



Université Victor Segalen Bordeaux 2 - Centre René Labusquière



Capacité de Médecine Tropicale

« Les Maladies Tropicales Négligées » au Maroc

Contribution à l'élaboration d'une approche intégrée de lutte

Présentée par

Dr Abdellatif IDRISSE AZZOUZI

Directeur

Dr Abderrahmane BENMAMOUN

Rapporteur

Professeur J L Koeck

JURY

Président : Pr D Malvy

Membres

Dr BA Gaüzère

Dr K Ezzedine

Dr Th Pistone

Dr MC Receveur

Année 2008-9

REMERCIEMENTS

A M. le **Pr. Denis MALVY**, pour m'avoir encouragé à faire cette formation et pour la qualité de votre enseignement,

Au Rapporteur et aux membres du jury : Pr. JL KOECK, Dr K EZZEDINE, Dr Th PISTONE, Dr MC RECEVEUR, Dr BA GAÜZERE, en vous remerciant de votre participation au jury de ce mémoire.

A Murielle ESTAGER,
Toujours chaleureuse, disponible et efficace,

A M. le **Dr Omar EI MENZHI**, Directeur de la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM), pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour vos encouragements,

A M. le **Dr Abderrahmane BENMAMOUN**, chef de la Division des Maladies Transmissibles à la DELM, ami fidèle et responsable passionné, pour ses conseils dans la réalisation de ce travail,

A tous **mes amis (e) de la division des maladies transmissibles et de la division de l'hygiène du milieu** qui ont bien voulu répondre à toutes mes questions et ont mis à ma disposition tous les documents nécessaires,

(Par ordre alphabétique)

M. M EL ABANDOUNI
Mme B AMMEUR
M. A BARKIA
Mme N DGHOURI
Dr J HAMMOU
Dr A IDRISSE ELAMRANI
Dr M LAKROMBI
M. H NHAMI
Dr A RGUIG
Mme Z SEBANE
M. R WAHABI

A ma **chère femme BTISSAM**, à mon fils **HAMZA** et ma fille **DOUAA**, pour votre compréhension et vos encouragements

RESUME

Les Maladies dites « Tropicales Négligées », après avoir été occultées par le SIDA, la tuberculose et le paludisme, reviennent en force sur la scène internationale depuis que leur lien avec la pauvreté et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement a été démontré. Au Maroc une dizaine de ces maladies sévissent depuis plusieurs années et font l'objet de programmes verticaux dont le financement est régulièrement assuré.

Le but de notre travail est de contribuer au renforcement des programmes de lutte contre ces maladies à travers l'exploration des opportunités d'intégration entre ces programmes pour plus de synergie, d'efficacité et d'efficience.

Pour atteindre les objectifs fixés pour notre étude, en plus de l'analyse documentaire, nous avons réalisé des entretiens semi structurés et un Focus Group avec les cadres et les responsables des services qui ont la charge de gérer ces programmes au niveau central. Nous avons couplé deux analyses. Une analyse verticale par programme de lutte et une analyse horizontale par domaine de gestion.

Les résultats de notre étude montrent que les programmes de lutte contre le paludisme, la bilharziose, la lèpre et le trachome qui ont atteints les objectifs fixés par l'OMS, et les programmes de lutte contre les zoonoses (la rage, les leishmanioses, le kyste hydatique, le charbon, la leptospirose et les brucelloses) qui visent encore des objectifs de contrôle de ces maladies, doivent tous relever des défis inhérents aux déterminants socio-économiques, environnementaux et comportementaux pour consolider les acquis et pérenniser la lutte.

Les opportunités qui s'offrent actuellement aux différents programmes au sein et en périphérie du système de santé nécessitent de revoir et d'harmoniser les approches et les stratégies adoptées et d'asseoir un système intégré de gestion multi-maladies et multisectoriels afin de relever efficacement l'ensemble des défis posés en partenariat avec les départements concernés.

Liste des Tableaux

- Tableau 1** : les « MTN » au Maroc à programmes
Tableau 2 : Historique des programmes de lutte contre les maladies parasitaires
Tableau 3 : Ampleur des « MTN » par régions
Tableau 4 : Domaines d'opportunités d'intégration

Liste des figures

- Figure 1** : Carte du Maroc
Figure 2 : Phases du Programme national de lutte contre le paludisme
Figure 3 : Répartition géographique des Leishmanioses
Figure 4 : Evolution de la situation épidémiologique et du processus d'élimination du trachome au Maroc
Figure 5 : Évolution annuelle des cas de paludisme (1980 – 2008)
Figure 6 : Evolution par période d'implantation du PNLIS du nombre de cas enregistrés (1960-2007)
Figure 7 : Evolution annuelle des urines examinées et des urines positives (1982-2007)
Figure 8 : Evolution des cas de Leishmaniose viscérale à *L. Infantum* (1997- 2008)
Figure 9 : Evolution des cas de Leishmaniose à *L. Tropica* (1997-2008)
Figure 10 : Evolution des cas de Leishmaniose à *L. Major* (1997-2008)
Figure 11 : Evolution du nombre de cas et de l'incidence de l'Hydatidose (2003- 2008)
Figure 12 : Evolution de la prévalence de la lèpre (1991- 2008)
Figure 13 : Evolution de la détection (1990- 2008)
Figure 14 : Evolution des cas de rage (1985- 2008)
Figure 15 : Evolution des cas de charbon (2005- 2008)
Figure 16 : Evolution des cas de leptospiroses (2001- 2008)
Figure 17 : Evolution des cas de brucelloses (2000- 2008)

Liste des sigles et abréviations

BORE	Bureau des Opérations de Recherche et d'Evaluation
CNL	Centre National de Léprologie
CPE	Cellule Provinciale d'Epidémiologie
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DHM	Division de l'Hygiène du Milieu
DMT	Division des Maladies Transmissibles
DP	Direction de la Population
EMRO	Région de l'Afrique du Nord et de la Méditerranée Orientale
FFOM	Forces Faiblesses Opportunités Menaces
GILAV	Gestion Intégrée de la Lutte Anti Vectorielle
IEC	Information Communication Education
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
INH	Institut National d'Hygiène
LAV	Lutte Anti Vectorielle
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORE	Observatoires Régionaux d'Epidémiologie
ORS	Observatoires Régionaux de la Santé
PA	Plan d'Action
PCMS	Plaidoyer Communication et Mobilisation Sociale
PCT	Poly Chimio Thérapie
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLB	Programme National de lutte contre la Bilharziose,
PNLH	Programme Interministériel de lutte contre l'Hydatidose/Echinococose
PNLLe	Programme National de lutte contre les Leishmanioses
PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme
PNLR	Programme National de lutte contre la Rage
PNLT	Programme National de lutte contre le Trachome
RSSB	Réseau des Soins de Santé de Base
SIAAP	Service de l'Infrastructure et de l'Action Ambulatoire Provinciale
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SIG	Système d'Information Géographique
SMD	Service des Maladies Dermatologiques
SME	Service des Maladies Epidémiques
SMOO	Service des Maladies Oculaires et otologiques
SMP	Service des Maladies Parasitaires
SSE	Service de la Surveillance Epidémiologique

SOMMAIRE

I. Introduction	1
II. Objectifs	2
III. Contexte de l'étude	3
1. Quelques données sur le pays	3
2. Le système de santé marocain	4
3. L'Initiative National de Développement Humain (INDH)	4
IV. Les MTZ dans le Monde	5
1. Caractéristiques des Maladies MTN	5
2. Les perspectives de la lutte contre les MTN	6
3. Lutte contre les MTN et intégration	7
3.1 Approche intégrée de lutte contre les MTN de l'OMS	7
3.2 Quel modèle d'intégration ?	
V. Matériel et Méthodes	8
1. Devis de l'étude	8
2. Méthodes de collecte des données et instruments utilisés	8
VI. Résultats et discussions	9
1. Liste prioritaire des MTN de l'OMS	9
1.1 Les « MTN » qui sévissent au Maroc	9
1.2 L'intitulé « MTN »	10
2. Etat des lieux des programmes de lutte	11
2.1 Organisation générale de la lutte contre les maladies Transmissibles	11
A : au niveau central	11
B : au niveau déconcentré	11
2.2 Epidémiologie, objectifs, stratégies d'intervention et organisation	11
2.2.1 : Les programmes de lutte contre les maladies parasitaires	11
2.2.1.1 : Un bref historique des Programmes de lutte contre les maladies parasitaires	11
2.2.1.2 : Le Programme National de Lutte contre le Paludisme	13
A : Evolution de la situation épidémiologique	13
B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention	14

2.2.1.3 : Le Programme National de Lutte contre la schistosomiase	14
A : Evolution de la situation épidémiologique	16
B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention	16
2.2.1.4 : Le Programme National de Lutte contre les Leishmanioses	16
A : Evolution de la situation épidémiologique	17
a) : La leishmaniose viscérale	17
b) : Les Leishmanioses cutanées à L. Tropica	18
c) : Les Leishmanioses cutanées à L. Major	18
B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention	19
2.2.1.5 : Le Programme National de Lutte contre l'Hydatidose/Echinococose	19
A : Evolution de la situation épidémiologique	19
B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention	20
2.2.1.6 : Organisation des programmes de lutte contre les maladies parasitaires	21
A : La Gestion Intégrée de la Lutte Anti Vectorielle	21
B : Le réseau des laboratoires de Diagnostic Epidémiologique et d'Hygiène du Milieu	21
2.2.2 Le Programme National de lutte contre le trachome	22
A : Bref historique	22
B : Evolution de la situation épidémiologique	23
C : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention	24
D : Organisation du Programme National de Lutte contre le Trachome	24
2.2.3 Le Programme National de lutte contre la lèpre	24
A : Bref historique	24
B : Evolution de la situation épidémiologique	25
C : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention	26
D : Organisation du PNLT	26
2.2.4 Le Programme National de lutte contre les zoonoses majeures	27
A : Evolution de la situation épidémiologique	27
a) la rage	27
b) le charbon	28
c) la leptospirose	29
d) les brucelloses	29
C : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention	29
D : Organisation du programme de lutte contre les zoonoses majeures	
3. Analyse à l'aide de la matrice FFOM	31
3.1 Les Forces et les faiblesses	31
3.2 Les Opportunités et les menaces	32
3.3 Analyse à l'aide de la matrice FFOM	33
4 Exploration des opportunités d'intégration	33
4.1 Approche centrée sur la maladie versus approche centrée sur la population	33
	33

4.1.1 Réalisations et défis à relever	34
4.1.2 L'expérience du PNLT	35
4.1.3 Des opportunités à saisir	35
4.2 Exploration des possibilités d'une approche intégrée de gestion des programmes de lutte.	35
4.2.1 Nature des relations existantes entre les différents programmes.	35
A : Au niveau provincial/préfectoral	35
B : Au niveau régional	35
C : Au niveau central	36
4.2.2 Quelques exemples d'intégration.	36
A : L'exemple des programmes de lutte contre les maladies parasitaires	37
B : L'exemple du PNLT	37
4.2.3 Répartition régionale des « MTN »	39
4.2.4 Quelles stratégies d'intervention communes ?	39
4.2.5 Les domaines d'opportunités d'intégration identifiés	
VII. Conclusion et recommandations	40
Bibliographie	
Annexes	

I. Introduction

Les maladies dites « tropicales négligées » touchent à travers le Monde environ un milliard de personnes pauvres vivant en marge des sociétés dans des conditions de vie souvent difficiles, ce qui qualifie aussi cette population touchée de « négligée ».

Ces dernières années, ces maladies reviennent en force sur la scène politique internationale grâce aux nombreuses actions de plaidoyer et surtout des liens reconnus entre le contrôle et l'élimination de ces maladies et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces maladies font partie actuellement des priorités mondiales de Santé Publique après avoir été éclipsées par le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les perspectives de lutte contre ces maladies sont assez prometteuses.

Si l'on dispose d'outils capables de viser l'élimination ou l'éradication de certaines d'entre elles, des recherches, qui deviennent possibles grâce au partenariat Public - Privé qui se met en place, sont nécessaires pour développer et rendre accessibles d'autres outils dans les délais les plus brefs.

L'approche de lutte contre ces maladies actuellement préconisée par l'OMS et les divers intervenants est une approche intégrée multi maladies intersectorielle centrée sur la population contrairement à l'approche classique verticale axée sur la maladie. L'OMS a établi une liste non exhaustive de Maladies Tropicales Négligées (MTN) prioritaires et a élaboré un plan d'action pour la période 2008-2015.

Au Maroc, presque la moitié des maladies inscrites sur la liste des MTN pour la région de l'Afrique du Nord et de la Méditerranée Orientale (EMRO) sont connues depuis plusieurs années quoi que ce dernier ne soit pas situé en zone tropicale. La population touchée vit pour la majorité en zones rurales ou périurbaines et est de bas niveau socio-économique.

Des programmes verticaux de lutte contre ces maladies ont été mis en place avec des résultats assez probants pour certains et des insuffisances pour d'autres. Les raisons avancées sont une faible emprise sur les déterminants environnementaux, socio-économiques et comportementaux liées à des insuffisances dans la coordination avec les autres secteurs concernés.

Le contexte actuel au Maroc est caractérisé par une série de réformes qui auront un impact direct ou indirect sur l'évolution de ces programmes. A titre d'exemple, au niveau de l'environnement interne de ces programmes, si la définition de nouvelles priorités (cancers, diabète, santé mentale...) dans le cadre du plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012

risque de reléguer ces programmes au second rang, l'individualisation par contre d'un plan d'action pour la santé dans le milieu rural ainsi que les chantiers ouverts au niveau de l'environnement externe (Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), le projet de charte sur l'environnement...) recèlent de nombreuses opportunités et nécessitent des adaptations des stratégies en cours.

Nous pensons qu'une des approches possibles de positionnement et de développement de ces programmes est d'aborder ces maladies en tant qu'un ensemble unique de manière globale, cohérente et intégrée en mettant en exergue leur lien étroit avec la pauvreté et le milieu rural dans lequel elles évoluent. Cette approche de lutte intégrée doit viser en premier l'instauration d'un cadre de synergie entre les programmes pour plus d'efficacité et d'efficience.

Notre travail fait un état des programmes de lutte contre les « MTN » au Maroc et aborde la question de l'exploration des opportunités d'intégration entre les différents programmes.

II. Objectifs de l'étude:

1. But de l'étude :

Contribuer au renforcement des programmes de lutte contre les « MTN » à travers l'exploration des opportunités d'intégration entre ces programmes pour plus de synergie, d'efficacité et d'efficience.

2. Les Objectifs spécifiques :

- Faire un état des lieux de la lutte contre les « MTN » sur les plans :
 - ◆ Evolution de la situation épidémiologique;
 - ◆ Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention;
 - ◆ Organisationnel
- Dégager les forces et les faiblesses des différents programmes ainsi que les opportunités et les menaces.
- Explorer les perceptions et attitudes des responsables des différents programmes face à la question de l'approche intégrée de lutte contre les « MTN » ;
- Dégager des opportunités d'intégration.

III. Contexte de l'étude

1. Quelques données sur le pays

Le Maroc est situé à la pointe nord-ouest du continent africain¹. Sa superficie est de 710.000 Km², il est bordé à l'ouest par l'océan Atlantique (2934 Km de côtes), au nord par la Méditerranée (512 Km de côtes) et n'est séparé de l'Espagne que par les 14 Km du détroit de Gibraltar. Il a des frontières terrestres communes avec l'Algérie (1350 Km) à l'est, la Mauritanie (650 Km) au sud.

