

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2017

THESE N°: 40

**PARTENARIAT PUBLIQUE PRIVÉ  
DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE  
EXPERIENCE DE LA DELEGATION DE TETOUAN**

**THÈSE**

*Présentée et soutenue publiquement le : .....*

**PAR**

**Mr. Zakaria BAKALI ISSAUI**

*Né le 09 Avril 1991 à Ouedlaou*

**Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine**

**MOTS CLES :** La tuberculose – Le partenariat public privé (PPP) –  
La lutte antituberculeuse – La province de Tétouan (LAT).

**JURY**

**Mr. J. E. BOURKADI**

Professeur de Pneumophtisiologie

**Mme. K. MARC**

Professeur de Pneumophtisiologie

**Mme. R. ZAHRAOUI**

Professeur de Pneumophtisiologie

**Mme. M. SOUALHI**

Professeur de Pneumophtisiologie

**PRESIDENT**

**RAPPORTEUR**

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبَّنَا وَسِعْتَ كُلَّ شَيْءٍ  
رَحْمَةً وَعِلْمًا

سورة خافر

بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS  
ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

**Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

**Décembre 1989**

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne – <u>Doyen de la FMPR</u>
---------------------	--

Pr. CHAD Bouziane  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

### Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation

### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOUA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV  
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOUA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

### Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA  
Gynécologie Obstétrique  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie



Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique



Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

### **Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*

### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

### **Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

### **Décembre 2000**

Pr. ZOHAIK ABDELAH\*

Urologie  
Neurologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie  
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Hématologie  
Cardiologie

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**  
Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne



Neurologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Neurologie

ORL

## Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSE Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABBAJ Saad  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBABH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Médecine Interne  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie



## Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya\*  
Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique

Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
 Pr. HAJJI Zakia  
 Pr. IKEN Ali  
 Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
 Pr. KRIOUILE Yamina  
 Pr. LAGHMARI Mina  
 Pr. MABROUK Hfid\*  
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
 Pr. OUJILAL Abdelilah  
 Pr. RACHID Khalid \*  
 Pr. RAISS Mohamed  
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
 Pr. RHOU Hakima  
 Pr. SIAH Samir \*  
 Pr. THIMOU Amal  
 Pr. ZENTAR Aziz\*

### Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan  
 Pr. AMRANI Mariam  
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
 Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
 Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
 Pr. BOULAADAS Malik  
 Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
 Pr. CHAGAR Belkacem\*  
 Pr. CHERRADI Nadia  
 Pr. EL FENNI Jamal\*  
 Pr. EL HANCHI ZAKI  
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
 Pr. HACHI Hafid  
 Pr. JABOUIRIK Fatima  
 Pr. KHARMAZ Mohamed  
 Pr. MOUGHIL Said  
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
 Pr. TARIB Abdelilah\*  
 Pr. TIJAMI Fouad  
 Pr. ZARZUR Jamila

### Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah  
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
 Pr. ALLALI Fadoua  
 Pr. AMAZOUZI Abdellah  
 Pr. AZIZ Nouredine\*  
 Pr. BAHIRI Rachid  
 Pr. BARKAT Amina  
 Pr. BENYASS Aatif

Dermatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Ophtalmologie  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Pédiatrie  
 Ophtalmologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Générale  
 Pneumophtisiologie  
 Néphrologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie  
 Anatomie Pathologique  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Gastro-Entérologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Neurologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Anatomie Pathologique  
 Radiologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Pédiatrie  
 Cardiologie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie Clinique  
 Chirurgie Générale  
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
 Chirurgie Générale  
 Rhumatologie  
 Ophtalmologie  
 Radiologie  
 Rhumatologie  
 Pédiatrie  
 Cardiologie



Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najja

Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (mise en disponibilité)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

### Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

### Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Saïd\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio - Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie - Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo - Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo - Phtisiologie

### Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio vasculaire



Pr. AMHAJJI Larbi\*  
 Pr. AOUI Sarra  
 Pr. BAITE Abdelouahed\*  
 Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
 Pr. BENZIANE Hamid\*  
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
 Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
 Pr. ELABSI Mohamed  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GHARIB Noureddine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia  
 Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
 Pr. LOUZI Lhousain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MAHI Mohamed\*  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. MRABET Mustapha\*  
 Pr. MRANI Saad\*  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. RABHI Monsef\*  
 Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TABERKANET Mustafa\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLIGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia

**Décembre 2007**

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

**Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
 Pr TAHIRI My El Hassan\*

**Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*

Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**  
 Biochimie-chimie  
 Pharmacie clinique  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie galénique  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie  
 Radiothérapie  
 Anesthésie réanimation  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Radiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologique  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Virologie  
 Biochimie-chimie  
 Médecine interne  
 Radiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale

Médecine interne



Pr. AGDR Aomar\*  
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
 Pr. AKHADDAR Ali\*  
 Pr. ALLALI Nazik  
 Pr. AMINE Bouchra  
 Pr. ARKHA Yassir  
 Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
 Pr. BJIJOU Younes  
 Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
 Pr. BOUI Mohammed\*  
 Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
 Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
 Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
 Pr. DOGHMI Kamal\*  
 Pr. EL MALKI Hadj Omar  
 Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
 Pr. ENNIBI Khalid\*  
 Pr. FATHI Khalid  
 Pr. HASSIKOU Hasna \*  
 Pr. KABBAJ Nawal  
 Pr. KABIRI Meryem  
 Pr. KARBOUBI Lamya  
 Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
 Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
 Pr. MARMADE Lahcen  
 Pr. MESKINI Toufik  
 Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
 Pr. MSSROURI Rahal  
 Pr. NASSAR Ittimade  
 Pr. OUKERRAJ Latifa  
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*

**PROFESSEURS AGREGES :**

**Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
 Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
 Pr. BELAGUID Abdelaziz  
 Pr. BOUAITY Brahim\*  
 Pr. CHADLI Mariama\*  
 Pr. CHEMSI Mohamed\*  
 Pr. DAMI Abdellah\*  
 Pr. DARBI Abdellatif\*  
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
 Pr. EL HAFIDI Naima  
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
 Pr. EL MAZOUZ Samir  
 Pr. EL SAYEGH Hachem  
 Pr. ERRABIH Ikram

Pédiatre  
 Chirurgie Générale  
 Neurologie  
 Neuro-chirurgie  
 Radiologie  
 Rhumatologie  
 Neuro-chirurgie  
 Anesthésie Réanimation  
 Anatomie  
 Biochimie-chimie  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Traumatologie orthopédique  
 Hématologie biologique  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Hématologie clinique  
 Chirurgie Générale  
 Microbiologie  
 Médecine interne  
 Gynécologie obstétrique  
 Rhumatologie  
 Gastro-entérologie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*  
 Chimie Thérapeutique  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Pédiatrie  
 Hématologie biologique  
 Chirurgie Générale  
 Radiologie  
 Cardiologie  
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation  
 Médecine interne  
 Physiologie  
 ORL  
 Microbiologie  
 Médecine aéronautique  
 Biochimie chimie  
 Radiologie  
 Chirurgie pédiatrique  
 Pédiatrie  
 Radiologie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Urologie  
 Gastro entérologie

Pr. LAMALMI Najat  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anatomie pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Anatomie pathologique

### Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie

### Février 2013

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
0.  
Pr. BENSGHIR Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
Pr. EL HARTI Jaouad  
Pr. EL JOUDI Rachid\*  
Pr. EL KABABRI Maria

Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-Chirurgie  
Médecine Nucléaire  
Chimie Thérapeutique  
Toxicologie  
Pédiatrie



Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
 Pr. EL KHLOUFI Samir  
 Pr. EL KORAICHI Alae  
 Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
 Pr. ERRGUIG Laila  
 Pr. FIKRI Meryim  
 Pr. GHFIR Imade  
 Pr. IMANE Zineb  
 Pr. IRAQI Hind  
 Pr. KABBAJ Hakima  
 Pr. KADIRI Mohamed\*  
 Pr. LATIB Rachida  
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
 Pr. MEDDAH Bouchra  
 Pr. MELHAOUI Adyl  
 Pr. MRABTI Hind  
 Pr. NEJJARI Rachid  
 Pr. OUBEJJA Houda  
 Pr. OUKABLI Mohamed\*  
 Pr. RAHALI Younes  
 Pr. RATBI Ilham  
 Pr. RAHMANI Mounia  
 Pr. REDA Karim\*  
 Pr. REGRAGUI Wafa  
 Pr. RKAIN Hanan  
 Pr. ROSTOM Samira  
 Pr. ROUAS Lamiaa  
 Pr. ROUIBAA Fedoua\*  
 Pr. SALIHOUN Mouna  
 Pr. SAYAH Rochde  
 Pr. SEDDIK Hassan\*  
 Pr. ZERHOUNI Hicham  
 Pr. ZINE Ali\*

Anatomie Pathologie  
 Anatomie  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Physiologie  
 Radiologie  
 Médecine Nucléaire  
 Pédiatrie  
 Endocrinologie et maladies métaboliques  
 Microbiologie  
 Psychiatrie  
 Radiologie  
 Médecine Interne  
 Pharmacologie  
 Neuro-chirurgie  
 Oncologie Médicale  
 Pharmacognosie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Anatomie Pathologique  
 Pharmacie Galénique  
 Génétique  
 Neurologie  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Physiologie  
 Rhumatologie  
 Anatomie Pathologique  
 Gastro-Entérologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Traumatologie Orthopédie

### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim\*  
 Pr. GHOUNDALE Omar\*  
 Pr. ZYANI Mohammad\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Urologie  
 Médecine Interne

**\*Enseignants Militaires**



## MARS 2014

ACHIR ABDELLAH  
BENCHAKROUN MOHAMMED  
BOUCHIKH MOHAMMED  
EL KABBAJ DRISS  
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA  
HARDIZI HOUYAM  
HASSANI AMALE  
HERRAK LAILA  
JANANE ABDELLA TIF  
JEAIDI ANASS  
KOUACH JAOUAD  
LEMNOUER ABDELHAY  
MAKRAM SANAA  
OULAHYANE RACHID  
RHISSASSI MOHAMED JMFAR  
SABRY MOHAMED  
SEKKACH YOUSSEF  
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

**\*Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique  
Traumatologie- Orthopédie  
Chirurgie Thoracique  
Néphrologie  
Biochimie-Chimie  
Histologie- Embryologie-Cytogénétique  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Urologie  
Hématologie Biologique  
Génécologie-Obstétrique  
Microbiologie  
Pharmacologie  
Chirurgie Pédiatrique  
CCV  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Génécologie-Obstétrique

## DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'  
AIT BOUGHIMA FADILA  
BEKKALI HICHAM  
BENAZZOU SALMA  
BOUABDELLAH MOUNYA  
BOUCHRIK MOURAD  
DERRAJI SOUFIANE  
DOBLALI TAOUFIK  
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI  
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM  
EL MARJANY MOHAMMED  
FEJJAL NAWFAL  
JAHIDI MOHAMED  
LAKHAL ZOUHAIR  
OUDGHIRI NEZHA  
Rami Mohamed  
SABIR MARIA  
SBAI IDRISSE KARIM

**\*Enseignants Militaires**

Pédiatrie  
Médecine Légale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Biochimie-Chimie  
Parasitologie  
Pharmacie Clinique  
Microbiologie  
Anatomie  
Anesthésie-Réanimation  
Radiothérapie  
Chirurgie Réparatrice et Plastique  
O.R.L  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Psychiatrie  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



## AOUT 2015

Meziane meryem  
Tahri latifa

Dermatologie  
Rhumatologie

## JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE  
EL ASRI FOUAD  
ERRAMI NOUREDDINE  
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
O.R.L  
O.R.L

## **2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES**

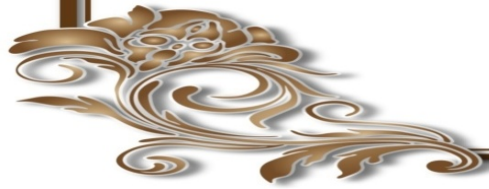
### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 14/12/2016 par le  
Service des Ressources Humaines



