



## Objectif 6

# Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies

La riposte nationale au VIH-sida, à la tuberculose et au paludisme a été organisée et coordonnée dans le cadre de stratégies nationales de lutte contre les trois infections, impliquant les départements gouvernementaux et la société civile et bénéficiant de l'appui de différents partenaires, et ce, en cohérence avec les engagements internationaux de notre pays.

### 1. Situation actuelle

#### VIH-SIDA

1. Depuis le premier cas en 1986, le nombre de cas de VIH-SIDA notifiés a atteint 10 017 à la fin de 2014, dont 5 803 sont au stade de la maladie (soit 58 %) et 4 214 porteurs asymptomatiques du VIH.
2. La transmission hétérosexuelle est prédominante (85 %).
3. 61,5 % des personnes concernées sont âgées entre 20 et 39 ans.
4. La proportion des femmes concernées a atteint 50 %.

Au cours de la période 2010-2014, 51 % des cas ont été notifiés et 52 % diagnostiqués au stade asymptomatique (VIH).

Les données démontrent une faible séroprévalence du VIH dans la population générale (0,085 % en 2014)

(graphique n°24). Cependant, un niveau d'épidémie concentré est observé au sein des populations les plus exposées aux risques d'infection par le VIH au niveau de certaines régions. Ces populations et leurs réseaux seraient en lien avec 70 % des nouvelles infections, et 73 % des femmes seraient infectées par leur conjoint, selon les résultats de l'étude sur les modes de transmissions du VIH réalisée en 2013.

Selon les dernières estimations, le nombre de personnes vivant avec le VIH serait de 29 000 en 2014, ce qui élèverait à 65 % la proportion des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et ne connaissant pas leur statut sérologique.

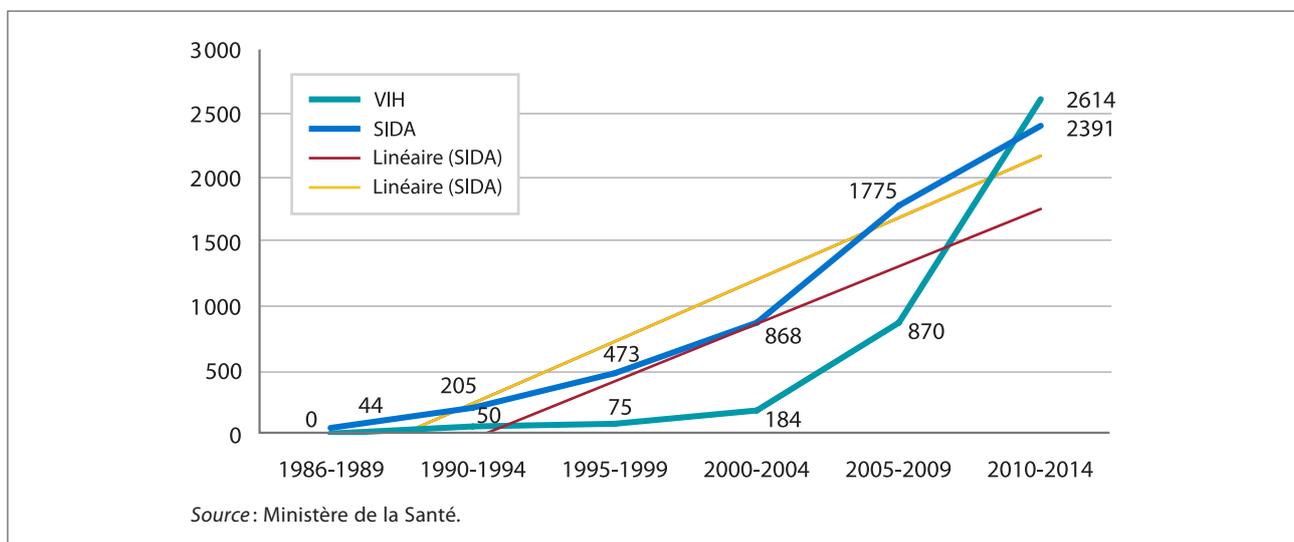
Le Plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016 a pour finalité de « Converger vers l'atteinte de zéro nouvelle infection VIH, zéro décès et zéro discrimination liés au sida au Maroc ». L'objectif global étant de concrétiser l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en matière de VIH.