C'est un pays à climat essentiellement semi-aride à aride dans la majeure partie de son territoire. De caractère méditerranéen, à la fois tempéré et chaud, ce climat se caractérise par deux principales saisons: un été chaud et sec (mai à septembre), un hiver froid et humide (octobre à avril).

La population du pays s'élève en 2008 à un peu plus de 31 millions d'habitants. Elle est rurale à 42 pour cent contre 70 pour cent dans les années soixante. Le taux d'accroissement annuel recule, passant de 2,8% dans les années 1960 à 1,7%. En 2007, le PIB per-capita atteint 2250 US\$² (2794 US\$ moyenne de la région Moyen Orient et Afrique du Nord, 1887 US\$ moyenne des pays à revenu intermédiaire bas).

Le Maroc est divisé en 16 régions, elles mêmes subdivisées en 45 provinces et 26 préfectures. Ces dernières sont divisées en 249 communes urbaines et 1298 communes rurales

En matière d'accès à l'eau potable, le recensement général de la population et de l'habitat 2004 (RGPH) révèle que 57,5% des ménages seulement sont branchés au réseau d'approvisionnement en eau potable (83% en urbain et 18,1% en rural). Les données relatives à l'accès de la population rurale à une eau de boisson salubre dans le cadre du Programme d'Approvisionnement Groupé en Eau Potable des populations rurales (PAGER), donnent 77% à fin 2006 contre 16% seulement en 1995.

Figure 1 : Carte du Maroc



¹<http://www.maroc.ma/PortailInst/Fr/MenuGauche/Portrait+du+Maroc> consulté le 1 septembre 2009

² Morocco at a glance, The World Bank Group.

2 Le système de santé marocain

Le système de santé marocain s'articule autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Ce dernier est subdivisé en un secteur privé à but non lucratif et un second à but lucratif. En 2006, la capacité hospitalière atteint 31 236 lits dont 79% dans le secteur public. La desserte est de 919 habitants par lit. En ce qui concerne les établissements de soins de santé de base (ESSB), qui constitue la base opérationnelle des programmes de santé, en 2006, leur nombre atteint 2578 dont 1887 en milieu rural. La desserte globale est d'un établissement pour 12 000 habitants et de un pour 7200 en milieu rural. La desserte par l'offre privée se situe en 2006 à 5 300 habitants par cabinet médical de consultation, 6200 Habitants par officine et 13 600 Habitants par cabinet de chirurgie dentaire³.

Ces dernières décennies. L'espérance de vie à la naissance est passée de 49 ans en 1967 à 71,8 ans en 2004 (73 ans pour les femmes et 71,8 pour les hommes) et la mortalité infantile atteint en 2004, un taux de 40 pour mille naissances vivantes. Des écarts significatifs demeurent encore entre les milieux urbain et rural et entre les régions et provinces.

3 L'Initiative Nationale pour le Développement Humain

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) est une initiative novatrice au Maroc pour réduire la pauvreté, l'exclusion sociale et la précarité. Elle s'inscrit dans une vision globale du développement social et humain pour le pays. L'INDH est un programme de développement communautaire participatif, ce sont les habitants des communautés cibles, eux-mêmes, qui vont exprimer leurs besoins en matière d'équipements et de services sociaux, d'appui aux activités génératrices de revenus, de renforcement des capacités et d'animation sociale

Les activités de l'INDH en milieu rural ont pour objectif de réduire la pauvreté et l'exclusion de citoyens ruraux. Les objectifs en milieu urbain visent à renforcer l'insertion, la cohésion sociale et l'amélioration des conditions et de la qualité de vie des populations. Les actions prévues peuvent être regroupées sous quatre volets :

- Soutien à l'accès aux infrastructures de base, aux services de proximité et aux équipements sociaux urbains de base.
- Dynamisation du tissu économique local par des activités génératrices de revenus/d'emploi
- Soutien à l'action et à l'animation sociale, culturelle et sportive.
- Renforcement de la gouvernance et des capacités locales.

³ Source : Plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012.

IV. Les MTN dans le Monde

1. Caractéristiques des MTN

Selon l'OMS [1] les maladies transmissibles peuvent être classées en 3 catégories : i) le groupe du SIDA, tuberculose et paludisme responsable d'une large proportion de décès, ii) Un groupe qui comprends des maladies émergentes ou potentiellement épidémiques – les maladies à la une des journaux, qui éclatent en épidémies et ont des effets dévastateurs, et iii) le groupe des maladies dites « négligées ».

Ce dernier groupe touche environ un milliard de personnes mais a peu retenu par le passé l'attention des décideurs et des bailleurs de fonds malgré leur importance et leur impact sur le développement économique et sur la qualité de vie [3]. Leur faible taux de mortalité, malgré un taux de morbidité élevé, les place au bas des tables de mortalité et les situe loin sur la liste des priorités.

Il s'agit d'un groupe de maladies qui a un lien étroit avec la pauvreté. La population touchée vit dans des situations difficiles : habitat insalubre, problème d'accès à l'eau potable et de traitement des eaux usées, contact étroit avec les différents vecteurs, et surtout zones non desservies par les services de santé ou d'accès difficiles.

Ces maladies ne sont pas limitées aux zones tropicales ou subtropicales. Plus de 70 % des pays affectés sont des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (tranche inférieure) [4]. Elles touchent aussi des pays à fort revenu dans 10 % des cas [4,5]. Les MTN sont responsables d'invalidités et de difformités graves et permanentes entraînant la perte de plusieurs millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et de grandes pertes économiques [3].

Parmi ces invalidités on peut citer le déficit de croissance et de développement cognitif chez l'enfant avec retard scolaire, la cécité causée par l'onchocercose, les membres hypertrophiés des malades souffrant d'éléphantiasis, les visages rongés par la leishmaniose cutanéomuqueuse ou la lèpre, et l'infirmité de jeunes enfants que l'on a dû amputer pour les sauver de l'infection agressive de l'ulcère de Buruli...

L'OMS [2] a arrêté une liste de MTN non exhaustive de ces maladies qui varie d'un pays à l'autre. Cette liste comprend trois groupes : i) un groupe de maladies pour lesquelles il existe des outils pour les éliminer ou les éradiquer en vertu des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux (Dracunculose, lèpre, filariose lymphatique), ii) un groupe de maladies pour lesquels il existe des outils (leishmaniose anthroponotique,

trachome cécitant, cysticercose, échinococcose, onchocercose, rage, schistosomiase, géo helminthiases, pian), iii) un groupe de maladies pour lesquelles l'on manque d'outils (charbon, brucellose, ulcère de Buruli, maladie de Chagas, dengue, trypanosomiase humaine africaine, encéphalite japonaise, leishmaniose)

2. Les perspectives de la lutte contre les MTN dans le Monde

Le groupe des MTN invalidantes qui entretiennent le cycle de la pauvreté et de la maladie a été cité comme « autres maladies » dans la déclaration du Millénaire qui a été adoptée par les Nations Unies en septembre 2000. Actuellement leur contrôle et élimination est reconnu comme une grande priorité dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement [2,3, 6].

Les MTN se retrouvent ces dernières années au devant de la scène politique internationale.

Le parlement Européen a reconnu en 2005 [7] que ces maladies n'ont pas eu tout l'intérêt qui leur devait être accordé et de son côté, la Commission Européenne dans sa résolution du 12 juillet 2007 [8] a recommandé aux pays de mobiliser des crédits pour la recherche-développement en matière de maladies liées à la pauvreté, de maladies tropicales et de maladies négligées au travers d'instruments très variés, incluant des partenariats public/privé et autres projets possibles de financement, et à soutenir les instituts de recherche désireux de coopérer à des initiatives de santé publique consacrées à de pareils efforts; et à soutenir des stratégies d'achats groupés et d'autres stratégies que des pays ou des groupes de pays pourraient utiliser pour se doter d'un plus grand pouvoir d'achat et faire des économies d'échelle dans la production de médicaments génériques à prix abordable.

Un réseau mondial pour les MTN a été lancé en 2006 pour renforcer le plaidoyer et coordonner les efforts des différents partenaires. De nouveaux modèles de recherche-développement, y compris des partenariats, réseaux et consortiums sont en train d'être mis en place.

L'OMS, à travers ses deux réunions organisées à Berlin en 2003 et en 2005 a permis de faire un état des lieux sur les déterminants de ces maladies et les raisons de la négligence et de préparer les éléments d'une stratégie d'action [9]. Un plan d'action mondial pour les MTN pour la période 2008-2015 a été élaboré [4]

3. Lutte contre les MTN et processus d'intégration

3.1 Approche intégrée de lutte contre les MTN de l'OMS

A l'échelle planétaire, garantir un accès durable pour les communautés aux interventions de soins et de contrôle des maladies qui soient efficaces et à coûts abordables pour les sociétés reste un défi majeur. La présence d'arguments et de connaissances générales en faveur d'une économie d'échelle à travers l'intégration des interventions des différents partenaires et des structures rend le débat sur l'intégration toujours d'actualité [11].

A cet effet, l'accent est actuellement mis sur l'intérêt des approches holistiques qui prennent en considération les multiples facettes des MTN contrairement aux approches classiques verticales centrées sur la maladie.

Dans ce cadre, l'OMS, dans son plan d'action mondial 2008-2015 pour les MTN préconise une approche intégrée qui s'attaque à plusieurs maladies en même temps et qui prend aussi en considération le contexte général de celles-ci. Les campagnes de traitement de masse intégrées de l'onchocercose, la bilharziose, le trachome, les parasitoses digestives et la filariose lymphatique illustrent parfaitement cette tendance.

3.2. Quel modèle d'intégration ?

Une perception commune du concept « intégration » est nécessaire pour mieux guider le débat sur les opportunités et les enjeux liés au processus d'intégration. Dans ce cadre, Gurépin et al [11] ont développé un modèle qui peut être utilisé dans ce genre de réflexion. Ce modèle distingue des niveaux d'intégration classés en trois domaines (le domaine des activités, celui des stratégies et celui des organisations) et trois niveaux (le niveau mondial, le niveau national et le niveau local), il peut s'agir de collaboration, de coordination ou de consolidation.

Selon Crile B et al [10], il convient de bien planifier tout processus d'intégration et de l'adapter spécifiquement au contexte local. Ainsi avant d'envisager l'intégration, il est essentiel de se poser les trois questions suivantes: est-il utile d'intégrer? Est-il opportun d'intégrer? Et est-il possible d'intégrer?

V. Matériel et Méthodes

1. Devis de l'étude :

Il s'agit d'une recherche de développement. A propos de celle-ci, Cantandrioupolos [13] rapporte une définition qui précise qu'une recherche de développement « vise, en utilisant de façon systématique les connaissances existantes, à mettre au point une intervention nouvelle, à améliorer considérablement une intervention qui existe déjà ou encore à élaborer ou à perfectionner un instrument, un dispositif ou une méthode de mesure ».

2. Méthodes de collecte des données et instruments utilisés :

Pour atteindre les objectifs fixés pour notre étude, nous avons utilisé les méthodes suivantes :

- Examen documentaire à l'aide d'une grille d'analyse (Annexe 1) pour l'exploitation des données disponibles sur les « MTN » (bilan d'activité, rapports d'évaluation, données de la surveillance épidémiologique ...)
- Entretiens semi structurés avec les responsables de la lutte contre les « MTN » au niveau central (Annexe 2).
- Groupe focal de discussion (focus group) (Annexe 3).

Nous avons couplé deux analyses :

- Une analyse verticale par programme de lutte
- Une analyse horizontale par domaine de gestion

IV. Résultats et discussion:

1. Liste prioritaire des « MTN » de l'OMS

1.1. Les « MTN » qui sévissent au Maroc :

Presque la moitié des maladies classées par l'OMS en tant que « MTN » prioritaires sévissent au Maroc et font l'objet de programmes de lutte depuis plusieurs années. Ces programmes sont gérés par quatre services de la DMT. Le Paludisme, a été ajouté à cette liste au niveau national même s'il ne fait pas partie des maladies prioritaires de la liste de l'OMS.

Tableau 1 : « MTN » au Maroc à programmes

« MTN » qui sévissent au Maroc	Intitulé du programme de lutte	Date de démarrage du Programme	Service responsable
Paludisme *	Programme National de lutte contre le Paludisme	1965	Service des Maladies Parasitaires (SMP)
Schistosomiase	Programme National de lutte contre la Bilharziose,	1982	
Kyste hydatique	Programme Interministériel de lutte contre l'Hydatidose/Echinococose	2009	
Leishmanioses	Programme National de lutte contre les Leishmanioses	1997	
Trachome	Programme National de lutte contre le Trachome (composante du Programme National de lutte contre la cécité)	1997	Service des Maladies Oculaires et otologiques (SMOO)
Lèpre	Programme National de lutte contre la lèpre	1982	Service des Maladies Dermatologiques (SMD)
Rage ** Charbon Leptospirose Brucellose	Programme National de lutte contre les zoonoses	1986**	Service des Maladies Epidémiques (SME)

* Ne fait pas partie de la liste de l'OMS mais ajouté au niveau national

1.2 L'intitulé « MTN »

Les responsables des différents programmes interviewés déclarent que l'usage de l'intitulé « MTN » est inapproprié dans le contexte national. Le terme « tropical » crée beaucoup de confusion car le Maroc n'est pas situé en zone tropicale en plus ces maladies n'ont jamais été négligées par les autorités sanitaires. Elles constituaient toujours des priorités des différents plans sectoriels et font actuellement l'objet de programmes de lutte avec un

financement régulièrement assuré par le budget de l'état.

Néanmoins, Certains responsables ont exprimé des craintes de voir reléguer au second plan les programmes qu'ils gèrent surtout au niveau provincial. Les raisons avancées sont la formulation de nouvelles priorités dans l'actuel plan d'action sectoriel 2008-2012, la baisse du nombre de personnes atteintes ainsi que le risque de voir baisser les efforts d'investissement dans les activités de prévention.

En remplacement de l'intitulé « MTN », il a été suggéré d'utiliser plutôt une dénomination qui met en valeur la relation étroite qui existe entre ces maladies et la pauvreté et le milieu rural ou péri urbain dans lequel elles sévissent.

Il a été également proposé d'ajouter d'autres maladies à cette liste : les parasitoses intestinales fréquentes et qui ne font l'objet d'aucunes mesures de contrôle de santé publique, la gale, les teignes ainsi que les hépatites et les méningites.

2 Etat des lieux des programmes de lutte

2.1 Organisation générale de la lutte contre les maladies transmissibles.

A : Au niveau central

Conformément au Décret de 1994⁴, relatif aux attributions et à l'organisation de l'administration centrale du Ministère de la Santé, la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) est chargée de la mission de « concevoir et de réaliser des programmes de lutte contre les maladies et de programmer et de réaliser des actions visant à protéger le milieu ambiant et d'appuyer, par des interventions de prophylaxie, la réalisation de programmes de lutte contre les maladies ». La Direction de la Population (DP) intervient également dans la lutte contre les maladies transmissibles à travers le programme national d'immunisation.

Au sein de la DELM, la Division des Maladies Transmissibles (DMT) et la Division de l'Hygiène du Milieu (DHM) concourent, à travers leurs services respectifs et les programmes qu'ils gèrent, à la lutte contre les maladies transmissibles prioritaires.

⁴ Décret n° 2-94-285 du 17 jourmada II 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique.

B : Au niveau déconcentré

Les délégations⁵ préfectorales et provinciales sont chargées dans la limite de leurs circonscriptions territoriales qui correspond à la division administrative du Royaume, de l'animation, du contrôle et de la coordination des activités des services qui les composent.