*DEDICACES*





*À mon Dieu, le tout puissant*

*Qui m'a inspiré et m'a guidé dans le bon chemin, qui m'a toujours soutenu  
et fortifié dans mon parcours scolaire. Je vous dois ce que je suis devenue,  
Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.*

*A la mémoire de mon père*

*Mohamed BAKKALI ISSAUI*

*Aucun mot ne pourra exprimer ma grande tristesse en ton absence...*

*Ton visage gai et souriant...*

*Ta tendresse infinie...*

*Et ton amour incomparable...*

*Resteront à jamais gravés dans mon cœur...*

*Je te remercie pour tous les beaux moments que nous avons partagés en  
famille...*

*Je te remercie pour m'avoir appris à prendre des décisions dans la vie...*

*Je te remercie pour ton grand amour...*

*Tu me manques beaucoup papa...*

*J'aurai aimé que tu sois à mes côtés ce jour...*

*Mais le destin en a décidé autrement...*

*J'espère que tu es fier de moi papa...*

*Je t'aime...*

*Que ton âme repose en paix...*

*À ma mère khadija ARYUN*

*« Il n'y a plus cher au monde qu'une mère »*

*Toute dédicace demeure insuffisante pour t'exprimer mon affection et ma reconnaissance. Tes sacrifices constants et démesurés, tes prières et tes encouragements m'ont permis de progresser et d'atteindre mes buts. Aucun mot ni aucune dédicace ne sauraient exprimer mon grand amour, ma profonde affection et mon respect à ton égard. Je te suis très reconnaissant. Que Dieu tout puissant te préserve et te procure santé, prospérité et longue vie.*

*À Mes chères Sœurs Halima et Fatima:*

*Mon affection pour vous est sans limite. Ce travail est votre légitime fierté. Que Dieu puisse guider vos pas.*

*À mon frère HILAL*

*Ton amour fraternel et ton soutien resteront gravés dans ma mémoire. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur et de santé et de réussite. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité. Que ALLAH vous bénisse et vous protège.*

*À la mémoire de chers grands-parents*

*Qui ont été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie aujourd'hui ma réussite. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis*

*À mes cousins et cousines*

*À tous les membres de ma grande famille*

*À tous mes amis et collègues*

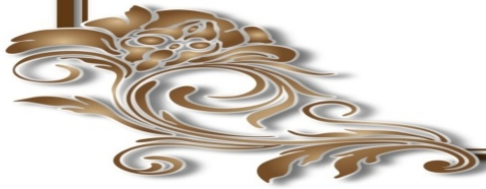
*Tarik BAADI, Mohamed BAOUISS, Taha BAIZ, Anas CHBAATHA, Ouajid  
BAKKALI, Mustapha ELHAZMIR, Mohssin OMARI ? BENLAHSEN  
Mohamed, ZIAN Smail*

*Imane FILALI, Najoua KHAMLI, Loubna ELAJATI, Hayat ELBOUKARI,  
Lina IBN MANSOUR, Imane SEKKAL, Hajat SELASSI, Salma LOUKMAN,  
Dahbia IDOMAR*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond  
et mon affection la plus sincère. Avec tous mes vœux de bonheur et santé.  
Pour ces années inoubliables... qui sont passées trop vite, mais qui m'ont  
permis de vous connaître et d'apprécier chaque moment. Sans vous, rien ne  
serait pareil. J'espère vous revoir tous aussi souvent que possible. Un  
souhait pour l'avenir : que l'amitié que j'ai avec chacun de vous, des débuts  
ou plus récente, perdure encore longtemps !*

*À tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer À toutes les  
personnes malades et qui souffrent Que Dieu vous garde et vous accorde des  
jours Meilleurs. À tous ceux qui m'ont soutenu et tous ceux qui m'aiment,  
Je dédie ce travail.*

*REMERCIEMENTS*



*À notre Maître, Président et Rapporteur de jury*  
*Monsieur le Professeur BOURKADI Jamal-Eddine*  
*Professeur en pneumophtisiologie*  
*Médecin chef de l'hôpital Moulay Youssef*  
*CHU ibn sina Rabat*

*Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce sujet de thèse et en acceptant de présider notre jury de thèse. Vos qualités professionnelles et votre sympathie, votre disponibilité font de vous un maître respectable et remarquable. Veuillez cher Président du jury., agréer notre sincère reconnaissance et notre profonde estime.*

*À notre maître et juge de thèse*  
*À Madame Le Professeur SOUALHI Mouna*  
*Professeur en Pneumophtisiologue*  
*CHU Ibn sina Rabat*

*Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury. Votre professionnalisme et votre modestie exemplaire sont pour moi une source d'admiration et de profond respect. Veuillez croire, cher maître, à l'assurance de notre respect et de notre grande reconnaissance.*

*À notre maître et juge de thèse*

*Madame le Professeur ZAHRAOUI Rachida*

*Professeur agrégée en Pneumophtisiologie*

*CHU Ibn sina Rabat*

*Vous me faites un grand honneur de juger cette thèse. L'ampleur de vos connaissances, votre gentillesse et votre disponibilité ont toujours suscité mon admiration. Veuillez trouver dans ce travail, Cher Maître, l'expression de mon estime et de ma considération.*

*À notre maître et juge de thèse,  
Madame le Professeur MARC Karima  
Professeur agrégée en Pneumophtisiologie  
CHU Ibn sina Rabat*

*Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger parmi les membres de jury. Nous avons toujours apprécié votre gentillesse, votre sérieux et votre compétence professionnelle. Veuillez trouver ici l'expression de notre considération et notre profond respect.*



*À mon Co-encadrant de thèse*

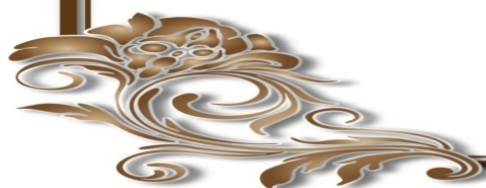
*Monsieur Bouti Khalid*

*Spécialiste en Pneumo-phtisiologie*

*A CHR Tétouan*

*Pour son implication, sa compétence, ses précieux conseils, sa disponibilité  
et sa sympathie, Qu'il trouve ici le témoignage de mon estime et de ma  
reconnaissance.*

*LISTE  
DES ILLUSTRATIONS*



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>CDTMR</b>	: Centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires
<b>CS</b>	: Centre de santé.
<b>DELM</b>	: Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies.
<b>DOTS</b>	: Directly observed treatment, short-course
<b>IDR</b>	: Intra intradermoréaction
<b>IRM</b>	: Imagerie par résonance magnétique
<b>LAT</b>	: Lutte antituberculeuse
<b>MS</b>	: Ministère de la santé
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>PIT</b>	: Primo Infection tuberculeuse
<b>PPP</b>	: Partenariat public privé
<b>RHZE</b>	: Rifampicine (R), L'isoniazide (H)+ Le pyrazinamide (Z) Ethambutol (E)
<b>SMR</b>	: Service des malades respiratoires.
<b>TB</b>	: Tuberculose
<b>TB-MDR</b>	: Tuberculose multi-résistante
<b>TDM</b>	: Tomodensitométrie

- TEP** : Tuberculose extrapulmonaire
- TPM +** : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
- TPM0+** : Tuberculose pulmonaire à microscopie négative
- VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Evolution du nombre de cas et de l'incidence de la TB (nouveaux cas et rechutes) au Maroc, 2000-2015 .....	3
<b>Figure 2</b> : Incidence de la TB toute forme par région au Maroc, 2015. ....	4
<b>Figure 3</b> : Diagramme sectoriel de la distribution de l'échantillon selon le sexe. ....	23
<b>Figure 4</b> : Diagramme sectoriel de la distribution de l'échantillon selon le type de cas. ....	23
<b>Figure 5</b> : Organigramme du PNLAT .....	46

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Ensemble des cas de tuberculose enregistrés durant la période d'étude (PPP-LAT) .....	24
<b>Tableau 2</b> : Ensemble des nouveaux cas et des rechutes (confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement) enregistrés la période d'étude, par groupe d'âge et par sexe (PPP-LAT). .....	25
<b>Tableau 3</b> : Résultats de traitement des nouveaux cas de tuberculose (PPP-LAT).....	25
<b>Tableau 4</b> : Résultats de traitement des cas de tuberculose antérieurement traites (PPP-LAT). .....	26
<b>Tableau 5</b> : Ensemble des cas de tuberculose enregistrés durant la période de l'étude dans le CDTMR. ....	27
<b>Tableau 6</b> : Ensemble des nouveaux cas et des rechutes (confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement) enregistrés la période d'études, par groupe d'âge et par sexe (CDTMR). .....	28
<b>Tableau 7</b> : Résultats de traitement des cas de tuberculose antérieurement traites.....	29
<b>Tableau 8</b> : Résultats de traitement des cas de tuberculose antérieurement traites.....	30

<b>Tableau 9</b> : Ensemble des cas de tuberculose enregistrés durant la période d'études .....	31
<b>Tableaux 10</b> : Ensemble des nouveaux cas et des rechutes (confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement) enregistrés la période d'étude , par groupe d'âge et par sexe	32
<b>Tableau 11</b> : Résultats de traitement des nouveaux cas de tuberculose ....	33
<b>Tableau 12</b> : Résultats de traitement des cas de tuberculose antérieurement traites .....	34
<b>Tableaux 13</b> : Comparaison de lieu, période et l'échantillon de notre étude avec les autres études dans le monde : .....	50
<b>Tableau 14</b> : tableau comparatif de l'ensemble des cas de tuberculose enregistrés durant la période d'étude.....	53
<b>Tableau 15</b> : Comparaison des taux des résultats thérapeutiques entre la CDTMR, le PPP-LAT et la délégation de Tétouan .....	55

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>Annexe 1</b> : Convention de Partenariat entre le Ministère de la Santé et le Collège Syndical National des Médecins Spécialistes Privés .....	65
---	----

# *SOMMAIRE*



<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>METHODE</b> .....	7
<b>RESULTATS</b> .....	21
A. Résultats de PPP-LAT .....	24
B. Résultats de la CDTMR .....	27
C. Résultats de la délégation de Tétouan .....	31
<b>DISCUSSION</b> .....	35
<b>CONCLUSION</b> .....	58
<b>RESUME</b> .....	60
<b>ANNEXE</b> .....	64
<b>REFERENCE</b> .....	70

# *INTRODUCTION*



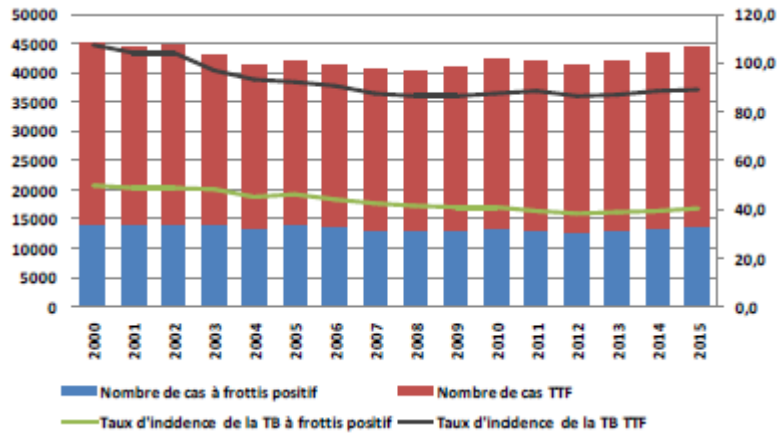
Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2014, 9,6 millions de personnes ont développé la tuberculose (TB), 1,5 million en sont mortes et près de 480 000 personnes ont développé une tuberculose multirésistante (TB-MDR) (1).

Bien que son taux de mortalité ait chuté de 47% entre 1990 et 2015, la tuberculose demeure une des maladies les plus meurtrières au monde après le VIH/sida. Plus de 95% des décès se produisent dans les pays à revenus faible et intermédiaire (1).

