mettre en place un système de pharmacovigilance active (aDSM) ;
- Assurer le soutien psychosocial et financier aux patients ;
- Renforcer le dépistage du VIH chez les malades atteints de tuberculose et le traitement par les antirétroviraux et la prévention par le cotrimoxazole chez les malades coinfectés par le TB/VIH ;
- Renforcer le suivi et améliorer la qualité de prise en charge des patients ayant une comorbidité tuberculose et diabèt ;
- Améliorer la gestion des médicaments antituberculeux.

AXE STRATÉGIQUE 2.2: Consolidation et renforcement des prestations de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose en faveur des enfants, des adolescents, de la population féminine et des autres groupes vulnérables.

Les groupes les plus vulnérables ont des besoins spécifiques à prendre en considération dans leur prise en charge qui se veut holistique et différenciée. En effet, le diagnostic de la tuberculose chez les enfants notamment ceux en bas âge est plus difficile que celui des adultes en raison de la non-spécificité des symptômes, de la prédominance de formes pulmonaires à bactériologie négative, de la difficulté de produire une expectoration par les enfants en bas âge et des difficultés d'interprétation des clichés radiologiques. A cet égard, l'analyse épidémiologique a montré un sous diagnostic de la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans.

Ainsi, l'amélioration des capacités en matière de diagnostic de la tuberculose de l'enfant revêt une importance capitale. A cet effet, les médecins et les infirmiers concernés bénéficieront de formation sur la prise en charge de la TB de l'enfant et les structures de soins concernées seront dotées en moyens nécessaires pour le diagnostic.

Le traitement des enfants en bas âge fera appel aux formes pédiatriques des médicaments antituberculeux disponibles dans le pays.

En vue de l'évaluation des actions d'amélioration des capacités, des missions de supervision et d'accompagnement sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant seront périodiquement conduites.

Les adolescents ont des besoins spécifiques qui concernent leur vécu de la maladie et la fréquentation des structures de soins qui est complètement différent de celui des personnes appartenant à d'autres catégories d'âge. En effet, ils sont plus vulnérables au stigma, souffrent de la pression des pairs, acceptent mal l'hospitalisation et ne se retrouvent pas dans des institutions fréquentées par des personnes qui ne sont pas de leur âge. Ainsi, le PNLAT s'attellera à mettre en place des modèles de soins communautaires adaptés aux adolescents, centrés sur la famille permettant de fournir un soutien au traitement dans le cadre de modèles appropriés à leur niveau de développement.

Une porte d'entrée importante pour le dépistage systématique de la tuberculose chez les femmes enceintes séropositives au VIH et le TPT est constituée par la consultation dans les sites offrant la PTME. Des POS spécifiques à la prévention, au diagnostic et au traitement de la tuberculose chez la femme seront élaborées et serviront de base à la formation du personnel impliqué dans la santé maternelle et infantile et la PTME.

Les migrants en situation irrégulière vivent dans des conditions de précarité. Ils sont encadrés et soutenus par des ONG qui leur facilitent l'accès aux structures de soins. Il est prévu dans le cadre de ce PSN d'intégrer les données relatives aux réfugiés et aux migrants dans le système d'information, ce qui permettra d'avoir un aperçu sur la prévalence de la tuberculose au sein de cette population. Des procédures techniques sur la prise en charge de la tuberculose chez les migrants et réfugiés seront élaborées. Ces fiches permettront également de fournir des informations sur les CDTMR où le patient sera pris en charge.

En plus des sessions de détection de cas améliorée chez les migrants et les réfugiés, le PNLAT fera également en sorte que ces populations aient un accès indiscriminé aux soins antituberculeux à chaque fois que le besoin se fera sentir.

Interventions stratégiques

- Améliorer la capacité des prestataires de soins impliqués dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent ;
- Assurer une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée aux besoins des enfants et des adolescents ;
- Consolider et renforcer les prestations de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose en faveur de la population féminine ;
- Consolider et renforcer les prestations de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose en faveur des réfugiés et des migrants en situation irrégulière.

Objectif 3 : Assurer le traitement préventif de la tuberculose chez au moins 90% des personnes éligibles à l'horizon de 2030.

En plus du couple détection des cas et traitement, le TPT est le complément indispensable pour réduire significativement la charge de morbidité de la tuberculose. Il s'agit donc d'agir en amont sur le problème de la tuberculose en agissant au niveau du réservoir de la maladie. En effet, le TPT constitue actuellement la meilleure intervention pour prévenir la progression de l'infection tuberculeuse vers la tuberculose maladie. Cette progression affecte en moyenne 5 à 10% des personnes infectées par le bacille tuberculeux au cours de leur vie, la plupart durant les 5 premières années après l'infection.

Comme il n'est pas possible de traiter toutes les personnes présentant une infection tuberculeuse à l'état latent en raison de l'envergure de l'action, de son coût prohibitif et de son rapport risques/avantages défavorable, le TPT ciblera les populations présentant le plus grand risque de progression de l'infection tuberculeuse latente à la tuberculose maladie. Il s'agit des contacts, des personnes vivant avec le VIH, des patients candidats à un traitement par anti-facteur de nécrose tumorale (TNFα) ou par toute autre biothérapie qui déprime l'immunité vis-à-vis de la TB, des patients en insuffisance rénale traités par hémodialyse ou dialyse péritonéale, des patients en préparation à une greffe hématologique ou d'organe et des patients atteints de silicose.

Un autre moyen d'agir en amont sur le problème de la tuberculose consiste en la prévention primaire. Les actions consisteront en l'éducation de la population sur la tuberculose et sa transmission en mettant l'accent sur les comportements à risque, les morbidités favorisant l'infection tuberculeuse latente et la progression vers la maladie des sujets infectés, les déterminants structurels de la maladie tels que les conditions socioéconomiques, l'habitat caractérisé par la promiscuité et l'absence d'aération, et les obstacles à l'accès aux soins y compris la stigmatisation.

Les actions de prévention primaire consisteront également en la prévention et le contrôle de l'infection dans les structures des soins prenant en charge la tuberculose.

Pour mettre en œuvre ces différentes actions, les personnels de santé impliqués seront formés et sensibilisés sur l'importance de la prévention et de sa spécificité par rapport au traitement de la tuberculose maladie. Cette spécificité réside dans le fait qu'il est nettement plus difficile de persuader des personnes bien portantes d'adhérer aux mesures préventives. De ce fait, les actions éducatives doivent être menées de manière plus soutenue et détaillée et avec plus de diligence.

AXE STRATÉGIQUE 3.1: Amélioration de la capacité du personnel impliqué dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente.

Les interventions contenues dans cet axe stratégique, visent à améliorer la capacité du personnel impliqué dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (ITL) dans tous les secteurs de soins en mettant l'accent sur les techniques de communication et de conseil en vue de convaincre les personnes présentant une ITL, qui par définition sont bien portants, d'accepter le TPT. Les modules didactiques sur la prise en charge de l'ITL élaborés par le PNLAT (ceux pour la formation en e-learning et ceux pour la formation en présentiel) seront utilisés pour assurer la formation, du personnel de santé des secteurs public et privé.

Il est également primordial d'améliorer la capacité de dépistage et diagnostic de la tuberculose évolutive en vue d'éliminer la maladie avant la mise sous TPT.

Il est aussi prévu d'améliorer la capacité du personnel impliqué dans la prise en charge de l'ITL en matière de suivi et évaluation des activités y afférentes tout au long de la cascade de soins préventifs. La logique de cascade est importante pour la compréhension globale de l'approche adoptée dans le TPT. Cette maîtrise du concept de cascade permettra d'obtenir des données fiables et aussi d'améliorer la capacité de prise en charge de l'ITL.

Des directives nationales sur le TPT des contacts de cas ayant une tuberculose pharmacorésistante seront développées une fois les lignes directrices de l'OMS en la matière élaborées.

Interventions stratégiques

- Améliorer la capacité du personnel dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente ;
- Améliorer la capacité du personnel impliqué dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente en matière de suivi et évaluation des activités y afférentes tout au long de la cascade de soins préventifs.

AXE STRATÉGIQUE 3.2 : Prise en charge programmatique de l'infection tuberculeuse latente ; et prévention et contrôle de l'infection.

Cet axe stratégique vise la prévention de l'exposition au bacille de la tuberculose dans les structures de soins prenant en charge les patients TB, notamment ceux avec formes pharmacorésistantes, à travers des mesures administratives, environnementales et de protection individuelle; et aussi par l'amélioration de la dispensation des soins nécessaires aux personnes atteintes d'ITL ainsi que de l'organisation de ces soins.

Les structures impliquées dans le TPT seront dotées en moyens de diagnostic de l'ITL et en médicaments. En vue d'assurer une meilleure adhésion au traitement, les régimes de courte durée récemment adoptés par le PNLAT devraient être introduits. De même le TPT de la tuberculose chez les contacts de patients présentant une tuberculose pharmacorésistante sera introduit une fois que de nouvelles recommandations en la matière seront émises en la matière.

Vu l'importance du TPT pour infléchir la courbe d'incidence de la tuberculose, ce traitement sera directement observé et fera l'objet de mesures strictes de suivi.

L'utilisation adéquate des outils de collecte des données et le suivi de la mise en œuvre de la lutte contre l'ITL seront assurés. Les séances de counseling au profit des personnes éligibles au TPT et de leur entourage seront régulièrement assurées.

L'organisation et la coordination des actions de prise en charge de l'ITL seront améliorées à travers une meilleure implication des ONG dans les activités préventives. Ces ONG bénéficieront de sessions d'information et de renforcement des capacités en matière d'ITL. Le PNLAT poursuivra la coordination avec les ONG des activités de dépistage, d'enquêtes autour des cas et de relance des absents au TPT ainsi que la collecte des données correspondantes.

Le secteur privé et les autres prestataires de soins opérant en dehors du réseau du MSPS seront impliqués dans la prise en charge de l'ITL.

L'amélioration de la performance du PNLAT en matière de TPT passera également par le renforcement des activités de dépistage chez les contacts ; la promotion de l'adhésion stricte aux directives pour optimiser les efforts des équipes de santé et la mise à profit de la perspective du renforcement de la coordination entre les programmes TB et VIH.

Des messages et des supports éducatifs sur la prévention de l'exposition à la tuberculose et sur l'ITL et son traitement seront élaborés.

Dans le cadre de la prévention et du contrôle de l'infection, les mesures administratives et de protection individuelles seront poursuivies alors que les mesures environnementales seront renforcées.

Interventions stratégiques

- Dispenser aux personnes atteintes d'infection tuberculeuse latente les prestations nécessaires de dépistage, diagnostic, traitement, soutien et suivi ;
- Améliorer l'organisation et la coordination des actions de prise en charge de l'infection tuberculeuse latente ;
- Élaborer des messages et des supports éducatifs sur la prévention de l'exposition à la tuberculose et sur l'infection tuberculeuse latente et son traitement ;
- Renforcer les mesures de prévention et de contrôle de l'infection au niveau des structures de soins.

Objectif 4 : Améliorer la gouvernance du PNLAT et promouvoir l'action multisectorielle.

Les interventions et activités planifiées dans le cadre de cet objectif sont transversales et contribuent à l'atteinte des autres objectifs à travers : le renforcement du système de santé et du système communautaire ;la pérennisation et l'autonomisation du programme national.

En matière de gouvernance, Il s'agit de renforcer la gestion technique et administrative ainsi que les capacités managériales du PNLAT. En outre, il est prévu d'assurer une action de plaidoyer pour la lutte antituberculeuse dans le cadre des chantiers de généralisation de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale tout en contribuant directement à ces chantiers par l'amélioration spécifique de la qualité des soins antituberculeux, des examens de laboratoire et du recueil des données.Aussi, la coordination entre les programmes sera renforcée dans le cadre de la prise en charge des comorbidités.

L'engagement du secteur privé et des autres prestataires de soins n'appartenant pas réseau du MSPS sera renforcé à travers : la dynamisation des partenariats actuels et le développement de nouvelles conventions de partenariat ; l'amélioration de la capacité des prestataires en matière de lutte antituberculeuse ; l'amélioration différenciée selon le rôle de chaque catégorie de prestataires de soins ; et le soutien en matière d'équipement et de consommables.

Le PNLAT est ses partenaires s'attelleront à améliorer le système de suivi et évaluation et rendre le système de surveillance à même de mesurer directement l'ampleur du problème de la tuberculose, en termes d'incidence, de mortalité et de s'affranchir de la dépendance des estimations.

Les actions de recherche opérationnelle destinées à identifier les meilleures approches de mise en œuvre des outils et stratégies de lutte antituberculeuse notamment en termes de prévention, de diagnostic et de traitement.

Des actions de renforcement de la coopération avec les ONG thématiques et de proximité et de leur capacité d'action permettront d'augmenter la portée et l'échelle des actions communautaires qui seront entreprises.

Le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale auront un rôle crucial dans toutes les composantes de prise en charge de la lutte antituberculeuse et permettront d'améliorer l'offre et la demande de soins et l'adhésion au traitement de l'infection tuberculeuse latente et de la tuberculose maladie.

Il en est de même pour la réduction du pourcentage des ménages touchés par la tuberculose qui sont confrontés à des coûts catastrophiques dus à la maladie. Ce pourcentage reflète, en effet, la protection contre les risques financiers, qui représente l'un des deux éléments clés de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale des ménages touchés par la tuberculose. En agissant sur les déterminants de ces coûts catastrophiques, il sera possible d'améliorer l'accès des malades au diagnostic et au traitement de la tuberculose.

L'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé public passe obligatoirement par un engagement multisectoriel à long terme. Cette logique d'élimination suppose un changement de paradigme d'une approche centrée sur les aspects de prise en charge permettant une diminution progressive de l'incidence vers des mesures renforcées et multisectorielles permettant une diminution accélérée de l'incidence.

Ainsi, le MSPS assurera le développement du cadre de responsabilisation multisectoriel relatif à la lutte contre la tuberculose que le pays s'est engagé à mettre en œuvre.

Le PNLAT et ses partenaires continueront à promouvoir les droits humains et les questions de genre en vue de prévenir tout obstacle à l'accès universel aux services de prise en charge de la tuberculose et de mettre en exergue le droit à la prévention des déterminants socioéconomiques de la maladie en accord avec la dimension multisectorielle de la lutte antituberculeuse.

AXE STRATÉGIQUE 4.1: Gestion technique et administrative du PNLAT.

Cet axe stratégique a pour objectif de renforcer les actions managériales en soutien aux mesures spécifiques de lutte antituberculeuse afin d'obtenir l'impact escompté en termes de réduction rapide de l'incidence et de la mortalité.

Dans cette optique, le PNLAT s'attellera à améliorer la gestion des ressources humaines impliquées dans la LAT à travers le recours à des mécanismes innovants tels que la mutualisation des ressources, l'amélioration de l'attractivité des services prise en charge de la tuberculose pour le personnel et l'affectation de personnel supplémentaire selon le besoin.

La capacité en matière de gestion technique du PNLAT, des gestionnaires du programme à tous les niveaux sera améliorée. La gestion et l'évaluation du programme sera renforcée à travers l'organisation de réunions périodiques.

Les régions seront accompagnées dans l'élaboration de leurs plans stratégiques, opérationnels et de suivi évaluation.

Le problème de la maintenance des équipements biomédicaux de dépistage et de diagnostic sera résolu à travers l'amélioration de la couverture de ces équipements par des contrats de maintenance en vue d'éviter toute interruption du service.

L'organisation des prestations de soins et des mesures de lutte antituberculeuse seront améliorées. Dans ce cadre, les standards nationaux en matière d'implantation, de construction, d'équipement et des ressources humaines des services antituberculeux seront définis et normalisés.

Une approche intégrée dans la gestion des programmes de santé sera favorisée pour pallier à l'insuffisance des ressources humaines et financières.

Un organe de coordination des activités de LAT au niveau des régions à forte incidence sera créé.

Des actions de plaidoyer en faveur de la lutte antituberculeuse seront entreprises. Dans ce sens, une stratégie et un plan de plaidoyer et de mobilisation de fonds en faveur de la lutte antituberculeuse seront développés. Des activités de formation sur le plaidoyer et la mobilisation sociale seront organisées en faveur des OSC et des responsables centraux, régionaux, provinciaux et préfectoraux du MSPS.

Les élus et décideurs des collectivités locales seront sensibilisés pour inscrire la TB en tant que priorité nationale et locale et lui allouer le budget nécessaire.

La coordination entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le SIDA sera renforcée à tous les niveaux. Ainsi, l'échange des expériences entre les deux programmes au niveau des différentes provinces et préfectures sera favorisé. Des mécanismes de coordination de la prise en charge de la co-infection TB/VIH entre les équipes des CDTMR et celles des CR du PNLS seront mis en place.

Le comité national de coordination des activités collaboratives Tuberculose/VIH continuera à fonctionner régulièrement et des comités régionaux seront mis en place.

Une planification et des missions de supervision conjointes entre les deux programmes serontassurées.

Interventions stratégiques

- Renforcer les effectifs et les compétences des ressources humaines impliquées dans la LAT à tous les niveaux ;
- Développer les capacités managériales du PNLAT aux niveaux central, régional et provincial ;
- Améliorer l'organisation des prestations de soins et des mesures de lutte contre la tuberculose ;
- Assurer le plaidoyer en faveur de la lutte antituberculeuse ;
- Renforcer la coordination entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le SIDA à tous les niveaux.

AXE STRATÉGIQUE 4.2 : Partenariat avec le secteur privé et les autres prestataires de soins en dehors du réseau du MSPS.

Environ un tiers des cas notifiés de tuberculose sont référés par les médecins privés aux services du PNLAT. Des conventions de partenariat sont établies entre le MSPS et les associations professionnelles ainsi que les syndicats de médecins privés (pneumologues, pédiatres, généralistes).

Il existe depuis plus de vingt ans une collaboration entre le PNLAT et les services de santé des FAR. Cette collaboration s'est concrétisée à travers la signature d'une convention de partenariat établie entre l'Administration de la Défense Nationale et le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale dans le cadre du Plan National d'Accélération de la Réduction de l'Incidence de la Tuberculose 2013-2016. Ces services adhèrent aux directives et à la stratégie du PNLAT dans le contexte spécifique régi par les prérogatives de l'Administration de la Défense Nationale. Le PNLAT les approvisionne en médicaments antituberculeux et en produits de laboratoires. Dans le cadre du présent PSN, le PNLAT prévoit de consolider et de renforcer cette collaboration.

L'OCP dispose de structures sanitaires assurant des prestations de santé au profit de ses employés et des membres de leurs familles dans les provinces où ses activités minières et industrielles sont implantées (El-Jadida, Khouribga ou Safi). Il existe une assez bonne coopération entre ces structures sanitaires et les CDTMR au niveau des provinces. Elles y réfèrent habituellement les patients présumés ou avérés tuberculeux pour assurer leur prise en charge conformément aux directives du PNLAT. Toutefois, la collaboration entre les services sanitaires de l'OCP et les structures du PNLAT ne dispose actuellement d'aucun cadre formel.

Une collaboration réussie entre les services du PNLAT et les services médicaux des établissements pénitentiaires est également maintenue depuis plusieurs décennies. Une convention de partenariat a été signée entre le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et la DGAPR en 2013 en vue de soutenir les activités de lutte antituberculeuse en milieu carcéral.