Le système national de surveillance épidémiologique qui est basé sur la notification des maladies à déclaration obligatoire et sur un réseau de surveillance sentinelle a été renforcé depuis la création des Observatoires Régionaux d'Epidémiologie (ORE). Après l'instauration des Directions Régionales de la Santé, ces structures ont été érigées en Observatoires Régionaux de la Santé (ORS).

2.2 Epidémiologie, objectifs, stratégies d'intervention et organisation

2.2.1 : Les programmes de lutte contre les maladies parasitaires

2.2.1.1 Un bref historique des Programmes de lutte contre les maladies parasitaires

⁵ Arrêté du ministre de la santé publique n° 2274-94 du 3 rabii I 1415 (12 août 1994) relatif aux attributions et à l'organisation des services extérieurs du ministère de la santé publique.

Tableau 2 : Historique des programmes de lutte contre les maladies parasitaires

Programme	Actions
1927-1964	Lutte contre le paludisme
	Actions de lutte focalisées et ciblées
1965	Lancement du programme National de lutte contre le paludisme
1973	Elimination du paludisme à <i>P. falciparum</i>
1977-1981	Lutte contre la schistosomiase
	Phase de conception et de planification du Programme National de Lutte contre la Schistosomiase qui a été confié au Bureau des Opérations de Recherche et d'Evaluation ⁶ (BORE).
1982	Démarrage du Programme National de lutte contre la Schistosomiase
1982-1993	Phase d'intervention active contre la schistosomiase
1994	- Mise en place du Service des Maladies Parasitaires (SMP) qui a intégré le BORE - Démarrage de la phase de mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la schistosomiase.
2004-2007	Phase de consolidation de l'interruption de la transmission de la schistosomiase
1998	Lutte contre le paludisme
	Adoption de la stratégie d'élimination du paludisme autochtone
1993-1996	Lutte contre les leishmanioses
	Phase préparatoire du programme de lutte contre les Leishmanioses
1997	Lancement du programme national de lutte contre les Leishmanioses
1999 -2005	Lutte contre le paludisme
	Mise en œuvre de la stratégie d'élimination du paludisme autochtone
2006 -2007	Phase de consolidation de l'élimination du paludisme autochtone
A partir de 2007	Phase de maintien de l'élimination du paludisme autochtone
2008	Lancement d'un processus de certification de l'élimination du paludisme autochtone au Maroc
2009	Lutte contre le kyste hydatique
	Lancement du Programme National de Lutte contre l'Hydatidose/ Échinococcose après une phase préparatoire

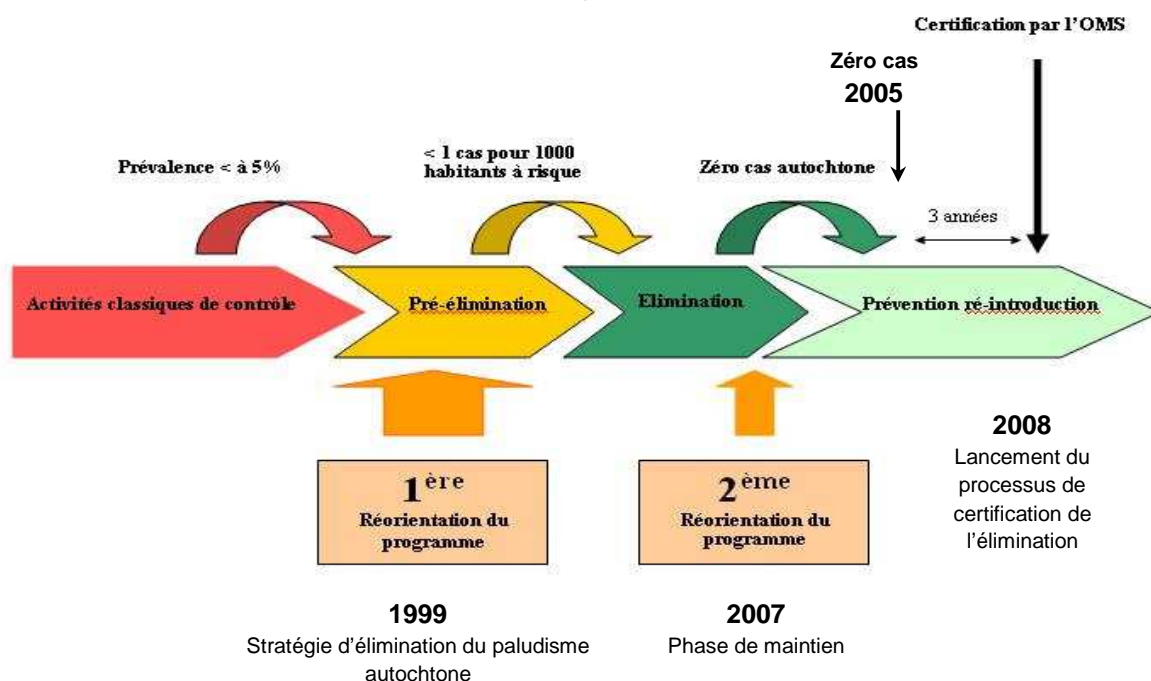
⁶ Structure connue davantage sous le sigle BORE, qui était rattaché directement au Directeur des Affaires Techniques de l'époque et qui a remplacé le Service Central de l'Eradication du Paludisme (SCEP) après sa restructuration de 1973. L'actuel « Services des Maladies Parasitaires » de la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies a été créé au sein de la DELM en 1994 et a intégré le BORE

2.2.1.2 Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

A : Evolution de la situation épidémiologique

Grâce aux efforts fournis durant environ quatre décennies de lutte contre le paludisme dans le cadre du programme national lancé en 1965, la situation épidémiologique a évolué favorablement vers une réduction notable de la morbidité et des zones touchées. Ainsi, le nombre de cas autochtones est passé de 30.893 en 1963 à 68 cas seulement en 1998. L'élimination du paludisme est actuellement une réalité tangible. Compte tenu des tendances qui se dégagent de l'analyse de la situation de ces dernières années. Les derniers cas autochtones remontent à 2005. Le Ministère de la Santé a entamé en 2008 un processus de certification de l'élimination par l'OMS.

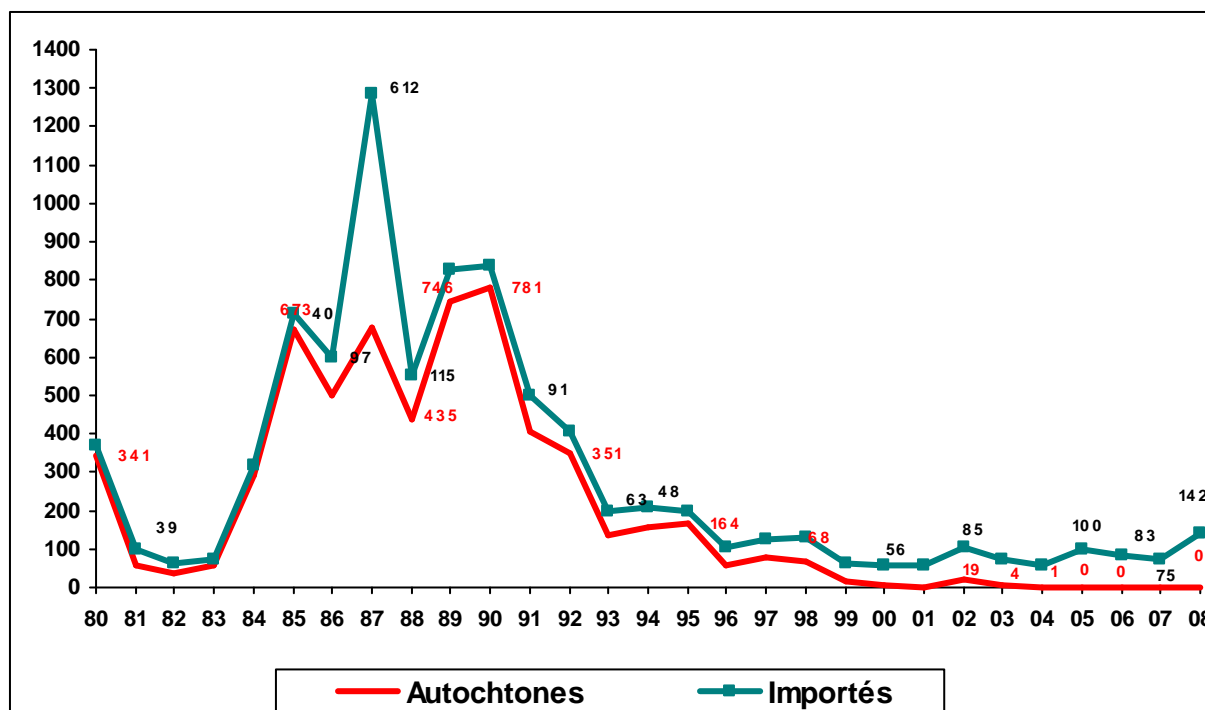
Figure N°2 : Phases du Programme national de lutte contre le paludisme



Parallèlement à cette situation, le dépistage chaque année d'un nombre non négligeable de cas importés de l'étranger (environ 100 cas chaque année) impose une vigilance accrue pour prévenir le risque de réintroduction du paludisme (graphique 1). Cette vigilance est également justifiée en raison notamment de la présence, dans les zones vulnérables, de facteurs de risque qui sont :

- la présence en abondance des cours d'eau qui constituent des gîtes potentiels de prolifération du moustique vecteur du paludisme.
- La présence d'un flux migratoire clandestin croissant à partir des pays endémiques d'Afrique subsaharienne.

Figure 3 : Évolution annuelle des cas de paludisme, Maroc, 1980 - 2008



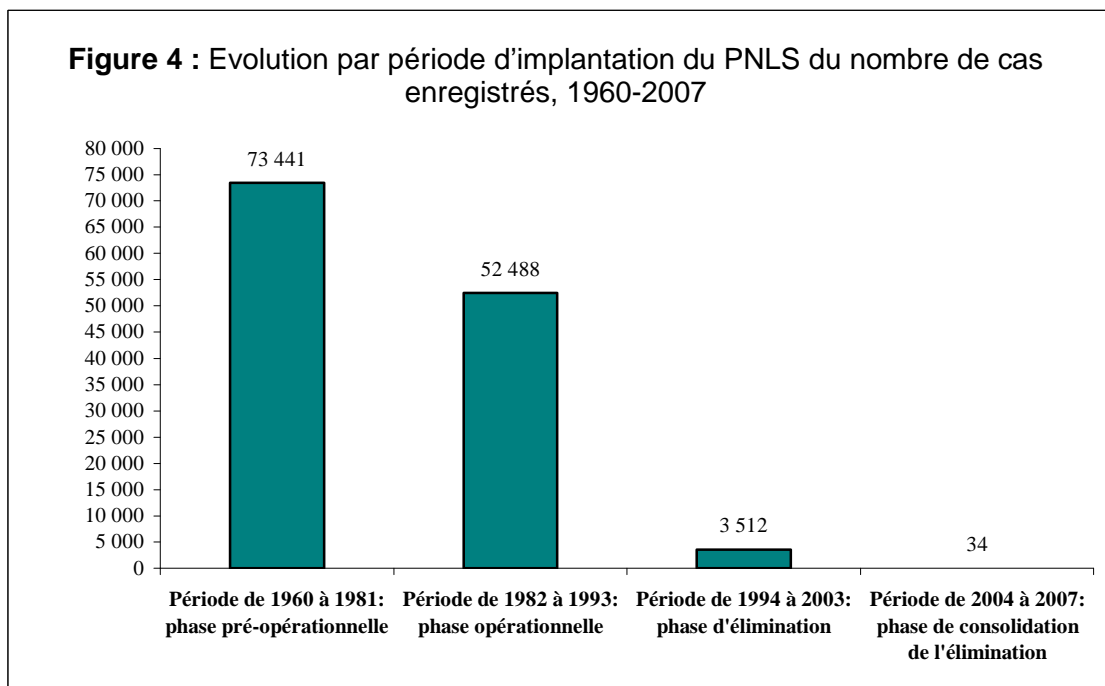
B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention

Les objectifs actuels du programme sont le maintien de l'élimination du paludisme autochtone et le contrôle du paludisme importé. Les stratégies d'intervention reposent sur des actions sur le vecteur, sur la surveillance de la lutte anti-paludique et sur la prise en charge précoce des cas importés de l'étranger. Assurer la pérennisation de cette élimination via un dispositif de vigilance efficient est le principal défi à relever.

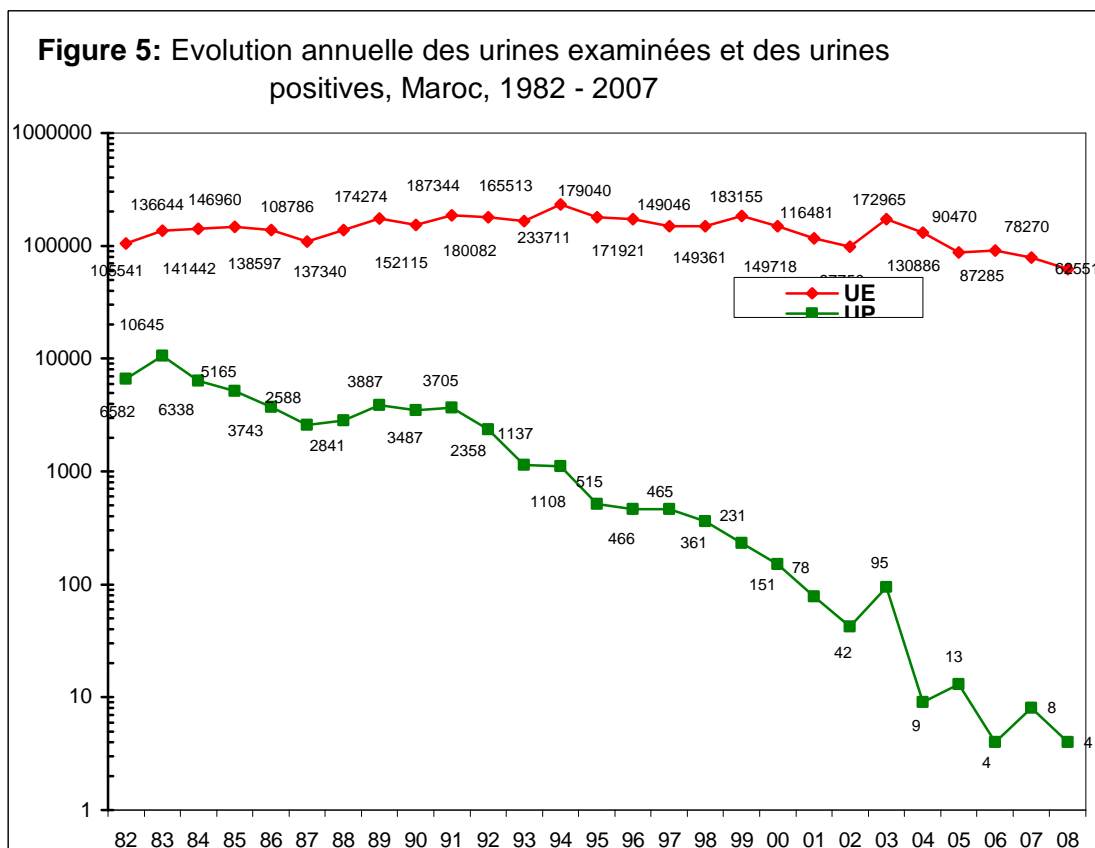
2.2.1.3 Le Programme National de Lutte contre la schistosomiase (PNLS)

A : Evolution de la situation épidémiologique

L'analyse des agrégats par grande période du nombre de cas de schistosomiase déclarés et enregistrés depuis 1960 jusqu'à fin 2007 montre qu'entre la phase pré opérationnelle 1960-1981 (73 441 cas) et la phase opérationnelle 1982-1993 (52 488 cas), la régression n'avait été que de 1,4 fois, entre la phase opérationnelle 1982-1993 et la phase d'élimination 1994-2003 (3512 cas) de 14,9 fois, entre la phase pré opérationnelle 1960-1981 et la phase d'élimination 1994-2004 de 20,9 fois et enfin entre la phase d'élimination 1994-2003 et la phase de consolidation de l'élimination 2004-2007 (34 cas) de 103,3 fois (Graphiques 2.). Par ailleurs, les investigations épidémiologiques effectuées auprès de chacun des 34 cas dépistés pendant cette phase de consolidation révèlent que parmi les 18 cas classés comme « cas résiduels », aucun n'avait contracté la maladie après 2004.