L'objectif du Millénaire pour le développement, préconisant d'avoir maîtrisé l'épidémie de tuberculose et inversé la tendance avant 2015, a été atteint (référence). L'incidence de la tuberculose a baissé en moyenne de 1,5% par an depuis l'an 2000, soit une diminution totale de 18%(1). On estime que près de 43 millions de vies ont été sauvées entre 2000 et 2014, grâce au diagnostic et au traitement de la tuberculose(1).

Selon les estimations de l'OMS pour l'année 2014, le nombre annuel de cas incidents de la tuberculose au Maroc était d'environ 36 .000. (1)

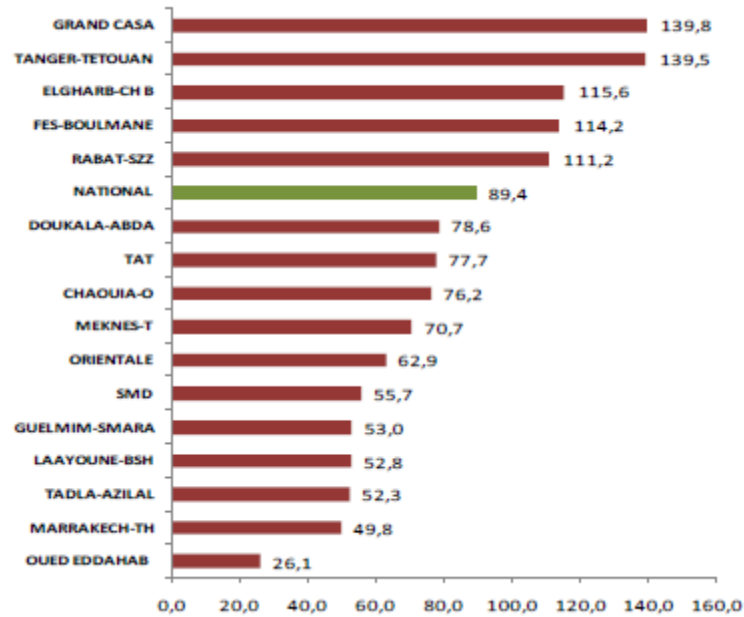
Selon les chiffres du Ministère de Santé au Maroc, en 2015, un total de 30.636 cas de tuberculose, toutes formes confondues (28.955 nouveaux cas et 1.681 cas de rechutes), ont été notifiés, soit une incidence de 89 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de décès par TB était de 656 cas. En 2015, 160 patients ont développé une TB-MDR. Entre 2000 et 2015, l'incidence globale a régressé de 17% et celle de la forme pulmonaire à frottis positif a régressé de 20% (Figure 1).



**Figure 1 : Evolution du nombre de cas et de l'incidence de la TB (nouveaux cas et rechutes) au Maroc, 2000-2015**

Selon les mêmes chiffres, la distribution géographique révèle que 5 régions ont totalisé, à elles seules, 58 % des cas de tuberculose notifiés, avec une incidence dépassant la moyenne nationale. Ces régions étaient représentées par le Grand Casablanca, Tanger-Tétouan-Al Hoceima, Rabat- Salé-Zemmour-Zaër, Gharb-Chrarda-Beni-Hssen et Fès- Boulemane (Figure 2).

La maladie se concentre en milieu urbain et affecte plus particulièrement les quartiers défavorisés des grandes villes.



**Figure 2 : Incidence de la TB toute forme par région au Maroc, 2015.**

L'analyse des résultats du traitement de la cohorte des nouveaux cas enregistrés, a révélé les taux suivants :

Au Maroc, en 2014, un taux de succès thérapeutique de 86% ; un taux de perdus de vue de 6 % ; un taux d'échec thérapeutique de 1% ; un taux de létalité de 2%.

A Tétouan, en 2015, le taux de succès thérapeutique est de 89,2%, le taux d'échec thérapeutique est de 0,4%, le taux de perdus de vue est de 3.2%, et le taux de létalité est de 2,2%.

La problématique de la tuberculose et sa relation avec les facteurs socio-économiques de la population ont poussé à réfléchir à d'autres approches pouvant impacter la dynamique de la maladie dans le sens de la réduction significative de sa charge de morbidité. Dans ce cadre, le Maroc a adopté la stratégie Halte à la Tuberculose 2006- 2015 et s'est engagé à la mettre en œuvre

dans toutes ses composantes telles qu'elles sont définies par l'OMS et le Partenariat mondial Halte à la Tuberculose .(2)

Cette nouvelle dynamique vise à renforcer la stratégie DOTS et consolider ses acquis au niveau de tout le système de soins, et fait appel à la collaboration multisectorielle dans le cadre d'un partenariat public-privé ouvert sur les pouvoirs publics, les décideurs politiques, les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les sociétés savantes, les institutions de recherche, les médias et tous les autres secteurs pouvant intervenir dans l'amélioration de la qualité de vie de la population (2).

En 2010, le plan stratégique de lutte antituberculeuse (LAT) a été revu donnant lieu à un plan couvrant la période 2011-2015, adapté à la situation de notre pays et orienté selon ses priorités. Cette stratégie s'est donnée comme but de réduire la charge de morbidité de la tuberculose dans la population marocaine dans le sens des objectifs du Millénaire pour le développement et approuvés par le partenariat Halte à la tuberculose. Elle s'appuie sur sept axes stratégiques, dont le 4<sup>ème</sup> vise « *L'implication de tous les prestataires de soins dans la lutte antituberculeuse vise le renforcement de la collaboration avec le secteur médical privé et de l'implication des services de santé militaires.* » (2).

Dans cette optique, la délégation de Tétouan, a entamée avec les pneumologues privés de Tétouan, un partenariat public-privé, afin que les premiers se chargent de la prise en charge thérapeutique des malades tuberculeux, et d'assurer les activités d'enquêtes, et de suivis des cas. Cette initiative est la deuxième au Maroc après celle de Casablanca.

Les objectifs de notre travail sont :

- L'évaluation de la première année de partenariat entre le secteur publique et le secteur privé dans toutes ses composantes liées au diagnostic, prise en charge, système de référence et de contre référence, gestion des médicaments, et du système d'information au niveau de la province de Tétouan.

- La formulation de recommandations afin d'optimiser ce partenariat et étudier la possibilité de sa généralisation à toutes les villes de la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima où l'incidence de la tuberculose reste élevée.

# *METHODE*



Notre étude évalue l'initiative du partenariat public-privé de la prise en charge thérapeutique des cas de tuberculose par le secteur privé.

Le Partenariat Public Privé appliqué dans le cadre de la Lutte Anti-Tuberculeuse Convention Cadre Nationale de partenariat entre le ministère de la santé et le Collège Syndical National des Médecins Spécialiste Privés (voir annexe 1).

Nous avons réalisé une étude longitudinale qui s'est déroulée de début juillet 2015 jusqu'à fin juin 2016. Ce type d'étude nous a permis de suivre les malades pendant toute sa période. Le suivi a été démarré dès la déclaration des cas, à travers un questionnaire distribué aux pneumologues privés, et s'est poursuivi lors des visites de contrôles et à travers des appels téléphoniques aux malades et aux pneumologues après fin de traitement.

L'étude s'est déroulée avec la collaboration de 3 partenaires:

- Délégation Tetouan
- CDTMRd
- Amicale des Médecins Pneumologues de Tétouan

Les investigateurs de l'étude sont :

- Chef de SESSP
- Responsable de la LAT
- Coordinateur de la LAT
- Thésard

Notre étude a concerné les malades tuberculeux, diagnostiqué et traités totalement ou partiellement au sein des structures privés.

Les critères d'inclusion étaient : les malades tuberculeux suivis dans les cabinets médicaux privés au cours de la période d'étude.

Les critères d'exclusion étaient : les malades décidant de ne pas être suivis dans les cabinets privés avant le démarrage de traitement.

Nous avons utilisé des questionnaires (fiche d'exploitation) qui ont été remplis aux cabinets médicaux concernés par le partenariat. La fiche contient des informations sur les malades, leurs antécédents, les signes cliniques, les examens paracliniques réalisés, le diagnostic final, le schéma thérapeutique suivi, ainsi que les résultats des enquêtes.

Date: \_\_\_\_\_

## FICHE D'EXPLOITATION

<b>N° d'ordre:</b>	<b>N° LAT :</b>
<b>Sexe :</b>	<b>Age :</b>
<b>Poids initial :</b>	<b>Adresse :</b>

### ANTECEDENTS

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ancien Tuberculeux | <input type="checkbox"/> Notion de Contage | <input type="checkbox"/> Tabagisme |
| <input type="checkbox"/> Diabète            | <input type="checkbox"/> Autre             |                                    |

### PLAINTES (depuis )

- |                                  |   |                                      |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toux    | <input type="checkbox"/> Expectorations       | <input type="checkbox"/> Hémoptysies |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Autre       |

### SIGNES GENERAUX

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fièvre/Frissons | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Asthénie |
| <input type="checkbox"/> Anorexie        | <input type="checkbox"/> Amaigrissement   | <input type="checkbox"/> AEG      |

### EXPLORATIONS

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radio Standard | <input type="checkbox"/> Echographie        | <input type="checkbox"/> IDR ( mm)           |
| <input type="checkbox"/> TDM            | <input type="checkbox"/> IRM                | <input type="checkbox"/> Quantiferon         |
| <input type="checkbox"/> Crachats ED    | <input type="checkbox"/> Crachats Culture   | <input type="checkbox"/> GeneXpert           |
| <input type="checkbox"/> Aspiration ED  | <input type="checkbox"/> Aspiration Culture | <input type="checkbox"/> Test Rapide (VIH ½) |

- Chimie
- Bactériologie
- Cytologie
- Histologie
- Tubage gastrique
- Autre

**DIAGNOSTIC**

**Primo-Infection Tuberculeuse**

**Tuberculose Pulmonaire** ( **Nouveaux cas**  **Rechute**)

- TPM+
- TPM0C+
- TPM0C0
- TPM0Cnf

**Tuberculose Extra-Pulmonaire** ( **Nouveaux cas**  **Rechute**)

- Pleurale
- Ganglionnaire
- Péricardique
- Péritonéale
- Neuro-méningée
- Ostéo-articulaire
- Autres

**TRAITEMENT**

**Poids initial :**

**Date de début de traitement :**

**Régime thérapeutique :**

- 2RHZE/4RH
- 2RHZE/7RH
- 2RHZ/4RH
- 2RHZ/7RH
- 3RHZE/5RHE
- Autre :

**Hospitalisation :**

- Oui
- Non

**Phases :**

Date	Poids	Régime	Présentations et doses

**Contrôles :**

Date	Poids	Exploration	Observations

**Date de fin de traitement :**

- Guérison
- Echech
- Traitement achevé
- Décès (cause ? )
- Transféré (où ? )
- Perdue de vue (depuis ? )

**EFFETS SECONDAIRES**

Date	Type	Conduite à tenir

### ABANDON DE TRAITEMENT

Date	Durée	Relancé le	Motif

### ENQUETE AUTOUR DU CAS

Nombre de personnes vivant sous le même toit :

Nombre de personne travaillant dans le même local :

Y-t-il dans l'entourage des tuberculeux déjà connus ?

Nom	Prénom	Age	BK	IDR	Radio	Observations

Après la collecte des données, les informations ont été saisies sur un registre de notification et de traitement des cas de tuberculose dédié exclusivement à l'étude. Ses données ont été comparées régulièrement avec les registres faits spécialement pour les cabinets qui adhèrent au PPP-LAT.

Le programme national de Lutte Anti-Tuberculeuse a révisé certaines définitions et expressions utilisées dans la LAT. On rappelle ci-après les définitions révisées des cas de tuberculose, leur classification et les catégories de résultats thérapeutiques.

L'expression «cas présumé de tuberculose » désigne un patient qui présente des symptômes ou des signes évocateurs de la tuberculose (on parlait auparavant de « cas suspect»).

On parle de cas de tuberculose confirmé bactériologiquement lorsque la positivité de l'échantillon biologique a été établie par examen microscopique de frottis, mise en culture ou TDR approuvé par l'OMS (par exemple XpertMTB/RIF).