Le but de cet axe stratégique est de permettre aux malades pris en charge en dehors du réseau du PNLAT de bénéficier de manière équitable des prestations de prise en charge de la tuberculose, d'améliorer le taux de détection et de réduire les délais du diagnostic ; ce qui aura une répercussion positive sur l'amélioration du succès du traitement et sur la réduction des décès.

Ainsi, le PNLAT continuera à entretenir un partenariat privilégié avec les structures de soins n'appartenant pas au réseau du MSPS, à améliorer la capacité des médecins et des infirmiers exerçant dans ces structures et à les doter des moyens nécessaires pour la mise en œuvre des actions de lutte antituberculeuse.

Le système de référence entre ces structures et les services du PNLAT sera renforcé.

Interventions stratégiques

- Renforcer la coopération avec le secteur privé ;
- Renforcer la coopération avec les services sanitaires de l'Administration pénitentiaire ;
- Renforcer la coopération avec les services de santé des Forces Armées Royales (FAR) ;
- Renforcer la coopération avec les prestataires de soins en dehors du réseau du PNLAT autres que ceux du secteur privé, des FAR et du système pénitentiaire.

Echelle11

AXE STRATÉGIQUE 4.3 : Système de suivi et évaluation et recherche.

En vue d'atteindre les objectifs stratégiques du programme, il est crucial de disposer d'un système solide de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des interventions de lutte antituberculeuse permettant d'assurer la surveillance épidémiologique de la maladie, de mesurer l'impact des actions entreprises et de guider la recherche opérationnelle.

Ainsi, les actions prévues dans le cadre de cet axe stratégique permettront de renforcer les capacités en matière de suivi et d'évaluation à tous les niveaux et ce, en termes d'analyse et d'interprétation des données épidémiologiques ainsi que des données relatives au processus, à la couverture des services et au résultat des actions de lutte antituberculeuse. Les professionnels de santé concernés seront formés sur le DHIS2 et son paramétrage. En outre, les agents impliqués dans l'utilisation du système d'information bénéficieront d'une formation de remise à niveau.

De même, le système de suivi et évaluation de la co-infection TB/VIH sera renforcé en termes de supervision conjointe, d'harmonisation entre les deux programmes du processus de collecte des données, d'évaluation et de validation conjointe des données.

Les activités de supervision seront mieux structurées et organisées à travers l'élaboration d'un guide et d'un modèle de rapport détaillé standard de supervision et de plans annuels. Elles seront entreprises à tous les niveaux, du central jusqu'au communautaire, par un personnel formé sur les modalités techniques et organisationnelles de la supervision. Elles seront, dans la mesure du possible, conduites de manière intégrée entre l'équipe de l'unité centrale du PNLAT et les cadres du LNRT. Elles concerneront également la supervision de l'utilisation du système d'information et de la mise en œuvre d'interventions stratégiques spécifiques.

La surveillance épidémiologique, le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la stratégie du PNLAT seront assurés à tous les niveaux à travers :

- la mise à jour du manuel de référence du SI ;
- la validation régulière de la qualité des données de la tuberculose (data quality audit) ;
- l'extension du DHIS2 à tous les CDTMR et les Centres de Santé Intégrées ;
- le renforcement de la surveillance des décès liés à la tuberculose ;
- l'évaluation régulière du PNLAT.

Par ailleurs, la recherche opérationnelle sera renforcée à travers une meilleure organisation et un meilleur pilotage. Elle sera planifiée dans le cadre d'un plan stratégique national. Les études de recherche opérationnelles jugées prioritaires sont celles visant l'estimation de la charge de la tuberculose, l'évaluation de la proportion des ménages encourant des coûts catastrophiques liés à la tuberculose, l'estimation du délai du diagnostic de la tuberculose et l'évaluation de la qualité de diagnostic de la tuberculose de l'enfant et de la tuberculose extrapulmonaire.

Interventions stratégiques

- Renforcer les capacités en suivi et évaluation à tous les niveaux ;
- Renforcer le système de suivi et évaluation de la co-infection TB/VIH ;
- Mettre en œuvre les activités de supervision à tous les niveaux ;
- Assurer la surveillance épidémiologique et le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la stratégie du PNLAT à tous les niveaux ;
- Renforcer la recherche opérationnelle.

AXE STRATÉGIQUE 4.4 : Action Communautaire et TB.

Le système de santé ne peut pas fournir à lui seul et de manière équitable des soins antituberculeux à l'ensemble la population. Certains groupes de population pourraient être servis de manière plus efficiente en collaboration avec les acteurs communautaires. Ainsi, le PNLAT œuvrera à améliorer la capacité de la

communauté à élargir le champ d'action du PNLAT au-delà des structures de soins en contribuant : à la sensibilisation des malades avec symptômes de tuberculose et des contacts et à leur orientation vers les structures de soins; à fournir un soutien aux patients sous traitement et à relancer les absents au traitement ; et à contribuer aux actions d'éducation de la population sur la tuberculose.

La coordination des ONG contribuant à la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire sera améliorée et leur rôle sera renforcé à travers l'identification de toutes les ONG œuvrant dans le domaine de la tuberculose et l'amélioration du suivi de leurs activités. Le PNLAT collaborera avec les départements du MSPS disposant d'une expertise de collaboration et de partenariat avec des ONG thématiques et de proximité. Un guide sur les activités de lutte antituberculeuses à base communautaire sera élaboré et des fonds seront mobilisés pour assurer la pérennité des actions des ONG.

Un plan de communication annuel sera établi. Des outils de communication adaptés aux besoins de la riposte nationale à la tuberculose seront développés et diffusés. La journée mondiale de la tuberculose continuera à être célébrée le 24 mars de chaque année.

Interventions stratégiques

- Améliorer la coordination et renforcer le rôle des ONG dans la dynamique de lutte contre la tuberculose ;
- Entreprendre des actions de Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale.

AXE STRATÉGIQUE 4.5 : Contribution au renforcement de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale ainsi qu'à la réduction des coûts catastrophiques encourus par les malades atteints de tuberculose et leurs ménages.

Dans le cadre de la Stratégie "Mettre fin à la tuberculose", l'élimination des coûts catastrophiques supportés par les patients atteints de tuberculose et leurs familles à l'horizon 2020 est un indicateur des progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale.

Dans le cadre de cet axe stratégique, il sera procédé à l'évaluation, comme situation de base, de la proportion des malades TB et leurs ménages supportant des coûts catastrophiques liés à la maladie et à l'évaluation du résultat des actions mises en œuvre pour réduire cette proportion. Les actions consisteront à réduire les risques financiers posés par la tuberculose aux malades tuberculeux. Ceci sera réalisé à travers des aides financières directes fournies aux malades et un plaidoyer en faveur de la protection sociale visant la compensation des coûts non médicaux, à savoir: les coûts occasionnés par la perte d'emploi ou de

revenu et les coûts médicaux indirects tels que le transport, l'hébergement et la restauration; et la couverture sanitaire universelle (assurance couvrant les coûts médicaux directs). Le PNLAT contribuera directement à la couverture sanitaire universelle en mettant en place des actions d'amélioration de la qualité des soins antituberculeux y compris en ce qui concerne les examens bactériologiques et la qualité des données.

Interventions stratégiques

- Réaliser des enquêtes sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose ;
- Faire bénéficier les malades tuberculeux d'aides directes visant la réduction des coûts catastrophiques et l'amélioration de l'adhésion au traitement ;
- Assurer une bonne intégration des malades tuberculeux dans les régimes de protection sociale ;
- Mettre en place des actions d'amélioration de la qualité des soins antituberculeux.

AXE STRATÉGIQUE 4.6 : Mise en place d'un cadre de responsabilisation multisectoriel et mise en œuvre des approches multisectorielles pertinentes.

L'approche biomédicale seule n'est pas suffisante pour obtenir des taux de réduction annuelle de l'incidence au-delà de 5% par an.

Dans le cadre de la stratégie "Mettre fin à la tuberculose", la réduction annuelle du taux d'incidence de la tuberculose à l'échelle mondiale doit s'accélérer, passant d'une baisse annuelle de 2% en 2015 à 6% en 2020, et enfin 10% en 2025. Le taux cible de 10 % par an correspond au déclin le plus rapide enregistré à ce jour au niveau national. Des taux comparables ont en effet été obtenus dans certaines régions d'Europe occidentale à la fin des années 1940 et au cours des années 1950, à une époque marquée par des progrès considérables en termes de couverture sanitaire, de protection sociale et de développement socio-économique.

Le plaidoyer seul n'a pas été suffisant pour engager les parties prenantes dans la dynamique de l'action multisectorielle. La mise en place d'un cadre de responsabilisation multisectoriel à cette fin s'avère indispensable. En vertu de ce cadre de responsabilisation, chaque secteur est redevable des objectifs et des actions qu'il s'est engagé à réaliser.

Le rôle du MSPS et du PNLAT est d'assurer la planification, l'organisation, le pilotage, le suivi et l'évaluation des actions que les partenaires se sont engagés à réaliser. Les quatre composantes d'un cadre de responsabilisation multisectoriel (1. Engagements déjà pris par le pays ; 2. Actions ; 3. suivi et rapportage ; 4. Revue) guideront toutes les actions qui seront menées de concert entre les différentes parties prenantes pour que le Maroc dispose d'un cadre de responsabilisation multisectoriel.

En parallèle, le PNLAT continuera à mettre en œuvre les approches multisectorielles pertinentes identifiées.

Interventions stratégiques

- Mettre en place un cadre de responsabilisation multisectoriel ;
- Mettre en œuvre les approches multisectorielles pertinentes.

AXE STRATÉGIQUE 4.7 : Prise en compte du genre et des droits humains dans la lutte contre la tuberculose.

Même si aucun problème sérieux lié au genre n'ait été rapporté lors de la revue du globale du PNLAT conduite en 2022, il convient de disposer des données aussi bien quantitatives que qualitatives afin d'explorer la question de manière approfondie et surveiller la situation. En effet, il est primordial de confirmer et de s'assurer, preuves à l'appui, qu'il n'existe pas de problèmes d'inégalités et d'obstacles à l'accès aux services liés au genre et aux droits humains. Pour ce faire, il convient d'assurer une capacité suffisante pour surveiller et rendre compte régulièrement et systématiquement de l'impact, au niveau de la lutte antituberculeuse, des dispositions adoptées par le pays en vue d'assurer l'égalité des sexes. Il convient également d'impliquer la société civile dans ce suivi.

Dans le cadre de cet axe, il est prévu aussi de continuer à promouvoir les droits humains et étendre de manière explicite les droits à la santé de la population à la protection contre les déterminants socio-économiques de la tuberculose.

Il s'agira également de faire en sorte de ne rater aucune opportunité pour le diagnostic précoce de la tuberculose en raison de problèmes d'accessibilité aux soins résultant de la stigmatisation ou de problèmes d'inégalité ou d'iniquité selon la géographie, le sexe ou d'autre facteurs qu'il conviendra de déterminer à travers la ventilation des données du programme et par le biais de données qualitatives. A cette fin, le système de suivi et évaluation sera renforcé, ce qui permettra également de renseigner et d'améliorer la programmation et le résultat d'interventions de lutte antituberculeuse basés sur les droits humains. De la sorte, des services antituberculeux globaux basés sur les droits humains seront promus.

L'approche droits humains adoptée s'appuie sur les droits et les responsabilités des patients, ainsi que sur les obligations de l'Etat en matière de droits humains appliquées à la tuberculose. Ces obligations constituent le socle du cadre de responsabilisation multisectoriel pour mettre fin à la TB au Maroc.

Un cadre d'intervention a été défini par la convention de partenariat entre le MSPS et le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) en matière de lutte contre la tuberculose, qui prévoit d'assurer: i) l'accès des groupes de population vulnérables aux prestations de prévention, de diagnostic et de soins de

la tuberculose, ii) la lutte contre la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion sociale des patients tuberculeux et leur entourage, iii) la réduction des inégalités basées sur le genre et de toute forme de construit social susceptible d'entraver les efforts de prévention et de contrôle de la TB, et iv) la mobilisation effective de l'ensemble des parties prenantes, gouvernementales et non gouvernementales, dans un cadre d'intersectorialité et de redevabilité, afin de lever les obstacles socioculturels, économiques et environnementaux qui retardent l'élimination de la TB au Maroc.

Pour mettre en œuvre cette approche avec succès, plusieurs actions et instruments seront nécessaires. Ainsi, une étude d'évaluation « Communauté, droits et genre » sera réalisée. Une représentation égalitaire des femmes et des hommes dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de lutte antituberculeuse sera assurée.

Dans le cadre de la consolidation, la promotion et le renforcement des droits humains, des actions de sensibilisation, de promotion de l'application des dispositions juridiques inhérentes aux droits humains, de développement des capacités des acteurs clés et de surveillance de la situation seront entreprises. Pour ce faire, les ONG seront mobilisées et la coordination avec les instances concernées sera renforcée. Une étude index stigma sur la tuberculose sera réalisée.

Interventions stratégiques

- Explorer le rôle du genre dans la problématique de la tuberculose et assurer l'égalité du genre dans la lutte contre la tuberculose ;
- Consolider, promouvoir et renforcer les droits humains.

X. PLAN OPÉRATIONNEL (ACTIVITÉS)

Objectif 1: Augmenter le taux de couverture du traitement de la tuberculose pharmacosensible à au moins 95% et le taux de détection des cas de tuberculose MR/RR à au moins 75% à l'horizon 2030.

AXE STRATÉGIQUE 1.1: Identification des cas présumés de tuberculose parmi les consultants pour signes respiratoires.

1.1.1. Développer les compétences en matière d'identification et de prise en charge des cas présumés de tuberculose dans toutes les structures de soins.

Activités

1.1.1.1. Intégrer les critères de présomption de la tuberculose dans l'algorithme de PEC des IRABC destiné aux médecins généralistes des ESSP et du secteur privé.

1.1.1.2. Produire les algorithmes de triage et de diagnostic de la tuberculose chez les personnes n'appartenant pas à un groupe à risque et consultant pour signes évocateurs de tuberculose sous forme d'affiches destinés aux structures sanitaires du MSPS, FAR et DGAPR.

1.1.1.3. Assurer la formation en mode "E-learning" de l'ensemble les médecins généralistes et infirmiers des cellules de LAT dans les ESSP sur les procédures d'identification et de prise en charge des cas présumés de tuberculose, sur le diagnostic et la prise en charge de la TB pharmacosensible de l'enquête autour du cas et de l'ITL, sur la co-infection TB/VIH, sur la comorbidité tuberculose et diabète et sur la lutte contre la stigmatisation.

- 2500 infirmiers répartis sur les 3 premières années ;
- 2500 médecins répartis sur les 3 premières années ;

1.1.1.4. Assurer la formation des membres des ONG travaillant sur le terrain sur les procédures de référence des personnes identifiées aux structures de prise en charge de la tuberculose, de relance des absents au traitement, sur l'éducation de la population générale, des patients et de leur entourage.

1.1.1.5. Assurer la formation des médecins du secteur privé (E-learning pour les généralistes et présentiel pour les pneumophtisiologues) sur les procédures d'identification et de prise en charge des cas présumés de tuberculose, le dépistage systématique de la TB des contacts et des diabétiques et sur la prise en charge de l'ITL.

1.1.1.6. Former les médecins généralistes et les infirmiers des FAR sur les procédures de dépistage, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose et sur la prise en charge de l'ITL.

1.1.1.7. Former les médecins pneumo-phtisiologues des 7 hôpitaux des FAR sur le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose et la prise en charge de l'ITL: une seule session de 25 personnes.

1.1.1.8. Former les médecins généralistes et les infirmiers des établissements pénitentiaires sur le dépistage, le diagnostic, la prise en charge de la tuberculose et la prise en charge de l'ITL: deux ou quatre sessions de 25 personnes en présentiel sur 3 ans.

1.1.1.9. Organiser pour les médecins exerçant dans les structures sanitaires et médicales de l'OCP, deux ateliers de formation de mise à jour de 3 jours sur le dépistage, l'identification des cas présumés de tuberculose parmi les consultants pour symptômes respiratoires et la prise en charge de l'ITL.

1.1.1.10. Organiser pour les infirmiers des structures sanitaires et médicales de l'OCP, deux ateliers de formation de mise à jour des connaissances sur le dépistage, l'identification des cas présumés de tuberculose

parmi les consultants pour symptômes respiratoires et la prise en charge de l'ITL.

1.1.1.11. Assurer, par le personnel des CDTMR, l'encadrement des équipes des centres de santé en matière de dépistage, d'identification des malades présumés tuberculeux parmi ceux consultent pour symptômes respiratoires, d'administration et de suivi du traitement, de relance des absents au traitement, d'enquête autour des cas de tuberculose confirmés et de gestion des médicaments antituberculeux et ce, à travers les visites sur place, les réunions, les communications par téléphone et le retour d'information sur les patients transférés au CDTMR.

1.1.2. Améliorer l'organisation et la coordination des activités de prise en charge des cas présumés de tuberculose dans toutes les structures de soins

Activités

1.1.2.1. Conduire une étude sur le délai du diagnostic de la tuberculose (voir 4.3.5.5)

1.1.2.2. Identifier une filière de soins spécifique facilitant l'accès rapide aux structures de soins pour les cas présumés de tuberculose.

1.1.2.3. Identifier et prendre en charge les cas présumés de tuberculose dans toutes les structures de soins y compris les ESSP, le milieu hospitalier, les structures d'addictologie, les cabinets des médecins généralistes et spécialistes du secteur privé et les structures des FAR et de la DGAPR.

1.1.2.4. Créer une plateforme virtuelle au niveau régional qui intègre les médecins généralistes et les pneumologues des secteurs privé et public pour la discussion de la prise en charge des cas présumés de tuberculose et des cas de tuberculose confirmée.

1.1.2.5. Améliorer le système de référence des cas présumés de tuberculose entre les médecins privés et les services du PNLAT par l'élaboration et l'utilisation d'une fiche de référence (voir 4.2.1.7).

1.1.2.6. Établir et mettre en œuvre un plan de supervision et de formation par les pneumologues des ESSP (voir −4.3.3).

1.1.3. Doter les structures de soins des moyens nécessaires pour l'identification et la prise en charge des cas présumés de tuberculose

Activités

1.1.3.1. Étendre l'équipement en appareils de radiologie numérique aux CDTMR non encore équipés.

1.1.3.2. Entreprendre la construction et le plombage des locaux où seront installés les nouveaux appareils de radiologie numérique au niveau des CDTMR et des CSI dépourvus de salles de radiologie.

1.1.3.3. Assurer la disponibilité des films de radiologie au niveau du réseau des CDTMR pour réaliser 561 713 radiographies thoraciques en 2024, 552 722 en 2025, 543 768 en 2026, 529 343 en 2027, 515 204 en 2028, 501 352 en 2029, 482 706 en 2030. Renouveler et/ou acquérir les équipements de radioprotection nécessaires pour le personnel des CDTMR.

1.1.3.4. Assurer la maintenance des appareils de radiologie numérique fixe et mobile.

1.1.3.5. Acquérir des solutions logicielles compatibles avec la radiologie numérique afin d'automatiser la lecture des radiographies thoraciques et appuyer l'aide à la décision médicale en sélectionnant les radiographies thoraciques anormales.