Source : Mohamed Laaziri, élimination de la schistosomiase au Maroc : Une réalité et un succès après trois décennies de lutte



B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention

L'objectif actuel du programme est de consolider les acquis. La stratégie d'intervention repose sur le dépistage et la prise en charge des cas, la lutte contre l'hôte intermédiaire et le réservoir et les activités de soutien ainsi que l'IEC.

Le service des maladies parasitaires compte lancer en 2010 un processus de certification de l'élimination de la schistosomiase. Les défis qui se posent au programme dans cette période de « *post-élimination* » de la transmission sont :

- L'assurance sur l'interruption effective de la transmission à travers l'utilisation des méthodes immunologiques pour le réservoir humain et de la biologie moléculaire pour l'hôte intermédiaire,
- Le maintien des ressources dévolues au PNLS
- Le renforcement de la surveillance dans le cadre des observatoires régionaux d'épidémiologie
- Le renforcement de l'assurance qualité des laboratoires de diagnostic de la schistosomiase,
- L'entretien des connaissances du personnel en matière de lutte contre la schistosomiase.

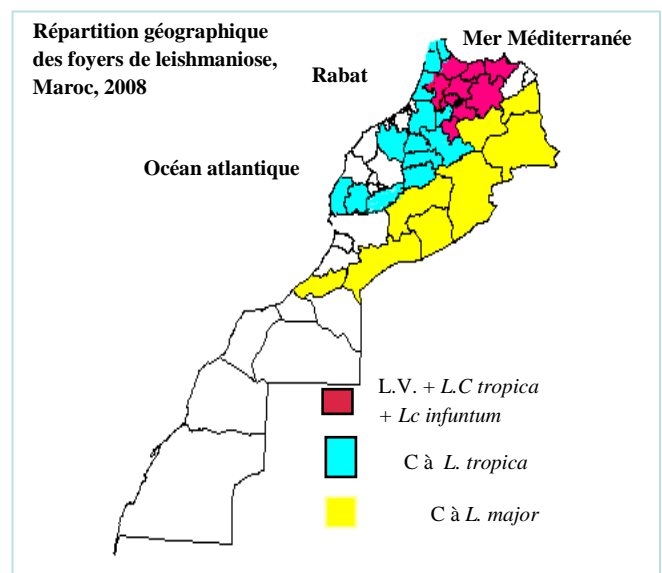
2.2.1.4 Le Programme National de Lutte contre les Leishmanioses (PNLLe)

A : Evolution de la situation épidémiologique

Les leishmanioses cutanées sont de deux genres :

- i) la leishmaniose cutanée à *Leishmania major* cantonnée dans les zones présahariennes, avec une évolution endémo-épidémique dans les zones arides, allant de la province de Jrada à l'Est à la province de Tata à l'Ouest en passant par les province de Figuig, Boulemane, Errachidia, Ouarzazate, Zagora, et Tata ;
- ii) la leishmaniose cutanée à *Leishmania tropica* qui semble se localiser dans la partie centrale du pays, particulièrement sur le versant Ouest de la chaîne de l'Atlas, depuis la province de Taza à l'Est jusqu'à la province d'Essaouira à l'Ouest avec une tendance d'extension au centre du pays pour atteindre les côtes Atlantiques et méditerranéennes. Ce type de leishmaniose qui était auparavant sporadique au milieu rural connaît au cours de ces dernières années des poussées épidémiques au niveau de

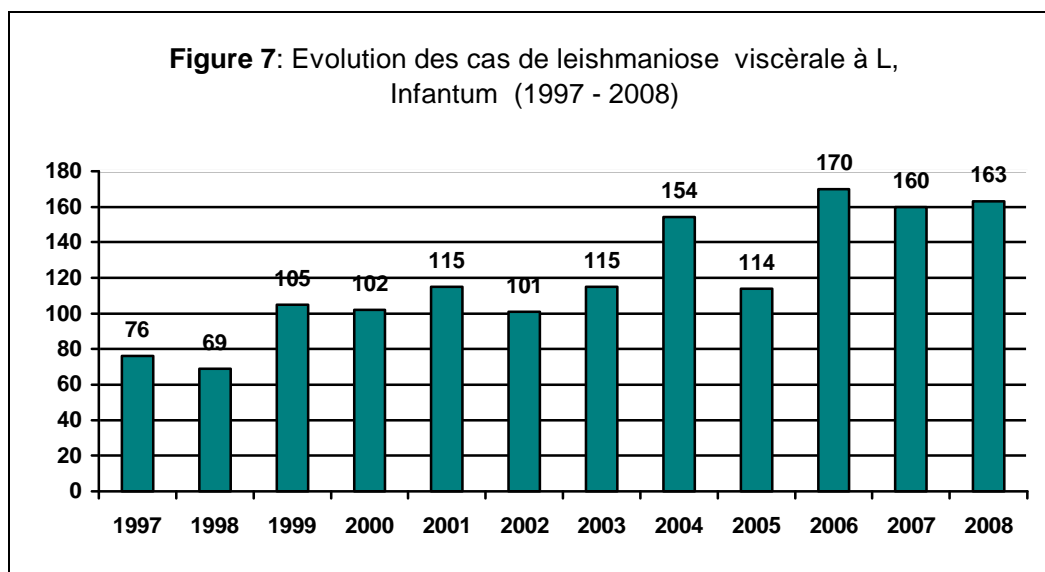
Figure 6 : Répartition géographique des Leishmanioses



quelques agglomérations urbaines ou périurbaines, tels que les nouveaux foyers émergents identifiés notamment dans la province de Settat et particulièrement dans la province de Chichaoua.

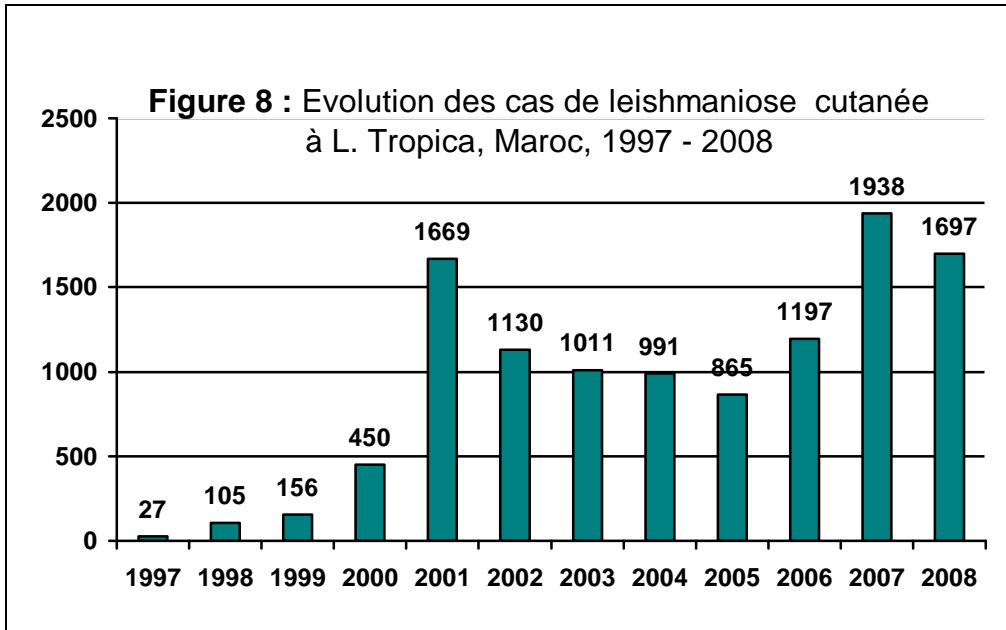
a) : La leishmaniose viscérale

La leishmaniose viscérale à *Leishmania infantum* dont le foyer s'étend tout au long des montagnes du rif et dans les plateaux pré-rifains continuent à évoluer comme dans le passé, sous forme sporadique et localement très éparpillée dans des foyers ruraux avec plus de 150 cas confirmés chaque année.



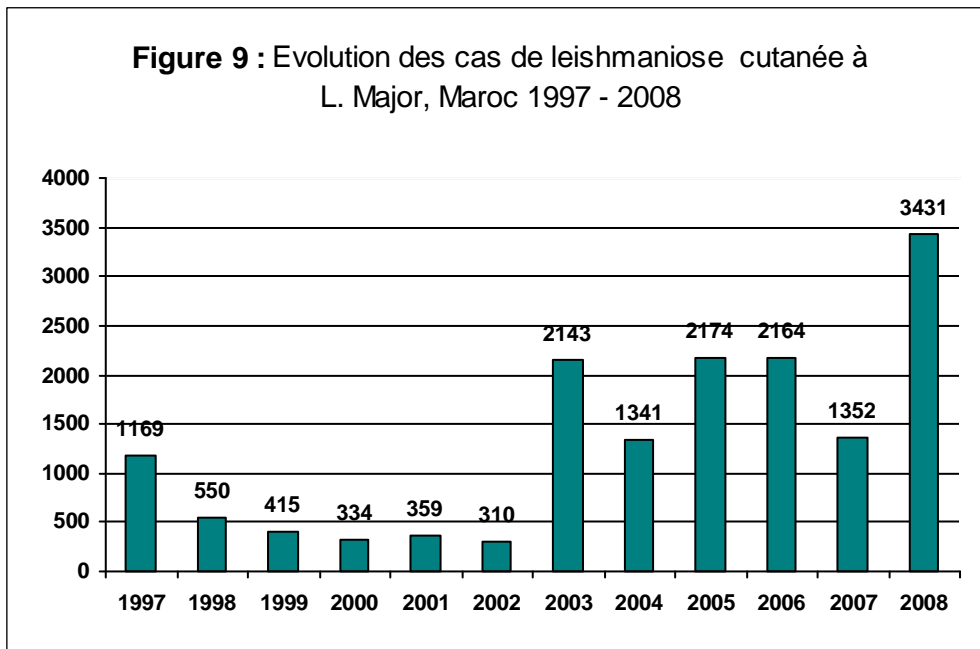
b) : Les Leishmanioses cutanées à *L. Tropica*

L'année 2008 a été surtout marquée par des poussées épidémiques de la leishmaniose cutanée à *leishmania major* au niveau des provinces d'Errachidia et de Zagora qui ont enregistré plus de 1000 cas chacune. La répartition géographique de la leishmaniose cutanée à *leishmania tropica* est presque similaire de celle de la leishmaniose viscérale.



c) : Les Leishmanioses cutanées à L. Major

Les leishmanioses cutanées à Leishmania Major constituent un problème de santé publique majeur au Maroc comme dans d'autres pays du moyen orient et de l'Afrique du Nord. Le graphique suivant montre une augmentation du nombre de cas détectés qui a atteint 3431 en 2008 alors que l'année 2007 a été marquée par une nette diminution des cas (1352 cas) par rapport à 2006 (2164 cas).



B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention

L'objectif du PNLL est de contrôler ces maladies à travers la réduction de la létalité pour la Leishmaniose viscérale et la circonscription de la maladie et le contrôle des flambées épidémiques pour les formes cutanées.

La stratégie d'intervention repose sur le dépistage et le traitement, la lutte contre les rongeurs et les vecteurs, l'IEC et la collaboration inter sectoriel.

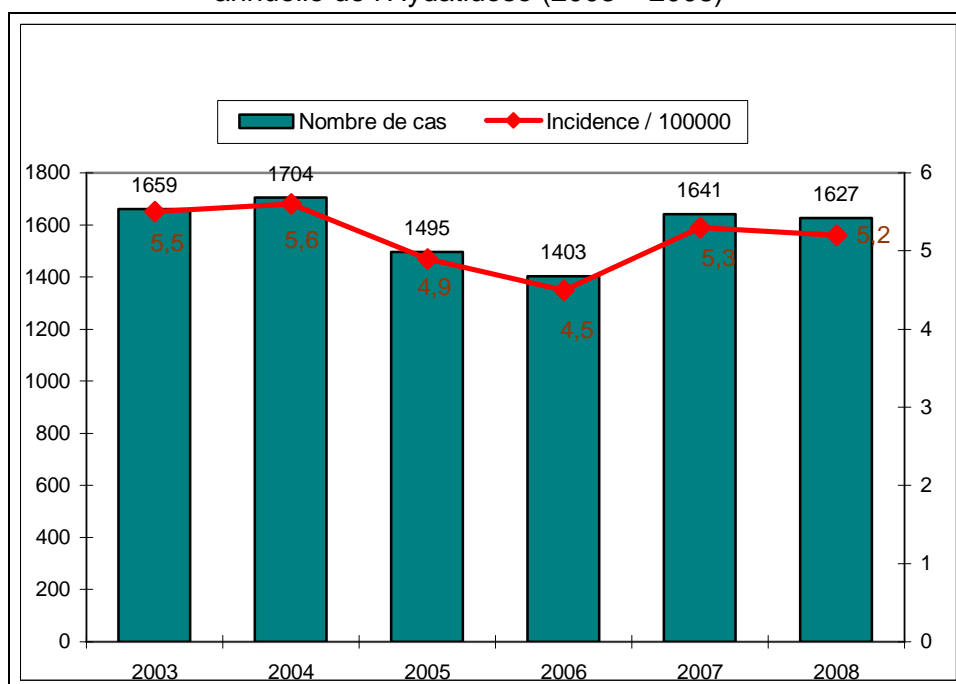
Le programme national de lutte contre les leishmanioses au Maroc après 10 ans d'évolution a réussi à concevoir et mettre en œuvre une stratégie de contrôle multisectorielle globale. Il est actuellement doté de moyens humains et matériels assez convenables. Cependant, ces acquis restent insuffisants pour bien contrôler l'extension temporo-spatiale des épidémies de leishmanioses et prévenir la réémergence de la maladie et l'urbanisation du cycle de transmission. Le renforcement du système de surveillance, la conception de protocoles de lutte méthodiques standardisés, le monitoring de leur mise en œuvre et leur évaluation sont des conditions nécessaires pour améliorer l'efficacité du programme et prévenir des flambées épidémiques en milieu urbain à forte densité humaine.

2.2.1.5 Le Programme National de Lutte contre l'Hydatidose/Echinococose

A : Evolution de la situation épidémiologique

Au niveau des abattoirs, le premier motif de saisie est la présence de kyste. Les pertes directes ont été estimées à 13 millions DH. Des études ponctuelles ont montré en moyenne qu'un chien sur deux serait porteur du parasite. Les cas notifiés au service des maladies parasitaires qui proviennent pour la plupart de registres hospitaliers montrent un taux de détection qui avoisine les 5 pour 100 000 habitants.