Ces cas devraient à chaque fois être notifiés, que le traitement ait ou non commencé.

Un cas de tuberculose diagnostiqué cliniquement désigne un sujet qui ne remplit pas les critères de confirmation bactériologique, mais chez qui la forme évolutive a été diagnostiquée par un clinicien ou un autre praticien médical, lequel a décidé de mettre en place un traitement antituberculeux complet. Cette définition englobe les cas diagnostiqués sur la base d'anomalies radiographiques ou d'une histologie évocatrice et les cas extra-pulmonaires non confirmés en laboratoire.

Les cas diagnostiqués cliniquement, dont la positivité bactériologique est établie par la suite (avant ou après la mise en route du traitement), doivent être reclassés avec les cas confirmés bactériologiquement.

Les cas confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement sont également classés en fonction:

- du site anatomique de la maladie;
- des antécédents de traitement antituberculeux;
- de la résistance aux médicaments;
- du statut par rapport au VIH.

### **Classification fondée sur le site anatomique de la maladie**

#### ***La tuberculose pulmonaire***

Désigne tout cas de tuberculose confirmé bactériologiquement ou diagnostiqué cliniquement dans lequel le parenchyme pulmonaire ou l'arbre trachéo-bronchique est touché. La tuberculose miliaire est considérée comme une forme pulmonaire car elle entraîne des lésions sur les poumons.

➤ L'adénopathie tuberculeuse intra-thoracique (médiastinale et/ou hilare) dans le cas de primo-infection tuberculeuse patente et l'épanchement pleural tuberculeux, sans anomalie radiographique des poumons, constituent des cas de tuberculose extra-pulmonaires.

➤ Un patient présentant à la fois une forme pulmonaire et une forme extra-pulmonaire devrait être classé avec les cas de tuberculose pulmonaire.

#### ***La tuberculose extra-pulmonaire***

Désigne tout cas de tuberculose confirmé bactériologiquement ou diagnostiqué cliniquement dans lequel d'autres organes que les poumons sont touchés (par exemple la plèvre, les ganglions lymphatiques, l'abdomen, les voies génito-urinaires, la peau, les articulations et les os, les méninges).

## **Classification fondée sur les antécédents de traitement antituberculeux (groupe d'enregistrement des patients)**

Les classifications fondées sur les antécédents de traitement antituberculeux diffèrent légèrement de la précédente. Elles se concentrent exclusivement sur les antécédents de traitement et sont indépendantes de la confirmation bactériologique ou du siège de la maladie. Il faut également noter que les groupes d'enregistrement pour la tuberculose résistante aux médicaments sont, eux aussi, légèrement différents.

*Les nouveaux patients* n'ont jamais reçu de traitement antituberculeux ou suivent un tel traitement depuis moins d'un mois.

*Les patients déjà traités* ont reçu dans le passé un traitement antituberculeux pendant un mois ou plus. Ils sont classés selon le résultat thérapeutique de leur dernière cure :

- *Les patients en rechute* ont déjà reçu un traitement antituberculeux, ont été, à la fin de leur dernière cure, classés dans la catégorie guérison ou traitement terminé, et sont aujourd'hui diagnostiqués comme présentant un épisode récurrent de tuberculose (rechute proprement dite ou nouvel épisode dû à une réinfection).

- *Les patients traités après un échec thérapeutique* sont ceux qui ont déjà été traités pour la tuberculose et chez qui la dernière cure n'a pas fonctionné (échec thérapeutique).

- *Les patients traités après avoir été perdus de vue* ont déjà reçu un traitement antituberculeux et ont été déclarés *perdus de vue* à l'issue de leur dernière cure. (On parlait auparavant de « patients traités après interruption »).

- *Les autres patients déjà traités* sont ceux qui ont déjà reçu un traitement antituberculeux, mais chez qui les résultats de la dernière cure sont soit inconnus soit non documentés.

*Les patients sans antécédents connus* de traitement antituberculeux ne rentrent dans aucune des catégories ci-dessus.

Les nouveaux cas et les cas de rechute sont des cas incidents.

### **Classification fondée sur le statut par rapport au VIH**

- *Les patient tuberculeux VIH-positif* est tout cas de tuberculose confirmé bactériologiquement ou diagnostiqué cliniquement qui présente un résultat positif au dépistage du VIH réalisé lors du diagnostic de la tuberculose, ou qui a commencé un traitement contre le VIH attesté par des données probantes (par exemple patient enregistré dans le registre pré-TAR ou dans le registre TAR une fois le traitement antirétroviral commencé).

- *Les patients tuberculeux VIH-négatif* est tout cas de tuberculose confirmé bactériologiquement ou diagnostiqué cliniquement qui présente un résultat négatif au dépistage du VIH réalisé au moment du diagnostic de la tuberculose. Si le statut de ce patient par rapport au VIH est déterminé par la suite, il convient de le reclasser en conséquence.

### **Classification fondée sur la résistance aux médicaments**

Les cas sont classés dans les catégories en fonction de tests de sensibilité aux médicaments menés sur des isollements cliniques confirmés de M. Tuberculosis :

Mono-résistance: résistance à un seul antituberculeux de première intention.

Poly-résistance: résistance à plus d'un antituberculeux de première intention autre que l'association de résistance à l'isoniazide et à la rifampicine.

Multi-résistance: résistance à au moins l'isoniazide et à la rifampicine.

Ultra-résistance : résistance à une fluorquinolone et à au moins un des trois médicaments injectables de deuxième intention (amikacine, capréomycine et kanamycine), en plus de la multi-résistance.

Résistance à la rifampicine: résistance à la rifampicine, détectée au moyen de méthodes phénotypiques ou génotypiques, avec ou sans résistance aux autres antituberculeux. Cette notion inclut toutes les formes de résistance à la rifampicine (mono-résistance, multi-résistance, poly-résistance ou ultrarésistance).

Ces catégories ne sont pas toutes entièrement distinctes. Par exemple, la tuberculose résistante à la rifampicine (RR) peut être multi-résistante (MR) ou encore ultra-résistante (UR).

### ***Définitions des résultats thérapeutiques***

#### ***- Guérison:***

Le traitement a été mené à bien conformément aux recommandations nationales, sans signe d'échec et, après la phase intensive, trois cultures ou plus ont été réalisées à au moins 30 jours d'intervalle et elles ont produit des résultats négatifs.

- Traitement terminé :

Le traitement a été mené à bien conformément aux recommandations nationales, sans signe d'échec, mais rien n'indique qu'après la phase intensive trois cultures ou plus aient été réalisées à au moins 30 jours d'intervalle et qu'elles aient produit des résultats négatifs.

- Échec thérapeutique :

Il a été mis fin au traitement ou le schéma doit être modifié pour deux Antituberculeux au moins, en raison :

- d'une absence de conversion avant la fin de la phase intensive, ou
- d'une réversion bactériologique survenant durant la phase d'entretien qui suit la conversion au statut négatif, ou de signes d'acquisition d'une résistance supplémentaire aux fluorquinolones ou aux médicaments injectables de deuxième intention, ou de réactions indésirables.

- Décès : Le patient tuberculeux meurt pour une raison quelconque au cours du traitement ou avant de l'avoir commencé.

- Perdu de vue : Le patient tuberculeux n'a pas entamé de traitement ou celui-ci a été interrompu pendant deux mois consécutifs ou plus.

- Non évalué: Patient tuberculeux à qui aucun résultat thérapeutique n'a été attribué. Cette catégorie inclut les cas transférés à une autre unité de traitement (« transferts sortants ») et ceux dont les résultats sont inconnus de l'unité chargée de la notification.

- Succès thérapeutique : Somme des patients guéris et des patients ayant terminé leur traitement.

Dans le cas d'un échec thérapeutique, on parle d'absence de conversion avant la fin de la phase intensive si cette dernière n'a pas lieu au cours de la durée maximale retenue par le programme. En l'absence de définition, on propose de fixer ce seuil à huit mois.

Il est proposé que les critères définitoires des catégories Guérison, Traitement terminé et Échec thérapeutique commencent à s'appliquer huit mois après le début du traitement.

Ici, les termes «conversion» et «réversion» sont définis comme suit en rapport avec les cultures:

➤ Conversion (au statut négatif) : deux cultures consécutives, réalisées à au moins 30 jours d'intervalle, ont produit des résultats négatifs. On considère alors comme date de conversion la date à laquelle l'échantillon de la première culture négative a été collecté.

➤ Réversion (vers un statut positif) : après une conversion initiale, deux cultures consécutives, réalisées à au moins 30 jours d'intervalle, ont produit des résultats positifs. Lorsqu'il s'agit de définir l'échec thérapeutique, la réversion n'est prise en compte que si elle survient au cours de la phase d'entretien.

Le PNLAT a appliqué les définitions révisées à partir du 1er janvier 2016 : les résultats thérapeutiques correspondants sont assignés à tous les cas sous traitement à partir de 2017.

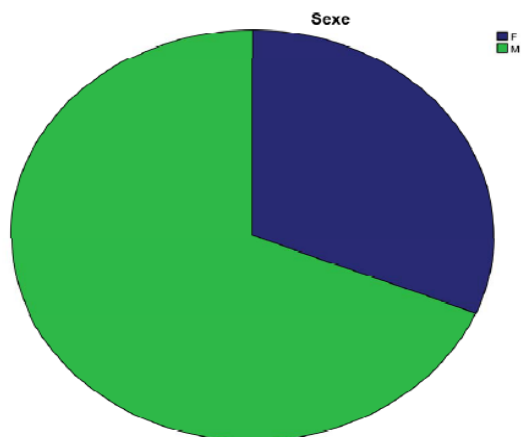
# *RESULTATS*



Le partenariat concerne la province de Tétouan, qui s'étale sur une superficie de 2 541 km<sup>2</sup>. Elle est située à l'extrême nord du Royaume, et limitée au nord par la préfecture de M'diq-Fnideq et la province de FahsAnjra, à l'est par la mer Méditerranée, au sud par les provinces de Chefchaouen et Larahe, et à l'ouest par la préfecture de Tanger-Assilah. Selon le dernier découpage administratif, elle se compose de 2 municipalités et de deux cercles ruraux regroupant 8 caïdats et 20 communes rurales. La population de la province de Tétouan s'est établie, d'après les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2014, à 550 374 habitants, représentant 15,5% de la population de la région TangerTétouan-Al Hoceima, et 1,6% de la population nationale. Elle a ainsi enregistré un accroissement annuel de 1,42% par rapport à 2004, contre 1,49% au niveau régional et 1,25% au niveau national. Le taux d'urbanisation provincial a été de 72,3% contre 59,9% à l'échelle régionale et 60,4% à l'échelle nationale.

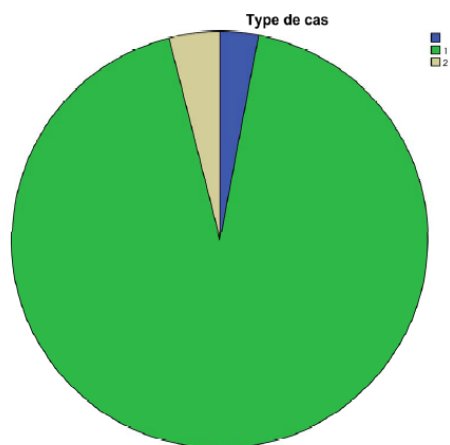
Notre étude a concerné un échantillon de 202 malades qui est le nombre des malades notifiés par les cabinets de pneumologie faisant partie du PPP-LAT durant la période d'étude. Les autres données des patients non pris en charge dans le cadre PPP-LAT ont été retirées directement à partir des bases des données du CDTMR et de la délégation de Tétouan.

Au total, 202 malades dont 63 (31,2%) étaient de sexe féminin et 139 (68,8%) étaient de sexe masculin. Le sexe-ratio était de 2,21.



**Figure 3 : Diagramme sectoriel de la distribution de l'échantillon selon le sexe.**

Parmi les cas diagnostiqués, on note que 147 cas sont des malades à tuberculose pulmonaire et 55 malades présentant la forme extra pulmonaire. Au total, la tuberculose pulmonaire représentait 72,7% des cas, et la forme extra pulmonaire représente 27,2% des cas.