1.1.3.6. Identifier une filière assurant la gratuité et la fluidité pour bénéficier des prestations de radiologie au niveau hospitalier lorsque cette prestation n'est pas disponible au niveau du CDTMR/CSI.

AXE STRATÉGIQUE 1.2 : Assurer le dépistage systématique des contacts, des personnes vivant avec le VIH et des autres groupes à haut risque identifiés.

1.2.1. Renforcer la stratégie globale de dépistage

Activités

1.2.1.1. Acquérir 3 appareils de radiologie numérique mobiles pour les besoins de dépistage systématique de la tuberculose chez les groupes à haut risque pour les régions à forte charge de TB qui n'en disposent pas ;

1.2.1.2. Compléter les ateliers de formation et de remise à niveau des médecins et des infirmier(ère)s non encore formés des CDTMR et des unités provinciales et préfectorales de coordination du PNLAT sur les activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts et les autres groupes à risque y compris les techniques de communication et de sensibilisation ainsi que le recueil adéquat des informations correspondantes.

1.2.1.3. Renforcer les capacités des prestataires de soins opérant en dehors du réseau du MSPS et des ONG en matière de dépistage (voir 1.1.1.4 ; 1.1.1.5 ; 1.1.1.6 ; 1.1.1.7 ; 1.1.1.8 ; 1.1.1.9 ; 1.1.1.10).

1.2.1.4. Continuer à incorporer la thématique relative au dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts et les autres groupes à risque dans les programmes de formation continue et les manifestations scientifiques.

1.2.1.5. Entreprendre des actions visant l'amélioration de l'attractivité de la TB auprès des associations en vue d'obtenir un engagement maximal dans la lutte antituberculeuse et favoriser la pérennité de ces actions. (Voir 4.4.1).

1.2.1.6. Documenter les activités de dépistage et évaluer pour chaque groupe cible touché, la cascade de dépistage et de TPT en vue de déterminer la prévalence de la tuberculose chez le groupe cible touché, le rendement du dépistage et son coût d'une part, et d'ajuster les approches de dépistage d'autre part.

1.2.1.7. Procéder si nécessaire à la révision des groupes cibles prioritaires pour le dépistage de la tuberculose et revoir le choix des algorithmes de dépistage et de diagnostic les plus appropriées en se basant sur une analyse approfondie des groupes à risque en fonction de leur taille, de la prévalence de la tuberculose en leur sein et du coût anticipés du dépistage (en fonction de l'évolution de l'épidémiologie de la tuberculose et de ses facteurs de risque dans le pays ainsi que des outils de dépistage disponibles).

1.2.1.8. Identifier parmi les populations clés pour lesquelles le dépistage systématique n'est pas indiqué, compte tenu des critères de priorisation établis et déterminer celles qui devront bénéficier de l'approche de détection des cas améliorée («enhanced case finding»), notamment les populations difficiles à atteindre et à faible accès aux structures de soins

1.2.1.9. Digitaliser les algorithmes de dépistage et de diagnostic de la tuberculose (création d'une application smartphone) pour faciliter le renvoi entre les différents algorithmes.

1.2.2. Assurer le dépistage systématique des contacts

Activités

1.2.2.1. Mettre en œuvre les dispositions du plan opérationnel pour redynamiser et étendre les activités de dépistage systématique de la tuberculose chez les sujets-contacts.

1.2.2.2. Assurer un meilleur encadrement des ONG de proximité chargées d'identifier les sujets contacts et à les inviter à se présenter aux centres de santé pour compléter l'enquête autour du cas. (Voir 4.4.1).

1.2.2.3. Impliquer les autorités locales dans l'organisation des actions de dépistage de la TB parmi les sujets contacts.

1.2.2.4. Établir une filière de soins des sujets contacts selon les particularités de chaque province dans le cadre des GST.

1.2.2.5. Assurer l'éducation des cas index et de leurs familles sur la tuberculose et ses symptômes et l'importance de l'examen des contacts et du TPT.

1.2.2.6. Impliquer les prestataires de soins exerçant en dehors du réseau du MSPS dans les actions de dépistage de la tuberculose chez les contacts à travers des formations et des directives nationales qui seront diffusées par l'intermédiaire de l'ordre des médecins.

1.2.2.7. Assurer le plaidoyer en faveur du recrutement de personnel pour pallier au départ des professionnels de santé impliqués dans l'investigation des sujets contacts (Voir −4.1.1).

1.2.2.8. Réviser l'algorithme de dépistage et de diagnostic de la tuberculose chez les contacts en précisant dans la démarche : i) qu'en cas d'indisponibilité de la radiologie, on doit se baser sur les symptômes pour l'identification des cas présumés de tuberculose, ii) et que la radiologie doit rester un élément indispensable (référer le malade pour examen radiologique à une structure disposant de la radio) pour confirmer l'élimination de la tuberculose active avant la mise sous TPT et pour établir un diagnostic clinique si besoin.

1.2.3. Assurer le dépistage systématique et le diagnostic de la tuberculose auprès des personnes vivant avec le VIH

Activités

1.2.3.1. Convertir en "e-book" le nouveau guide pratique et les POS de de lutte contre la co-infection TB/VIH élaborés dans le PSN 2021-2023 en AN1.

1.2.3.2. Mettre à jour le guide national de prise en charge de la co-infection TB/VIH et les POS conformément aux recommandations de l'OMS en AN6.

1.2.3.3. Organiser, au profit des médecins des 23 centres référents VIH non encore formés, un atelier de 1 jour, une formation sur le dépistage et le diagnostic de la TB, le TPT chez les PVVIH et sur le contrôle de l'infection.

1.2.3.4. Organiser 1 atelier de formation (de 1 jour) au profit de 25 infirmier(ère)s et éducateurs thérapeutiques non encore formés exerçant dans les 23 sites de référence du PNLS, sur le dépistage et le diagnostic de la TB chez les PVVIH et sur le contrôle de l'infection.

1.2.3.5. Intégrer et utiliser le questionnaire pour le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH dans le dossier informatisé de suivi des PVVIH.

1.2.3.6. Approvisionner les sites du PNLS en pots de prélèvement des expectorations ainsi qu'en glacières pour le transport des prélèvements pour les sites qui ne disposent pas d'appareil Xpert ou de cartouches (voir −1.3.2).

1.2.3.7. Acquérir les tests de dosage urinaire du lipoarabinomannan à flux latéral (LF-LAM). (Diagnostic de la TB dans les CR VIH).

1.2.3.8. Assurer le transport des prélèvements vers les laboratoires de microscopie et les CDTMR équipés d'appareil GeneXpert. (voir 1.3.4).

1.2.3.9. Assurer la rétro-information pour les sites du PNLS concernant les PVVIH référés vers les CDTMR pour le dépistage ou l'évaluation diagnostique de la tuberculose.

1.2.4. Assurer le dépistage systématique de la tuberculose auprès de la population carcérale

Activités

1.2.4.1. Assurer le dépistage de la TB chez la population carcérale à chaque admission dans la structure pénitentiaire.

1.2.4.2. Entreprendre un dépistage systématique radiologique de la TB dans toutes les prisons au moins une fois par an avec l'appui des ONG thématiques.

1.2.4.3. Assurer le dépistage des sujets contacts des cas index de TB diagnostiqués nouvellement admis dans un établissement pénitentiaire.

1.2.4.4. Réaliser un dépistage systématique de l'ensemble des détenus occupant la même cellule que des cas index.

1.2.4.5. Continuer à assurer l'identification et la prise en charge des cas présumés de tuberculose parmi les détenus qui présentent des symptômes de TB au cours de leur incarcération.

1.2.5. Assurer le dépistage systématique de la tuberculose auprès des diabétiques

Activités

1.2.5.1. Mettre à jour, conjointement par le PNLAT et le PNPCD, le guide pratique et élaborer les algorithmes et POS de prévention, de soins et de contrôle de la tuberculose chez le patient diabétique en tenant compte du fait que les diabétiques constitue le groupe où il y a le plus de cas de tuberculose compte tenu de la prévalence élevée du diabète dans la population générale : 2 consultants nationaux (pneumologue et endocrinologue).

1.2.5.2. Imprimer 3000 exemplaires du guide pratique de prévention, de soins et de contrôle de la tuberculose chez le patient diabétique.

1.2.5.3. Convertir en "e-book" le guide pratique de prévention, de soins et de contrôle de la tuberculose chez le patient diabétique mis à jour.

1.2.5.4. Inclure la thématique tuberculose et diabète dans le module de formation E-learning destinés aux médecins et infirmier(ière) sexerçant dans les ESSP, les services de santé des FAR, de la DGAPR et de l'OCP; et dans les symposiums des pneumologues, endocrinologues et médecins généralistes.

1.2.5.5. Organiser des sessions de formation et de remise à niveau sur la tuberculose et le diabète pour les professionnels de santé qui prennent en charge les diabétiques dans les ESSP (session à intégrer avec la formation E-learning destinée au personnel de santé des ESSP).

1.2.5.6. Organiser des sessions de formation de remise à niveau sur la tuberculose et le diabète pour les endocrinologues (100 endocrinologues).

1.2.5.7. Renforcer la formation des médecins généralistes du secteur privé sur le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les patients diabétiques (voir 1.1.1.5).

1.2.5.8. Assurer un dépistage clinique systématique de la tuberculose pour chaque diabétique qui a recours aux structures de soins.

1.2.5.9. Élaborer des dépliants et des affiches pour informer et sensibiliser les patients diabétiques sur la tuberculose.

1.2.6. Assurer le dépistage systématique de la tuberculose auprès des patients atteints de silicose

Activités

1.2.6.1. Organiser un atelier sur le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs de fonds réunissant les cadres du MSPS et du PNLAT avec les représentants des ministères et des organismes concernés ainsi que les ONG thématiques, en vue de préciser les modalités de conduite du dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs exposés à la poussière de silice et le rôle de chaque entité représentée dans l'atelier.

1.2.6.2. Intégrer dans le guide national de LAT un chapitre sur la prise en charge de la comorbidité tuberculose - silicose.

1.2.6.3. Sensibiliser les pneumologues qui assurent la prise en charge de la tuberculose chez les patients silicotiques sur le risque d'infection par des mycobactéries atypiques.

1.2.6.4. Procéder annuellement, avec le concours des compagnies minières nationales, au dépistage systématique de la tuberculose auprès des mineurs de fonds exposés à la poussière de silice en utilisant l'algorithme élaboré à cet effet par le PNLAT.

1.2.6.5. Procéder, en impliquant les 2 ONG thématiques (LMCT et SOS Tuberculose et Maladies Respiratoires), au dépistage annuel de la tuberculose chez les mineurs des exploitations minières de droit coutumier et les artisans miniers en utilisant l'algorithme élaboré à cet effet par le PNLAT.

1.2.6.6. Dépister systématiquement la tuberculose chez les anciens et les actuels patients exposés à la silice lors de chaque consultation de suivi par les pneumologues.

1.2.7. Assurer le dépistage systématique de la tuberculose chez les autres groupes à risque et les populations vulnérables : migrants, réfugiés, personnes vivant dans des zones géographiques où la prévalence de la tuberculose est significativement supérieure à la moyenne nationale et populations vivant dans des zones géographiques éloignées ou enclavées

Activités

1.2.7.1. Organiser une fois par an, en impliquant les ONG thématiques et les associations de proximité, des sessions de détection des cas améliorée en faveur des migrants et des réfugiés.

1.2.7.2. Organiser une fois par an, avec la participation des ONG thématiques et des associations de proximité, des sessions de détection des cas améliorée en faveur des personnes vivant dans des zones géographiques où la prévalence de la tuberculose est significativement supérieure à la moyenne nationale.

1.2.7.3. Organiser une fois par an, avec le concours des ONG thématiques et des associations de proximité, des sessions de détection des cas améliorée en faveur des populations vivant dans des zones géographiques éloignées ou enclavées.

AXE STRATÉGIQUE 1.3: Diagnostic de la tuberculose y compris la tuberculose pharmacorésistante.

1.3.1. Assurer l'infrastructure adéquate des laboratoires de diagnostic initial et de culture et la biosécurité des laboratoires de culture

Activités

1.3.1.1. Mettre en conformité les laboratoires de diagnostic initial qui ne disposent pas de 2 salles séparées, l'une pour la manipulation des prélèvements (activités « sales ») et l'autre pour la microscopie et tests GeneXpert (activités « propres ») ;

1.3.1.2. Assurer l'alimentation électrique stable des laboratoires de diagnostic initial ;

1.3.1.3. Équiper en climatiseurs tous les laboratoires de diagnostic initial ;

1.3.1.4. Équiper les laboratoires qui ne disposent pas du mobilier nécessaire (lavabos à pédale, meubles sous paillasse, étagères, tabourets de paillasse) ;

1.3.1.5. Vérifier que les aménagements de chaque laboratoire de culture TB correspondent bien aux normes de l'OMS avec 6 à 12 changements d'air par heure (mise en place d'un évent dans la porte d'accès) ;

1.3.1.6. Vérifier la certification annuelle des hottes de sécurité biologique de tous les laboratoires de culture et remplacer en urgence les postes défectueux ;

1.3.1.7. Assurer la fourniture de masques de type chirurgical pour tous les patients en consultation et en attente de tests de laboratoire dans le réseau du PNLAT (voir 3.2.4.4) ;

1.3.1.8. Assurer l'approvisionnement en blouses, masques de protection respiratoire FFP2 et gants pour tout le personnel des laboratoires du réseau ;

1.3.1.9. Assurer l'approvisionnement en équipement de protection individuelle supplémentaire (protège-chaussures, calots…) pour tous les techniciens exerçant dans les laboratoires de culture ;

1.3.1.10. Doter tous les laboratoires d'autoclaves pour la décontamination des déchets pour qu'aucun déchet de laboratoire ne soit brûlé en extérieur ;

1.3.2. Assurer l'approvisionnement en intrants de laboratoire

Activités

1.3.2.1. Créer une ligne budgétaire spécifique pour sécuriser l'approvisionnement en intrants de laboratoire ; (voir 2.1.11.3).

1.3.2.2. Adopter la réglementation des passations de marché la plus adaptée à l'approvisionnement en intrants critiques à durée de vie limitée et d'usage récurrent : par exemple marché cadre de 3 ans pour l'approvisionnement en cartouches Xpert MTB et en milieux de culture solide ; (voir 2.1.11).

1.3.2.3. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour réaliser la microscopie pour le suivi du traitement des patients TB et le diagnostic initial des cas présumés sans accès au diagnostic moléculaire ;

1.3.2.4. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour réaliser les tests de diagnostic initial de la tuberculose pulmonaire avec Xpert MTB ;

1.3.2.5. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour réaliser les tests de diagnostic de TEP ;

1.3.2.6. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour l'identification des souches de mycobactéries responsables des cas de TEP confirmés par test Xpert MTB TB positif ou culture MGIT positive ;

1.3.2.7. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour réaliser les cultures pour le suivi de traitement de la TB pharmacorésistante ;

1.3.2.8. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour réaliser les tests de détection de résistance à l'isoniazide et aux antituberculeux de 2ème ligne avec Xpert MTB/RIF XDR ;

1.3.2.9. Prévoir l'approvisionnement en LPA MTBDRplus/sl comme solution alternative à Xpert MTB/RIF XDR ;

1.3.2.10. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour la réalisation des tests de sensibilité phénotypiques pour tous les cas suspects de résistance mais non détectés par méthode moléculaire ;

1.3.2.11. Assurer l'approvisionnement continu en consommables pour le séquençage des souches à résistance phénotypique et mutations non détectées par Xpert MTB/RIF XDR.

1.3.3. Assurer l'équipement nécessaire aux laboratoires du réseau de la LAT

Activités

1.3.3.1. Acquérir 80 microscopes à fluorescence LED pour les laboratoires de microscopie qui n'en disposent pas et pour les besoins de formation ;

1.3.3.2. Acquérir 20 distillateurs en remplacement des distillateurs vétustes;

1.3.3.3. Assurer la couverture nationale en Xpert MTB en équipant chaque laboratoire de diagnostic initial ;

1.3.3.4. Acquérir des machines Xpert MTB/XDR pour confirmation des cas de TB pharmacorésistante et pour tester pour la résistance aux fluoroquinolones et aux médicaments injectables de deuxième ligne (1 par région ou 2 dans les régions à forte incidence y compris au niveau des régions disposant de LPA pour les remplacer) et machines Xpert MTB/ 16 modules pour le diagnostic de la TEP (pour équiper chaque laboratoire de culture) ;

1.3.3.5. Assurer le remplacement des modules défectueux ;

1.3.3.6. Assurer la connectivité de toutes les machines Xpert MTB avec DataToCare ;

1.3.3.7. Assurer pour chaque laboratoire de culture l'équipement de base nécessaire (centrifugeuses, étuves, …) ;

1.3.3.8. Acquérir des onduleurs avec batteries pour équiper chaque hotte de sécurité microbiologique ;

1.3.3.9. Équiper les laboratoires de culture de systèmes manuels de culture en milieu liquide (rampe à lampe UV, ...) ;

1.3.3.10. Acquérir un logiciel de gestion des données de laboratoire avec des fonctionnalités couvrant les activités de gestion et d'assurance qualité du réseau ;

1.3.3.11. Équiper tous les laboratoires utilisant la technique LPA du matériel adéquat fonctionnel et remplacer le matériel vétuste (lecteur de bandelettes, hotte PCR, Twin incubator, thermocycleur, centrifugeuse...) ;

1.3.3.12. Remplacer l'automate de culture en milieu liquide MGIT du LNRT et de l'IPM ;

1.3.3.13. Acquérir un séquenceur dédié au LNRT pour la détermination de l'ensemble des mutations conférant la résistance aux antituberculeux ;

1.3.3.14. Assurer la maintenance et la certification annuelle des postes de sécurité microbiologique des laboratoires de culture et du LNRT ;

1.3.3.15. Assurer la calibration annuelle de tous les automates Xpert MTB ;

1.3.3.16. Assurer la maintenance des équipements spécifiques des laboratoires de culture pour éviter toute interruption d'activité due à une panne ;

1.3.3.17. Assurer, au niveau de tout le réseau de laboratoires TB, la maintenance des onduleurs et de leurs batteries, en particulier pour les équipements critiques (hottes de sécurité microbiologique, automates Xpert MTB et MGIT) ;

1.3.3.18. Assurer une connexion internet fiable de tous les laboratoires du réseau de la LAT, éventuellement par modem ;

1.3.4. Élargir l'accès au diagnostic bactériologique de la tuberculose

Activités

1.3.4.1 Associer aux activités du PNLAT les laboratoires volontaires des hôpitaux, de santé publique (LSP) et les laboratoires privés équipés de Xpert MTB sur le modèle suivi par les laboratoires du secteur pénitentiaire, selon une convention commune : respect des algorithmes, suivi des procédures standards, formation et/ou recyclage aux techniques du réseau par le LNR, adhésion aux contrôles de qualité organisés au sein du réseau, rapports d'activité annuels selon les modèles standards du PNLAT, participation aux réunions de coordination du PNLAT ;

1.3.4.2 Réserver l'utilisation des automates Xpert MTB/RIF (plateformes polyvalentes utilisables pour d'autres pathologies) de chaque site, et au niveau régional, pour la réalisation des tests TB (diagnostic initial TBP et TEP et détection de TB-MR) en adéquation avec les cibles définies par le PNLAT ;

1.3.4.3 Sensibiliser les médecins aux algorithmes diagnostiques de TP et TEP et sur l'importance des renseignements cliniques accompagnant leurs demandes d'examens bactériologiques, en incluant un volet d'information dans tout événement de société scientifique ou journée médicale ;

1.3.4.4 Actualiser le circuit d'acheminement des prélèvements pour tenir compte de l'orientation des prélèvements de TEP et de la participation des nouveaux sites associés au PNLAT ;

1.3.4.5 Assurer la mise à disposition des glacières nécessaires au transport des prélèvements et ce dans tous les laboratoires du réseau ;

1.3.4.6 Actualiser le contrat avec Amana tenant compte de l'augmentation de la demande ;

1.3.4.7 Mettre en place des solutions alternatives de prise en charge des prélèvements pour les sites non couverts par Amana : ONG, chauffeurs des délégations ;

1.3.4.8 Mettre en place une procédure de suivi du transport des échantillons (enregistrements aux laboratoires de départ et d'arrivée du nombre d'échantillons, date/heure de prise en charge et de réception, délais de distribution et de collecte, doléances) avec évaluation semestrielle;

1.3.5. Renforcer les ressources humaines du réseau de laboratoires et leur capacité

Activités

1.3.5.1. Recruter le personnel de laboratoire nécessaire pour que les laboratoires aujourd'hui non fonctionnels par absence de personnel puissent assurer les activités de diagnostic initial ;

1.3.5.2 Recruter le personnel de laboratoire nécessaire pour compenser le départ à la retraite d'une génération de microscopistes et éviter la fermeture de leurs laboratoires ;

1.3.5.3. Assurer la disponibilité de 2 techniciens de laboratoire par site pour éviter toute interruption de service en cas d'absence ou incapacité d'une personne ;

1.3.5.4. Prévoir la réorientation des prélèvements vers le site fonctionnel le plus proche au cas où le laboratoire d'un site est non fonctionnel de façon à assurer la continuité des services ;

1.3.5.5. Assurer par le LNRT la formation initiale du personnel des laboratoires du réseau aux techniques de diagnostic initial (microscopie et Xpert MTB) pour TP et TEP intégrant les diverses fonctionnalités du logiciel DataToCare :

- 2 ateliers de 5 jours pour la formation initiale (incluant la formation lors de l'installation des machines Xpert MTB), tous les 2 ans ;
- effectif de 15 techniciens par atelier.