Pour cela, trois résultats sont attendus :

- les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50 % ;
- la mortalité des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est réduite de 60 % en 2016 ;
- la gouvernance et la gestion de la riposte nationale sont optimisées aux niveaux central et local.

Graphique n°24

#### Evolution du nombre des cas de VIH-SIDA notifiés (1986-2014)



De même, dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016, plusieurs interventions phares ont été réalisées.

**Les programmes de prévention combinée pour les populations les plus exposées aux risques d'infection ou populations-clés** mis en œuvre en partenariat avec les ONG ont permis de toucher 172 259 personnes en 2014, dont 56 875 professionnelles du sexe (PS), 43 065 ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), et 3 446 usagers de drogues. Des cartographies des populations-clés (PS et HSH) ont été réalisées et permettent de meilleurs réseautage, programmation et coordination entre les intervenants. De même, des guides nationaux des normes et standards des interventions de proximité auprès de ces mêmes populations ont été élaborés et partagés avec les différents partenaires, afin d'assurer la qualité des interventions.

**Les programmes de prévention** ont également pu couvrir près de 530 000 personnes vulnérables dont plus de 450 000 jeunes et femmes, 17 226 migrants, 6 890 prisonniers et prisonnières, 24 116 routiers et 22 394 ouvriers en 2014.

**Le programme de réduction des risques (RDR)** auprès des usagers de drogues injectables (UDI), qui a démarré en 2007, a été étendu à Tétouan et à Nador, avec une offre de services incluant l'accueil, l'écoute, la distribution de kits d'injection et de préservatifs, l'appui social ainsi que le traitement de substitution à la méthadone.

**Le Plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 2012-2016** prévoit l'extension du conseil et du test VIH lors des consultations prénatales et la création de pôles fonctionnels de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en mesure d'assurer la continuité des soins, depuis le dépistage jusqu'à la prise en charge des femmes enceintes séropositives et de leurs nouveau-nés. Ainsi, le nombre de tests VIH réalisés chez les femmes enceintes s'est élevé à 136 576 à la fin de l'année 2014, contre 83 661 en 2013; et la couverture des femmes enceintes séropositives par les ARV est passée de 12% en 2007 à 45% en 2013 et 51% en 2014.

**En matière d'élargissement de l'offre de dépistage**, les années 2012, 2013 et 2014 ont constitué des années charnières en matière d'extension de l'accès au conseil et au test VIH au Maroc avec respectivement 222 620, 583 440 et 632 520 tests réalisés contre 60 000 en 2011. En plus des 70 centres de dépistage anonymes et gratuits des ONG, le dépistage est actuellement mis en place dans 764 structures du ministère de la Santé, dont des établissements de soins de santé de base (ESSB) pour la plupart, mais aussi 52 centres de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR), 34 maisons d'accouchement et 10 maternités hospitalières. Le but étant d'atteindre une performance

d'un million de tests en 2016, tout en ciblant en priorité les populations les plus exposées ou vulnérables.

**En termes de couverture par le traitement antirétroviral**, le Maroc dispose depuis l'année 1997 d'une stratégie nationale de prise en charge de l'infection par le VIH, régulièrement revue et adaptée aux recommandations internationales. La prise en charge de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) diagnostiquées nécessitant un traitement ARV est assurée dans 17 centres de références régionaux, dont 4 hospitalo-universitaires.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH suivi dans les centres référents a dépassé les 9 000, dont 7 498 sont sous traitement ARV, contre 6 464 en 2013 et 4 047 en 2011. Ainsi, la couverture des PVVIH par les ARV a atteint 26,1%, quand on rapporte le nombre de PVVIH sous traitement ARV à l'ensemble des PVVIH estimées (soit 29 000, en 2014) (graphique n° 25).

Afin d'identifier les faiblesses dans la chaîne de prise en charge, depuis le dépistage jusqu'à l'accès aux soins et la rétention sous traitement ARV, un exercice d'analyse de la cascade VIH « tester-traiter-retenir » a été réalisé, avec l'appui de l'OMS, en 2014 et a permis de relever le problème des perdus de vue et de non-rétention des PVVIH dans le système de soins après qu'elles aient été diagnostiquées.