**Figure 4 : Diagramme sectoriel de la distribution de l'échantillon selon le type de cas.**



**Tableau 2 : Ensemble des nouveaux cas et des rechutes (confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement) enregistrés la période d'étude, par groupe d'âge et par sexe (PPP-LAT).**

Age (an) \ Sexe	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Total
Masculin	1	3	44	32	12	17	13	27	149
Féminin	0	3	12	6	2	7	6	17	53
Total	1	6	56	38	14	24	19	44	202

On note sur le tableau 2 que le sexe masculin prédomine avec 149 cas (73,7%), contre 53 cas (26,3%) de sexe féminin. Le sexe ratio étant de 2,81.

Le maximum des cas est noté chez la tranche d'âge 15-24 ans, avec 56 cas (27,7%), le sexe ratio chez cette tranche d'âge est de 3,67.

**Tableau 3 : Résultats de traitement des nouveaux cas de tuberculose (PPP-LAT).**

Résultat TTT \ Forme de TB	Guéris	Traitement achevé	Echecs	Décédés	Perdus de vue	Transférés out	Total
TPM+	48	66	1	3	2	3	123
TPM0		19					19
PIT		1					1
TEP		50		2			52
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>136</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>195</b>

Le tableau 3 montre que 48 malades traités pour TPM+ ont été déclarés guéris (23,7%). 66 malades TPM+, 19 malades TPM0, 1PIT et 50 TEP ont achevé leurs traitements (67,3%).

Le taux de succès thérapeutique est alors de 91,08%. Le taux de létalité est de 2,4%. Le taux d'échec est de 0,4% le taux de perdue de vue est de 0%. 3 malades ont été transférés out (transfert sortant).

**Tableau 4 : Résultats de traitement des cas de tuberculose  
antérieurement traités (PPP-LAT).**

Résultat TTT		Guéris	Traitement achevé	Echecs	Décédés	Perdus de vue	Transférés out	Total
Antérieurement traités								
Rechutes	TPM+	3	2					5
	Autres		2					2
Echecs	TPM+							0
	Autres							0
Reprises de traitement	TPM+							0
	Autres							0
Total		3	4	0	0	0	0	7

On constate sur le tableau 4 que 3 malades rechutes d'une TPM+ sont guéris, et 4 malades ont achevé leur traitement.

Remarque:

Sur notre étude le taux de dépistage autour des cas était de 23,2% puisque les cabinets privés n'ont réalisé l'enquête qu'autour des 47 malades, et qui a concerné 215 cas, dont 43 (20%) ont été suspects d'une tuberculose.

## B. Résultats de la CDTMR

**Tableau 5 : Ensemble des cas de tuberculose enregistrés durant la période de l'étude dans le CDTMR.**

Antécédents de traitement  TB/Tranches d'âge (an) Forme de tuberculose		Nouveaux cas			Déjà traités						Antécédents de traitement inconnus			Total
					En rechute			Echec/perdu de vue						
		0-4	5-14	≥15	0-4	5-14	≥15	0-4	5-14	≥15	0-4	5-14	≥15	
Forme pulmonaire	Confirmée bactériologiquement			185			35			21				<b>241</b>
	Diagnostiquée cliniquement			59			1			3				<b>63</b>
Forme extra-pulmonaire	PIT (2)	Diagnostiquée cliniquement		8	1							<b>9</b>		
	Autres	Confirmée bactériologiquement			5			2			2			<b>9</b>
		Diagnostiquée cliniquement		18	194			4			6			<b>215</b>
<b>Total</b>				<b>470</b>		<b>42</b>		<b>32</b>					<b>544</b>	

On constate sur le Tableau 5 que la plupart des cas sont âgés de plus de 15 ans (95,2%). La majorité des cas ont été des tuberculoses pulmonaires, avec 304 cas (55,8%). la quasi-totalité était des TPM+, avec 241 cas (79%). La tuberculose extrapulmonaire représente 42,2%, 9 cas confirmés bactériologiquement et 215 diagnostiqués cliniquement.

**Tableau 6 : Ensemble des nouveaux cas et des rechutes (confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement) enregistrés la période d'études, par groupe d'âge et par sexe (CDTMR).**

Age (an) \ Sexe	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Total
Masculin	0	14	105	78	35	33	24	35	<b>324</b>
Féminin	0	13	65	33	42	20	17	30	<b>220</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>170</b>	<b>111</b>	<b>77</b>	<b>53</b>	<b>41</b>	<b>65</b>	<b>544</b>

On note sur le tableau 6 que le sexe masculin prédomine avec 324 cas (59%) contre 220 cas de sexe féminin (41%). Sexe ratio = 1,4

Le maximum des cas est noté chez la tranche d'âge 15-24 ans, avec 170 cas (31%), le sexe ratio chez cette tranche d'âge est de 1,6

**Tableau 7 : Résultats de traitement des cas de tuberculose antérieurement traités**

Résultat TTT Forme de TB	Guéris	Traitement achevé	Echecs	Décédés	Perdus de vue	Transférés out	<b>Total</b>
TPM+	106	68		2	11	19	<b>206</b>
TPM0		52		3	1	7	<b>63</b>
PIT		9					<b>9</b>
TEP		202		5	7	12	<b>226</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>327</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>38</b>	<b>504</b>

le tableau 7 montre que 106 patients traités pour TPM+ sont déclarés guéris (19,4%), avec 68 TPM+, 52 TPM0, 9 PIT, 202 TE qui ont achevé leurs traitements (59,1%).

Le taux de succès thérapeutique est de 85.91%. Le taux de létalité est de 1,9%, le taux d'échec est 0% et le taux de perdue de vue est de 3,7%. 38 cas ont été transférés out (transfert sortant).

**Tableau 8 : Résultats de traitement des cas de tuberculose antérieurement traités**

Résultat TTT Antérieurement traités		Guéris	Traitement achevé	Echecs	Décédés	Perdus de vue	Transférés out	Total
		Rechutes	TPM+	6	18			1
Autres			4					4
Echecs	TPM+		4	1		1	1	7
	Autres							0
Reprises de traitement	TPM+		3					3
	Autres		1					1
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>40</b>

On constate sur le tableau 8 que 6 cas de rechutes TPM+ ont été déclarés guéris, 22 malades déclarés rechutes, 4 malades déclarés échecs et 4 malades qui ont repris leurs traitement ont achevé leur traitement, 2 cas perdus de vue (5%) et 1 cas a été transféré. Le taux de succès thérapeutique est de 92%, e taux d'échec est de 2,5%, le taux de létalité est de 0% et le taux de perdue de vue est de 5% 1 malade a été transféré out.

## C. Résultats de la délégation de Tétouan :

Tableau 9 : Ensemble des cas de tuberculose enregistrés durant la période d'études

Antécédents de traitement		Nouveaux cas			Déjà traités						Antécédents de traitement inconnus			Total	
					En rechutes			Echec/perdu de vue							
		TB/Tranches d'âge (an)		0-4	5-14	≥15	0-4	5-14	≥15	0-4	5-14	≥15	0-4		5-14
Forme pulmonaire	Confirmée bactériologiquement		1	313			41			21					376
	Diagnostiquée cliniquement			76			3			3					82
Forme extra-pulmonaire	PIT (2)		9	1	[Hatched area]									10	
	Autres	Confirmée bactériologiquement			48			2			2				52
		Diagnostiquée cliniquement		18	198			4			6				226
<b>Total</b>			<b>664</b>			<b>50</b>			<b>32</b>			<b>0</b>		<b>746</b>	

On note sur le tableau 9 que la plupart des cas étaient âgés plus de 15 ans (96%). La majorité des cas étaient des tuberculoses pulmonaires, avec 458 cas (61%). La quasi-totalité était des TPM+, avec 376 cas (82%). La tuberculose extrapulmonaire a représenté (38,6%) , avec 52 cas (18%) confirmés bactériologiquement et 226 cas (78,4%) diagnostiquées cliniquement et seulement 10 cas de PIT ont été diagnostiqué (3,4%).

**Tableaux 10 : Ensemble des nouveaux cas et des rechutes (confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement) enregistrés la période d'étude, par groupe d'âge et par sexe**

Age (an) \ Sexe	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Total
Masculin	1	17	147	108	47	50	39	62	471
Féminin		16	79	39	44	27	23	47	275
Total	1	33	226	147	91	77	62	109	746

On note sur le tableau 10 que le sexe masculin prédomine avec 471 cas (63%) contre 275 cas (36%) de sexe féminin. Sexe ratio=1,71.

Le maximum de cas est noté chez la tranche d'âge 15-24 ans, avec 226 cas (30%), le sexe ratio chez cette tranche d'âge est de 1,86.

**Tableau 11 : Résultats de traitement des nouveaux cas de tuberculose**

Résultat TTT Forme de TB	Guéris	Traitement achevé	Echecs	Décédés	Perdus de vue	Transférés out	<b>Total</b>
TPM+	154	134	1	5	13	22	<b>329</b>
TPM0		71		3	1	7	<b>82</b>
PIT		10					<b>10</b>
TEP		252		7	7	12	<b>278</b>
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>467</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>41</b>	<b>699</b>

Le tableau 11 montre que 154 malades traités pour TPM+ ont été déclarés guéris (28%). 134 malades TPM+, 71 malades TPM0, 10 malades PIT et 252 TEP ont achevé leur traitement (66,8%).

Le taux de succès thérapeutique est de 88,8%. Le taux de létalité est de 2,1%. Le taux d'échec est de 0,1%, le taux de perdue de vue est de 3%. 41 malades ont été transférés out.

**Tableau 12 : Résultats de traitement des cas de tuberculose antérieurement traités**

Résultat TTT		Guéris	Traitement achevé	Echecs	Décédés	Perdus de vue	Transférés out	Total
Rechutes	TPM+	9	20			1		<b>30</b>
	Autres		6					<b>6</b>
Echecs	TPM+		4	1		1	1	<b>7</b>
	Autres							
Reprises de traitement	TPM+		3					<b>3</b>
	Autres		1					<b>1</b>
		<b>9</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>47</b>

On remarque sur le tableau 12 que 47 malades ont repris leur traitement soit après rechute ou échec. 9 malades TPM+ ont été déclarés guéris. 34 malades ont achevé leur traitement. Le taux de succès thérapeutique est de 91,4%, le taux de létalité est de 0%, le taux d'échec est de 2,1% et le taux de perdue de vue est de 4,2%. 1 patient a été transféré out.

# *DISCUSSION*



Le partenariat public-privé est un mode de contractualisation et de gestion très puissant pour optimiser la commande publique, mais qui reste d'un maniement complexe et délicat par rapport aux formules classiques (22).

C'est un accord contractuel de long terme entre une autorité publique et un partenaire privé qui s'entendent pour faire quelque chose ensemble (23). Il vise à faire coïncider les objectifs *de service public* de l'autorité publique et les objectifs de profit du partenaire privé et permette au final de rendre aux citoyens et usagers un meilleur service à un meilleur coût dans la durée [(22)-(3)]; avec un transfert suffisant et adapté des risques vers le partenaire privé [22,(3)-(4)]. A présent, le PPP suscite une grande préoccupation publique ; car de plus en plus de gouvernements dans le monde privilégient cette approche comme forme de livraison des prestations et des services publics (5).

Par conséquent, l'État peut concentrer ses efforts dans les domaines économiques où sa présence est nécessaire [(5), (4)].

Les PPP constituent désormais un changement qui offre parfois de nombreux avantages par rapport aux modes de réalisation classiques (3).

Il existe deux catégories de PPP:

a) les PPP institutionnalisés utilisés pour mener tous les types d'activités regroupant des partenaires publics et privés ; et b) les PPP contractuels (24).