Figure 10 : Evolution du nombre de cas et de l'incidence annuelle de l'Hydatidose (2003 – 2008)



B : Objectifs d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention

Devant cette zoonose qui implique plusieurs secteurs, une stratégie intersectorielle de lutte a été élaborée (comité interministériel de lutte, commissions intersectorielles provinciales et préfectorales et élaboration et diffusion d'une circulaire interministérielle). Cette stratégie de lutte repose sur les axes suivants :

- Dépistage et prise en charge précoce des malades
- Contrôle de la population canine
- Amélioration des conditions d'hygiène du milieu
- Education sanitaire de la population exposée
- L'objectif du programme est de contrôler l'hydatidose au niveau national en réduisant l'incidence de 50% à l'horizon 2015.

2.2.1.6 Organisation des programmes de lutte contre les maladies parasitaires

Le Service des maladies parasitaires coordonne le programme de lutte en assurant la surveillance épidémiologique (collecte et transmission des données épidémiologiques), les activités d'intervention et la supervision. Le Service de lutte anti-vectorielle organise la surveillance et la lutte anti-vectorielle, dote les provinces en insecticides et pesticides et assure la gestion intégrée de lutte anti-vectorielle (GILAV). Le Département de parasitologie de l'Institut National d'Hygiène constitue la structure centrale des activités de laboratoire de référence pour le diagnostic parasitologique et entomologique.

Les activités de lutte sont parfaitement intégrées dans le Réseau des Soins de Santé de Base (RSSB). Ces programmes disposent au niveau déconcentré d'unités de programmation et de suivi implantées au niveau du SIAAP. Ces unités se composent des médecins chef du SIAAP, des animateurs des maladies parasitaires, et du personnel des structures des soins de santé de base. Ces unités sont appuyées par un réseau de laboratoire.

A : La Gestion Intégrée de la Lutte Anti Vectorielle (GILAV)

Le concept de la GILAV s'appuie sur la lutte antivectorielle (LAV) sélective, définie par l'OMS comme l'usage ciblé de différentes méthodes de LAV, isolément ou en combinaison pour prévenir ou réduire, avec un bon rapport coût - efficacité, le contact homme vecteur, tout en tenant compte des questions de durabilité. La GILAV possède les attributs suivants: respect de l'environnement, intersectorialité, sélectivité, ciblage, rentabilité et pérennité. Elle implique l'utilisation d'une gamme d'interventions comprenant l'hygiène du milieu et l'usage sans danger et judicieux d'insecticides. Elle se base essentiellement sur la « collaboration intersectorielle » dans le secteur public et « l'établissement de partenariat » avec d'autres groupes, y compris les ONG, les secteurs privé et commercial.

Cette démarche vise aussi à réduire la dépendance aux pesticides et particulièrement le DDT tout en éliminant le risque de transmission des maladies vectorielles (le paludisme, la leishmaniose et la bilharziose). Au Maroc, un comité technique intersectoriel de GILAV a été mis en place en 2005. Après une analyse de la situation et une évaluation des besoins en matière de la lutte antivectorielle un plan d'action quinquennal pour la période 2008-2012 a été élaboré.

B : Le réseau des laboratoires de Diagnostic Epidémiologique et d'Hygiène du Milieu

Les Laboratoires Provinciaux de Diagnostic Epidémiologique et d'Hygiène du Milieu sont des structures du Ministère de la Santé à visée préventive. Ce réseau de laboratoires représente un outil indispensable pour le soutien des programmes sanitaires notamment la surveillance épidémiologique et la lutte contre certaines maladies. Leur principale mission est d'assurer les examens biologiques et environnementaux nécessaires pour les programmes sanitaires et notamment ceux de l'hygiène du milieu. Ce réseau des Laboratoires compte actuellement 40 laboratoires dont 15 sont implantés dans les provinces chefs lieu des régions. Au niveau central, l'Institut National d'Hygiène (INH) constitue le laboratoire national de référence en matière de biologie médicale et environnementale.

2.2.2 Le Programme National de lutte contre le trachome (PNLT)

A : Bref historique

- 1927 : Premières publications sur le trachome au Maroc.
- 1990 : Création du Service de lutte contre les Maladies Oculaires et Otologiques (SMOO).
- 1992 : Réalisation de l'enquête nationale sur les causes et les prévalences des déficiences visuelles :
 - Mesurer l'ampleur des problèmes de morbidité oculaire,
 - Mise en place du Programme National de Lutte contre la Cécité (stratégie nationale de santé oculaire).
- 1991- 1993 : Réalisation des enquêtes provinciales sur la prévalence et la gravité du trachome dans les provinces endémiques
- 1997 : Adoption et mise en place de la stratégie «CH.A.N.CE» comme stratégie de lutte contre le trachome.
 - CH : Chirurgie du trichiasis
 - A : Intervention chimiothérapique (Antibiotiques)
 - N : Nettoyage du visage
 - CE : Changement de l'Environnement
- 2005 : Atteinte des Objectifs Ultimes d'Intervention (OUI) pour chacune des composantes de la stratégie «CH.A.N.CE».
- 2006-2008 : Mise en place d'un système de surveillance épidémiologique spécifique au trachome et consolidation des acquis. (Phase recommandée par l'OMS avant d'atteindre la certification de l'élimination du trachome cécitant).
- 2009 : Lancement d'un processus de certification de l'élimination.

B : Situation épidémiologique

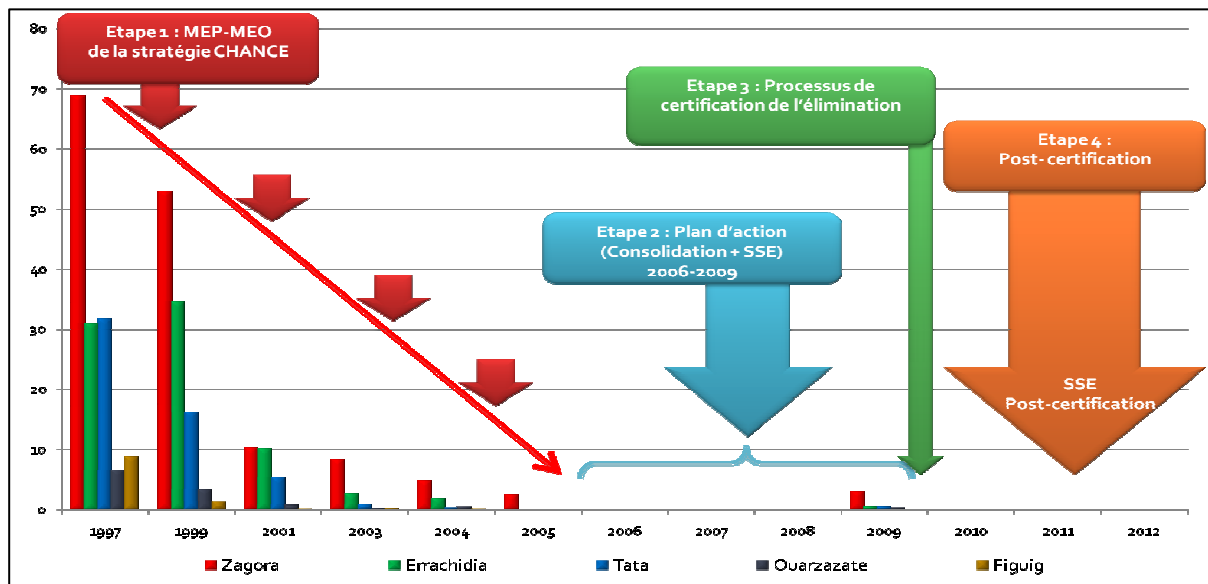
L'évolution du processus de lutte contre le trachome au Maroc a connu deux phases essentielles. La première consistait à mettre en place des outils de lutte par l'intégration du processus dans le système de soins de santé oculaire et dans le système de soins de santé de base, la structuration des unités de coordination à tous les niveaux permettant une fluidité de la collaboration intersectorielle, la formation du personnel impliqué et l'implication de la société civile à travers les associations de développement local. Cet effort a bénéficié d'un soutien appréciable des partenaires dont l'OMS, les organisations non gouvernementales internationales (ONG) telles Helen Keller International (HKI) ou la Fondation Edna McConnell Clark, l'International Trachoma Initiative (ITI) au milieu des années 90 et du Laboratoire Pfizer Inc.

En 1997, le processus de lutte contre le trachome cécitant a été consolidé par l'adoption de la

stratégie "CH.A.N.CE" qui a permis de consolider et de développer davantage le processus en matière d'intégration des activités, d'approche communautaire et de collaboration multisectorielle.

Alors qu'une étude réalisée en 1993 avait montré que la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans variait entre 6% à Figuig et 70% à Zagora et la prévalence du trichiasis trachomateux variait entre 1% à Tata et 3% à Zagora et que 0.8% de la population des 5 provinces avait une opacité cornéenne trachomateuse, une autre étude communautaire réalisée en 2009 a montré que le trachome cécitant ne représente plus un problème de santé publique, en particulier chez les communautés les plus désavantagées et que les formes graves de la maladie sont absentes chez les enfants âgés de 1 à 9 ans (le réservoir du germe par lequel la maladie se développe et se maintient dans la population).

Figure 11 : Evolution de la situation épidémiologique et du processus d'élimination du trachome au Maroc



C : Objectif d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention

L'objectif du programme est d'éliminer le trachome cécitant en tant que problème de santé publique au niveau communautaire. La stratégie repose sur le renforcement de la surveillance épidémiologique et la consolidation des acquis pour chacune des composantes de la stratégie CH.A.N.CE qui sont :

- Standards de dépistage, de prise en charge chirurgicale et de suivi post-opératoire des cas de trichiasis.
- Rupture du cycle de transmission du *Chlamydiae trachomatis* dans la communauté (antibiothérapie de masse répétée sur le réservoir du germe).
- Stratégie IEC basée sur la communication interpersonnelle de proximité.
- Collaboration intersectorielle avec une approche participative pour mieux agir sur les déterminants de la maladie.

D : Organisation du PNLT

Au niveau central, le SMOO assure la gestion du PNLT qui est une composante du Programme National de lutte contre la Cécité (PNLC). La cataracte qui est la principale cause évitable de la cécité au Maroc fait partie des priorités de l'actuelle stratégie sectorielle 2008-2012. L'organisation de la lutte contre le trachome au niveau des cinq provinces endémiques constitue un modèle en termes d'intégration au niveau du RESSB, d'implications des autres secteurs et d'approche communautaire.

2.2.3 Le Programme National de lutte contre la lèpre (PNLL)

Au Maroc, bien que la lèpre n'avait représenté un problème de santé publique que dans certaines zones géographiques circonscrites, les autorités sanitaires marocaines, au même titre que les professionnels de la santé avaient pris connaissance très tôt de la gravité de la maladie, en raison du coût de son handicap et surtout de l'opprobre social qui s'y rattachait.

A : Bref historique

- Avant l'indépendance
 - ♦ De 1925 à 1940 : Premières études épidémiologiques
 - ♦ En 1954, la lèpre a été considérée comme problème de santé publique.
- De l'indépendance à 1980
 - ♦ A partir de 1960, la léprologie disposait déjà de 79 lits à l'hôpital Aïn-Chok de Casablanca et 31 à l'hôpital Ibn Rochd qui tenait en même temps le fichier national,
- De 1981 à 1990 : C'est l'époque de la mise en place du Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) et l'extension de la couverture.
- De 1991-2005 : C'est l'époque du traitement centralisé au Centre National de Léprologie (CNL). La recherche clinique et thérapeutique au CNL a connu un développement sous la direction du Pr Feu Rollier. En 1991, une stratégie nationale reposant sur la centralisation au CNL du suivi, de la surveillance épidémiologique et du traitement par un protocole marocain de poly-chimiothérapie a été adoptée puis généralisée.
- A partir de 2006, Revue de la stratégie et de l'organisation du PNLL avec adoption du schéma thérapeutique de l'OMS.

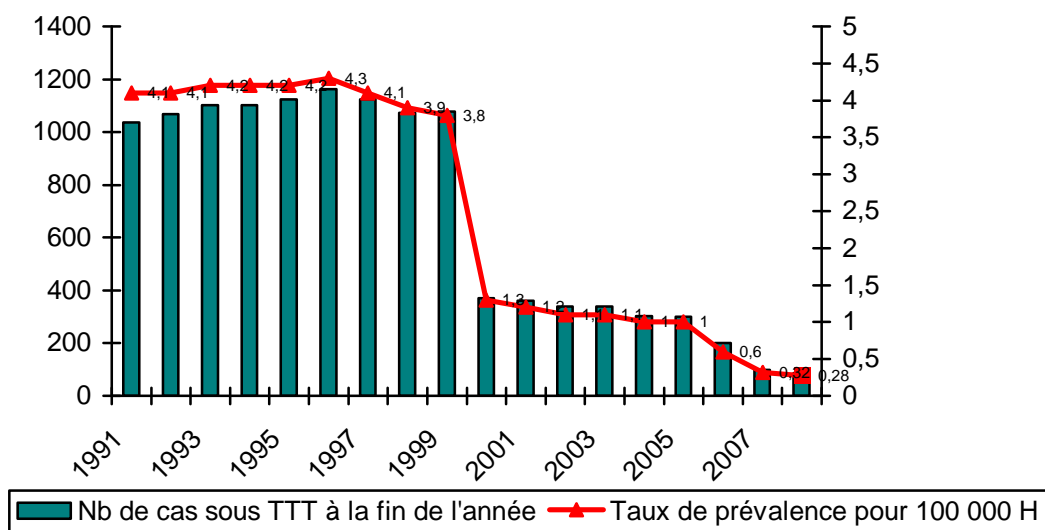
B : Situation épidémiologique

Le PNLL dispose d'un fichier central où sont archivés les dossiers des cas de lèpre et ce depuis 1950. Au total, 9291 nouveaux cas ont été colligés durant 59 ans (1950- 2008). 5471 (59 %) sont des formes Muti Bacillaires (MB), potentiellement contagieuses et 3820 (41 %) sont des formes Pauci Bacillaires (PB) non contagieuses.

L'analyse des différents indicateurs cadre bien avec le profil d'un pays à très faible endémicité notamment la prédominance des formes MB et la faible proportion des formes infantiles.

La prévalence a connu une baisse importante en 1991 suite au changement de la stratégie du programme (nouvelle définition du cas et réduction de la durée du traitement). Ainsi, après mise à jour du fichier central, le Maroc est passé à moins d'un cas pour 10 000 habitants qui est le seuil d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique fixé par l'OMS. Une seconde opération de « nettoyage des registres » a eu lieu en 1999. En 2006, avec l'adoption du schéma thérapeutique de l'OMS et le raccourcissement de la durée de la monothérapie post Poly Chimio Thérapie (PCT) pour les malades sous protocole national, le nombre de malades sous traitement à la fin de l'année était de 200 malades. Il n'est que de 88 fin 2008.