De même, la nouvelle politique du médicament du ministère de la Santé, notamment l'élaboration d'un nouveau système de fixation des prix des médicaments et la poursuite de l'effort de défiscalisation des médicaments onéreux, n'a pas manqué de profiter à la stratégie de réduction des prix des ARV, initiée en 2000 par le ministère de la Santé et l'Association de lutte contre le Sida et renforcée par l'appui de l'OMS en 2007.

**S'agissant de la décentralisation de la réponse nationale au VIH**, le Plan stratégique national (PSN) de lutte contre le sida 2012-2016 a été décliné en Plans stratégiques régionaux (PSR) dans les 12 régions. Le Comité national de coordination de la riposte a été restructuré, les comités régionaux de lutte contre le Sida ont été redynamisés et d'autres ont été constitués.

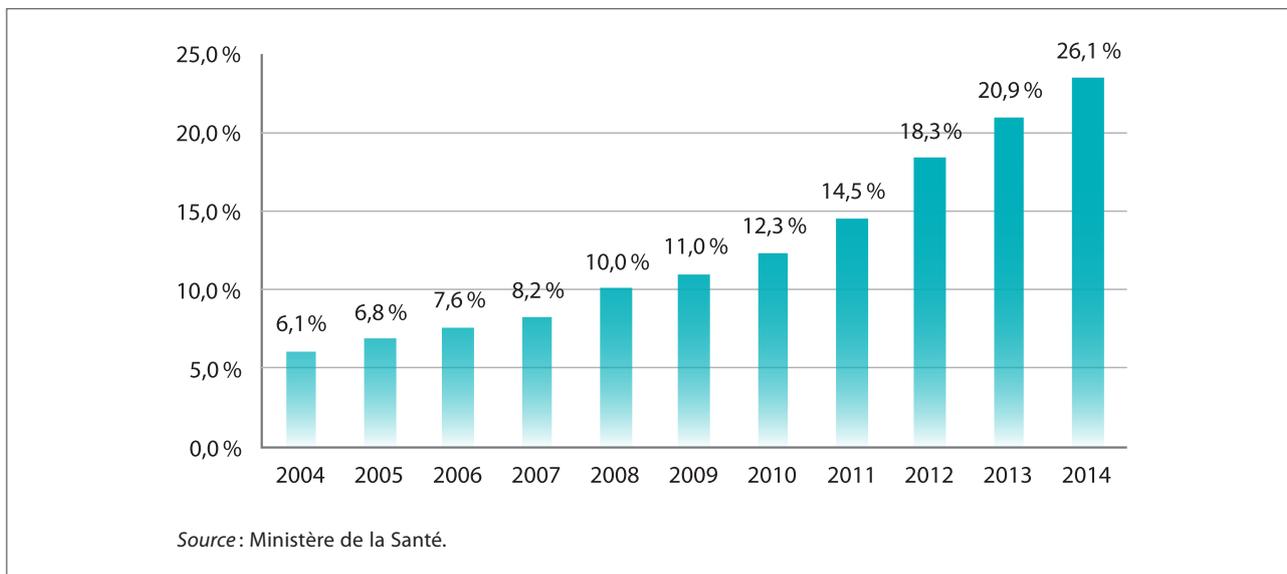
**En matière de droits de l'homme**, une stratégie sur les droits humains et le VIH a été élaborée en collaboration avec le Conseil national des droits de l'homme (CNDH) et présentée à tous les partenaires en mai 2014. Ainsi, une stratégie spécifique de communication sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les populations-clés et les PVVIH, a été élaborée et sera mise en œuvre en 2015.

Aussi une évaluation de l'intégration de l'approche genre dans le cadre de la riposte nationale au VIH a-t-elle été réalisée, et un kit de formation des acteurs de la lutte contre le sida en matière de droits humains et de genre a été élaboré.