Dans les PPP contractuels, l'autorité publique détermine, en termes de qualité et de quantité, la prestation que le partenaire doit prodiguer. Le partenaire privé est rémunéré, soit par un paiement de l'autorité publique en contrepartie des services qu'il fournit, soit par des redevances prélevées directement auprès des utilisateurs finals, soit par les deux biais à la fois (24). En

effet, le PPP peut être sous forme de l'achat de prestations de services, de la délégation de service public ou d'une concession (32). De même, les services qui peuvent être confiés au partenaire privé sont : (a) la conception, (b) la construction, (c) le financement, (d) l'exploitation et la gestion de l'équipement nécessaire à la prestation du service, ainsi que (e) la fourniture du service en question à l'autorité publique ou aux usagers, avec un partage des risques associés [(4),(24)].

Les finalités des deux partenaires, prises séparément, ne pourraient être satisfaites avec efficacité, efficacité, économie et équité [(30), (6)-(7)]. De plus, la confiance et la reconnaissance mutuelle de ces deux partenaires sont le garant de la réussite du PPP (22).

En effet, la définition managériale du PPP considère à la fois: (a) la structure organisationnelle, (b) la portée temporelle du contrat liant les partenaires publics et privés, (c) l'attribut juridico-administratif, (d) l'utilité économique, (e) le fondement politique qui le rend légitime auprès des institutions et de la population; et (f) son instrumentation par les organisations publiques et privées.

Ainsi, la gestion des PPP doit prendre en considération les enjeux qui les légitiment, les défis de gestion et les risques spécifiques qui déterminent les stratégies et les conduites des deux partenaires (25).

Ces points révèlent que le PPP est une forme d'ouverture organisationnelle des États sur le secteur privé à travers la contractualisation en vue d'intérêt général.

C'est une relation qui leur procure des avantages communs et qui leur permet de faire ensemble des choses qu'ils ne pourraient accomplir seuls.

L'objectif des pouvoirs publics est de transférer au secteur privé les risques liés au financement et à l'exploitation d'une infrastructure ou d'un service public, avec des résultats supérieurs.

Au cours des 10 à 20 dernières années, des projets PPP ont été lancés dans une soixantaine de pays dans le monde. Le Royaume-Uni, l'Australie, le Portugal et la Grèce étaient les premiers à adopter un investissement public total dans les PPP.

De même, au niveau des pays de l'Union européenne, l'Asie, l'Amérique du Sud, les États-Unis et le Canada, ce mode de réalisation est de plus en plus utilisé .

Dans le secteur de la santé en Australie et au Royaume-Uni, les PPP ont été établis entre des fournisseurs de soins de santé, des compagnies de gestion et de construction et des financiers (28)]. Les mêmes formes de PPP ont été adoptées en France dans le cadre de la mission d'appui aux investissements hospitaliers.

Ces écrits révèlent que plusieurs gouvernements ont opté pour le choix des PPP dans différents secteurs afin d'appréhender leurs problèmes financiers. Ce PPP a été utilisé sous toutes ses formes au niveau de tous les pays du monde. Le recours à ces projets, dans les domaines sociaux, est particulier du fait des exigences de l'intérêt général qui caractérise ces domaines.

À l'instar des autres pays, le Maroc a introduit le PPP au niveau de plusieurs secteurs. Depuis 1914, il a eu recours au PPP sous forme de concession et de gestion déléguée ; de la distribution eau/électricité, gestion de déchets solides, transport urbain et transport ferroviaire (23).

Les PPP permettent aux pouvoirs publics d'optimiser les ressources existantes en vue d'améliorer leurs infrastructures et leurs services publics avec la garantie de certains avantages.

En effet, la justification du recours à un PPP plutôt qu'aux autres modes de commande publique repose sur l'idée qu'il permet un partage optimal des risques entre les deux partenaires et engendre ainsi un bilan coûts/avantages (critère dit de l'efficacité) plus favorable pour le secteur public et pour la société (27).

De ce qui précède, il apparaît que les PPP puisent leur raison d'être de ces théories du fait que chacune d'entre elles englobe les principes du partenariat qui sont l'urgence, la rationalisation des ressources qui sont rares et la recherche de l'efficacité et de la qualité.

La gouvernance est un processus multidimensionnel et dynamique à travers lequel les acteurs des secteurs public, privé et communautaire configurent leurs interactions. Elle inclut, ainsi, le partage momentané des objectifs communs, par le biais du choix et de la mise en œuvre d'instruments d'action publique [46].

Elle a trois dimensions économique, politique et administrative, et définit les processus et les structures qui guident les relations politiques et socioéconomiques.

La gouvernance de l'action sanitaire suppose «l'utilisation par les États, les acteurs privés des institutions et les organisations intergouvernementales, des règles et des processus officiels ou non pour s'atteler aux problèmes de santé dont la résolution efficace nécessite une action collective transfrontalière et équitable» (29).

Dans le même sens, Breuil L. (2004) stipule que la gouvernance du PPP met en mouvement les trois dimensions suivantes :

- 1) la dimension contractuelle est une approche spécifique qui repose sur le partage des risques selon un financement provenant à la fois des usagers et de subventions (nationales ou internationales);
- 2) la dimension institutionnelle repose sur le contrôle d'un comité de pilotage où sont représentés tous les acteurs; et
- 3) la dimension sociale qui s'articule sur la participation des usagers permet de débloquent un certain nombre de situations d'impasse à la fois financières et institutionnelles (38).

Les décideurs politiques doivent informer la population sur les coûts, avantages et risques relatifs des PPP. A côté des utilisateurs finaux, il faut impliquer la société civile à la conception et au suivi de la qualité des services prodigués ; pour qu'il soit plus légitime et équitable [(31),(32)].

La société civile est une réalité mélangeant les associations privées avec des fonctions d'intérêt public (ONG, associations charitables religieuses ou laïques, etc.) et le marché (31).

De plus, l'autorité qui gère le PPP est tenue d'appliquer certaines mesures qui sont : a) l'attribution des responsabilités, b) le suivi de la mise en œuvre du projet et de la prestation de services, c) les modifications au contrat PPP d) la renégociation du contrat PPP, e) le règlement des litiges, f) la fin du contrat du PPP exige le paiement et l'évaluation [(21),(31)].

Le Maroc, aussi, a connu la création d'un arsenal juridique important pour la concession et la gestion déléguée à travers la loi 54-05 de 2006 relative à la gestion déléguée des services publics, des lois sectorielles prévoyant la concession/les PPP (eau, énergie, ports, ferroviaire) et la charte communale (26).

Dans le même sens, le Ministre de la Santé a développé son cadre juridique à travers:

- a) la création d'une division du PPP à travers la décision n°41/10 DRC en date du 29 Mars 2010 avec les professionnels de santé du secteur privé et avec les associations à vocation sanitaire,
- b) la décision ministérielle n°21034 du 8 septembre 2010 portant création du comité technique d'examen des projets de conventions relatives aux actions de partenariat public/privé,
- c) la décision n°41DRC du 29 mars 2010 portant sur la réorganisation et création de certaines structures centrales de l'administration centrale du Ministère de la Santé
- d) la décision ministérielle n°009865 du 17 avril 2009 portant création de l'«Unité de PPP et ONGs» et qui a été actualisée par la Décision n°41 DRC du 17 avril 2009.

Cette entité précise le cadre de gouverne qui régit la mise en œuvre de projets réalisés en mode PPP.

Il paraît alors que l'adoption d'un cadre réglementaire adéquat est un moyen pour légitimer le PPP et instaurer un pilotage transparent et efficace. En effet, il faut encourager les investisseurs privés et la société civile à adhérer aux initiatives de l'Etat pour le développement des PPP dans les domaines sociaux. À cet égard, une gymnastique doit être faite de la part des juristes relevant du MS pour instaurer une réglementation adéquate au secteur de la santé.

Pour le MS, la première expérience contractuelle avec le secteur privé a été mise en œuvre en 1993 à l'hôpital Mohammed V de Tanger à travers l'externalisation du nettoyage (33). Cette expérience a permis une amélioration de la qualité des prestations, de recentrage sur la mission principale, de maîtrise et de réduction des coûts (34). De plus, un nombre de 176 conventions ont été signées entre le MS et les instituts de formation privés (35). Le MS a procédé, aussi, à l'achat de la prestation médicale via des conventions avec le secteur privé pour combler le manque en personnel soignant notamment dans les régions isolées où le besoin se fait sentir (36).

Selon une enquête menée dans le cadre de l'élaboration du rapport pour la santé (2010), en Afrique, le PPP est développé sous plusieurs formes. Il a débuté dans le cadre des initiatives d'amélioration de la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins. Au Nigéria, la gestion de certains hôpitaux publics se fait par un opérateur privé selon un tarif moins onéreux que dans le privé. Le même type de partenariat est adopté au Soudan en plus de la contribution du secteur privé à la formation des étudiants en médecine. D'autre part, en Afrique du Sud, les hôpitaux privés assurent les examens IRM au profit des patients inscrits sur

les listes d'attente, et en Angola, ils sont traités à des laboratoires privés d'hémodialyse. Quant à Madagascar, les prestataires privés prennent en charge les patients indigents et bénéficient d'allègements fiscaux (37).

La problématique de la tuberculose et sa relation avec les facteurs socio-économiques de la population ont poussé à réfléchir sur d'autres approches pouvant impacter la dynamique de la maladie dans le sens de la réduction significative de sa charge de morbidité. Dans ce cadre, le Maroc a adopté la stratégie Halte à la Tuberculose 2006- 2015 et s'est engagé à la mettre en œuvre dans toutes ses composantes telles qu'elles sont définies par l'OMS et le Partenariat mondial Halte à la Tuberculose.

Cette nouvelle dynamique vise à renforcer la stratégie DOTS et consolider ses acquis au niveau de tout le système de soins et fait appel à la collaboration multisectorielle dans le cadre d'un partenariat public-privé ouvert sur les pouvoirs publics, les décideurs politiques, les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les sociétés savantes, les institutions de recherche, les médias et tous les autres secteurs pouvant intervenir dans l'amélioration de la qualité de vie de la population.

En 2010, le plan stratégique de lutte antituberculeuse (LAT) a été revu donnant lieu à un plan couvrant la période 2011-2015, adapté à la situation de notre pays et orienté selon ses priorités.

Cette stratégie s'est donnée comme but de réduire la charge de morbidité de la tuberculose dans la population marocaine dans le sens des objectifs du Millénaire pour le développement et approuvés par le partenariat Halte à la tuberculose.

Elle s'appuie sur sept axes stratégiques, définis comme suit :

1. La consolidation des acquis de la stratégie DOTS et l'amélioration de sa qualité qui vise principalement à maintenir l'engagement politique, à garantir des prestations de lutte antituberculeuse de qualité avérée et à améliorer le dispositif de surveillance de la maladie.

2. La Lutte contre la coïnfection Tuberculose/VIH, la tuberculose multi résistante et la tuberculose au sein des groupes à haut risque, en se focalisant sur la surveillance, la prévention et la prise en charge adéquate de la coïnfection Tuberculose/VIH et de la tuberculose multirésistante. Par ailleurs, une attention particulière est accordée à la détection de la Tuberculose chez les groupes à haut risque par l'amélioration du dépistage de la tuberculose dans le milieu carcéral, le renforcement du dépistage des sujets contacts et l'amélioration de l'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose aux migrants étrangers en situation administrative irrégulière.

3. La contribution au renforcement des systèmes de santé à travers l'extension de l'approche pratique de la santé respiratoire qui permet d'améliorer la détection de la tuberculose parmi les malades qui consultent pour signes respiratoires ; et à travers la mise en œuvre d'un système de gestion de la qualité des prestations de lutte antituberculeuse.