1.3.5.6. Assurer par le LNRT la formation de remise à niveau du personnel des laboratoires du réseau aux techniques de diagnostic initial (microscopie et Xpert MTB) pour TP et TEP intégrant les diverses fonctionnalités du logiciel DataToCare :

- 6 ateliers de 3 jours pour la remise à niveau, tous les 2 ans ;
- effectif de 15 techniciens par atelier.

1.3.5.7 Assurer par le LNRT la formation initiale du personnel des laboratoires de culture incluant l'utilisation manuelle de milieu liquide :

- 2 ateliers par an, 9 techniciens par session pour tous les laboratoires de culture, 10 jours.

1.3.5.8. Assurer par le LNRT la formation de remise à niveau du personnel des laboratoires de culture incluant l'utilisation manuelle de milieu liquide :

- 2 ateliers par an tous les 2 ans, 9 techniciens par session pour tous les laboratoires de culture, 4 jours, organisé par le LNRT.

1.3.5.9. Former le personnel de l'IPM aux tests de sensibilité des antituberculeux de première et seconde ligne sur automate MGIT:

- Atelier de 5 jours, 2 techniciens, organisé par le LNRT.

1.3.5.10. Assurer la formation des superviseurs/formateurs régionaux chargés de former le personnel des structures nouvellement associées au PNLAT, aux procédures organisationnelles et techniques de diagnostic initial pratiquées dans le réseau du PNLAT :

- 1 atelier par an, 3 jours, organisé par le LNRT.

1.3.5.11. Organiser des formations initiales (ateliers de 5 jours) sur les procédures organisationnelles et techniques de diagnostic initial pratiquées dans le réseau du PNLAT à l'intention du personnel des structures nouvellement associées au PNLAT (incluant la formation lors de l'installation des machines Xpert MTB) :

- Ateliers annuels, effectif de 6 techniciens par atelier, organisés au niveau régional ;
- Le nombre d'ateliers dépendra du nombre de nouveaux laboratoires associés au PNLAT.

1.3.5.12. Organiser des formations de familiarisation (ateliers de 3 jours) sur les procédures organisationnelles et techniques de diagnostic initial pratiquées dans le réseau du PNLAT à l'intention du personnel des structures nouvellement associées au PNLAT :

- Ateliers annuels, effectif de 6 techniciens par atelier, organisés au niveau régional ;
- Le nombre d'ateliers dépendra du nombre de nouveaux laboratoires associés au PNLAT.

1.3.5.13. Former des superviseurs régionaux supplémentaires en fonction du nombre de nouveaux sites associés au PNLAT, 1 atelier tous les 2 ans, 15 personnes, 3 jours.

1.3.5.14. Assurer la formation du personnel du LNRT au séquençage et génotypage des souches TB pharmacorésistante et TB-XDR sur site, 1 atelier avec consultant national et consultant international, 5 jours.

1.3.5.15. Assurer la participation d'une personne du LNRT au cours «Tuberculose» de l'Institut Pasteur à Paris.

1.3.5.16. Former les laborantins sur la réalisation du test Xpert MTB sur les selles.

1.3.6. Renforcer la surveillance bactériologique de la TB pharmacorésistante

Activités

1.3.6.1. Assurer par le LNRT le séquençage des souches à tests moléculaires discordants entre Xpert MTB/Rif et LPA.

1.3.6.2. Assurer les TDS phénotypiques pour les suspicions de résistance dans les groupes à haut risque de pharmacorésistance qui n'ont pas été détectés par les tests génotypiques.

1.3.6.3. Orienter les prélèvements avec résistance à la rifampicine au Xpert MTB/RIF vers 1 site Xpert MTB/XDR pour déterminer l'éventail de résistance par cette technique préférentiellement aux tests LPA.

1.3.6.4. Organiser la surveillance de TB pharmacorésistante par épidémiologie moléculaire en assurant le séquençage génomique des souches Xpert MTB/RIF résistantes à la rifampicine par le LNRT.

1.3.7. Maintenir l'Assurance Qualité dans tous les laboratoires du réseau de la LAT

Activités

1.3.7.1. Généraliser le contrôle de qualité des frottis dans tous les laboratoires du réseau PNLAT : CQ annuel organisé par le LNRT, jeu de 10 lames.

1.3.7.2. Organiser le contrôle de qualité des tests de sensibilité LPA, Xpert MTB/RIF et MTB/XDR par le LNRT (constitution et distribution des lots, analyse des données et des discordances).

1.3.7.3. Assurer la participation du LNRT au contrôle de qualité des tests de sensibilité organisé par le réseau des laboratoires supranationaux de l'OMS.

1.3.7.4. Organiser un audit externe du LNRT en vue de l'accréditation selon la norme ISO 15189.

1.3.8. Assurer la supervision de tous les laboratoires du réseau de la LAT

Activités

1.3.8.1. Inclure l'évaluation du système de transport dans la grille de supervision.

1.3.8.2. Inclure la vérification de la lecture des bandelettes LPA dans la grille de supervision.

1.3.8.3. Assurer des visites de supervision semestrielles des sites de chaque région (visites assurées par les superviseurs régionaux).

1.3.8.4. Organiser des visites de supervision annuelles par le LNRT des laboratoires de culture et des laboratoires où exercent les superviseurs régionaux.

1.3.8.5. Élaborer un plan de supervision des autres laboratoires associés au PNLAT (qui sont volontaires pour y participer): hôpitaux, laboratoires privés et autres.

1.3.8.6. Inclure une ligne budgétaire spécifique sécurisant le budget de supervision au niveau régional.

1.3.8.7. Assurer le suivi et l'évaluation des tests Xpert MTB/RIF par l'analyse des données collectées par le logiciel «Data To Care» (par les superviseurs régionaux pour le niveau régional; et le LNRT pour les laboratoires régionaux).

1.3.8.8. Établir un bilan annuel des activités du réseau de laboratoires sur la base des données semestrielles transmises par les superviseurs régionaux.

AXE STRATÉGIQUE 1.4 : Prévention et prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire.

1.4.1. Améliorer les capacités de diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire

Activités

1.4.1.1. Diffuser une circulaire à l'ensemble des cliniciens pour rappeler les critères de diagnostic de la TEP, accompagnée des POS qui ont été établies.

1.4.1.2. Continuer à promouvoir, auprès des spécialistes et des sociétés savantes concernés, la confirmation bactériologique pour le diagnostic de la TEP quelle que soit sa localisation et l'adhésion aux critères de diagnostic en conformité avec les lignes directrices nationales élaborées par le programme et de les sensibiliser sur le

fait que l'examen anatomopathologique ne constitue pas un examen de confirmation.

1.4.1.3. Former les pneumophtisiologues et les spécialistes impliqués dans le diagnostic des formes de tuberculose extrapulmonaires les plus fréquentes (ganglionnaires) et les plus graves (tuberculose méningée, abdominale, ostéoarticulaire) sur les critères de diagnostic de la tuberculose extrapulmonaire.

1.4.1.4. Acquérir 300 trocarts d'Abrams pour réaliser les biopsies pleurales.

1.4.1.5. Acquérir les équipements et les nouvelles techniques qui ont été adoptées par le PNLAT pour le diagnostic de la TEP conformément au Lignes directrices nationales de diagnostic et de prise en charge de la TEP (Xpert, IDR, LF LAM …). (voir 1.3.2).

1.4.1.6. Inclure la culture manuelle sur milieu liquide, effectuée en parallèle au test Xpert MTB/RIF, dans les laboratoires régionaux de culture pour le diagnostic de TEP (pour augmenter la probabilité de détection et pour plus d'investigation) ;

1.4.1.7. Définir et diffuser les procédures pour la confirmation bactériologique de TEP :

- Indications et modalités du recueil de prélèvement pour le LCR, la pleurésie, l'ascite, le liquide ostéoarticulaire, la biopsie et la ponction ganglionnaire ;
- Filière de transfert des prélèvements au CDTMR le plus proche sauf les biopsies solides à envoyer à un laboratoire de culture ;
- Conditions particulières de transport des prélèvements TEP: rapidité de transfert après prélèvement, respect de la chaîne de froid.

1.4.2. Améliorer le suivi de la prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire

Activités

1.4.2.1. Mener un audit clinique de la prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire pour évaluer l'adhésion aux directives du PNLAT (voir 4.3.5.6).

1.4.2.2. Intégrer la prise en charge des cas de tuberculose extrapulmonaire dans la grille de supervision du PNLAT.

1.4.3. Collaborer avec le secteur agricole et les autres secteurs concernés dans la lutte contre la tuberculose bovine

Activités

1.4.3.1. Organiser une réunion de 2 jours sur la tuberculose bovine avec 35 participants qui représentent le Ministère de l'Agriculture, l'IAV

Hassan II, les institutions sanitaires académiques, DELM/PNLAT : encadrée par un consultant international.

1.4.3.2. Recruter un consultant international pour encadrer la réunion de 2 jours sur la tuberculose bovine et développer un document sur les orientations stratégiques pour lutter contre la tuberculose bovine et son impact chez l'homme au Maroc.

1.4.3.3. Définir et tester sur le terrain des interventions novatrices en matière de lutte contre la tuberculose bovine.

1.4.3.4. Évaluer les résultats des interventions novatrices mises en œuvre.

1.4.3.5. Mettre en place un plan d'action de collaboration avec l'ONSSA pour la consommation des produits alimentaires agréés.

1.4.3.6. Mettre en place des actions d'éducation sur le danger de l'ingestion de lait et dérivés du lait crus/non pasteurisés (voir 3.2.3.1).

Objectif 2 : Augmenter le taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacosensible à 95% et celui de la tuberculose MR/RR à 90% à l'horizon 2030.

AXE STRATÉGIQUE 2.1: Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose y compris la tuberculose pharmacorésistante et la TB/VIH et soutien psychosocial et financier aux patients.

2.1.1. Assurer le traitement de la tuberculose pharmacosensible et le suivi du traitement

Activités

2.1.1.1. Acquérir les médicaments antituberculeux de 1ère ligne en proportions fixes (formes combinées) destinés au traitement de la TB pharmacosensible.

2.1.1.2. Assurer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux de 1ère ligne à usage pédiatrique en quantité suffisante pour traiter l'ensemble des enfants atteints de TB diagnostiqués (à raison d'une quantité correspondant à 5% de celle commandée pour l'ensemble du nombre de nouveaux cas adultes déclarés).

2.1.1.3. Assurer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux de 1ère ligne en présentations non combinées (formes simples) avec des dosages conformes aux recommandations de l'OMS pour 3% des nouveaux cas.

2.1.1.4. Assurer l'approvisionnement en médicaments adjuvants destinés à traiter les effets indésirables liés aux antituberculeux de 1ère ligne pour 3% des nouveaux cas.

2.1.1.5. Assurer le suivi clinique et bactériologique des patients traités pour TB pharmacosensible.

2.1.1.6. Instaurer le traitement directement observé au moins durant la phase intensive du traitement : la supervision du traitement des patients hospitalisés sera assurée par le personnel hospitalier ; alors que pour les cas traités en ambulatoire, la supervision directe sera assurée soit par le personnel de santé du centre de rattachement, un membre de la famille ou par un membre d'une ONG ou en ayant recours au traitement supervisé par support vidéo.

2.1.1.7. Assurer, par le personnel des CDTMR, l'encadrement des équipes des centres de santé en matière de suivi du traitement. (Voir 1.1.1.11).

2.1.1.8. Identifier et mettre en œuvre une approche ciblée et différenciée pour le suivi et la relance des absents au traitement y compris dans les territoires vastes avec habitat dispersé et en milieu rural.

2.1.2. Consolider les actions d'amélioration de la capacité du personnel de santé impliqué dans la prise en charge de la tuberculose pharmacosensible

Activités

2.1.2.1. Former les médecins des CDTMR sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose conformément aux algorithmes de dépistage et de diagnostic et aux protocoles thérapeutiques du PNLAT ainsi que sur la lutte contre la stigmatisation.

2.1.3. Assurer le traitement de la tuberculose pharmacorésistante et le suivi du traitement

Activités

2.1.3.1. Assurer, pour chaque patient tuberculeux chez lequel le test par le Xpert MTB/RIF a montré une résistance à la rifampicine :

- les tests de pharmacosensibilité aux antituberculeux de 2ème ligne et l'isoniazide ;
- le bilan pré thérapeutique ;
- le traitement adéquat par les médicaments de deuxième ligne selon les directives du PNLAT ;
- les examens bactériologiques par la microscopie et la culture de suivi aux échéances prévues dans le protocole de prise en charge thérapeutique des malades TB pharmacorésistante;
- les examens nécessaires pour la surveillance des effets indésirables des médicaments.

2.1.3.2. Acquérir les antituberculeux de 2ème ligne pour assurer le traitement de l'ensemble des cas de TB pharmacorésistante :

- Patients avec régime court : 319 en 2024; 346 en 2025 ; 366 en 2026 ; 384 en 2027 ; 401 en 2028 ; 415 en 2029 et 425 en 2030 ;
- patients avec régime long: 54 en 2024; 55 en 2025 ; 60 en 2026 ; 62 en 2027 ; 64 en 2028 ; 68 en 2029 ; 69 en 2030 ;
- patients avec un autre régime : 4 en 2024,4 en 2025 ; 5 en 2026 ; 6 en 2027 ; 6 en 2028 ; 6 en 2029 et 6 en 2030.

2.1.3.3. Maintenir l'approvisionnement en médicaments pédiatriques permettant de couvrir les besoins en traitement pour 3% cas de TB pharmacorésistante déclarés chaque année.

2.1.3.4. Veiller à introduire l'ensemble des médicaments de 2ème ligne en formes pédiatriques disponibles (y compris les nouvelles présentations nouvellement développées) et validés par l'OMS.

2.1.3.5. Adapter les régimes thérapeutiques de la TB-R en fonction des nouvelles recommandations internationales en tenant compte du contexte du pays et après validation et accord du comité national technique de la TB-R.

2.1.3.6. Fournir à tous les malades atteints de TB pharmacorésistante sous traitement ainsi qu'à leurs familles un panier alimentaire mensuel et assurer les indemnités pour couvrir leur frais de déplacement vers la structure de prise en charge.

2.1.3.7. Instaurer le traitement directement observé au moins durant la phase intensive du traitement aussi bien pour la tuberculose sensible que pour la tuberculose résistante : la supervision du traitement des patients hospitalisés sera assurée par le personnel hospitalier; alors que pour les cas traités en ambulatoire, la supervision directe sera assurée soit par le personnel de santé du centre de santé rattachement, un membre de la famille ou par un membre d'une ONG ou en ayant recours au traitement supervisé par support vidéo.

2.1.3.8. Maintenir sur l'évaluation annuelle des activités de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante par le Green Light Committee (GLC) et capitaliser sur les acquis et recommandations issues de ces missions.

2.1.4. Consolider les actions d'amélioration de la capacité du personnel de santé impliqué dans la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante

Activités

2.1.4.1. Poursuivre la formation et la mise à jour des connaissances de l'ensemble des médecins spécialistes des CDTMR sur la PCPTPR conformément aux nouvelles directives nationales en 3 sessions de 25 personnes par an en présentiel, 2 à 3 jours par session.

2.1.4.2. Former et mettre à jour les connaissances du personnel infirmier en charge de la TB pharmacorésistante sur l'administration et la supervision directe des traitements de 2éme ligne et sur l'identification de leurs effets indésirables, à raison de 2 sessions de 25 personnes par an (infirmier major du CDTMR et animateur provincial de la LAT) en présentiel, 1 jour par session.

2.1.4.3. Assurer la supervision et le suivi des activités d'identification des patients tuberculeux pharmacorésistants au niveau des CDTMR (voir −4.3.3).

2.1.4.4. Assurer, par les structures de coordination du PNLAT à tous les niveaux, le suivi des activités de prise en charge des patients présentant une tuberculose pharmacorésistante au niveau des CDTMR et des services hospitaliers de référence.

2.1.5. Décentraliser les centres de référence de prise en charge de la TB pharmacorésistante

Activités

2.1.5.1. Mettre en place des centres de référence de la Tuberculose pharmacorésistante au niveau décentralisé en créant des pôles de référence régionaux, notamment à Marrakech et Fès.

2.1.5.2. Créer au moins une unité hospitalière d'isolement pour les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante dans chaque région, à l'exception de Casablanca et Rabat. Examiner la possibilité d'utiliser les unités d'isolement pour la COVID actuellement disponibles.

2.1.6. Maintenir et renforcer le système de surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux

Activités

2.1.6.1. Généraliser le registre électronique de la TB-R à l'ensemble des structures ambulatoires et hospitalières de la prise en charge de la TB-R.

2.1.6.2. Assurer le diagnostic initial de la tuberculose par le Xpert MTB chez au moins 80% des nouveaux cas et des cas en retraitement (voir −1.3.6).