Graphique n°25

## Evolution du taux de couverture par le traitement ARV (2004-2014)



## Paludisme

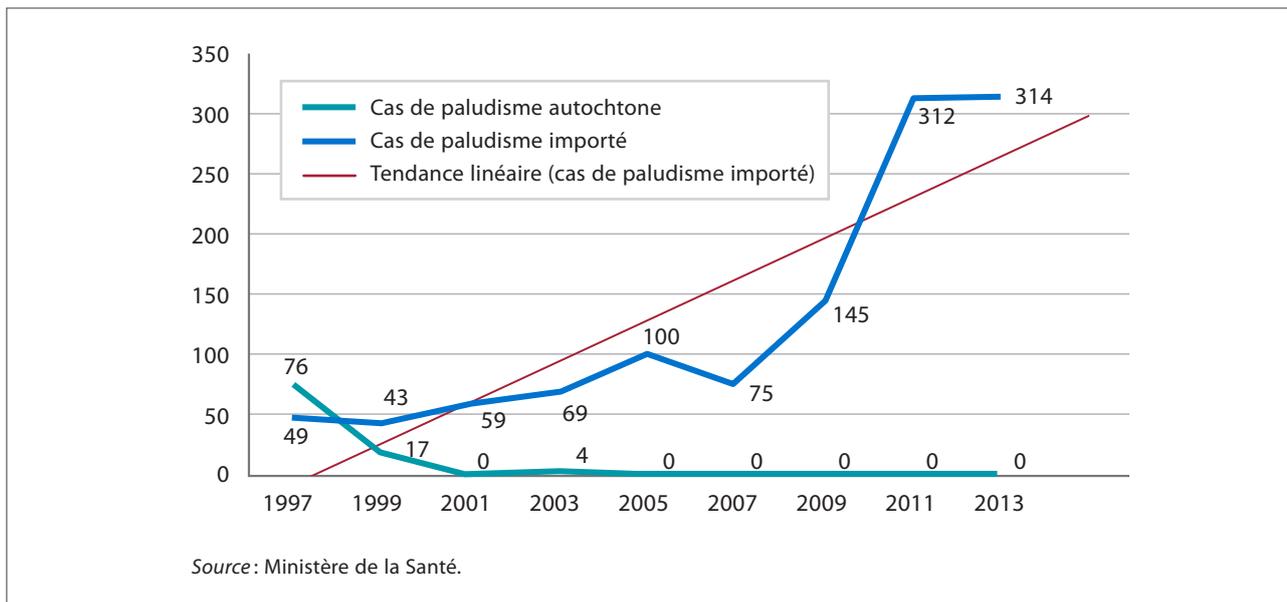
Le programme national de lutte contre le paludisme a démarré au Maroc en 1965. Depuis cette date, la situation épidémiologique du paludisme autochtone a évolué favorablement vers une réduction notable de la morbidité dans les zones touchées. Ainsi, le nombre de cas autochtones est passé de 30 893 en 1963 à 781 cas seulement en 1990. Toutefois, la situation épidémiologique du paludisme autochtone

à *plasmodium vivax* n'a été maîtrisée que vers la fin des années quatre-vingt-dix, avec 68 cas en 1998 (graphique n° 26).

Afin d'appuyer cette tendance, la Stratégie d'élimination du paludisme autochtone (SPA) a été adoptée en 1999. Cette stratégie a permis de neutraliser le dernier foyer de transmission à Chefchaouen en 2002, et le dernier cas de paludisme autochtone a été dépisté en 2004. Depuis cette date, aucun foyer actif et aucun cas autochtone n'ont été enregistrés au Maroc.

Graphique n°26

## Evolution annuelle des cas de paludisme autochtone et importé (1997-2013)



Ce résultat, qui est le fruit des efforts fournis au cours des quatre décennies de lutte, a permis au Maroc d'être certifié par l'OMS en mai 2010 **pays indemne du paludisme autochtone**. Par conséquent, l'objectif d'élimination du paludisme autochtone, qui s'inscrit dans le cadre de l'objectif 6 du millénaire pour le développement, est effectivement atteint.

Mais le risque de sa réintroduction et de sa réémergence n'est pas écarté :

1. d'une part, la notification de cas importés de l'étranger est en augmentation permanente du fait de l'accroissement des voyages internationaux et des flux migratoires à partir des pays endémiques ;
2. d'autre part, les facteurs de risque et de vulnérabilité persistent, particulièrement en relation avec les conditions écologiques favorables à la pullulation du moustique vecteur.