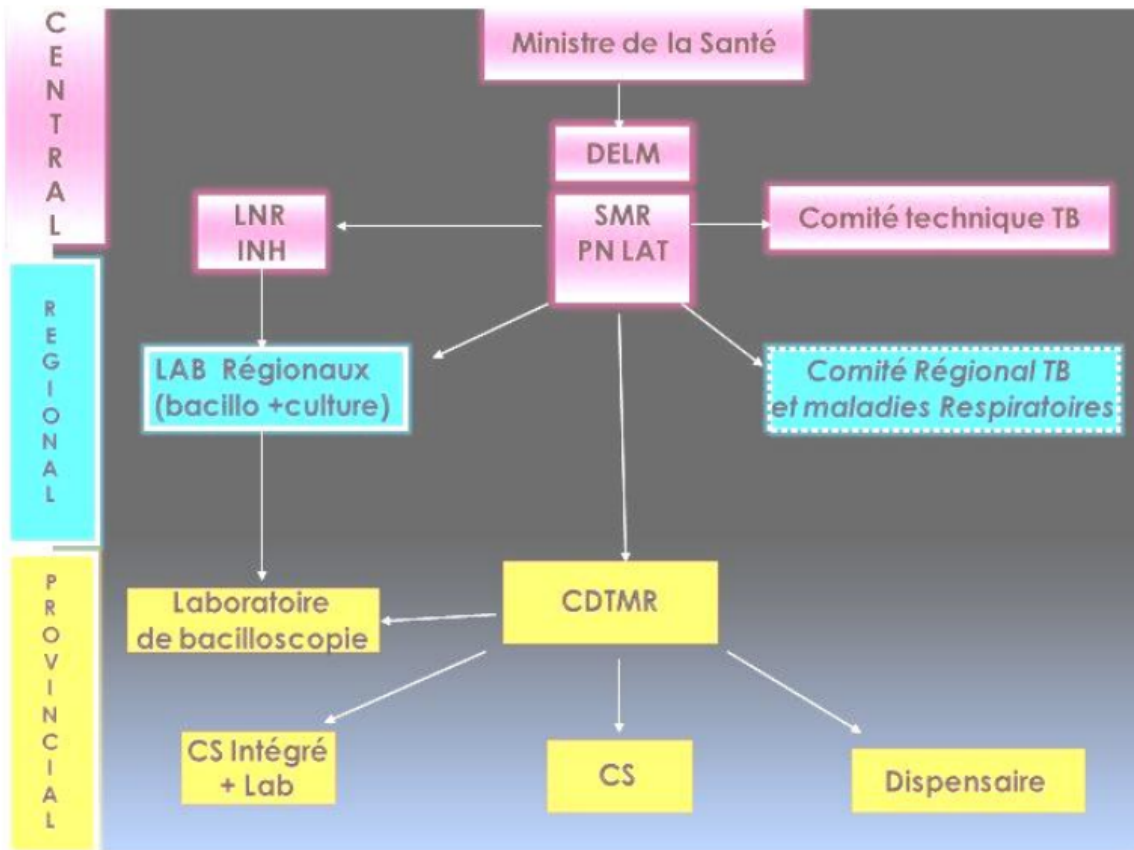
4. L'implication de tous les prestataires de soins dans la lutte antituberculeuse vise le renforcement de la collaboration avec le secteur médical privé et de l'implication des services de santé militaires.

5. La promotion de la recherche opérationnelle centrée sur les besoins de la lutte contre la tuberculose au Maroc pour adapter les composantes de la stratégie aux réalités du terrain.

6. Donner aux personnes atteintes de la Tuberculose et aux communautés la capacité d'agir à travers le déploiement de la Stratégie de plaidoyer, communication et de mobilisation sociale

7. Le développement des capacités de gestion, de coordination et de suivi et d'évaluation de la LAT pour permettre la mise en œuvre efficace et au temps opportun de toutes les activités programmées, et ce afin, de réaliser les objectifs escomptés.

Le Programme National de la Lutte Anti-Tuberculeuse(PNLAT) de Maroc a un organigramme organisé à l'échelle centrale autour du Service des Maladies Respiratoires (SMR) et de la Direction d'épidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) ;à l'échelle régionale autour de Comité Régional de Tuberculose et des Maladies Respiratoires ; et à l'échelle provinciale autour du Centre de Diagnostic de Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR).



**Figure 5 : Organigramme du PNLAT**

La lutte contre la tuberculose à l'échelle mondiale est en bonne voie pour atteindre la réduction de l'incidence de la tuberculose et pour diminuer de 50% la mortalité et la prévalence à l'horizon 2015. La réalisation de tels objectifs est tributaire de l'accès universel à des prestations sanitaires de qualité exigeant un renforcement des services de laboratoire, une implication significative de tous les prestataires de soins, une mise en œuvre des activités de lutte contre la coïnfection tuberculose /VIH et une expansion de la prise en charge appropriée des cas de tuberculose multirésistante. Les mesures entreprises à l'échelle mondiale dans le cadre des stratégies DOTS, le partenariat Stop TB et le partenariat Halte à la tuberculose invitent les pays à poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité, à s'attaquer à la coïnfection tuberculose/ VIH,

la tuberculose multirésistante et autres défis, à contribuer au renforcement des systèmes de santé, à impliquer tous les prestataires de soins, les malades TB et les communautés et à favoriser et promouvoir la recherche.

Le Maroc a toujours inscrit son intervention dans cette dynamique globale ayant pour but d'éliminer la tuberculose à l'horizon 2050. C'est ainsi que la lutte contre ce problème majeur de santé a toujours occupé une place prioritaire dans les différentes stratégies sanitaires du gouvernement. En effet, la lutte antituberculeuse a été tout le temps organisée dans le cadre du Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT). Un budget sécurisé est alloué annuellement par le Ministère de la Santé au PNLAT, ce budget est en augmentation régulière d'année en année, ce qui a permis au PNLAT de maintenir la gratuité de toutes les prestations sanitaires à tous les malades tuberculeux et la généralisation des activités de lutte antituberculeuse dans les services de santé primaire (SSP), tel que défini dans la Stratégie DOTS. Les efforts déployés ont permis de maintenir depuis 1995 jusqu'à présent, le taux annuel de détection des cas de tuberculose à plus de 80% et le taux annuel de succès thérapeutique à plus de 85% ce qui a valu à notre pays la médaille d'or du partenariat Stop TB de l'Organisation Mondiale de la Santé. De même notre pays a réussi à contrôler la prévalence de la tuberculose multirésistante qui n'est que de 0,5% témoignant de la performance du PNLAT ; à réduire la prévalence et la mortalité de 50% par rapport à 1990 résultat qui satisfait l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement pour la cible tuberculose et à réduire l'incidence de la tuberculose toutes formes de 30% et celle de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) de 36% entre 1996 et 2012

Pour répondre à la demande croissante de la prise en charge de la tuberculose au Maroc, le MS a signé en 2013 une convention de PPP avec *le Collège Syndicale National des Médecins spécialistes*, afin d'améliorer les performances des différentes délégations médicales. Le partenariat objet de cette convention s'articule autour des axes suivants :

- Le renforcement des actions de prévention et de dépistage de la tuberculose dans les régions prioritaires.
- L'amélioration de la qualité de prise en charge de la tuberculose conformément aux recommandations nationales.
- Le renforcement des activités d'information d'éducation et de communication auprès des patients tuberculeux et leurs familles.
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique de la tuberculose.
- L'amélioration du dépistage de la tuberculose parmi les sujets contacts.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients tuberculeux et du renforcement de la collaboration public-privé en matière de lutte contre la tuberculose, le Programme National de Lutte Antituberculeuse a lancé en 2010 une expérience pilote de collaboration avec les pneumo-phtisiologues du secteur privé exerçant au niveau du Grand Casablanca. Cette collaboration a permis de renforcer le diagnostic de la Tuberculose et d'offrir l'opportunité aux patients diagnostiqués qui le souhaitent d'avoir une prise en charge au niveau des cabinets privés tout en leur assurant un traitement conforme aux standards nationaux avec des médicaments fournis gratuitement par le ministère de la Santé.

Un suivi régulier de cette activité clé de collaboration mixte « public-privé » est assuré par le PNLAT. Aussi, il s'avère nécessaire de procéder à une évaluation globale du cadre de cette collaboration permettant de faire un état des lieux et d'émettre des recommandations afin de l'améliorer voire l'étendre à toute les grandes villes du Maroc où l'incidence de la tuberculose demeure élevée.

A cet effet, le PNLAT avec l'appui du Fonds mondial, prévoit de recruter un expert pour mener une consultation qui permettra d'évaluer dans sa globalité le cadre de collaboration « public-privé » lancé au niveau du Grand Casablanca.

5 ans plus tard, la délégation de Tétouan a lancé une 2<sup>ème</sup> expérience de PPP avec les cabinets médicaux privés de pneumologie. Cette expérience a commencé en juillet 2015. A l'inverse de la première, cette expérience a bénéficié d'une évaluation continue dès son démarrage grâce à une étude observationnelle longitudinale, marquée par un suivi rigoureux des malades dès la première consultation. En tout, 202 cas ont été enregistrés entre juillet 2015 et juin 2016. Cette thèse présente les points essentiels tirés de cette initiative.

**Tableaux 13: Comparaison de lieu, période et l'échantillon de notre étude avec les autres études dans le monde :**

Auteurs	Lieu d'étude	Période d'étude	Taille de l'échantillon	Taux de notification	Taux de succès thérapeutique	Taux d'échec thérapeutique
Abdul Hamed et Al	Karatchi, Pakistan	Juin 2015-juin 2016	176 malades		68 ,1%	0,8%
Amin Pethani et Al	Inde	1 er juillet 2007-30 juin 2008	389 malades		86,3%	
S.A Navaqui et Al	Pakistan	Juin 2009-juillet 2011	309 malades		87%	
M .K.A kumar et Al	Kannur,Inde	1 <sup>er</sup> janvier - 31 décembre 2009	404 malades	21%		
S .s Lal et Al	Inde	juillet 2001-décembre 2002	53875 malades	12%	85%	
M. maug et Al	Mandala,Myanmar	1999-2007	4351 malades	85%	85%	90%
V. Yellappa et Al	Tumkur,Inde	2002-2004	675 malades	23%	23%	
Saw Saw et Al	Yagon,Myanmar	1 <sup>er</sup> janvier -30 décembre 2011	31 malades		87%	91%
Jameel Ahmed et Al	Thata Pakistan	1 <sup>er</sup> janvier -31 décembre 2004	23 malades	13%		
J.Chakaya et Al	Naibori,Kenya	-----	6891 malades	26 ,9%		
O.J. Daniel et Al	Langos,Negeria	2002-2005	8425 malades	15%	85%	0,8%
Z.BAKKALI	Tetouan,MAROC	Juin2015-juillet2016	202 malades	42%	94,5%	0 ;4%

Notre étude a intéressé la ville de Tétouan, qui ne comprend que la ville de Tétouan. La plupart des autres études ont été réalisées aussi sur une seule ville comme les études de Mr Abdul Hamed et Al à Karachi (9), M. K.A Kumarà Kanur district(10), au Sud de l'Inde (11), l'étude de Mr Maunga ET Al Mandalay Myanmar(12), l'étude de Mr Jameel Ahmed et Al à Thatta(13). Par

contre, il ya des études qui ont été réalisées sur plusieurs villes en même temps, à citer à titre d'exemple le Pakistan (6 villes) (14), l'Inde (14 villes ) (15).

Notre échantillon a été réalisé sur une période d'une année de juin 2016 à juin 2017, la plupart des autres études ont été aussi réalisées sur une période d'une année, 2004 Nairobi Kenya (16), Myanmar (17), 2008 Karachi (9), 2011 District de Tumkūr, Inde de sud (11), Lagos Nigeria (18). D'autres études ont été réalisées sur des périodes plus longues 18 mois Kannur district (19), 2 ans 2002-2004 Mandalay Myanmar.

Notre étude a été réalisées sur 202 cas, les autres études ont été réalisées sur un nombre différent des malades, exemple de Karachi 176 cas (9), Pakistan 389 cas (14), Inde (19), Mandalay Myanmar 4351 cas (12), Kenya 6891 cas (16), Nigeria 8425 cas (18).

Sur notre échantillon, on note que le sexe masculin prédomine avec 149 cas (73,7%) contre 53 cas (26,3%) de sexe féminin, le sexe ratio étant de 2,81. Le sexe masculin prédomine dans la plupart des autres études qui ont été réalisées, Thatta Pakistan le sexe ratio est de 1,11 (13), Kanuri District le sexe ratio est de 1,08(19). Par contre, sur une étude réalisée au niveau de Pakistan, le sexe féminin prédomine avec un sexe ratio de 0,88 (10).