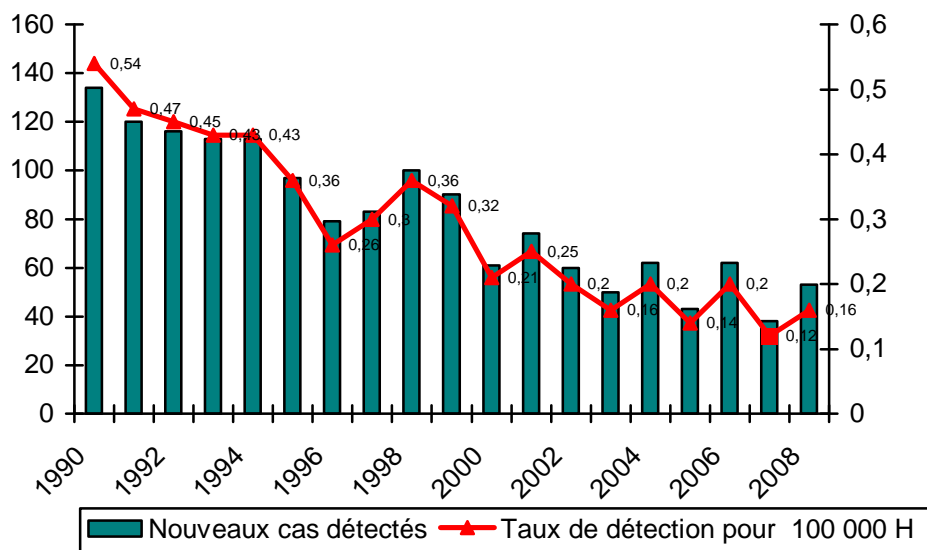
Figure 12 : Evolution de la prévalence de la lèpre (1991- 2008)



Source : Service des maladies dermatologiques/DELM, Ministère de la Santé

La courbe de détection est irrégulière et suit une évolution en dents de scie. Elle est influencée par le degré d'activité des services de lutte. La moyenne des cinq dernières années est de cinquante alors qu'elle était le double durant les années 80.

Figure 13 : Evolution de la détection (1990- 2008)



Source : Service des maladies dermatologiques/DELM, Ministère de la Santé

C : Objectif d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention

L'objectif actuel du PNLL est de contrôler la maladie sur le plan des invalidités et des séquelles. La stratégie d'intervention repose sur le dépistage précoce, le traitement par la poly chimiothérapie et la réinsertion sociale des malades dans un cadre décentralisé et intégré.

D : Organisation du PNLL

Le PNLL est géré par le SMD qui est chargé de la coordination et de l'évaluation des activités de lutte. Le Centre National de Léprologie (CNL) représente la pièce maîtresse du dispositif national anti-lèpre. Il assurait dans le cadre de la stratégie adoptée en 1991 un rôle axial à travers la centralisation de la prise en charge thérapeutique, des activités d'IEC, de la surveillance épidémiologique et de l'appui social aux malades. Un processus de décentralisation du contrôle de la lèpre et d'intégration au RSSB a été entamé à partir de 2006 dans le cadre de la revue de la stratégie et de l'organisation du Programme. Les 22 services de référence répartis sur la totalité du Royaume assurent actuellement une prise en charge thérapeutique essentiellement en ambulatoire.

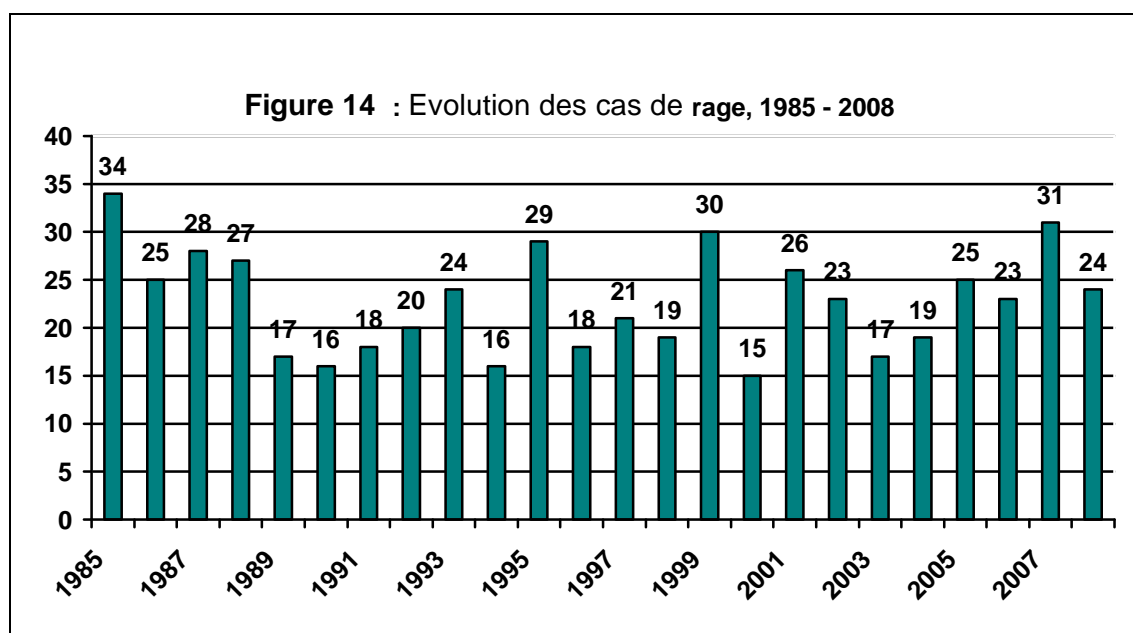
2.2.4 Le Programme National de lutte contre les Zoonoses majeures

A : Situation épidémiologique

Au Maroc, La rage, la brucellose, la leptospirose et le charbon humain sont des maladies à déclaration obligatoire et font l'objet d'une surveillance épidémiologique. Sur le plan épidémiologique, l'évolution de la situation des zoonoses qui sont sous surveillance peut être résumée comme suit :

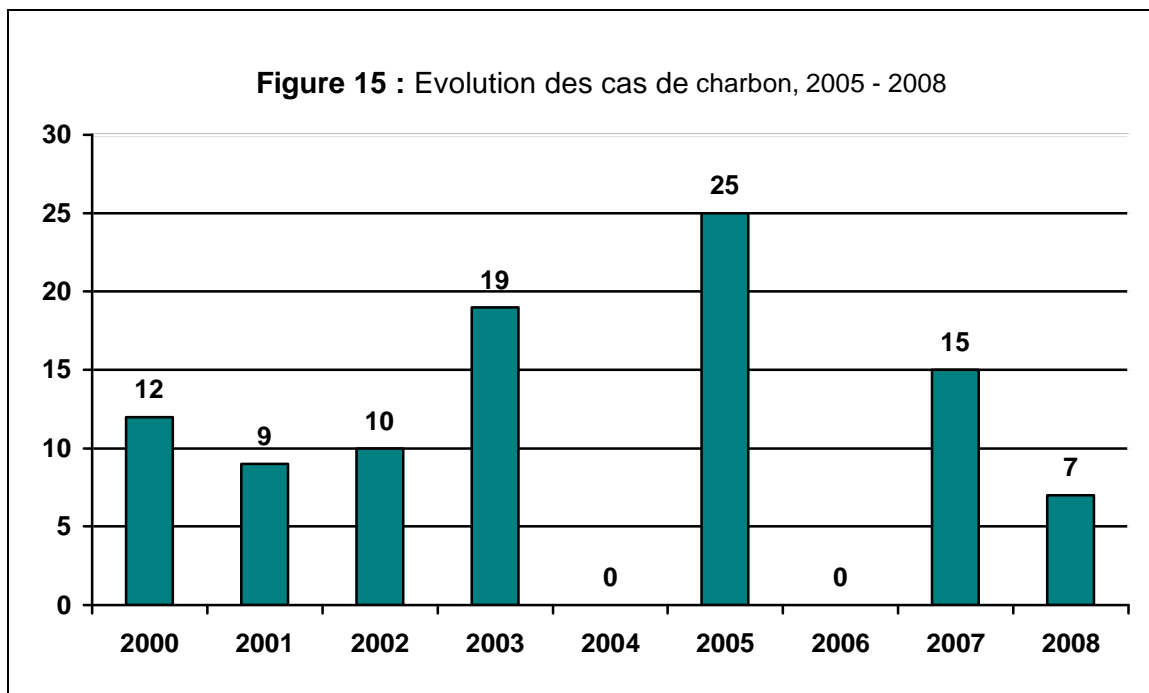
a) la rage :

Un cumul de 233 cas de rage humaine a été enregistré entre 1999 et 2008 avec une étendue variant entre 15 cas en 2000 et 31 cas en 2007. A noter qu'avant les années 80, une cinquantaine de cas environ a été enregistrée annuellement. Depuis le lancement du programme national de lutte en 1986, le nombre de cas a oscillé entre 15 et 30. Au Maroc, le chien reste le principal vecteur et réservoir de cette maladie virale mortelle pour l'homme. A signaler qu'une moyenne annuelle de 418 cas de rage animale est répertoriée par les services de santé animale.



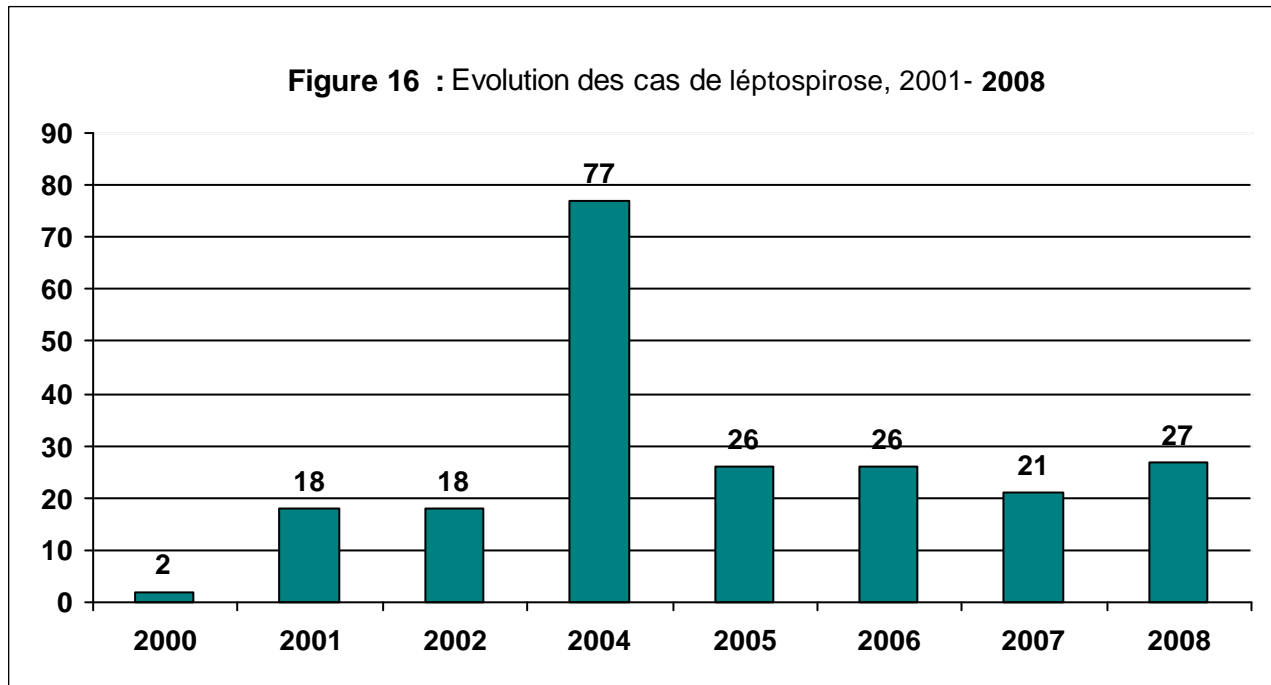
b) Le charbon :

Des cas humains et animaux de charbon sont enregistrés régulièrement. La plus importante épidémie localisée touchant l'homme a été enregistrée durant l'été 2005 à la province de Sidi Kacem (25 cas dont deux décès). Cette épidémie a éclaté suite à la consommation et/ou au contact avec le tissu de deux vaches malades abattues par les habitants d'une localité. L'année 2007 a été marquée également par la détection de deux foyers distincts totalisant 15 cas avec cinq décès. L'origine de l'infection de l'un des deux foyers est restée indéterminée alors que la consommation de la viande d'une chèvre a été la cause de la maladie dans le deuxième foyer.



c) La leptospirose :

La leptospirose existe au Maroc à l'état endémo-épidémique. La survenue d'une épidémie localisée en 2004 a été derrière l'augmentation du nombre de cas enregistrés à l'échelle nationale dont le total a varié entre 2 cas en 2000 et 77 cas en 2004 (année de l'épidémie).

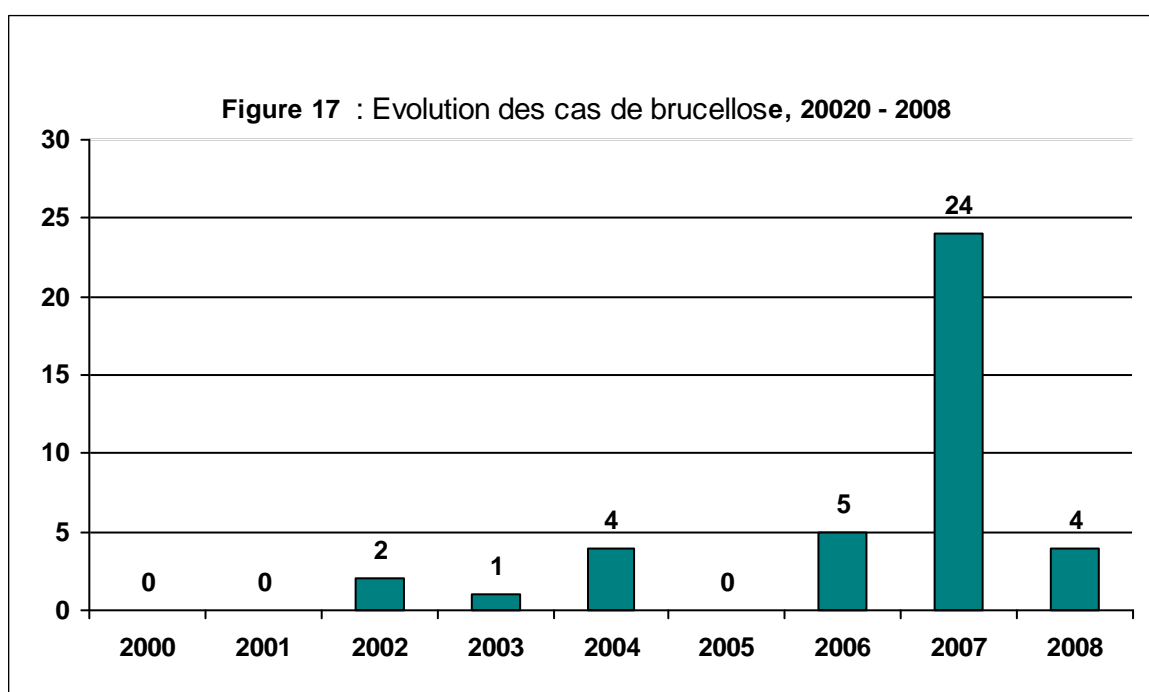


d) La brucellose :

Le graphique suivant montre que seulement 12 cas ont été déclarés au SME entre les années 2000 et 2006 alors qu'un nombre assez élevé de cas isolés a été enregistré entre janvier et juillet 2007

par une seule province du Sud du Maroc (province de Lâayoune avec 21 cas). Cette évolution, en raison du manque de spécificité du tableau clinique de la maladie, fait suspecter avant tout une sous déclaration surtout que des foyers de brucellose animale (brucellose bovine surtout) ont été détectés par les services vétérinaires.

Néanmoins, une étude de séroprévalence de la brucellose⁷ humaine en milieu rural réalisée en 1996 par le ministère de la santé sur un échantillon représentatif de 2870 personnes réparties dans 11 régions a révélé une prévalence de 1,5% (IC_{95%} 1,0 – 2,3) avec une étendue oscillant selon la région entre 0% et 3.3%. La principale conclusion de cette enquête laisse penser que « la brucellose chez l'homme en milieu rural au Maroc n'est pas fréquente ».