## Tuberculose

La lutte antituberculeuse a toujours été considérée comme une intervention sanitaire prioritaire dans toutes les politiques de santé mises en place par le ministère de la Santé. Ceci a permis de réaliser des progrès importants en matière de lutte antituberculeuse en maintenant à plus de 85% le taux de détection et le taux de succès thérapeutique, et ce depuis 1995. Ces efforts ont permis également d'atteindre, en 2010, les objectifs des OMD en termes de réduction de moitié de la prévalence et du taux de mortalité de la tuberculose par rapport à l'année de base 1990. Ainsi, la prévalence de la tuberculose a été réduite de 210 pour 100 000 habitants en 1990 à 105 en 2010 ; et la mortalité est passée à 6,2 pour 100 000 habitants en 2010.

En 2014, l'incidence notifiée de la tuberculose était de 82/100 000 habitants (graphique n° 27). 27 745 nouveaux cas de TB sont notifiés avec 46,2% de forme extra-pulmonaire et 43,2% de forme pulmonaire bactériologiquement confirmée. Les deux tiers des cas sont des jeunes adultes âgés de 15 à 44 ans.

Les hommes sont plus affectés que les femmes : 59% des cas contre 41%. L'étude de la distribution géographique révèle que cinq régions totalisent à elles seules 59% des cas de tuberculose notifiés, et l'incidence y est au-dessus de la moyenne nationale. Ces régions sont : le Grand Casablanca, Tanger-Tétouan, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Gharb-Chrarda-Beni-Hssen et Fès-Boulemane. Ces régions correspondent en général à celles qui sont les plus urbanisées, qui ont le plus d'activités économiques, où existent des services de soins développés et diversifiés et qui subissent le plus les phénomènes migratoires. L'analyse des résultats du traitement de la cohorte des nouveaux cas pris en charge en 2013 montre que le taux des succès thérapeutiques est de 89,5%, les perdus de vue sont 7,6%, l'échec thérapeutique 0,5% et les décès 5%.

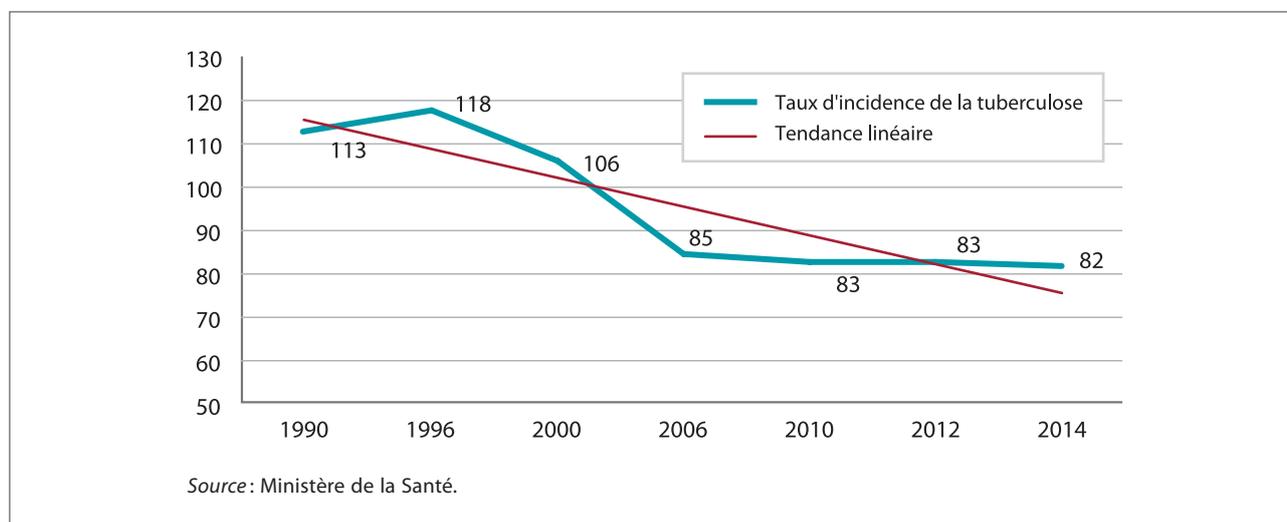
## 2. Contraintes

### VIH-SIDA

Malgré tous les progrès réalisés, le Maroc est conscient des faiblesses et des obstacles à la mise en œuvre des programmes de prévention, notamment la prévention combinée auprès des populations-clés et plus exposées aux risques d'infection ceci à cause des difficultés dans l'accès à ces populations et l'estimation de leur taille ;