2.1.7. Renforcer le système de pharmacovigilance et mettre en place un système de pharmacovigilance active (aDSM)

Activités

2.1.7.1 Maintenir et dynamiser, par toutes les structures de prise en charge des patients tuberculeux, la déclaration des effets indésirables liés aux médicaments survenus chez les malades atteints de tuberculose pharmacosensible et de tuberculose pharmacorésistante au Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc (CAPM) en utilisant l'application mobile développée à cet effet.

2.1.7.2. Assurer par les pharmaciens et les correspondants de pharmacovigilance la collecte des notifications au niveau des régions et des provinces.

2.1.7.3. Utiliser la classification basée sur le degré de gravité pour déclarer et classer les effets indésirables.

2.1.7.4. Établir une base de données de pharmacovigilance sur les médicaments de deuxième ligne en uniformisant la nomenclature des effets indésirables.

2.1.7.5. Élaborer des directives techniques relatives à la mise en place d'un système actif de contrôle et de gestion de l'innocuité des médicaments antituberculeux (aDSM) pour le traitement des malades TB pharmacorésistante.

2.1.7.6. Élaborer des procédures opérationnelles standard pour la mise en œuvre de l'aDSM.

2.1.7.7. Élaborer un outil de recueil des données relatives à l'aDSM.

2.1.7.8. Former les médecins spécialistes dans la prise en charge de la tuberculose multirésistante sur l'évaluation clinique et biologique des malades traités pour TB pharmacorésistante d'une manière active et systématique pour détecter, prendre en charge et rapporter des toxicités médicamenteuses confirmées ou suspectées : 3 sessions de 25 personnes par an en présentiel, 1 jour par session.

2.1.7.9. Mettre en place un système de retour d'information aux prestataires de soins, aux autorités de réglementation nationales et à l'industrie pharmaceutique.

2.1.7.10. Mettre à jour le système de rapportage actuel pour qu'il puisse répondre aux exigences spécifiques de l'aDSM.

2.1.8. Assurer le soutien psychosocial et financier aux patients

Activités

2.1.8.1. Organiser davantage l'implication des ONG qui contribuent au suivi des malades pour faire en sorte que ces ONG n'interviennent qu'une fois les professionnels de santé du centre de santé et du CDTMR auront épuisé toutes les mesures de relance disponibles à leur niveau.

2.1.8.2. Assurer une aide alimentaire et de transport pour les malades TB les plus démunis en définissant des critères d'éligibilité précis.

2.1.8.3. Renforcer l'appui psychosocial et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage durant toute la durée du traitement.

2.1.8.4. Assurer par le PNLAT le plaidoyer pour la mise à l'échelle, l'initiative d'engager des assistantes sociales dans les CDTMR.

2.1.9. Renforcer le dépistage du VIH chez les malades atteints de tuberculose et le traitement par les antirétroviraux et la prévention par le cotrimoxazole chez les malades coinfectés par le TB/VIH

Activités

2.1.9.1. Former et remettre à niveau les médecins et les infirmiers des CDTMR sur le dépistage du VIH chez les malades TB et le traitement antirétroviral.

2.1.9.2. Inclure des sessions spécifiques au rôle du PNLAT dans les activités de lutte contre le VIH/Sida dans les formations et symposiums qui seront organisés pour les professionnels de santé concernés.

2.1.9.3. Organiser et mettre en œuvre dans les CDTMR et les ESSP les activités de dépistage systématique de l'infection VIH chez les patients atteints de TB et assurer la prise en charge des personnes avec un test VIH positif selon les directives nationales : i) référence aux CR VIH pour prendre en charge des malades TB avec test VIH positif ; ii) suivi des malades référés pour s'assurer qu'ils sont enregistrés dans le CR VIH ; iii) obtention des CR VIH de la rétro-information concernant la confirmation de l'infection VIH et la mise sous ARV.

2.1.9.4. Acquérir le cotrimoxazole et les ARV (fournis par le PNLS) pour les patients coinfectés TB/VIH.

2.1.9.5. Acquérir le traitement préventif des neuropathies périphériques à la vitamine B6 (fournis par le PNLAT) pour les patients coinfectés TB/VIH sous traitement antituberculeux contenant l'isoniazide.

2.1.10. Renforcer le suivi et améliorer la qualité de prise en charge des patients ayant une comorbidité tuberculose et diabète.

Activités

2.1.10.1. Organiser des ateliers de formation des pneumophtisiologues sur la thématique tuberculose et diabète : dépistage du diabète chez les tuberculeux et prise en charge des patients ayant une comorbidité tuberculose et diabète.

2.1.10.2. Assurer le dépistage clinique systématique du diabète chez les patients atteints de tuberculose en conformité avec les directives du PNLAT et PNPCD.

2.1.10.3. Vérifier la qualité du contrôle glycémique chez les patients atteints de tuberculose et déjà connus diabétiques, et assurer un suivi avec l'endocrinologue pour un éventuel ajustement du traitement du diabète.

2.1.10.4. Mettre sous traitement préventif des neuropathies périphériques par la vitamine B6 (fournie par le PNLAT), les patients présentant un tuberculose et un diabète qui sont sous traitement antituberculeux comprenant l'isoniazide.

2.1.11. Améliorer la gestion des médicaments antituberculeux

Activités

2.1.11.1. Veiller à la révision des procédures d'achat afin d'adapter les modalités de la commande publique aux spécificités des produits pharmaceutiques.

2.1.11.2. Réviser la loi des marchés publics de manière à réviser les délais des appels d'offres spécifiques aux médicaments et aux produits de santé et à adapter ces textes à l'achat des médicaments.

2.1.11.3. Identifier une ligne budgétaire spéciale pour les antituberculeux et les intrants de diagnostic utilisés pour la tuberculose.

2.1.11.4. Obtenir une dérogation pour passer, sur la base des besoins «annuels» exprimés par le PNLAT et l'INH, à un mode d'achat triennal (marchés cadres ou marchés reconductibles) pour les médicaments antituberculeux et les moyens de diagnostic.

2.1.11.5. Mettre en place et institutionnaliser un Comité de Quantification, comprenant la DELM, le PNLAT, la DAMPS, la DPRF, la DMP, l'INH, les chefs de pharmacie des entrepôts de Berrechid et Beauséjour, UGFM:

- Ce comité doit se réunir trimestriellement pour faire le point sur les stocks de produits de santé de la tuberculose, suivre les consommations et s'assurer de la disponibilité des stocks de sécurité définis par famille de produits de santé.

2.1.11.6. Renforcer les mécanismes de coordination entre DAMPS, DELM et DMP pour la disponibilité des documents administratifs relatifs aux appels d'offres (AMM, CE, ATU).

2.1.11.7. Sensibiliser les producteurs nationaux d'antituberculeux pour lancer la procédure de préqualification par l'OMS.

2.1.11.8. Inclure dans toutes les visites de supervision de la gestion des médicaments un examen des conditions de stockage et l'évaluation des lieux sur la base du MQAS (Model Quality Assurance System for Procurement Agencies) et des bonnes pratiques de stockage de l'OMS.

2.1.11.9. Organiser 2 ateliers, de 2 jours chacun, pour les pharmaciens des Délégations du MSPS aux Provinces et Préfectures qui n'ont pas encore été formés sur les procédures de gestion des antituberculeux.

2.1.11.10. Inclure une session sur la gestion des médicaments antituberculeux dans le programme de formation des cadres des unités provinciales et préfectorales du PNLAT.

2.1.11.11. Former 15 gestionnaires des médicaments aux niveaux central et régional sur l'utilisation du logiciel "QuanTB" (formation certifiante).

- Si un cours est prévu par GDF /UNOPS ;
- Alternative : formation au Maroc animée par GDF/UNOPS /MSF.

2.1.11.12. Mettre à jour la liste des médicaments essentiels en fonction de l'actualisation des protocoles thérapeutiques.

2.1.11.13. Intégrer les antituberculeux et les examens complémentaires (examens biologiques et radiologiques) dans les listes des médicaments et examens remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

2.1.11.14. Poursuivre le plaidoyer en vue d'obtenir l'exonération de la TVA pour les médicaments antituberculeux.

2.1.11.15. Promouvoir l'enregistrement des produits pharmaceutiques indispensables à la prise en charge de la tuberculose et mettre en place des mesures d'incitation des laboratoires pharmaceutiques à enregistrer les médicaments en situation de monopole (disponibilité des produits et concurrence des prix).

2.1.11.16. Informatiser le système d'information pharmaceutique révisé récemment.

2.1.11.17. Évaluer, périodiquement par le GDF, le processus de gestion des médicaments antituberculeux.

2.1.11.18. Assurer la disponibilité et la gratuité des médicaments pour la gestion des effets secondaires des malades TB-R au niveau du CDTMR.

2.1.11.19. Mettre en place un plan d'assurance qualité des médicaments antituberculeux au niveau de toute la chaîne d'approvisionnement ainsi que pour les procédures organisationnelles et opérationnelles.

AXE STRATÉGIQUE 2.2 : Consolidation et renforcement des prestations de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose en faveur des enfants, des adolescents, de la population féminine et des autres groupes vulnérables.

2.2.1. Améliorer la capacité des prestataires de soins impliqués dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent

Activités

2.2.1.1. Organiser 6 ateliers de remise à niveau sur la prise en charge de la TB de l'enfant, incluant les enquêtes de dépistage systématique et le TP chez l'enfant, pour les nouveaux pneumologues affectés aux CDTMR et les pneumologues résidents en formation.

2.2.1.2. Organiser 6 ateliers de remise à niveau sur la prise en charge de la TB de l'enfant, incluant les enquêtes de dépistage systématique et le TPT chez l'enfant, pour les nouveaux pédiatres et les pédiatres résidents en formation (ateliers de 2 jours).

2.2.1.3. Former et mettre à niveau les infirmiers et infirmières sur la réalisation, la lecture et l'interprétation de l'IDR.

2.2.1.4. Réaliser un audit sur le diagnostic de la tuberculose de l'enfant dans les structures concernées (voir 4.3.5.7).

2.2.2. Assurer une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée aux besoins des enfants et des adolescents

Activités

2.2.2.1. Acquérir la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant.

2.2.2.2. Acquérir les produits nécessaires pour la réalisation du tubage gastrique (consommables, réactifs, médicaments, autres fournitures, équipements de protection individuelle).

2.2.2.3. Former les infirmières et les infirmiers impliqués dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant sur la réalisation du tubage gastrique.

2.2.2.4. Acquérir les produits nécessaires à la réalisation du prélèvement des selles chez l'enfant de moins de 10 ans.

2.2.2.5. Former les laborantins sur la réalisation du test Xpert MTB sur les selles (voir 1.3.5.17).

2.2.2.6. Acquérir les médicaments antituberculeux à usage pédiatrique nécessaires au traitement des enfants (voir 2.1.1).

2.2.2.7. Acquérir l'association "rifampicine-isoniazide" en comprimés pour le TPT des enfants exposés à des cas index mais indemnes de toute TB évolutive (voir 3.2.1.5).

2.2.2.8. Assurer de façon routinière la supervision, le suivi et l'évaluation des activités de prise en charge de la TB de l'enfant et de l'adolescent. (voir 4.3.3).

Echelle11

2.2.2.9. Mettre en place pour les adolescents des modèles de soins communautaires centrés sur la famille consistant à fournir un soutien au traitement dans le cadre de modèles de traitement appropriés à leur niveau de développement (soutien au traitement fourni par un membre d'une ONG ou un pair ou un membre de la famille formé ; utilisation du traitement avec support vidéo).

2.2.3. Consolider et renforcer les prestations de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose en faveur de la population féminine

Activités

2.2.3.1. Développer, en collaboration avec le Programme National de Planification Familiale, le Programme National de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement et le Programme National de Nutrition (composante allaitement) des POS relatives à la prévention, au diagnostic et au 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 TPT chez les femmes séropositives au VIH mais indemnes de toute tuberculose évolutive.

2.2.3.2. Imprimer 2.000 exemplaires de ces POS et les mettre à disposition du personnel de santé exerçant dans les unités sanitaires qui assurent les prestations de la santé reproductive et maternelle.

2.2.3.3. Former le personnel impliqué dans la santé maternelle et infantile et la PTME sur les POS relatives à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement de la TB chez la femme.

2.2.3.4. Assurer le dépistage systématique de la tuberculose chez les femmes enceintes dans les sites offrant la PTME.

2.2.3.5. Tenir compte de la question du genre dans tous les aspects de la lutte antituberculeuse (voir 4.7.1).

2.2.4. Consolider et renforcer les prestations de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose en faveur des réfugiés et des migrants

Activités

2.2.4.1. Intégrer les données relatives aux réfugiés et aux migrants dans le système d'information du programme et assurer le suivi des données et des activités de lutte antituberculeuses relatives à ces groupes. (Y compris la tenue à jour de la liste des ONG intervenant, ou pouvant être mobilisées pour intervenir, en matière de LAT au profit des réfugiés et des migrants étrangers en situation administrative irrégulière).

2.2.4.2. Élaborer, adapter et diffuser les fiches techniques décrivant : i) comment identifier un réfugié ou un migrant étranger présumé tuberculeux, 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 est avéré tuberculeux, pour assurer le dépistage systématique au VIH et la prise en charge thérapeutique, y compris les modalités de supervision directe du traitement et de suivi bactériologique aux échéances prévues. Cette fiche inclura également la liste des CDTMR où le patient pourra être suivi et des centres de santé où les médicaments antituberculeux seront fournis.

2.2.4.3. Assurer le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins de la tuberculose chez les réfugiés et les migrants dans les structures de soins antituberculeux.

2.2.4.4. Établir un rapport annuel synthétique des interventions relatives à la LAT conduites par les ONG en faveur des réfugiés, des migrants et des étrangers en situation administrative irrégulière et de leur impact.

2.2.4.5. Colliger annuellement les données disponibles : (DHIS2, ONG spécialisée, recherches académiques) concernant l'épidémiologie de la tuberculose au Maroc chez les personnes natives d'un autre pays (différents groupes de migrants selon leur statut administratif, et selon leur ancienneté de séjour).

2.2.4.6. Proposer et définir des interventions pertinentes pour renforcer et améliorer les prestations du PNLAT au profit des réfugiés et des migrants étrangers en lien avec les ONG qui appuient ces populations, notamment les personnes qui sont en situation administrative irrégulière.

Objectif 3: Assurer le traitement préventif de la tuberculose chez au moins 90% des personnes éligibles à l'horizon 2030.

AXE STRATÉGIQUE 3.1: Amélioration de la capacité du personnel impliqué dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente.

3.1.1. Améliorer la capacité du personnel dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente

Activités

3.1.1.1. Inclure dans les documents de formation sur la prise en charge de l'ITL une composante sur les techniques de communication en vue d'améliorer la capacité du personnel à :

- Sensibiliser les personnes éligibles au TPT sur l'importance de cette intervention sur le plan individuel et sur le plan familial ;
- Veiller à la confidentialité et à la préservation du secret médical ;
- Obtenir le consentement oral éclairé des personnes éligibles au TPT ;
- Éduquer les cas index et leurs familles sur la tuberculose et ses symptômes et l'importance de l'examen des contacts et du TPT pour la personne et la famille ;
- Éduquer la personne sous TPT sur les modalités de dotation et d'administration des médicaments et de leur administration ainsi que sur l'importance des examens de suivi et la surveillance de la survenue d'éventuels effets secondaires.

3.1.1.2. Inclure les directives relatives à la prise en charge de l'ITL dans le guide national du PNLAT.

3.1.1.3. Développer, en concertation avec le comité national technique, des directives nationales sur le TPT des contacts de cas ayant une tuberculose pharmacorésistante en tenant compte des évidences scientifiques et des recommandations internationales en la matière.

3.1.1.4. Organiser 6 ateliers de formation et de mise à jour des connaissances d'un jour sur la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (25 participants et 2 animateurs par atelier), pour les nouveaux médecins et les infirmier(ère)s des CDTMR et des CSI.

3.1.1.5. Inclure une session spécifique à la détection et la prise en charge de l'ITL dans les ateliers de formation (et en e-learning) qui seront organisés pour les professionnels de santé exerçant au niveau:

- des ESSP(voir 1.1.1.3) ;
- du secteur privé(voir 1.1.1.5) ;
- des services de santé des FAR(voir 1.1.1.6 ; 1.1.1.7) ;
- des services de santé de la DGAPR (voir 1.1.1.8) ;
- des services de santé de l'OCP (voir 1.1.1.9 ; 1.1.1.10) ;
- des structures de santé qui assurent les prestations du PNLD (voir 1.2.5.5).

3.1.1.6. Inclure une session spécifique à la détection et la prise en charge de l'ITL dans les symposiums et congrès des médecins assurant la prise en charge des patients ciblés par le TPT (néphrologues, rhumatologues, pneumo-phtisiologues, gastro-entérologues …).

3.1.2. Améliorer la capacité du personnel impliqué dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente en matière de suivi et évaluation des activités y afférentes tout au long de la cascade de soins préventifs

Activités

3.1.2.1. Inclure dans les documents de formation du personnel impliqué dans la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente la formation sur l'utilisation adéquate des supports de collecte de l'information (registre de dépistage et de traitement prophylactique de la tuberculose et rapport) ; et sur les indicateurs de processus, de couverture (extrant) et d'effet tout au long de la cascade de soins préventifs.

3.1.2.2. Former le personnel impliqué dans la prise en charge de l'ITL sur l'utilisation adéquate des supports de collecte de l'information (registre de dépistage et de traitement prophylactique de la tuberculose et rapport) ; et sur les indicateurs de processus, de couverture (extrant) et d'effet tout au long de la cascade de soins préventifs.

AXE STRATÉGIQUE 3.2 : Prise en charge programmatique de l'infection tuberculeuse latente ; prévention et contrôle de l'infection.

3.2.1. Dispenser aux personnes atteintes d'infection tuberculeuse latente les soins nécessaires de dépistage, diagnostic, traitement, soutien et suivi

Activités

3.2.1.1. Acquérir la tuberculine en quantité suffisante pour couvrir les besoins en matière de diagnostic de l'ITL.

3.2.1.2. Organiser un atelier de concertation, de 2 jours, avec les sociétés médicales nationales (de néphrologie, rhumatologie, pneumologie, gastro-entérologie, oncologie …) des médecins assurant la prise en charge des patients ciblés par le TPT, autres que les sujets contacts et les PVVIH, pour identifier les effectifs de ces populations et les besoins en médicaments nécessaires pour assurer le TPT.

3.2.1.3. Assurer la disponibilité de l'isoniazide pour le TPT (régime de 6 mois) et en vitamine B6 pour le traitement préventif des neuropathies périphériques chez les PVVIH en quantité suffisante pour couvrir l'ensemble de la population éligible.

3.2.1.4. Acquérir les médicaments nécessaires au TPT des sujets contacts de plus de 5 ans (régime : 3PH hebdomadaire pour les malades âgés de 15 ans et plus ; 3RH pour les 5-15 ans) qui n'ont pas de TB évolutive conformément aux nouvelles recommandations du PNLAT.

3.2.1.5. Acquérir les formulations pédiatriques utilisées dans le TPT des sujets contacts de moins de 5 ans (régime: 3RH).

3.2.1.6. Acquérir les médicaments à utiliser pour le u TPT des populations autres que les contacts et les PVVIH selon les projections identifiées lors de l'atelier de concertation (activité 3.2.1.2).