C : Objectif d'impact épidémiologique et stratégies d'intervention

L'objectif du programme est le contrôle des maladies à potentiel épidémique. La stratégie repose sur six axes:

- Prévention :
 - ◆ Vaccination (rage)
 - ◆ Information, Éducation et Communication
 - ◆ Activités d'hygiène du milieu (vecteur et réservoir)
- Prise en charge des cas
- Surveillance épidémiologique
- Mise en application du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005)

⁷ Source : Service des maladies épidémiques/DELM/Ministère de la Santé

- Déconcentration
- Collaboration intersectorielle

D : Organisation du programme de lutte contre les zoonoses majeures

Le SME, en plus de la gestion du Programme de Lutte contre les zoonoses majeures (rage, leptospirose, brucellose, charbon), il est responsable :

- du Programme de Lutte contre la méningite,
- du Programme de Lutte contre les maladies à transport hydrique et/ou alimentaire,
- il assure la surveillance sanitaire des pèlerins. contribue à la préparation nationale pour faire face aux épidémies de grippe,
- de la surveillance des maladies émergentes et de la mise en place des dispositions du Règlement Sanitaire International dont le Contrôle Sanitaire aux Frontières

Pour assurer ses fonctions, le SME s'appuie au niveau déconcentré sur les structures d'épidémiologie (ORE/CPE) et sur les SIAAP et le RSSB. Les activités de lutte contre le charbon, la leptospirose et la brucellose consistent essentiellement en l'appui aux structures déconcentrées dans la gestion des flambées épidémiques et la tenue d'un fichier épidémiologique central.

Lors de l'actualisation de la stratégie du PNLR en 2003⁸, les attributions du comité interministériel, des commissions préfectorales et provinciales et des différents départements concernés (Ministère de l'Intérieur (Collectivités locales), Ministère de l'Agriculture et Ministère de la Santé) ont été bien définies. Malgré l'existence de ce cadre organisationnel, des insuffisances persistent dans le domaine de la coordination des activités de prévention et de lutte.

2.3 Analyse à l'aide de la matrice FFOM

L'analyse des environnements interne et externe des différents programmes a permis de relever des faiblesses, des forces ainsi que des opportunités et des menaces. Le résultat du croisement entre les diagnostics interne et externe a permis de dégager des options de développement pour les programmes. Le résultat de cette analyse a été discuté lors d'un focus group.

⁸ Ministère de la Santé : Lutte contre la rage chez l'homme, guide des professionnels de santé, 2003

2.3.1 Les Forces et les faiblesses

A : Les Forces

- Adhésion du Maroc aux différentes résolutions et stratégie internationales
- Régularité du financement national
- Structures interministérielles mises en place
- L'Initiative de la GILAV
- Gratuité des prestations et intégration dans le RSSB
- Généralisation des programmes sur tout le territoire
- Décentralisation de la SE (ORE/ORS)
- Présence d'une expertise nationale

B : Les faiblesses

- Instabilité et démotivation du personnel
- Des insuffisances dans la formation, le recyclage et la supervision
- Faible implication du niveau régional.
- Une recherche insuffisante et peu structurée
- Cloisonnement entre les programmes verticaux et insuffisance dans la coordination.
- Faible intégration du système de SE
- Absence de Système d'Information Géographique (SIG) en tant qu'outil de suivi et de pilotage à tous les niveaux
- Laboratoires peu performants
- Diversité des initiatives en terme de collaboration intersectorielle notamment en matière de lutte contre les zoonoses.

2.3.2 Les Opportunités et les menaces

A : Les Opportunités

- Appui de l'OMS et d'autres organismes
- Lien entre ces maladies et pauvreté : INDH
- Projet de charte sur l'environnement
- Plan d'action Santé dans le monde rural
- Intérêt international pour ces maladies
- Disponibilité d'instituts et de structures pour la recherche
- Restructuration des Bureaux Municipaux d'Hygiène (convention cadre avec Ministère de l'Intérieur)

- Soucis partagés avec d'autres secteurs (agriculture par exemple...)

B : Les Menaces

- Risques de désengagement des autres secteurs
- Risque de démobilisation des responsables locaux suite aux nouvelles priorités inscrites dans le Plan d'action 08-12
- Impacts des changements climatiques
- Risque de l'émergence d'autres problèmes (paludisme importé, Dengue...)

2.3.3 Options de développement

Les options de développement des différents programmes se présentent comme suit :

- Concevoir et mettre en œuvre, dans un cadre intégré, une stratégie nationale de lutte axée sur la population et non sur la maladie.
- Responsabiliser davantage le niveau régional à travers le renforcement et la décentralisation des mécanismes de surveillance, de suivi et d'évaluation.
- Améliorer la performance du système national de veille, de surveillance et de riposte.
- Renforcer l'engagement politique sur les problématiques de santé à caractère transversal (santé et environnement, santé et développement durable...)
- Renforcer la collaboration intersectorielle et harmoniser les approches notamment dans le domaine des zoonoses
- Renforcer l'expertise nationale dans le domaine des maladies transmissibles
- Définir les priorités en matière de recherche et établir des partenariats dans ce sens.

2.4 Exploration des opportunités d'intégration

Les opportunités d'intégration ont été abordées dans ce travail selon deux perspectives. La première concerne le questionnement de l'approche globale du programme, est-elle verticale essentiellement centrée sur la maladie ou horizontale axée sur la population et les déterminants environnementaux et socio-économiques ? La seconde perspective est managerielle avec l'exploration des possibilités de mise en place d'une approche intégrée⁹ de gestion des programmes de lutte contre les « MTN » pour plus de synergie, d'efficacité et d'efficience.

⁹ On entend par approche intégrée de gestion des programmes de lutte contre les « MTN », un ensemble intégré de politique, de procédures et d'outils de gestion qui sont partagés par l'ensemble des acteurs et les gestionnaires des différents programmes à différents niveaux et qui visent plus de synergie, d'efficacité et d'efficience.

2.4.1 Approche centrée sur la maladie versus approche centrée sur la population

2.4.1.1 Réalisations et défis à relever

Sur le plan des réalisations épidémiologiques, on peut individualiser deux groupes de maladies. Un groupe qui comprend le paludisme, la schistosomiase, le trachome et la lèpre qui a atteint les niveaux d'élimination fixés par l'OMS et Le groupe des programmes de lutte contre les zoonoses visant le contrôle de ces maladies mais qui doit encore relever de nombreux défis.

Pour le paludisme, un processus de certification de l'élimination est en cours. Le PNLT entreprend actuellement les premières démarches pour la certification. Le PNLS prévoit d'entamer le processus durant l'année prochaine. Il n'y a pas de certification de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Néanmoins, malgré ces résultats assez probants, les responsables de ces quatre programmes mettent l'accent sur les nombreux défis qui restent à relever. La consolidation de la lutte contre le trachome à l'échelon communautaire exige le renforcement des actions sur l'environnement et les comportements. Pour le paludisme il y'a lieu de mettre en place un dispositif de vigilance efficace pour le contrôle des cas importés et éviter la réémergence. Pour la lèpre, la pérennisation doit se faire à travers l'action sur les déterminants socio-économiques, la décentralisation et l'intégration du contrôle.

Concernant le groupe des zoonoses, les personnes interviewées relatent le poids des déterminants environnementaux, comportementaux et socio-économique qui reste important malgré les efforts fournis par le secteur de la santé. Ainsi, ces programmes doivent renforcer l'engagement et l'appui des autres secteurs et coordonner l'ensemble des mesures prises pour agir sur les conditions d'hygiène collective, contrôler les vecteurs et les réservoirs et renforcer les capacités de veille, de surveillance, de diagnostic via des dispositifs de surveillance multisectoriels.

L'ensemble des responsables des programmes de lutte s'accorde sur la nécessité d'effectuer un virage dans l'approche des programmes en passant d'une approche centrée sur la maladie à une approche centrée sur la population dans un cadre institutionnel d'autant plus que le contexte général actuel est très favorable.

2.4.1.2 L'expérience du PNLT

Le PNLT est cité comme modèle à l'échelon international grâce à la stratégie Plaidoyer Communication et Mobilisation Sociale (PCMS) qui a permis de mobiliser les départements ministériels, la société civile et l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux pour faire face efficacement aux déterminants environnementaux, socio-économiques et comportementaux.

A titre d'exemple, le programme a permis l'approvisionnement de 119 villages en eau potable, la construction d'un pont pour permettre le désenclavement de 16.000 habitants et grâce à l'appui de 750 associations locales de proximité, il y'a eu :

- Forage de 1.792 puits,
- Aménagement de 3.035 groupes de latrines.
- Organisation de 7000 campagnes de propreté,
- exécution de 5.338 démonstrations de traitement hygiénique du fumier et plus de 2.631 opérations de lutte contre les mouches,
- Réhabilitation de 120 écoles,
- Alphabétisation de 40.000 femmes (Alphabétisation de base, post alphabétisation : IEC / trachome, éducation professionnelle, activités)
- Développement d'activités génératrices de revenus

2.4.1.3 Des opportunités à saisir

Les différents entretiens et l'analyse de l'environnement externe ont permis de relever plusieurs chantiers de réforme au niveau national propices à ce virage dans l'approche des programmes dans un cadre institutionnel. Les chantiers qui ont été le plus cités par les responsables des programmes sont :

- L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) par exemple donne un cadrage stratégique pour l'inscription de la lutte contre les « MTN », dont les liens avec la pauvreté sont universellement reconnus, dans la dynamique nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion du monde rural.
- Le projet de charte sur l'environnement,
- Le plan d'action Santé dans le monde rural
- Le projet de restructuration des Bureaux Municipaux d'Hygiène (convention cadre avec Ministère de l'Intérieur)

2.4.2 Exploration des possibilités d'une approche intégrée de gestion des programmes de lutte.

2.4.2.1 Nature des relations existantes entre les différents programmes.

A : Au niveau provincial/préfectoral

L'analyse documentaire et les différents entretiens montrent que les activités de lutte de l'ensemble des programmes sont intégrées au sein du RSSB. Les délégations et les SIAAP à travers la CPE et les animateurs des maladies transmissibles (ou animateurs spécifiques aux programmes pour certaines provinces) assurent la gestion des activités.

B : Au niveau régional

Selon les responsables des programmes, les régions ne jouent pas un grand rôle dans le contrôle de ces maladies.

C : Au niveau central

Les programmes ont été conçus selon une approche verticale qui reste nettement visible à travers les modalités actuelles d'organisation et de fonctionnement. Les activités de surveillance épidémiologique sont maintenues étroitement liées aux activités de riposte. Chaque programme gère son propre registre épidémiologique. Il n'y a aucune mesure de coordination entre ces programmes et le service de la surveillance épidémiologique notamment dans le cadre de l'appui aux systèmes de surveillance épidémiologique spécifiques ni avec les autres services. L'analyse documentaire et les différents entretiens montrent également qu'il n'y pas de mesures de coordination dans les domaines de la formation ou de la supervision.

2.4.2.2 Quelques exemples d'intégration.

A : L'exemple des programmes de lutte contre les maladies parasitaires

Ces programmes sont gérés au niveau central au sein du SMP par la même équipe. On peut les considérer comme composantes d'un même programme du fait de l'intégration de l'ensemble des activités de gestion et de soins. Le PNLIS s'était appuyé dès sa conception initiale sur la logistique du PNLIP et sur l'expérience acquise par les professionnels de santé impliqués dans ce programme. Les microscopistes du paludisme devaient s'organiser, pour effectuer, en plus de leurs tâches habituelles, les examens parasitologiques des urines. Cette intégration était faisable en raison de la réduction de la charge de travail liée à l'examen des prélèvements de sang sur lame pour recherche du paludisme. Le PNLIS et dernièrement le PNLH se sont également appuyés sur les équipes d'animateurs des maladies parasitaires.

B : L'exemple du PNLIS

« Les Maladies Tropicales Négligées » au Maroc
Contribution à l'élaboration d'une approche intégrée de lutte

Le PNLT a intégré des activités de lutte contre la schistosomiase au niveau des cinq provinces cibles au même titre que la vaccination ainsi que d'autres activités. Cette intégration répondait à un besoin de la population cible et s'inscrivait dans un élan de mobilisation sociale fortement appuyée par les partenaires internationaux.

2.4.2.3 Répartition régionale des « MTN »

L'analyse des bases de données épidémiologiques des programmes a permis d'apprécier l'ampleur de ces maladies par région. Ainsi, on peut individualiser trois groupes :

Tableau 3 : Ampleur des « MTN » par régions

	Régions	Nombre de « MTN »	Implications
Régions à forte endémicité	Meknès-Tafilalt El Gharb-Chrarda- Bni- Hssen Fes-Boulmane Tadla-Azilal Taza- Al Houceima- Taounate Tanger- Tétouan Souss- Massa- Darâa Région Orientale	8 à 10	Régions très prioritaires pour une approche de lutte intégrée et décentralisée
Régions à moyenne endémicité	Chaouia-Ouadigha Marrakech- Tensif-EI Haouz Doukkala-Abda	5 à 6	Régions prioritaires pour une approche de lutte intégrée et décentralisée
Régions non endémiques	Grand Casablanca Rabat-Salé-Zemmour-Zaèr Laâyoune-Boujdour-Sakia Lhamra Guelmim- Smara Oued Eddahab- Lagouira	Quelques cas sporadiques*	Approche ciblant problème spécifique

* Excepté pour la région GUELMIM-SMARA qui abrite des foyers de Leishmaniose et de trachome

2.4.2.4 Quelles stratégies d'intervention commune ?

A travers l'analyse des stratégies d'intervention des différents programmes et des différents entretiens, on peut individualiser deux stratégies d'intervention commune :

- La GILAV qui a été initiée au Maroc depuis quelques années et qui permet de faire face aux maladies à transmission vectorielle tels le paludisme, la bilharziose et les Leishmanioses ainsi que celles qui peuvent émerger (la dengue...), selon une approche intégrée et multisectorielle.
- La Stratégie Plaidoyer Communication et Mobilisation Sociale (PCMS) déjà expérimentée avec succès dans le cadre du programme du trachome au niveau de cinq provinces avec l'appui de partenaires internationaux. Cette stratégie constitue un bon levier pour mobiliser de nouvelles ressources afin d'agir sur les déterminants environnementaux et socio-économiques.