Graphique n° 27

### Evolution du taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)





dans l'accès universel au traitement antirétroviral, dû au faible recours au dépistage, au diagnostic à un stade tardif de la maladie, à la faible couverture des femmes enceintes par la prophylaxie ARV pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), à la stigmatisation et la discrimination des populations-clés et des personnes vivant avec le VIH.

### Paludisme

Parmi les contraintes et les difficultés identifiées dans la lutte contre le paludisme, on peut citer :

- l'insuffisance des moyens humains, responsables de l'encadrement et du suivi dans les structures régionales ;
- l'insuffisance du personnel dans les zones rurales et d'accès difficile ;
- l'insuffisance de la collaboration intersectorielle pour la mise en œuvre d'actions de surveillance et de prévention contre la réintroduction du paludisme.

### Tuberculose

La régression de l'incidence de la tuberculose est loin de satisfaire l'objectif fixé par le programme national de lutte contre la tuberculose qui vise une baisse annuelle de 6% dans les années à venir pour atteindre l'élimination de cette maladie dans les délais fixés par l'Organisation mondiale de la santé, soit 1 pour 100 000 habitants en 2050.

L'analyse de l'épidémiologie de la tuberculose et de sa dynamique démontre l'influence puissante des autres déterminants sur l'incidence de cette maladie. En effet, la tuberculose étant fortement concentrée dans les périphéries des grandes agglomérations urbaines, ses liens sont indéniables avec l'habitat insalubre, la densité élevée de la population, la promiscuité, la malnutrition, la précarité et la pauvreté.

## 3. Stratégie adoptée

### VIH-SIDA

Un ensemble de mesures est en cours de mise en œuvre pour améliorer et renforcer le système de prise en charge des PVVIH, notamment :

- un plan d'extension des services de prise en charge et un plan de renforcement en ressources humaines incluant le développement des capacités et la délégation des tâches ;
- la mise en œuvre des recommandations de l'exercice d'analyse de la cascade VIH « tester-traiter-retenir » et une meilleure organisation de la filière des soins ;

- l'amélioration du financement pour assurer la pérennité des traitements grâce à une implication plus grande de l'Etat, la mobilisation de ressources complémentaires, notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et la prise en charge des PVVIH dans le cadre du système d'Assurance maladie obligatoire et du Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED) ;
- la mise en œuvre et le suivi de la stratégie sur les droits humains liés au VIH et l'élaboration d'une stratégie de lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- la réorientation de la riposte à la lumière de la revue à mi-parcours du Plan stratégique national de lutte contre le sida, 2012-2016, qui est en cours depuis février 2015.

### Paludisme

#### La stratégie adoptée en 2011 pour la phase de post-élimination du paludisme autochtone

Cette stratégie est inscrite par le Maroc dans le cadre de la continuité de la consolidation de l'ODM 6 au-delà de l'année 2015. Elle vise :

#### des objectifs généraux :

- prévenir la réintroduction du paludisme dans notre pays,
- éviter la mortalité due au paludisme importé ;

#### et plusieurs objectifs spécifiques :

- prendre en charge précocement les cas importés de l'étranger,
- renforcer la sensibilisation et le conseil aux voyageurs à destination des pays endémiques,
- cibler les activités de dépistage,
- assurer la surveillance entomologique et la lutte antivectorielle au niveau des zones à risque,
- redynamiser la collaboration intersectorielle et la participation communautaire dans le cadre de la Gestion intégrée de la lutte anti-vectorielle (GILAV),
- renforcer les capacités du personnel impliqué dans la gestion du programme de la lutte antipaludique,
- renforcer la supervision et l'évaluation des différentes actions du programme.