3.2.1.7. Instaurer le traitement directement observé de l'infection tuberculeuse latente soit par supervision directe d'un personnel de santé du centre de rattachement, ou par un membre de la famille ou un membre d'une ONG ou en ayant recours au traitement avec support vidéo.

3.2.1.8. Assurer un suivi adéquat des personnes sous TPT avec relance rapide des absents au traitement en impliquant les ONG.

3.2.1.9. Assurer la déclaration des effets secondaires du TPT, leur prise en charge adéquate et leur évaluation.

3.2.1.10. Assurer l'utilisation adéquate des supports de collecte de l'information et de suivi de la mise en œuvre de la lutte contre l'ITL (registre de dépistage et de traitement prophylactique de la tuberculose et rapport).

3.2.1.11. Assurer régulièrement les séances de counseling au profit des personnes éligibles au TPT et de leur entourage au niveau des structures de soins assurant le TPT, en insistant sur l'importance de l'adhésion au régime thérapeutique prescrit.

3.2.2. Améliorer l'organisation et la coordination des actions de prise en charge de l'infection tuberculeuse latente

Activités

3.2.2.1. Organiser régulièrement par le service central, les DRS et les DMS des sessions d'information et de renforcement des capacités des ONG nationales et des associations de proximité en matière d'ITL.

3.2.2.2. Poursuivre la coordination avec les ONG nationales et les associations de proximité des activités de dépistage, d'enquêtes autour des cas et de relance des absents au TPT ainsi que la collecte des données correspondantes à travers l'utilisation des supports de collecte de l'information élaborés par le PNLAT.

3.2.2.3. Impliquer, dans le cadre des accords de coopération, le secteur privé et les autres prestataires de soins exerçant hors du réseau du MSPS dans la prise en charge de l'ITL (voir axe stratégique 4.2 et activité 3.1.1.5).

3.2.2.4. Améliorer la performance du PNLAT en matière de TPT à travers :

- Le renforcement de la coordination entre les programmes TB et VIH dans le but d'optimiser la prise en charge de l'ITL chez les PVVIH (voir intervention 4.1.5) ;
- Le renforcement des activités d'investigation des contacts (voir intervention 1.2.2) ;

- La mise sous TPT systématique, des enfants âgés de moins de 5 ans et des PVVIH éligibles, indépendamment du test immunologique, en conformité avec les directives du PNLAT, ce qui évitera les occasions manquées pour mettre directement ces personnes sous traitement préventif.

3.2.3. Élaborer des supports éducatifs sur la prévention de l'exposition à la tuberculose ainsi que sur l'infection tuberculeuse latente et son traitement

Activités

3.2.3.1. Élaborer des messages éducatifs visant la prévention de l'exposition à la tuberculose (voir (4.4.2) ces messages devront être axés sur les éléments suivant :

- Information sur la tuberculose et son mode de transmission ;
- Importance de l'aération et la ventilation ; et danger de la promiscuité ;
- Importance du traitement précoce de la tuberculose maladie pour diminuer la durée de la contagiosité ;
- Importance de l'observance du traitement dans le succès thérapeutique et gestion des effets indésirables ;
- Importance des mesures individuelles de lutte contre l'infection;
- Danger de l'ingestion de lait et dérivés crus/non pasteurisés ;
- Nécessité de consommer les produits alimentaires issus des établissements agréés.

3.2.3.2. Intégrer la lutte contre l'ITL dans le plan de communication du PNLAT (voir 4.4.2.1).

3.2.3.3. Élaborer un "flip chart" qui sera mis à disposition des CDTMR en vue d'assurer l'information et l'éducation des cas indexes, des personnes éligibles pour le TPT et leur entourage sur l'importance du TPT (voir 4.4.2).

3.2.3.4. Élaborer des dépliants pour l'éducation des cas indexes, des personnes éligibles pour le TPT et leur entourage sur l'importance du TPT (voir 4.4.2.4).

3.2.4. Renforcer les mesures de prévention et de contrôle de l'infection

Activités

3.2.4.1. Continuer à assurer les mesures administratives de contrôle de l'infection dans les CDTMR conformément aux directives nationales du PNLAT.

3.2.4.2. Acquérir 200 ventilateurs pour les CDTMR et les services hospitaliers prenant en charge les cas de tuberculose pharmacorésistante.

3.2.4.3. Acquérir 200 extracteurs d'air pour les CDTMR et les services hospitaliers prenant en charge les cas de tuberculose pharmacorésistante.

3.2.4.4. Acquérir, chaque année, 60.000 masques chirurgicaux pour les patients.

3.2.4.5. Acquérir, chaque année, 150.000 masques FFP2 pour le personnel soignant des CDTMR et des services hospitaliers prenant en charge les cas de tuberculose pharmacorésistante.

3.2.4.6. Acquérir 70 ampoules UV pour les services hospitaliers régionaux.

3.2.4.7. Assurer la surveillance de la survenue de tuberculose chez le personnel soignant : élaboration du protocole de surveillance en collaboration avec le Service de la Santé au Travail de la DELM.

3.2.4.8. Assurer la surveillance de la tuberculose chez le personnel soignant : mise en place, au niveau des provinces et préfectures, de l'enregistrement systématique des professionnels de santé atteints de tuberculose ; avec compilation annuelle des données enregistrées au niveau des provinces et des préfectures, et suivi, en collaboration avec le Service de la Santé au Travail de la DELM, du nombre de professionnels de santé affectés par la tuberculose chaque année.

3.2.4.9. Inclure la composante contrôle de l'infection dans la formation des médecins (voir activité 2.1.4.1) et des infirmier(ère)s (voir activité 2.1.4.2) des CDTMR.

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

3.2.4.11. Inclure une session sur le contrôle de l'infection TB nosocomiale dans la formation des médecins (voir 1.2.3.3) et des infirmier(ère)s (voir 1.2.3.4) exerçant dans les CR du PNLS.

3.2.4.12. Mettre en place les mesures administratives pour le contrôle de l'infection tuberculeuse dans les 20 centres référents du PNLS.

3.2.4.13. Acquérir 20 ventilateurs et 20 extracteurs d'air pour les 20 centres de référence du PNLS.

3.2.4.14. Acquérir, chaque année, 20.000 masques chirurgicaux pour les 20 CR du PNLS.

3.2.4.15. Veiller à prioriser les PVVIH qui se présentent aux CDTMR pour bénéficier d'une prestation de santé.

Objectif 4 : Améliorer la gouvernance du PNLAT et promouvoir l'action multisectorielle.

AXE STRATÉGIQUE 4.1: Gestion technique et administrative du PNLAT.

4.1.1. Renforcer les effectifs et les compétences des ressources humaines

Activités

4.1.1.1. Inscrire la lutte antituberculeuse dans le cadre réglementaire relatif aux groupements sanitaires territoriaux (GST) en vue de faire bénéficier le PNLAT de la mutualisation des ressources.

4.1.1.2. Améliorer l'attractivité des activités du CDTMR (conditions de travail, indemnisation) pour le personnel de santé.

4.1.1.3. Assurer la disponibilité des bacilloscopistes (affecter les techniciens de laboratoire aux CDTMR).

4.1.1.4. Élaborer et mettre en place un référentiel des emplois et des compétences de professionnels de santé à affecter aux CDTMR.

4.1.1.5. Définir une filière spécifique à la tuberculose dans le cadre du Programme Médical Régional.

4.1.1.6. Renforcer la formation de base (ENSP, ISPITS , Faculté de médecine…), et continue sur gestion programmatique et la lutte contre la tuberculose au Maroc.

4.1.1.7. Mener une réflexion sur le rôle de la médecine de famille et des nouveaux profils de professionnels de santé (aides-soignants : intégration dans le cursus de formation des modules sur la réalisation de certaines techniques de laboratoire - bacilloscopie et Xpert - et de radiologie) dans la lutte antituberculeuse.

4.1.1.8. Réviser et mettre à jour régulièrement l'ensemble des guides et des POS en conformité avec les nouvelles directives de l'OMS et les convertir en e-book.

4.1.1.9. Imprimer des exemplaires des guides mis à jour à raison de :

- 3500 exemplaires du" Guide national du PNLAT" et le mettre à la disposition du personnel des ESSP, des CDTMR, services hospitaliers de pneumologie des FAR et des services de santé de la DGAPR ;
- 500 exemplaires du "Guide de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante au Maroc" et le mettre à la disposition du personnel des CDTMR, CSI et services hospitaliers de pneumologie des FAR ;

- 500 exemplaires du "Guide de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent au Maroc" et le mettre à la disposition du personnel des CDTMR, CSI et services hospitaliers de pédiatrie ;
- 500 exemplaires du "Guide de lutte contre la co-infection TB/VIH au Maroc" et le mettre à la disposition du personnel des CDTMR et CR du VIH ;
- 3500 exemplaires du "Guide de prise en charge de la comorbidité de la tuberculose et du diabète au Maroc" et le mettre à la disposition du personnel des ESSP, des CDTMR et services d'endocrinologie.

4.1.1.10. Mettre en place un programme de développement des compétences du personnel des ESSP dans les domaines de la détection et de la prise en charge de la tuberculose.

4.1.1.11. Renforcer, sur le court terme, les ressources humaines médicales des CDTMR par l'affectation de médecins généralistes qui seront formés par le PNLAT sur les procédures de dépistage, diagnostic et de prise en charge de la tuberculose.

4.1.1.12. Étudier la possibilité de recruter, en vertu de la réglementation en vigueur, des médecins privés pour les besoins des CDTMR et ce, dans un cadre contractuel.

4.1.1.13. Renforcer les ressources humaines médicales en milieu hospitalier par l'affectation de résidents dans les services de pneumologie des hôpitaux régionaux.

4.1.1.14. Créer une cellule spécifique dédiée à la LAT au niveau des ESSP destinée à assurer le suivi des contacts, la réalisation de tests tuberculiniques, la dispensation et le suivi du traitement préventif et curatif de la tuberculose.

4.1.2. Développer les capacités managériales du PNLAT

Activités

4.1.2.1. Assurer, dans la mesure des budgets disponibles, la participation des cadres du PNLAT aux cours internationaux en fonction des activités dans lesquelles ils sont impliqués.

4.1.2.2. Assurer chaque année la participation de 3 cadres du PNLAT à la Conférence annuelle de l'Union Internationale de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires.

4.1.2.3. Assurer le renouvellement des équipements bureautiques et de technologie informatique du PNLAT à tous les niveaux (bureaux, chaises, ordinateurs, imprimantes, photocopieuses, scanners, appareils téléphoniques, accès à internet).

4.1.2.4. Organiser au profit des professionnels de santé impliqués dans la LAT à tous les niveaux, des sessions de formation initiale ou de remise à

niveau sur les principes de planification et de gestion du programme de lutte contre la tuberculose.

4.1.2.5. Développer les compétences du personnel chargé de la gestion du programme de lutte contre la tuberculose au niveau régional, et provincial/préfectoral dans le domaine de la gestion programmatique.

4.1.2.6. Organiser régulièrement des réunions sur la gestion et l'évaluation du PNLAT : tous les 6 mois au niveau central, tous les 3 mois aux niveaux régional, provincial et préfectoral.

4.1.2.7. Assurer la gestion appropriée de la subvention du Fonds mondial aux niveaux central, régional, provincial et préfectoral.

4.1.2.8. Recruter deux consultants nationaux en vue d'accompagner les régions dans l'élaboration de leurs plans d'actions et des plans opérationnels régionaux et de suivi évaluation régionaux sur la base des orientations nationales.

4.1.2.9. Organiser un atelier de 2 jours au niveau de chaque DRS (sous la présidence du DRS et en présence des représentants de l'Unité Régionale de Coordination du PNLAT, des DMS, du Directeur du CHR, des Médecins-Chefs du SRES, des Médecins-Chefs des CDTMR et des animateurs de la LAT au niveau des provinces et préfectures de la Région) dans l'objectif d'assurer L'accompagnement des régions dans l'élaboration de leurs plans stratégiques régionaux et les plans opérationnels et de suivi évaluation.

4.1.2.10. Organiser une réunion de présentation et de lancement des plans opérationnels régionaux au niveau central.

4.1.2.11. Définir les procédures opérationnelles et lignes directrices de gestion du programme de lutte contre la tuberculose à tous les niveaux.

4.1.2.12. Sensibiliser, au moyen d'une circulaire ministérielle, les responsables nationaux et régionaux sur l'importance de la mise à jour des contrats de maintenance (préventive et curative).

4.1.2.13. Assurer la formation continue des techniciens et des ingénieurs biomédicaux en matière de maintenance des équipements utilisés dans la lutte contre tuberculose au niveau déconcentré (« volet matériovigilance »).

4.1.2.14. Élargir le domaine d'intervention des ingénieurs biomédicaux régionaux, provinciaux et préfectoraux en y incluant les laboratoires de la tuberculose.

4.1.3. Améliorer l'organisation des prestations de soins et des mesures de lutte antituberculeuse

Activités

4.1.3.1. Organiser, dans le cadre du développement d'un référentiel standard du PNLAT en matière d'implantation, de construction, d'équipement et de ressources humaines des structures de santé chargées de la LAT, un atelier de réflexion de deux jours pour définir ces critères avec la participation de représentants de la DELM, la DPRF, la DHSA, la DEM, l'INH, la DRH, le CNRP et les DRS.

4.1.3.2. Assurer les affectations des pneumophtisiologues selon les priorités notamment dans les provinces et préfectures à forte charge de morbidité et dépourvues de ce profil de médecins.

4.1.3.3. Élaborer une feuille de route destinée à planifier l'implication de tous les prestataires de soins dans la lutte contre la tuberculose.

4.1.3.4. Conduire une évaluation de l'état actuel de l'implication des prestataires de soins qui exercent en dehors des structures du MSPS et diffuser le rapport d'évaluation.

4.1.3.5. Élaborer un protocole de collaboration avec le PNLAT pour chaque catégorie de prestataires de soins qui exercent en dehors des structures du MSPS : réunion de travail de 2 jours.

4.1.3.6. Imprimer le protocole de collaboration pour chacune des catégories de prestataires de soins exerçant en dehors des structures du MSPS.

4.1.3.7. Favoriser l'approche intégrée dans la gestion des programmes de santé pour pallier à l'insuffisance des ressources humaines et financières.

4.1.3.8. Créer au niveau des régions à forte incidence de tuberculose un organe de coordination des activités de LAT en concertation avec les autorités territoriales.

4.1.4. Assurer le plaidoyer en faveur de la lutte antituberculeuse

Activités

4.1.4.1. Décliner la stratégie de plaidoyer et le plan de mobilisation des fonds en faveur de la LAT, au niveau régional, provincial et préfectoral.

4.1.4.2. Organiser des ateliers de formation régionaux d'une journée en vue de développer les compétences des OSC actives dans le domaine de la LAT et les OSC les plus actives dans le domaine de la santé en matière de plaidoyer et de mobilisation sociale. Chaque session ciblera 24 participants et sera animée par deux facilitateurs.

4.1.4.3. Organiser 5 ateliers de formation d'une journée pour développer les compétences des responsables centraux, régionaux, provinciaux et préfectoraux du MSPS en matière de plaidoyer et de mobilisation sociale. Chaque session ciblera 24 participants et sera animée par deux facilitateurs.

4.1.4.4. Organiser un atelier national de plaidoyer d'une demi-journée en faveur de la LAT, ciblant les décideurs politiques, les partenaires au développement et les bailleurs de fonds potentiels nationaux et internationaux.

4.1.4.5. Associer les OSC dans la mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer et de mobilisation des fonds en ciblant les territoires à haute incidence de tuberculose.

4.1.4.6. Sensibiliser les élus et décideurs régionaux et locaux notamment au niveau des zones les plus touchées par la tuberculose pour inscrire la TB en tant que priorité régionale et locale et allouer le budget conséquent.

4.1.4.7. Assurer le plaidoyer auprès du gouvernement et des parlementaires pour la création d'une ligne budgétaire spéciale pour les programmes de santé et l'augmentation de l'allocation budgétaire pour la lutte antituberculeuse afin de combler le déficit budgétaire.

4.1.5. Renforcer la coordination entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le SIDA à tous les niveaux

Activités

4.1.5.1. Organiser une réunion annuelle conjointe entre PNLAT et PNLS d'échange d'expériences entre les différentes provinces et préfectures notamment celles réalisant de bonnes performances dans les activités de lutte contre la co-infection TB/VIH (dépistage du VIH chez les malades TB, dépistage de la tuberculose chez les PVVIH, TPT de la tuberculose chez les PVVIH, mesures de contrôle de l'infection).

4.1.5.2. Organiser, au niveau des régions à forte charge de morbidité de la co-infection TB-VIH une réunion semestrielle de coordination de la prise en charge de la co-infection TB/VIH entre les équipes des CDTMR et celles des CR.

4.1.5.3. Organiser des réunions semestrielles du Comité national de Coordination des Activités collaboratives Tuberculose/VIH.

4.1.5.4. Élaborer un plan opérationnel annuel conjoint au niveau national et au niveau régional précisant la responsabilité du PNLAT et du PNLS dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

4.1.5.5. Élaborer des plans annuels de formation destinés à améliorer les capacités de dépistage et de traitement du VIH chez les équipes prenant en charge la TB et les capacités du dépistage de la tuberculose et du traitement de l'infection tuberculeuse des équipes prenant en charge le VIH.

4.1.5.6. Élaborer un plan annuel de supervision conjointe entre PNLAT et PNLS intégrés dans les plans de supervision respectifs des deux programmes.

AXE STRATÉGIQUE 4.2 : Partenariat avec le secteur privé et les autres prestataires de soins en dehors du réseau du MSPS.

4.2.1. Renforcer la coopération avec le secteur privé

Activités

4.2.1.1. Mettre à disposition de tous les médecins privés, à travers les unités de coordination régionales, provinciales et préfectorales du PNLAT, les directives techniques du programme (algorithmes, POS), les fiches de référence, des exemplaires du mémorandum et les informations nécessaires sur les CDTMR vers lesquels ils peuvent référer les cas présumés de tuberculose.

4.2.1.2. Organiser des activités de formation des médecins généralistes du secteur privé avec une priorité pour ceux qui exercent dans les régions, provinces et préfectures à forte charge de morbidité tuberculeuse (voir 1.1.1.5; 1.2.5.7).

4.2.1.3. Organiser des activités de formation sur la lutte antituberculeuse pour les médecins privés spécialistes en pneumo-phtisiologie et les autres spécialistes impliqués dans la LAT des régions de Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Tanger-Tétouan-Al Hoceima, Fès-Meknès, Marrakech-Safi, Souss-Massa et l'Oriental (voir 1.1.1.5; 1.2.5.7).

4.2.1.4. Instituer un comité ad hoc constitué de représentants du CNOM et du PNLAT pour renforcer l'implication du secteur privé dans la LAT.

4.2.1.5. Élaborer, en collaboration avec le comité ad hoc, un mémorandum entre le CNOM et le MSPS mettant en exergue la disposition du PNLAT à collaborer avec les médecins privés, particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des patients présumés tuberculeux qui sont référés aux structures sanitaires du MSPS.

4.2.1.6. Imprimer le mémorandum, le mettre sur le site web du MSPS et le distribuer à travers les réseaux du CNOM et des associations professionnelles des médecins.