2.4.2.5 Les domaines d'opportunités d'intégration identifiés

Les domaines d'opportunité d'intégration identifiés sont la surveillance épidémiologique, la planification stratégique, le plaidoyer et la mobilisation sociale, la collaboration intersectorielle, le suivi/évaluation, la logistique (Médicaments, véhicule, carburant...), la supervision, la formation et l'encadrement

Tableau N° 4 : Domaines d'opportunités d'intégration

Domaines d'opportunités d'intégration	Actions à entreprendre, Outils/mécanisme de gestion intégrée à mettre en place et/ou	Options d'axes stratégiques de développement des différents programmes
Planification stratégique	- Elaboration d'un nouveau plan stratégique national de lutte contre les maladies transmissibles	- Concevoir et mettre en œuvre, dans un cadre intégré, une stratégie nationale de lutte axée sur la population et non sur la maladie.
Plaidoyer et mobilisation sociale	- Organisation d'assises, de colloques ou de conférence sur des thématiques de santé à caractère transversal (Santé et environnement, santé et développement, ...)	- Renforcer l'engagement politique sur les problématiques de santé à caractère transversal (santé et environnement, santé et développement...)
Collaboration intersectorielle	- Coordonner les initiatives de promotion de la collaboration intersectorielle - Revoir le cadre réglementaire et organisationnel - Elaborer des conventions cadre de partenariat avec les secteurs concernés (zoonoses)	- Renforcer la dynamique de synergie entre les programmes dans le domaine de la Collaboration intersectorielle
Suivi/évaluation	- Promouvoir une approche Contrat d'Objectifs et de Moyens avec les Directions Régionales de la Santé autour des « MTN »	- Responsabiliser davantage le niveau régional à travers le renforcement et la décentralisation des mécanismes de surveillance, de suivi et d'évaluation.
Logistique (Médicaments, véhicule, carburant...)	- Elaborer et mettre en œuvre des plans stratégiques régionaux de lutte - Mettre en place un système décentralisé de suivi et d'évaluation au niveau des huit régions les plus prioritaires	
La surveillance épidémiologique	- Revoir l'organisation et le fonctionnement du système national de Surveillance épidémiologique - Mettre en place des Système d'Information Géographique (SIG) multi maladies pour le pilotage et la surveillance à tous les niveaux	- Améliorer la performance du système national de veille, de surveillance et de riposte.
La supervision, la formation et l'encadrement	- Arrêter un planning intégré de supervision (grille de supervision) - Arrêter un plan national de formation continue pour les maladies cibles et plaider pour son financement - Mutualiser les ressources disponibles	• Développer et maintenir une expertise nationale et régionale dans le domaine des maladies transmissibles en général et de la médecine tropicale en particulier.

7. Conclusions et recommandations

La moitié des maladies inscrites sur la liste des « MTN » établie par L'OMS sévit au Maroc depuis plusieurs années et fait l'objet de programmes spécifiques conçus selon une approche verticale. Si les programmes de lutte contre le paludisme, la bilharziose, la lèpre et le trachome ont atteints les objectifs fixés par l'OMS, les différents programmes de lutte contre les zoonoses (la rage, les leishmanioses, le kyste hydatique, le charbon, la leptospirose et les brucelloses) visent uniquement des objectifs de contrôle de ces maladies pour les ramener à des niveaux supportables par la communauté. Pour contrôler efficacement ces zoonoses et consolider les acquis, ces programmes doivent relever de nombreux défis inhérents en grande partie aux déterminants socio-économiques, environnementaux et comportementaux.

L'approche verticale adoptée par la majorité des programmes de lutte a montré son rendement maximal dans certains cas et son insuffisance dans d'autres. Les changements qui s'opèrent au sein et en périphérie du système de santé offrent des opportunités à saisir pour assurer l'efficacité des activités de lutte.

Au niveau de l'environnement interne des programmes, plusieurs domaines d'opportunités d'intégration sont disponibles et nécessitent d'asseoir une approche de gestion intégrée qui consiste en une mise en synergie de politiques, de procédures et d'outils de gestion qui sont partagés par l'ensemble des acteurs et les gestionnaires des différents programmes à différents niveaux et qui visent plus d'efficacité et d'efficience. Dans cette perspective :

- Il est nécessaire d'opérer un virage dans l'approche globale des programmes de lutte en passant d'une logique axée sur la maladie à celle axée sur la population dans la conception et la mise en œuvre des activités de lutte. En d'autres termes, Il est capital pour les responsables des programmes d'inscrire la lutte contre ces maladies dans la dynamique nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion du monde rural.
- Ce virage dans l'approche des programmes nécessite la conception d'une stratégie intégrée de lutte qui cible les déterminants environnementaux et socio-économiques de manière horizontale pour converger et coordonner l'ensemble des mesures prises via des dispositifs de surveillance et de riposte multisectoriels.
- Cette stratégie doit s'articuler autour de quatre axes principaux de développement :

- ◆ Le plaidoyer pour le renforcement de l'engagement politique sur les problématiques de santé à caractère transversal (santé et environnement, santé et développement...),
 - ◆ le renforcement de la dynamique de synergie entre les programmes dans le domaine de la Collaboration intersectorielle,
 - ◆ l'implication du niveau régional dans le contrôle de ces maladies
 - ◆ L'amélioration de la performance du système national de veille, de surveillance et de riposte.
-
- La stratégie PCMS qui a montré son avantage dans d'autres programmes et la GILAV implantée depuis quelques années peuvent constituer des stratégies d'intervention communes et contribuer à ce virage dans l'approche.

 - Un système de gestion intégré doit être mis en place pour tirer un maximum de profit des opportunités existantes et pérenniser la lutte. Le Système d'Information Géographique (SIG) est un des outils de ce système intégré.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : WHO, Défense mondiale contre la menace des maladies infectieuses, ouvrage préparé sous la direction de Mary Kay Kindhauser, WHO/CDS/2003.15
- 2 : WHO, Maladies tropicales négligées, succès ignorés nouvelles opportunités, WHO/CDS/NTD/2006.2
- 3: Mathers CD, Ezzati M, Lopez AD. Measuring the burden of neglected tropical diseases: the global burden of disease framework. PLoS Negl Trop Dis. 2007 Nov 7;1(2):e114.
- 4 : WHO, Plan Mondial de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées, 2008–2015, WHO/CDS/NTD/2007.3
- 5: Hotez PJ (2007) Neglected Diseases and Poverty in “the Other America”: The Greatest Health Disparity in the United States? PLoS Negl Trop Dis 1(3): e149. doi:10.1371/journal.pntd.0000149
- 6: Hotez PJ and al, Current Concepts, Control of Neglected Tropical Diseases, N Engl J Med 2007;357:1018-27.
- 7: Abdessam Boutayeb, (2007) Developing countries and neglected diseases: challenges and perspectives, international journal for equity in health, 6:20, doi: 10.1186/1475-9276-6-20
- 8: Parlement Européen, Résolution sur l'accord ADPIC et l'accès aux médicaments, <http://www.europarl.europa.eu/search/highlight.do?hitLocation=http://www.europarl.europa.eu/oeil/file.jsp%3Fid%3D5500502%26noticeType%3Dnull%26language%3Dfr>, accédé le 7 août 2009 ;
- 9: WHO, Report of the Global Partners' Meeting on Neglected tropical Diseases, http://whqlibdoc.who.int/HQ/2007/WHO_CDS_NTD_2007.4_eng.pdf. consulté le 7 août 2009;
- 10: Crile B, De Brouwere V, Dugas S. Integration of Vertical Programmes in Multi-Function Health Services. Studies in Health Services Organisation & Policy, ITGPress, 1997, Antwerp.
- 11: Grépin KA, Reich MR (2008) Conceptualizing Integration: A Framework for Analysis Applied to Neglected Tropical Disease Control Partnerships. PLoS Negl Trop Dis 2(4): e174. doi:10.1371/journal.pntd.0000174
- 12: John C Holveck and AL ; Debate Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: Pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development ; *BMC Public Health* 2007, 7:6 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/6>
- 13: Contandrioupolos A-P. et al, Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la

financer, Les presses de l'Université de Montréal, 1990.

ANNEXE

Annexe 1 : Répartition régionale des « MTN »

	PALU*	LCT	LCM	LV	BILH*	KH	TRAC	LEPR	CHARB	RAG	LEPT	BRUC
Meknès-Tafilalt	+	+/-	+++	+/-	++	+++	+	+	+	+	++	+
El Gharb-Chrarda- Bni- Hssen	++	++	-	++	+	+	-	++	++	++	++	-
Fes-Boulmane	+	++	+	++	-	+	-	++	+	+	+	-
Tadla-Azilal	++	++	-	+/-	++	++	-	++	+	+	+	-
Taza- Al Houceima- Taounate	++	++	-	++	-	++	-	+++	++	+	+	+
Tanger-Tétouan	++	+	-	++	-	++	-	+++	++	+	+	-
Souss- Massa- Darâa	-	+/-	+++	-	++	+	++	+	+	+	+	-
Région Orientale	-	-	+++	-	+	++	+	++	++	+	+	+
Chaouia-Ouadigha	++	+	-	-	-	+++	-	+	+	++	+	-
Marrakech-Tensif-El Haouz	+	++	-	+/-	+	+/-	-	+/-	+	+	+	-
Doukkala-Abda	+	-	-	+/-	-	+++	-	++	+	+	++	-
Guelmim- Smara	-	+/-	+	-	++	+/-	+	-	-	-	-	-
Grand Casablanca	-	-	-	-	-	+/-	-	+/-	-	-	-	-
Oued Eddahab- Lagouira	-	-	-	-	-	+/-	-	-	-	-	-	-
Rabat-Salé-Zemmour-Zaèr	-	-	-	-	-	+/-	-	+/-	-	+	+	-
Laâyoune-Boujdour-Sakia Lhamra	-	-	-	-	-	+/-	-	-	-	-	-	+

*** Pour le paludisme et la bilharziose**

-	Si absence de risque
+	Si risque faible
++	Si risque moyen
+++	Si risque élevé

Pour les autres maladies

ND	Si absence de données
-	Si région indemne
+/-	Si quelques cas sporadique
+	Si données similaires à la moyenne nationale
++	Si données entre un et deux fois la moyenne nationale
+++	Si données plus de trois la moyenne nationale

Annexe 2: Fiche technique sur les Programmes/actions de lutte contre les MTN

1. Nom du Programme :		2. Structure responsable		
		3. Année de démarrage :		
4. Cadre réglementaire et organisationnel (circulaires, note de service...)				
5. Bref historique (années qui ont marquées un tournant pour le programme)				
6. Objectifs du programme		7. Axes de la stratégie d'intervention		8. Principaux indicateurs chiffrés
- objectifs d'impact épidémiologique :				- indicateurs épidémiologiques
- objectifs opérationnels :				- indicateurs de performance
9. caractéristiques de la population cible				
- Population touchée				
- Population à risque				
- Niveau socio-économique				
- Milieu résidence (R/U/périU)				
10. Organisation et fonctionnement (structure, mission, attributions, fonctionnement par niveau...)				
11. Partenaires du Programme				
Catégorie	Nature des contributions			Degré d'implication
- ONG internationales				
- Autres département				
- ONG nationales				
- Autres				
12. Ressources Financières (2008)	Etat	Autres	Total	Tendance ?
13. Principales réalisations			14. Contraintes et défis	
15. Commentaire sur les autres ressources (humaines, matérielles, informationnelles)			16. Perspectives du programme	

**Annexe 3 : Grille d'entretien avec les responsables impliqués
dans la lutte contre les « MTN » au Maroc**

- Début de l'entretien : présentation du but et des objectifs de l'étude

- **Questions :**

A : « MTN » ET PRIORITES NATIONALES DE SANTE PUBLIQUE

1. L'OMS classe les maladies transmissibles en 3 catégories, i) le groupe du SIDA, tuberculose et paludisme responsable d'une large proportion de décès, ii) Un groupe qui comprends des maladies émergentes ou potentiellement épidémiques – les maladies à la une des journaux, qui éclatent en épidémies et ont des effets dévastateurs, et iii) le groupe des maladies dites « négligées ».

Pensez vous que cette classification soit adaptée au contexte national ? Et la dénomination de Maladies Tropicales Négligées (MTN), est-elle appropriée ?

2. L'OMS a arrêté une liste non exhaustive de 20 maladies prioritaires, quelles sont à votre avis les maladies qui doivent être ajoutées à cette liste au niveau national ?

3. Quelle est, selon vous, l'importance accordée à votre programme dans le plan d'action 2008-2012 ?

4. Est-ce qu'il y'a un risque à ce que votre programme soit occulté par les priorités arrêtées dans le plan d'action du MS (diabète, HTA, cancer..) ? Si oui, de quelles manières ?

B : DIAGNOSTIC DE LA SITUATION

5. Quels sont les objectifs d'impact épidémiologique du Programme national de lutte contre (Contrôle ? élimination ? Consolidation ?...)

6. Quelle est la stratégie d'intervention actuelle du programme ? Y' a-t-il eu par le passé des adaptations de cette stratégie d'intervention ?

7. Quel est le niveau actuel des réalisations ?

8. Est-ce que le programme rencontre des contraintes particulières ? Lesquelles ?

9. Quelles sont les forces du programme ? Est ce qu'il y'a des faiblesses ? Lesquelles ?

10. Quelles sont les opportunités à saisir ? Et les menaces ?

10. Quels sont les défis qui se posent actuellement ?

11. Est-ce qu'il y'a des actions de coordination/collaboration entre votre programme et les autres programmes de lutte contre les maladies transmissibles ? Si oui, lesquelles ?

**B : Opportunités d'intégration pour plus de synergie,
d'efficacité et d'efficience**

12. Qu'est ce que vous pensez des approches de lutte intégrées contre les MTN ? (Chimio- prophylaxie préventive ciblant plusieurs maladies parasitaires, gestion intégrée des programmes...)

13. Etant donné le contexte actuel du système de santé, pensez vous qu'une approche de gestion intégrée des programmes nationaux de lutte contre les MTN peut constituer un moyen de positionnement de ces maladies ?

14. Quels sont les domaines de gestion des programmes qui comportent des opportunités d'intégrations, et quels outils de gestion intégrée peuvent être mis en place ?

15. cet entretien a porté sur l'état des lieux du dispositif national de lutte contre les MTN et les opportunités d'intégration au niveau des différents programmes de lutte, avez-vous d'autres points à ajouter ?

Annexe 4 : Grille du Groupe focal de discussion sur « les MTN »**Exposé introductif****Axe 1 : « MTN » et priorités nationales**

- **Question 1 :** Quelles sont ces maladies dites « Tropicales Négligées » ? Et quelle est leur ampleur réelle au Maroc ? (**annexe 1 : Tableau OMS**)
- **Question 2 :** Quelle est la place de ces maladies parmi les priorités nationales ? La lutte contre ces maladies risque-t-elle d'être occultée par les nouvelles priorités du système ?

Axe 2 : Etat des lieux

- **Question 3 :** Quels sont les succès et qu'est ce qui reste à faire en matière de lutte contre les MTNZ (**annexe 2 : graphiques**)
- **Question 4 :** Quelles sont les forces/faiblesses et les opportunités/menaces des différents programmes de lutte ? (**annexe 3 : matrice FFOM**)

Axe 3 : Exploration des opportunités d'intégration pour plus de synergie, d'efficacité et d'efficience

- **Question 5 :** Quelle appréciation peut-on faire du niveau actuel de coordination/collaboration entre les différents programmes de lutte ? (**annexe 4 : tableau**)
- **Question 6 :** Quelles sont les maladies qui peuvent faire l'objet de stratégies d'intervention communes et dans quelles mesures ? (**annexe 5 : répartition régionale**) et (**annexe 6 : objectifs, stratégie d'intervention et cibles opérationnelles**)
- **Question 7 :** Peut-on envisager un virage d'une approche de lutte centrée sur la maladie à une approche centrée sur la population ? Autrement dit, peut-on inscrire la lutte contre les MTNZ dans la dynamique nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion du monde rural ? Quelle dénomination au lieu de l'intitulé « MTN » non adapté au contexte national ?
- **Question 8 :** Quelles sont les avantages et les limites d'une approche intégrée¹⁰ de gestion des programmes de lutte contre les « MTN » et quelles sont les opportunités à saisir ? (**Annexe 7 : opportunités par domaine d'intégration**)

¹⁰ On entend par approche intégrée de gestion des « MTN », un ensemble intégré de politique, de procédures et d'outils de gestion qui sont partagés par l'ensemble des acteurs et les gestionnaires des différents programmes à différents niveaux et qui visent plus de synergie, d'efficacité et d'efficience.