La stratégie adoptée et mise en œuvre à partir de l'année 2011 par le ministère de la Santé pour maintenir l'élimination du paludisme autochtone et éviter ainsi la réintroduction du paludisme dans le pays sera poursuivie au-delà de l'année 2015. Elle s'articule autour de 4 axes :

- **Axe 1 : Diagnostic et prise en charge précoce des cas de paludisme importé.**

- **Axe 2: Prévention de la réintroduction du paludisme** par le renforcement des activités de surveillance dans les zones vulnérables et la prévention du paludisme importé par le conseil aux voyageurs et la prescription de chimioprophylaxie.
- **Axe 3: Actions de soutien :**
  - formation de base et recyclage;
  - formation et recyclage du personnel spécifique;
  - collaboration intersectorielle;
  - activités d'information, d'éducation et de communication.
- **Axe 4: Suivi et évaluation :**
  - supervision;
  - évaluation.

## Tuberculose

La lutte antituberculeuse au Maroc est organisée dans le cadre du Programme national de lutte antituberculeuse (PNLAT) qui date de plusieurs décennies. Le PNLAT a mis en œuvre la Stratégie DOTS<sup>15</sup> 1991 et la Stratégie halte à la tuberculose en 2006. Dans le but de réduire significativement la charge de morbidité de la tuberculose au Maroc, le ministère de la Santé a élaboré le Plan national d'accélération de la réduction de l'incidence de la tuberculose, 2013-2016,

lancé en octobre 2013. Ce plan s'est fixé des objectifs ambitieux en termes d'amélioration de la détection et des soins et de la gouvernance du programme national de lutte antituberculeuse.

La mise en œuvre des interventions-clés de ce plan national cible les régions à charge élevée de tuberculose notamment les quartiers défavorisés dans et autour des grandes villes et les populations à haut risque de tuberculose, en l'occurrence les sujets contacts, les personnes vivant avec le VIH et les personnes incarcérées.

**Objectif général :** d'ici 2016, enregistrer une baisse annuelle de l'incidence de la tuberculose de 6% pour l'élimination de la tuberculose d'ici 2050.

### Objectifs spécifiques :

- augmenter le taux de détection des cas de tuberculose à plus de 95% d'ici 2016;
- augmenter le taux de succès thérapeutique de la tuberculose à frottis positifs à plus de 90% d'ici 2016;
- agir sur les facteurs de vulnérabilité de la tuberculose auprès des populations cibles;
- assurer une bonne gouvernance de la lutte antituberculeuse et améliorer la gestion et la coordination à tous les niveaux.

<sup>15</sup> DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) est une stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS.



Tableau n° 15

## Evolution des indicateurs de l'OMD 6

Cibles	Indicateurs	1990	1995	2000	2005	2010	2014	2015
<b>Cible 18</b> D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance	1. Séroprévalence au VIH pour les femmes enceintes (%)	—	(1994) 0,03	(1999) 0,07	0,06	(2009) 0,17	0,15	
	2. Séroprévalence des professionnelles du sexe depuis 2001			(2001) 2,30	2,04	(2009) 2,38	(2012) 2,02	
	3. Taux d'utilisation de la contraception chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans	(1992) 42	(1997) 58	—	(2003-2004) 63	(2011) 67,4	—	
	4. Part de l'utilisation du préservatif dans la contraception (%)	(1992) 2	(1997) 3	—	(2003-2004) 3	(2011) 1,6	—	
<b>Cible 19</b> D'ici 2015, avoir contenu le paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle	Taux d'incidence du paludisme autochtone (pour 100 000 habitants)	Hommes	7,0	1,2	0,02	(2006) 0	0	0
		Femmes	5,0	1,4	0,02	0	0	0
		Ensemble	6,2	1,3	0,02	0	0	0
	Incidence du paludisme importé de l'étranger (nombre de nouveaux cas)	(1992) 54	33	56	(2006) 83	(2008) 142	(2013) 314	
<b>Cible 20</b> D'ici 2015, avoir maîtrisé la tuberculose et commencer à inverser la tendance actuelle	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	113	(1996) 118	106	(2006) 85	83	82	

Source: Ministère de la Santé.

## Capacité de suivi et d'évaluation

	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données	X		
Qualité de l'information récente	X		
Capacité à suivre l'information statistique		X	
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation	X		

## Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
<b>Probablement</b>	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	<b>Moyen</b>	Faible mais s'améliorant	Faible