4.2.1.7. Améliorer le système de référence des cas présumés de tuberculose entre les médecins privés et les services du PNLAT par l'élaboration et l'utilisation d'une fiche de référence et de contre référence.

4.2.1.8. Imprimer les fiches de référence qui seront utilisées par les médecins privés pour adresser les patients présumés tuberculeux vers les services du PNLAT.

4.2.1.9. Établir des mécanismes de communication entre les unités de coordination régionales, provinciales et préfectorales du PNLAT et les associations professionnelles.

4.2.1.10. Suivre et évaluer, par l'intermédiaire des unités régionales, provinciales et préfectorales du PNLAT, la contribution des médecins du secteur privé aux efforts de lutte antituberculeuse.

4.2.2. Renforcer la coopération avec les services sanitaires du système pénitentiaire

Activités

4.2.2.1. Organiser une réunion de coordination annuelle entre le PNLAT et les responsables de la DGAPR.

4.2.2.2. Mettre en place des équipements radiologiques fixes, dans les 6 grands établissements pénitentiaires à flux d'entrants élevé et effectif important.

4.2.2.3. Continuer à assurer l'approvisionnement des unités sanitaires des prisons, en réactifs et consommables.

4.2.2.4. Maintenir l'activité de transport des expectorations depuis les prisons qui ne sont pas équipées de laboratoire de microscopie ou de Genexpert vers les CDTMR les plus proches de l'établissement pénitentiaire.

4.2.2.5. Assurer le traitement adéquat de tous les détenus diagnostiqués pour tuberculose dans les unités sanitaires implantées dans les EP (sauf si l'hospitalisation est indiquée).

4.2.2.6. Favoriser, en coordination avec les responsables des centres hospitaliers et les services de services de surveillance de l'administration pénitentiaire, les conditions nécessaires à la prise en charge hospitalière des détenus tuberculeux.

4.2.2.7. Impliquer les ONG, opérant à la fois dans le milieu carcéral et dans les communautés, dans le soutien des détenus libérés qui sont encore sous traitement antituberculeux et dans la coordination de la continuité de la prise en charge médicale avec les CDTMR de référence.

4.2.2.8. Poursuivre la formation et la remise à niveau au profit des médecins et des infirmiers exerçant en milieu carcéral en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose (voir 1.1.1.8).

4.2.2.9. Poursuivre la formation des techniciens de laboratoire exerçant en milieu carcéral sur les techniques de diagnostic initial et de suivi de la tuberculose (Xpert, microscopie).

4.2.2.10. Assurer la disponibilité de chambres d'isolement avec une ventilation appropriée dans toutes les prisons qui ne sont pas encore dotées.

4.2.2.11. Assurer, en coordination avec le PNLS, le dépistage systématique de l'infection VIH chez tous les détenus atteints de TB et le dépistage systématique de la tuberculose chez les détenus infectés par le VIH.

4.2.2.12. Assurer le traitement et la prise en charge de toutes les personnes co-infectées par la TB et le VIH ainsi que le traitement prophylactique de la TB chez les PVVIH qui sont indemnes de TB maladie, en conformité avec les directives nationales du PNLAT et du PNLS.

4.2.3. Renforcer la coopération avec les services de santé des Forces Armées Royales (FAR)

Activités

4.2.3.1. Évaluer les actions entreprises dans le cadre de la coopération avec les services de santé des Forces Armées Royales (FAR) et identifier les actions à mettre en œuvre afin d'améliorer l'efficacité de cette collaboration.

4.2.3.2. Poursuivre la formation des médecins et des infirmiers des services de santé des FAR chargés du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose (voir 1.1.1.6 ; 1.1.1.7).

4.2.3.3. Organiser des ateliers de formation et de remise à niveau destinés à renforcer les capacités des techniciens de laboratoire des services de santé des FAR sur les techniques de dépistage, de diagnostic et de suivi bactériologique de la tuberculose.

4.2.3.4. Maintenir l'approvisionnement continu des services de santé des FAR en médicaments antituberculeux.

4.2.4. Renforcer la coopération avec les prestataires de soins en dehors du réseau du PNLAT autres que ceux du secteur privé, des FAR et du système pénitentiaire

4.2.4.1. Organiser une réunion pour officialiser la coopération déjà existante entre les structures du PNLAT et les services sanitaires de l'OCP à travers la signature d'un protocole de collaboration entre le MSPS et l'OCP en matière LAT.

4.2.4.2. Établir un mémorandum d'entente entre le MSPS et le Ministère de la Transition Énergétique et du Développement Durable pour la mise en œuvre, une fois par an, d'un dépistage systématique de la TB chez les mineurs de fonds exposés à la poussière de silice.

4.2.4.3. Renforcer la collaboration avec les services de médecine du travail.

AXE STRATÉGIQUE 4.3 : Système de suivi et évaluation et recherche.

4.3.1. Renforcer les capacités en suivi et évaluation à tous les niveaux

Activités

4.3.1.1. Recruter une équipe de consultants pour assurer une assistance technique aux activités ci-après :

- Ateliers de formation en vue de renforcer la capacité des gestionnaires de données et des équipes de suivi évaluation à tous les niveaux ;
- Ateliers de formation sur l'utilisation du logiciel DHIS2 au profit des Unités Provinciales, Préfectorales et Régionales chargées de la gestion des données du PNLAT ;
- Renforcement des capacités d'analyse des données épidémiologiques de la tuberculose issue du "tracker DHIS2 TB" à tous les niveaux
- Formation sur la conception et le paramétrage du "tracker DHIS2 TB" au niveau de l'unité centrale du PNLAT ;
- Formation sur l'utilisation du logiciel de gestion des données épidémiologiques de la tuberculose "ISILAT-DHIS2" à tous les niveaux ;
- Évaluation de l'utilisation de la solution ISILAT-DHIS2.

4.3.1.2. Organiser des ateliers de formation en vue de renforcer la capacité des gestionnaires de données et les équipes de suivi évaluation du niveau central, régional et provincial/préfectoral sur l'analyse et l'interprétation des données épidémiologiques et des données relatives au processus, à la couverture des services et au résultat des actions de lutte antituberculeuse.

4.3.1.3. Organiser des ateliers de formation au profit des Unités Provinciales, Préfectorales et Régionales du PNLAT sur le DHIS2.

4.3.1.4. Renforcer la capacité de l'équipe du PNLAT et des points focaux régionaux et provinciaux sur l'analyse et l'extraction des données dans le tracker DHIS2 TB.

4.3.1.5. Faire participer l'équipe de suivi évaluation du PNLAT au niveau central à une formation sur la conception et le paramétrage du tracker DHIS2".

4.3.1.6. Assurer une formation sur l'utilisation du logiciel "ISILAT-DHIS2".

4.3.1.7. Évaluer la solution "ISILAT-DHIS2" par des experts internationaux en dhis2 et en système d'information de la tuberculose.

4.3.1.8. Développer une procédure d'assurance qualité des données adaptée à l'utilisation d'"ISILAT-DHIS2" (contrôle à la saisie, développer un programme de vérification des doublons post-saisie, exhaustivité des variables clés, détection d'incohérences, etc).

4.3.1.9. 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.

4.3.1.10. Élaborer un rapport annuel sur la situation épidémiologique et programmatique de la LAT au Maroc.

4.3.1.11. Organiser un séminaire annuel par l'Unité Centrale du PNLAT pour présenter et discuter les résultats de ce rapport.

4.3.1.12. Imprimer, chaque année, 400 copies du rapport annuel sur la LAT au Maroc, le distribuer et le mettre en ligne sur le site web du Ministère de la Santé.

4.3.2. Renforcer le système de suivi et évaluation de la co-infection TB/VIH

Activités

4.3.2.1. Intégrer la supervision des activités conjointes tuberculose/VIH dans le programme de supervision des services du PNLAT (voir l'intervention 4.3.3).

4.3.2.2. Organiser, tous les 6 mois, une supervision conjointe PNLAT/PNLS dans chacune des provinces et préfectures où les activités du PNLS sont implantées (voir l'intervention 4.3.3).

4.3.2.3. Organiser un atelier conjoint PNLAT/PNLS en vue d'harmoniser le processus de collecte des données et d'évaluation relatives aux activités conjointes tuberculose/VIH et d'assurer une validation conjointe des données.

4.3.2.4. 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 TB/VIH.

4.3.2.5. Recueillir par les CDTMR les données sur le dépistage du VIH chez les malades TB effectué au niveau du centre de santé pour assurer l'exhaustivité du recueil des données.

4.3.3. Mettre en œuvre les activités de supervision à tous les niveaux

Activités

4.3.3.1. Élaborer un guide de supervision comprenant:

- la grille de supervision ;
- l'organisation des activités de supervisions à tous les niveaux, du central jusqu'au communautaire ;
- les procédures opérationnelles standard à entreprendre avant, durant et après les visites de supervision.

4.3.3.2. Établir un plan de supervision annuel à tous les niveaux et le mettre à jour chaque fois que celà s'avère nécessaire.

4.3.3.3. Conduire une mission de supervision trimestrielle du niveau provincial/préfectoral aux ESSP et ONG de proximité impliquées dans les prestations de la LAT.

4.3.3.4. Conduire une mission de supervision trimestrielle du niveau régional au niveau des provinces et préfectures (unités Provinciales et Préfectorales de coordination du PNLAT, CDTMR et CSI).

4.3.3.5. Organiser une mission de supervision trimestrielle du niveau central au niveau des structures de prise en charge et de coordination régionales et provinciales de lutte contre la tuberculose et au niveau des services en charge de la mise en œuvre d'interventions stratégiques spécifiques (TEP, PCPTPR, PCPIT, TB/VIH, TB de l'enfant ou autres).

4.3.3.6. Assurer des visites de supervision intégrées entre l'équipe de l'unité centrale du PNLAT et les cadres du LNRT (voir 1.3.8)

4.3.3.7. Intégrer une session sur les modalités techniques et organisationnelles de la supervision dans le programme de formation du personnel chargé de la gestion du programme au niveau régional, provincial et préfectoral (voir 4.1.2.5).

4.3.3.8. Mettre à la disposition des régions, des provinces et préfectures les moyens logistiques permettant d'assurer les activités de supervision.

4.3.4. Assurer la surveillance épidémiologique et le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la stratégie du PNLAT à tous les niveaux

Activités

4.3.4.1. Mettre à jour le manuel de référence du SI en intégrant la gestion des données individuelles.

4.3.4.2. Élaborer un guide d'utilisation des supports de recueil des données de la tuberculose.

4.3.4.3. Imprimer le guide d'utilisation des supports de recueil des données de la tuberculose.

4.3.4.4. Assurer la validation régulière de la qualité des données de la tuberculose (data quality audit) conformément à la méthode utilisée au Maroc en 2017.

4.3.4.5. Évaluer la qualité des données collectées au cours des visites de supervision à tous les niveaux (voir 4.3.3 et 4.3.3.7).

4.3.4.6. Étendre l'utilisation du module "tracker DHIS2" à l'ensemble des CDTMR/CSI.

4.3.4.7. Imprimer les supports de recueil des données du PNLAT.

4.3.4.8. Mettre en place un système d'audit des décès.

4.3.4.9. Intégrer la surveillance des décès par tuberculose dans le système national d'enregistrement des causes de décès mis en place au Maroc.

4.3.4.10. Tenir régulièrement des réunions d'évaluation du PNLAT: tous les 6 mois au niveau central, tous les 3 mois aux niveaux régional, provincial et préfectoral (voir 4.1.2.6).

4.3.4.11. Élaborer un rapport annuel de la lutte antituberculeuse.

4.3.4.12. Imprimer le rapport annuel de la lutte antituberculeuse et en assurer une large diffusion.

4.3.4.13. Organiser une revue du PNLAT à mi-parcours à la fin de l'année 2026 et une revue finale à la fin de l'année 2029.

4.3.5. Renforcer la recherche opérationnelle

Activités

4.3.5.1. Mettre en place un comité national de recherche opérationnelle en matière de lutte antituberculeuse dans lequel toutes les institutions concernées sont représentées (facultés de médecine du Maroc, Ecole Nationale de Santé Publique, Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé, institutions académiques les plus appropriées et partenaires).

4.3.5.2. Élaborer en collaboration avec le comité national un plan stratégique national de recherche opérationnelle en matière de lutte antituberculeuse.

4.3.5.3. Conduire une étude de type capture recapture en vue d'aider à l'estimation de l'incidence de la tuberculose avec le minimum d'incertitude.

4.3.5.4. Réaliser des enquêtes sur les coûts catastrophiques supportés par les patients tuberculeux (voir 4.5.1).

4.3.5.5. Conduire une étude sur le délai du diagnostic de la tuberculose.

4.3.5.6. Mener un audit clinique de la prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire pour évaluer l'adhésion aux lignes directrices nationales de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose extra pulmonaire.

4.3.5.7. Réaliser un audit sur le diagnostic de la tuberculose de l'enfant dans les structures concernées.

AXE STRATÉGIQUE 4.4 : Action Communautaire et TB.

4.4.1. Améliorer la coordination et renforcer le rôle des ONG dans la dynamique de lutte contre la tuberculose

Activités

4.4.1.1. Établir une cartographie des ONG œuvrant dans le domaine de la tuberculose.

4.4.1.2. Consolider, au niveau national et régional, le suivi des activités des ONG appuyant la LAT, leur encadrement et la coordination de leurs actions et ce, à travers la mise en place d'un plan de supervision national et régional ainsi qu'à travers l'organisation de réunions périodiques.

4.4.1.3. Collaborer avec les autres départements du MSPS qui disposent d'une expérience fructueuse de collaboration et de partenariat avec des ONG afin de s'inspirer des actions menées et de bénéficier de leurs leçons tirées notamment en termes d'innovations.

4.4.1.4. Élaborer, en s'inspirant du guide OMS, un guide sur les activités de lutte antituberculeuse à base communautaire décrivant le rôle du PNLAT, des ONG et des autres acteurs communautaires ainsi que le système de suivi et évaluation des activités de collaboration

4.4.1.5. Soutenir financièrement les interventions des ONG œuvrant dans le domaine de la LAT en matière :

- d'identification des malades avec symptômes de tuberculose et des cas contacts que leur orientation vers les structures de prise en charge de la tuberculose ;
- de dépistage au profit des groupes clés et vulnérables;
- de soutien aux patients sous traitement anti ou de l'ITL et à relancer les absents au traitement;
- de relance des absents au traitement;
- d'éducation de la population générale sur la tuberculose.

4.4.1.6. Mettre en place une plateforme nationale des ONG intervenant dans le domaine de la LAT permettant les échanges d'informations et d'expériences et l'harmonisation des activités entre les différentes ONG avec la création des mécanismes de communication et de coordination entre les deux dynamiques TB et VIH (recommandation des ateliers de dialogue pays communautaire organisés à Tanger le 17 et 18 Février 2023).

4.4.1.7. Assurer l'organisation de la journée des ONG œuvrant dans le domaine de la tuberculose

4.4.1.8. Mettre en œuvre la stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières domestiques et extérieures en vue de pérenniser les actions de prévention et de contrôle communautaire de la tuberculose menées par des ONG.

4.4.2. Entreprendre des actions de Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale

Activités

4.4.2.1. Établir un plan de communication annuel en coordination avec la Division de la Communication du MSPS permettant de définir les objectifs, les cibles, le contenu des messages à véhiculer, la stratégie et les canaux de diffusion, le rôle des différents acteurs ainsi que le calendrier des actions et des événements.

4.4.2.2. Organiser une réunion annuelle d'évaluation de la mise en œuvre du plan de communication.

4.4.2.3. Assurer la formation des points focaux IEC impliqués dans la lutte antituberculeuse au niveau national et régional sur les techniques de communication (communication dynamique, à haute visibilité, répétée et variée, multi-canal, motivante et non stigmatisante, et ciblée selon les besoins de l'audience -patients et leur entourage, population générale, décideurs).

4.4.2.4. Développer et assurer la diffusion d'outils de communication adaptés aux besoins de la riposte nationale à la tuberculose – éducation du grand public sur la tuberculose, ses symptômes, la disponibilité des services antituberculeux et la nécessité d'une consultation précoce en cas de symptômes évocateurs ; éducation des malades et de leur entourage sur l'importance de l'observance du traitement ; éducation contre la stigmatisation- (portail internet, capsules vidéo, affiches, dépliants et dossiers de presse) et en assurer systématiquement la mise à jour.

4.4.2.5. Organiser des rencontres d'incitation des médias nationaux et régionaux (presse écrite, télévision, radio, média numérique) à contribuer activement dans la lutte contre la tuberculose à travers une communication large, positive, favorisant le changement des comportements et la mobilisation des communautés en vue de réduire la stigmatisation, favoriser l'accès aux soins et l'utilisation des services et promouvoir l'adhésion au traitement.

4.4.2.6. Célébrer chaque année la journée mondiale de la tuberculose et lancer la campagne annuelle de communication à l'occasion de cette journée.

AXE STRATÉGIQUE 4.5 : Contribution au renforcement de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale ainsi qu'à la réduction des coûts catastrophiques encourus par les malades atteints de tuberculose et leurs ménages.

4.5.1. Réaliser des enquêtes sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose

Activités

4.5.1.1. Réaliser une étude de base sur les coûts catastrophiques encourus par les malades atteints de tuberculose et leurs ménages.

4.5.1.2. Réaliser une étude d'évaluation des actions visant à réduire la proportion des malades atteints de tuberculose et leurs ménages encourant des coûts catastrophiques.

4.5.1.3. Réaliser une étude d'évaluation des actions visant à réduire la proportion des malades atteints de tuberculose et leurs ménages encourant des coûts catastrophiques.

4.5.2. Faire bénéficier les malades tuberculeux d'aides directes visant la réduction des coûts catastrophiques et l'amélioration de l'adhésion au traitement

Activités

4.5.2.1. Fournir à tous les patients atteints de TB pharmacorésistante sous traitement ainsi qu'à leurs familles un panier alimentaire mensuel et couvrir leurs indemnités de déplacement vers la structure de prise en charge (Voir 2.1.3.6).

4.5.2.2. Assurer une aide alimentaire et de transport pour les malades TB les plus démunis (voir 2.1.8.2).

4.5.2.3. Assurer un plaidoyer auprès de l'INDH et autres acteurs au niveau local et régional pour que les patients tuberculeux puissent bénéficier de l'appui social, financier et/ou alimentaire nécessaire.

4.5.3. Assurer une bonne intégration des malades tuberculeux dans les régimes de protection sociale

Activités

4.5.3.1. Poursuivre le plaidoyer auprès des décideurs politiques pour que les patients tuberculeux soient intégrés dans les régimes de protection sociale.

4.5.4. Mettre en place des actions d'amélioration de la qualité des soins antituberculeux

Activités

4.5.4.1. Procéder régulièrement à une évaluation de la qualité des services dédiés à LAT par le biais de :

1. Audit de la structure de santé en matière d'infrastructure, d'équipement et de ressources humaines ;

2. Entretien avec le personnel de santé pour évaluer la compétence technique, les connaissances, les pratiques en termes de procédures cliniques et de gestion des services antituberculeux ;
3. Entretien avec les patients sur la perception des services et des interactions avec le personnel ;
4. Revue des registres.

4.5.4.2. Procéder à des analyses de la cascade des soins antituberculeux (cascade globale ; cascades spécifiques pour l'investigation des contacts, le TPT, la co-infection TB/VIH, la TB pharmacorésistante).

AXE STRATÉGIQUE 4.6 : Mise en place d'un cadre de responsabilisation multisectoriel et mise en œuvre des approches multisectorielles pertinentes.

4.6.1. Mettre en place un cadre de responsabilisation multisectoriel

Activités

4.6.1.1. Élaborer un plan d'action national budgétisé pour la mise en œuvre du cadre de responsabilisation multisectoriel pour mettre fin à la TB au Maroc.

4.6.1.2. Développer et faire adopter, par l'ensemble des parties prenantes, une charte nationale multisectorielle pour mettre fin à la TB.

4.6.1.3. Institutionnaliser, par voie réglementaire ou législative, le cadre de responsabilisation multisectoriel ainsi que la charte nationale multisectorielle pour mettre fin à la TB.

4.6.1.4. Inscrire la lutte contre la tuberculose dans le comité national de développement durable régi par le décret 2.19.452 du 17 juillet 2019 et les textes y afférant.

4.6.1.5. Instituer un «Comité national de Pilotage» sous la présidence du chef du gouvernement, chargé de la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies et dont le secrétariat sera assuré par le MSPS.

4.6.1.6. Constituer un "Comité National de Coordination de l'Action Multisectorielle pour mettre fin à la TB" regroupant les directeurs centraux des départements ministériels, les institutions et les acteurs les plus concernés. Ce comité sera présidé par le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, le secrétariat sera assuré par la DELM.

4.6.1.7. Créer dans les régions à forte incidence, ou totalisant un grand nombre de cas de TB, des « Comités Régionaux de Coordination de l'action multisectorielle pour mettre fin à la TB » sous la présidence des Walis (le secrétariat de ces comités sera assuré par Directeur Régional de la Santé).

4.6.1.8. Créer dans les provinces et préfectures à forte incidence, ou totalisant un grand nombre de cas de TB, des « Comités Préfectoraux/ Provinciaux de Coordination de l'action multisectorielle pour mettre fin à la TB » sous la présidence des Gouverneurs (le secrétariat de ces comités sera assuré par le délégué du Ministre de la Santé à la province ou préfecture).

4.6.1.9. Assurer le fonctionnement des organes de gouvernance pour le pilotage, le suivi, l'évaluation, le contrôle et l'amélioration continue de l'action multisectorielle.

4.6.1.10. Imprimer et diffuser auprès des parties prenantes 2000 exemplaires du document national d'action multisectorielle pour mettre fin à la TB ainsi que des documents les plus pertinents relatifs à la lutte contre la tuberculose au Maroc.

4.6.1.11. Évaluer la mise en œuvre de la collaboration multisectorielle pour mettre fin à la TB à tous les niveaux (national, régional et local).

4.6.2. Mettre en œuvre les approches multisectorielles pertinentes

Activités

4.6.2.1. Poursuivre la collaboration multisectorielle dans le cadre de la stratégie nationale des ODD en mettant à profit les législations existantes et maintenir les réunions de plaidoyer trimestrielles avec les parties prenantes.

4.6.2.2. Intégrer la lutte contre la tuberculose dans toute dynamique et initiative multisectorielles dédiées aux populations vulnérable (INDH, Actions de développement communautaires, espace socioéconomique et culturels, ONG de développement...) : organisation de réunions de plaidoyer trimestrielles avec les parties prenantes pour promouvoir l'intégration de la LAT dans les initiatives de développement existantes.

4.6.2.3. Renforcer les capacités des ONG pour intégrer la LAT dans les initiatives communautaires de lutte contre la précarité des populations vulnérables (voir intervention 4.4.1).

4.6.2.4. Soutenir les initiatives intégrant la lutte contre la tuberculose dans une approche socio- économique et de développement.

4.6.2.5. Organiser une journée d'étude parlementaire autour de la TB, avec présentation du cadre de responsabilisation multisectoriel.

4.6.2.6. Organiser une réunion annuelle multisectorielle autour de la tuberculose pour un échange des expériences entre les différentes partenaires internationaux, nationaux et territoriaux, les OCS et le secteur privé notamment celles obtenant des bonnes performances dans les activités de lutte contre la co-infection TB/VIH (dépistage du VIH chez les malades TB, dépistage de la tuberculose chez les PVVIH, TPT chez les PVVIH, mesures de contrôle de l'infection).

AXE STRATÉGIQUE 4.7 : Prise en compte du genre et des droits humains dans la lutte contre la tuberculose.

4.7.1. Explorer le rôle du genre dans la problématique de la tuberculose et assurer l'égalité du genre dans la lutte contre la tuberculose

Activités

4.7.1.1. Procéder à des analyses de la répartition des cas de tuberculose par âge et de son évolution séparément pour le sexe féminin et le sexe masculin pour déterminer si l'ampleur du problème de la tuberculose est disproportionnée en fonction du genre.

4.7.1.3. Réaliser une étude d'évaluation « Communautés, droits et genre ».

4.7.1.4. Assurer une représentation égalitaire des femmes et des hommes dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de lutte antituberculeuse.

4.7.2. Consolider, promouvoir et renforcer les droits humains

Activités

4.7.2.1. Mettre en place avec l'appui du CNDH et du Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle les dispositions réglementaires nécessaires pour lutter contre la discrimination, de manière à garantir le retour au travail des salariés atteints de TB qui ne sont pas ou ne sont plus contagieux.

4.7.2.2. Appuyer le CNDH à mettre en place des mesures juridiques appropriées permettant de protéger la santé des personnes saines en cas de refus du dépistage par une personne éligible ou de la prise du traitement par une personne atteinte d'une forme contagieuse de TB.

4.7.2.3. Appuyer le CNDH à mettre en place, avec l'appui des CRDH des mécanismes pour collecter et traiter les plaintes éventuelles relatives aux allégations de violations des droits humains des patients tuberculeux et de leur entourage.

4.7.2.4. Organiser deux fois par an, avec le CNDH une réunion de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des mesures de droits humains en lien avec la TB.

4.7.2.5. Soutenir le rôle d'intermédiaire tenu par les ONG entre les services de santé et les populations ayant des difficultés à y accéder.

4.7.2.6. Former les ONG à l'accompagnement des personnes tuberculeuses qui rencontrent des problèmes d'ordre juridique et les informer des soutiens et recours existants. (Définir au préalable les conditions et les situations couvertes par l'assistance juridique facilitée par le CNDH ainsi que les procédures à utiliser).

4.7.2.7. Former les professionnels de la santé sur l'éthique et aux droits de l'homme en lien avec la tuberculose et sur la pratique des soins centrés sur les patients (voir 1.1.1.3).

4.7.2.8. Sensibiliser et informer, en utilisant les supports et les canaux appropriés et en impliquant les ONG formées dans ce domaine, la population générale et le corps enseignant et éducatif sur les principes des droits de l'homme en lien avec :

- la tuberculose, y compris le droit fondamental à l'accès à des soins de qualité ;
- les conséquences de la stigmatisation et la discrimination/renvoi des élèves et des employés.

4.7.2.9. Garantir le respect de la confidentialité et de l'intimité dans tous les lieux de soins

4.7.2.10. Réaliser une étude index stigma sur la tuberculose

4.7.2.11. Intégrer la TB dans la stratégie droits humains

4.7.2.12. Élaborer et diffuser des messages éducatifs visant la prévention et la lutte contre la stigmatisation (voir 4.4.2.4 et 4.4.2.5).

4.7.2.13. Faciliter la sensibilisation, la mobilisation et l'autonomisation des personnes ou des groupes de personnes touchées par la tuberculose (anciens malades guéris et patients en cours de traitement) et appuyer financièrement leurs initiatives.

4.7.2.14. Assurer le plaidoyer auprès des employeurs et des médecins du travail pour la réinsertion et le reclassement professionnel des malades TB et la lutte contre la stigmatisation en milieu professionnel.

4.7.2.15. Créer un pôle social au niveau des CDTMR.

4.7.2.16. Mettre en place des mécanismes réglementaires incitant les malades souffrant de TB pharmacorésistante à accepter le traitement en cas de non-adhésion aux conseils éducatifs fournis par le personnel de santé et ce dans le cadre des principes régissant les droits et les devoirs des malades.

4.7.2.17. Assurer le plaidoyer pour permettre aux étudiants ayant été atteints de tuberculose de jouir de leurs droits scolaires.

4.7.2.18. Élaborer un paquet d'actions pour la lutte contre la stigmatisation en milieu de soins.

4.7.2.18. Développer et diffuser le matériel d'information sur les Droits Humains et genre, dans différents formats et en langage simple et clair pour les patients, pour les informer de leurs droits et des responsabilités des professionnels de la santé.

XI. ANNEXE 1 : CADRE DE RÉSULTATS DU PSN TB

Indicateurs	Données de base		Cibles						
	Base	Année de référence	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Taux d'Incidence de la tuberculose (nouveaux patients et rechutes toutes formes) pour 100000 habitants	96	2021	88	85	81	78	74	70	66
Taux de mortalité par tuberculose (pour 100 000 habitants)	8.8	2021	6.9	6.2	5.5	4.9	4.2	3.6	2.9
Nombre de décès liés à la tuberculose	406	2020	290	250	208	167	127	88	51
Taux d'incidence pour 100000 habitants de la tuberculose résistante à la rifampicine (TB-RR) et/ou de la tuberculose multirésistante (TB-MR) chez les nouveaux patients atteints de tuberculose	1.9	2021	1.8	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5
Taux de couverture du traitement de la TB	84%	2021	88%	89%	90%	91%	93%	94%	95%
Couverture du traitement TB-RR et/ou TB-MR	41%	2021	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%
Nombre des cas TB (nouveau et rechutes) notifiés	29327	2021	28833	28366	27901	27156	26425	25710	24749
Nombre de cas avec TB-MR/RR confirmée qui sont notifiés	295	2021	377	405	431	452	471	489	500

Nombre de nouveaux patients et rechutes notifiés, toutes formes de tuberculose chez les enfants	2240	2021	2093	2059	2025	1971	1918	1866	1796
Taux de succès du traitement chez les nouveaux patients et rechutes de tuberculose, toutes formes	88%	2020	92%	93%	94%	95%	95%	95%	95%
Taux de succès du traitement chez les TBMR/RR	63%	2020	70%	75%	80%	83%	85%	89%	90%
Couverture de la recherche des contacts : proportion de contacts de personnes atteintes de tuberculose confirmée bactériologiquement évalués pour la TB parmi les personnes éligibles	42%	2021	58%	63%	69%	74%	79%	85%	90%
Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) testés au moyen des tests de dépistage rapide recommandés par l'OMS lors du diagnostic.	36%	2021	75%	80%	85%	90%	90%	90%	90%
Pourcentage de nouveaux patients et rechutes notifiés ayant été orientés par les acteurs communautaires	ND	ND	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Nombre de cas avec TB-MR/RR confirmée notifiés qui ont commencé un traitement anti-TB de deuxième ligne	295	2021	377	405	431	452	471	489	500
Pourcentage de personnes atteintes de TB-RR et/ou de TB-MR confirmée qui ont commencé un traitement de deuxième intention	100%	2021	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Echelle 1

Pourcentage de patients tuberculeux dont le statut sérologique a été documenté	40%	2021	70%	85%	95%	95%	95%	95%	95%
Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH, sous traitement	96%	2021	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Couverture du traitement contre l'infection tuberculeuse latente chez les enfants de moins de 5 ans	20%	2021	50%	60%	75%	90%	90%	90%	90%
Couverture du traitement contre l'infection tuberculeuse latente chez les enfants de 5 -14 ans	20%	2021	50%	60%	75%	90%	90%	90%	90%
Couverture du traitement contre l'infection tuberculeuse latente chez les adultes de plus de 15 ans	2%	2021	20%	30%	40%	50%	60%	70%	90%
Couverture du traitement contre l'infection tuberculeuse latente chez les PVVIH nouvellement incluses	8%	2022	50%	60%	75%	90%	90%	90%	90%
Nombre de personnes en contact avec des patients atteints de tuberculose ayant commencé un traitement préventif	669	2021	13212	17615	22521	26999	29430	31720	36432
Proportion des supervisions trimestrielles réalisées par le niveau central			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nombres de rapports annuels produits	0	2021	1	1	1	1	1	1	1

XII. ANNEXE 2 : BUDGET PRÉVISIONNEL POUR LE PSN TB 2024-2030

Objectifs	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
1. Augmenter le taux de couverture du traitement de la tuberculose pharmacosensible à au moins 95% et le taux de détection des cas de tuberculose MR/RR à au moins 75% à l'horizon 2030	66,173,635	52,389,291	32,072,461	31,737,382	31,374,593	30,034,387	30,948,035	274,729,783
2. Augmenter le taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacosensible à 95% et celui de la tuberculose MR/RR à 90% à l'horizon 2030.	51,615,524	51,534,233	48,233,749	47,722,381	46,798,229	46,469,769	45,285,276	337,659,161
3. Assurer le traitement préventif de la tuberculose chez au moins 90% des personnes éligibles à l'horizon 2030	27,140,529	25,048,426	7,503,132	7,533,821	7,708,106	7,872,744	8,033,007	90,839,765
4. Améliorer la gouvernance du PNLAT et promouvoir l'action multisectorielle	165,856,001	165,741,435	163,486,644	166,309,807	167,419,553	172,283,222	173,173,397	1,174,270,058
TOTAL GENERAL	310,785,688	294,713,384	251,295,987	253,303,390	253,300,480	256,660,123	257,439,715	1,877,498,767

Echelle 1

XIII. ANNEXE 3 : RÉSEAU DE LABORATOIRES DE LA TB, JANVIER 2023

Province	Laboratoire	GX Rif /GX XDR	Culture	LPA	TDS
Préfecture de Tanger - Assilah	CDTMR Bouaraqiya	GX Rif 16	Culture	LPA	
Préfecture M'diq - Fnideq	CS Martil	GX Rif 4			
	CDTMR M'diq	GX Rif 4			
Province de Tétouan	CDTMR Bab Tout	GX Rif 16	Culture		
	Hôpital Ben kerrich	GX Rif 4			
Province de Larache	CDTMR	GX Rif 4			
	CS Ksar El Kebir	GX Rif 4 (région)			
Province de Al Hoceïma	CDTMR Biaranzarane	3 GX Rif 4	Culture		
	CS Imzouren	GX Rif 4			
	CS Targuist	GX Rif 4			
Province de Chefchaouen	CDTMR Chefchaouen	3 GX Rif 4			
Province de Ouezzane	CS Ouezzane	2 GX Rif 4 (1 région, 1 PNLT)			
Préfecture d'Oujda	CDTMR Boussif	GX XDR 16	Culture		
Province de Nador	CDTMR	GX Rif 4			
Province de Berkane	CDTMR Berkane	GX Rif 4			
Préfecture de Fès	CDTMR Ben Debbab	GX Rif 16	Culture	LPA	
	CDTMR My Yaakoub	GX Rif 4			
Préfecture de Meknès	CDTMR Sidi Said	GX Rif 4/GX XDR 4	Culture		
Province d'EL Hajeb	CDTMR EL Hajeb	GX Rif 4			
Province de Taounate	CDTMR Taounate	GX Rif 4			
Province de Taza	CDTMR Bab Tete	GX Rif 4			

Province	Laboratoire	GX Rif /GX XDR	Culture	LPA	TDS
Rabat	INH LNRT	GX XDR 4	Culture	LPA	TDS sur culture
	Hôpital Moulay Youssef	GX Rif 4/GX XDR 4	Culture		
	CDTMR Nahda	GX Rif 4			
Préfecture de Salé	CDTMR Bab El Khemis	GX Rif 16			
Préfecture de Skhirat Témara	CDTMR Témara	GX Rif 4			
Préfecture de Kénitra	CDTMR Kénitra	GX Rif 16	Culture		
Province de Khémisset	CDTMR Khémisset	GX Rif 4			
Province de Sidi Kacem	CDTMR	GX Rif 4			
Province de Sidi Slimane	CS Sidi Slimane	GX Rif 4			
Province de Béni-Mellal	CDTMR Béni-Mellal	GX XDR 4	Culture		
Province de Khénifra	CDTMR Khénifra	GX Rif 4			
Province de Khouribga	CDTMR	GX Rif 4			
Préfecture d'Anfa	CDTMR Anfa	GX Rif 4			
	IPM	GX Rif 4	Culture	LPA	TDS sur culture
	Hôpital Ibn Rochd	GX XDR 4			
	Prison Aïn Sebaa	GX XDR 4			
Préfecture de Médiouna	CDTMR	GX Rif 4 (région)			
Préfecture de Nouacer	CDTMR	GX Rif 4 (région)			
Préfecture de Aïn Chock	CDTMR Aïn Chok	GX Rif 4			
Préfecture de Hay Hassani	CDTMR Casa Hay Hassani	GX Rif 4			

Province	Laboratoire	GX Rif /GX XDR	Culture	LPA	TDS
Préfecture de Aïn Sebaa Hay Mohammadi	CS Saada	GX Rif 4			
Préfecture d'Al Fida	CDTMR El Fida	2 GX Rif 4 (1 PNLAT, 1 OMS)			
Préfecture de Ben M'sik	CDTMR Cité Jemâa	GX Rif 4			
Préfecture de My Rachid	CDTMR My Rachid	GX Rif 16			
Préfecture de Mohammadia	CDTMR Al Aalia	GX XDR 4			
Préfecture de Sidi Bernoussi	CDTMR Bernoussi	GX Rif 4			
Province de Benslimane	CDTMR	GX Rif 4			
Province de Berchid	CDTMR Berchid	GX Rif 4			
Province de Settat	CDTMR Settat	GX Rif 4	Culture		
Province El Jadida	CDTMR Bouchrit	GX Rif 16	Culture		
Préfecture de Marrakech	CDTMR Riad Lmokha	GX Rif 16	Culture	LPA	
Province de chichaoua	CDTMR Chichaoua	GX Rif 4			
Province d'El Kelâa des Sraghna	CDTMR El Kelâa	GX Rif 4			
Province d'Essaouira	CDTMR	GX Rif 4	Culture		
Province de Safi	CDTMR Safi	GX XDR 4	Culture		
Province d'Errachidia	CDTMR Errachidia	GX XDR 4	Culture prévue attente réaménagement		

Province	Laboratoire	GX Rif /GX XDR	Culture	LPA	TDS
Préfecture d'Agadir	CDTMR Agadir	GX Rif 4			
Province de Chtouka Ait Baha	CDTMR Biougra	GX Rif 4			
Préfecture d'Inezgane	CDTMR Inezgane	GX XDR 16	Culture		
Province de Taroudant	CDTMR Taroudant	GX Rif 4			
Province de Guelmim	CDTMR Guelmim	GX Rif 4			
Province de Laâyoune	CDTMR Lâayoune	GX XDR 4	Culture		
Province d'ouad Eddahab	CDTMR Eddakhla	GX Rif 4			

Labo nouvellement équipés (Xpert MTB RIF)
Labo nouvellement équipés (Xpert XDR)

Echelle 1:1

Echelle11

Conception et réalisation : AZ Ediitons - Rabat



DELM
Direction de l'Epidémiologie
et de Lutte contre les Maladies

71, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél. : (+212) 5 37 67 12 71 - Fax : (+212) 5 37 67 12 98