Le maximum des cas est noté chez la tranche d'âge 15-24 ans, avec 56 cas (27,7%), le sexe ratio chez cette tranche d'âge est de 3,67.

PPP a permis de diagnostiquer 42% de l'ensemble des malades qui ont été diagnostiqués durant la période d'étude dans la ville de Tétouan, l'expérience qui a été réalisée dans la ville de Kannur India a permis de diagnostiquer

21%(19), 12% sur une autre étude réalisée à l'Inde (15), et 23% dans la ville de Tumkūr sud de l'Inde.

Cela est expliqué par le nombre de cabinets de pneumologues qui est de 8, et par le nombre limité des pneumologues du public qui est de 2 seulement.

Le taux de succès thérapeutique de notre étude est de 94,7%, il est supérieur à celui de l'étude Zafar Fatmi et Al réalisée à dans une zone urbaine de Pakistan et qui a été de 87%(14), ainsi que celle réalisée par Knut Lonroth et Al dans la ville de Mandalay Myanmar(12) et qui a été de 90%, un peu plus élevé que celle de l'étude réalisée par Yodi Mhendradhata et al. au niveau de la ville de Eigten Indonésie(20).

Le taux de létalité de notre étude était de 2,4%, il est élevé par rapport à celui de Abdul Hameed et Al qui a été de 0,8%(9), deux fois plus élevé que celui réalisé par Bhardwaj et Al au niveau de la ville de Bilaspur Inde (21).

Le taux d'échec thérapeutique de notre étude est de 0,4%, les autres études n'ont pas précisé ce taux.

Sur notre étude le taux de dépistage autour des cas était de 23,2% puisque les cabinets privés n'ont réalisé l'enquête qu'autour des 47 malades, et qui a concerné 215 cas, dont 43 (20%) ont été suspects d'une tuberculose. Pour les autres études, le dépistage autour des cas n'a pas été précisé.

**Tableau 14 : tableau comparatif de l'ensemble des cas de tuberculose enregistrés durant la période d'étude.**

forme de tuberculose		PPP-LAT	CDTMR	Délégation de Tétouan	
Forme pulmonaire	Confirmé cliniquement	128	241	376	
	Diagnostiqué cliniquement	19	63	82	
Forme extrapulmonaire	PIT	1	9	10	
	Autres	Confirmé cliniquement	43	9	52
		Diagnostiqué cliniquement	11	215	226
Total		202	544	746	

Dans notre étude, 147 malades atteints de tuberculose pulmonaire ont été enregistrés, ce qui représente 72,7% de l'ensemble des malades. 128 parmi eux ont été confirmés bactériologiquement ce qui représente 63,3% de l'ensemble de l'échantillon, et seulement 19 ont été diagnostiqués cliniquement (9,4%).

Le CDTMR a notifié 304 (55,8%) malades atteints de la tuberculose pulmonaire, dont 241(44,3%) ont été confirmés bactériologiquement, et seulement 63 (11,5%) ont été diagnostiqués cliniquement.

La délégation de Tétouan a notifié 458 malades atteints de la tuberculose pulmonaire (61,3%), 376 parmi eux ont été diagnostiqués bactériologiquement 50,4% et 82 ont été confirmés cliniquement (10,9%)

Un seul malade a été notifiés comme PIT par le PPP ce qui représente 0,4% de l'ensemble des malades notifié, et 9 malades PIT ont été déclarés par la CDTMR (1,6%), au total 10 malades ont été enregistrés par la délégation de Tétouan comme primo-infection tuberculeux ce qui représente 1,3% de l'ensemble des malades notifiés par la délégation de Tétouan.

54 malades de formes extrapulmonaires de tuberculose ont été notifiés par la PPP (26,7%), 43 parmi eux ont été confirmés bactériologiquement, (7,9%) et seulement 11 malades ont été diagnostiqués cliniquement (2%).

La CDTMR a enregistré 204 malades atteints de tuberculose extrapulmonaire ce qui représente 37,5% de l'ensemble des malades, 215 parmi eux ont été diagnostiqués cliniquement (39,5%), et seulement 9 malades ont été confirmés bactériologiquement (1,6%).

Au total la délégation de Tétouan a notifié 278 malades atteints de tuberculose extrapulmonaire ce qui représente 37,2% de l'ensemble des malades, 226 parmi eux ont été diagnostiqués cliniquement (30,2%), et seulement 52 ont été confirmés cliniquement (6,9%).

La majorité des malades notifiés par le PPP et la CDTMR sont situés dans la tranche d'âge entre 15 et 24 ans, le sexe ratio des malades enregistrés par le PPP est de 2,81, le sexe masculin domine aussi dans les malades notifiés par la CDTMR avec un sexe ratio de 1,6.

**Tableau 15 : Comparaison des taux des résultats thérapeutiques entre la CDTMR, le PPP-LAT et la délégation de Tétouan**

	PPP-LAT	CDTMR	TOTAL
Taux de succès thérapeutique	94,5%	86,9%	89%
Taux de létalité	2,4%	1,8%	2%
Taux d'échec	0,4%	0,4%	0,2%
Taux de perdue de vue	0,9%	2,8%	3%
Taux de transfert	1,4%	5,6%	5,6%

Le taux de succès thérapeutique du PPP est de 94,5%, il est supérieur à celui de la CDTMR qui de 86,2%, au total le taux de succès thérapeutique de la délégation de Tétouan est de 89,2%.

Le taux d'échec thérapeutique du PPP est de 0,4%, il est supérieur à celui de la CDTMR, au total le taux d'échec thérapeutique de la délégation de Tétouan est de 0,2%.

Le taux de létalité de PPP est de 2,4%, il est supérieur à celui de la CDTMR qui de 1,3%, le taux de succès thérapeutique de la délégation de Tétouan est de 2%.

Le taux de perte de vue du PPP est de 0,9%, il est inférieur à celui de la CDTMR qui est de 2,8%, le taux de perte de vue de la délégation de Tétouan est de 3%.

1,4% des malades notifiés par le PPP ont été transférés et 5,6% des malades de la CDTMR ont été transférés, au total 5,6 des malades ont été transférés en dehors de la délégation de Tétouan durant la période d'étude.

Le SI du Programme National de Lutte antituberculeuse (PNLAT) repose sur un ensemble de registres et de rapports standardisés, ainsi que sur des formulaires et des fiches qui constituent le dossier médical du patient tuberculeux.

Deux éléments caractérisent le SI du PNLAT : l'approche décentralisée de la tenue des registres ; la collecte périodique (trimestrielle, semestrielle et annuelle) des données, par province/préfecture et par région sanitaire.

Le PPP dans le cadre de la LAT a préparé 3 documents (fiche de déclaration d'un cas de tuberculose, fiche malade, et fiche de livraison d'antibiotiques) ainsi qu'un registre, servant de système d'information supplémentaire entre les cabinets privés et le CDTMR. Ce système a permis une notification exacte des cas, et dans le respect des définitions et recommandations de PNLAT. Seul le délai d'envoi des fiches n'était pas respecté. Les autres études publiées n'ont pas abordé cet axe d'organisation de la prise en charge.

La taille de notre échantillon était inférieure à la taille de la plupart des autres études qui ont été réalisées. Cela est dû à son caractère monocentrique ainsi qu'à sa durée de 12 mois. Une étude multicentrique étalée sur plusieurs années donnerait le plus grand échantillon de la littérature.

Seulement 23,2% des cas ont fait l'objet de la procédure de dépistage autour d'un cas, et dont 20% des cas évalués ont été positifs. A rappeler que le dépistage concerne les PIT et les TPM+

L'initiative de PPP-LAT ainsi que notre étude ont concerné seulement les médecins spécialistes en pneumologie, d'autres pays ont impliqué les médecins généralistes.

# *CONCLUSION*



Le PPP-LAT est une action bénéfique pour le PNLAT.

Le développement d'un système d'information électronique va permettre d'améliorer le délai de déclaration des cas, ainsi qu'une meilleure réactivité vis-à-vis les perdus de vue.

La fourniture des moyens des tests rapides de dépistage de VIH vont permettre une meilleure couverture par ce test.

La généralisation des formations du PNLAT va permettre une meilleure harmonisation des attitudes des praticiens privés.

Sa généralisation va permettre une meilleure prise en charge des malades tuberculeux marocains, et mettant à la disposition du programme des moyens disponibles au secteur privé.

# *RESUME*



## **RESUME**

**Titre:** Partenariat public-privé dans la prise en charge de la tuberculose, l'expérience la délégation de Tétouan.

**Auteur:** Zakaria BAKKALI ISSAOUI

**Mots clés :** la tuberculose–le partenariat public-privé (PPP)–la lutte antituberculeuse (LAT)- la province de Tétouan.

**Introduction:** la tuberculose demeure un problème de santé publique au Maroc. L'implication et le renforcement de la collaboration avec le secteur médical privé constitue une exigence. D'où le lancement des initiatives de partenariat public-privé dans la lutte antituberculeuse (PPP-LAT).

**Objectifs :** Les objectifs de notre travail est L'évaluation de la première année de PPP-LAT de Tétouan, et la formulation de recommandations afin d'optimiser ce partenariat et étudier la possibilité de sa généralisation.

**Matériels et méthodes:** Pendant une période d'une année une surveillance rapprochée a été réalisée aux cabinets médicaux ayant signé la convention, des questionnaires ont été distribués et remplis par ces médecins pour chaque malades tuberculeux, les données ont été notées sur un registre fait spécialement pour cette convention, après on a traduit ces données sur des tableaux pour différencier ces malades selon les données démographiques et les résultats ayant été analysés par rapport à l'ensemble des cas de la ville de Tétouan.

**Résultats :** 202 malades ont été pris en charge dans le cadre de PPP ce qui représente 27% de 746 malades notifiés à la délégation de Tétouan, la majorité des malades ont été de sexe masculin (73,7%) et entre la tranche d'âge 15-24ans (27,7%). Le taux de succès thérapeutique du PPP était de 94,5%, supérieur à celui de la CDTMR qui était de 86,9%, le taux d'abandon 0,9%. , et le taux d'échec thérapeutique était de 0,4%.

**Conclusion:** Le PPP-LAT est une action bénéfique pour le PNLAT. Sa généralisation permettra une meilleure prise en charge des malades tuberculeux marocains et mettant à la disposition du programme des moyens disponibles au secteur privé.

## **ABSRTACT**

**Title** : Private public partnership in the management of tuberculosis, experience delegation of Tetouan

**Author** :Zakaria BAKKALI ISSAOUI

**Keywords** : Tuberculosis- Private public partnership – Antituberculous control - Tetouan province

**Introduction** : Tuberculosis remains a public health problem in Morocco. Involvement and strengthening of collaboration with the private medical sector is a requirement. Hence the launch of public-private partnership initiatives in tuberculosis control (PPP-LAT).

**Objectifs** : The objectives of our work is to evaluate the first year of PPP-LAT in the province of Tetouan and to formulate recommendations in order to optimize this partnership and study the possibility of its generalization.

**Materials and methods** : For a period of one year, close supervision was carried out at the medical offices that signed the agreement, questionnaires were distributed and filled out by these doctors for each tuberculous patient, the data were noted on a register made especially for this convention, These data have been translated into tables to differentiate these patients according to the demographic data and the results have been analyzed in relation to all the cases of the city of Tetouan.

**Results**: 202 patients were treated as PPPs, representing 27% of 746 patients notified to the Tetouan delegation, the majority of the patients were male (73.7%) and between the age group 15 -24 years (27.7%). The therapeutic success rate of the PPP was 94.5%, higher than that of the CDTMR which was 86.9%, the dropout rate 0.9%. , And the rate of treatment failure was 0.4%.

**Conclusion** : The PPP-LAT is a beneficial action for PNLAT. Its generalization will allow better management of Moroccan tuberculosis patients, and making available to the program resources available to the private sector.

## الملخص

**العنوان:** الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص لتدبير داء السل – تجربة مندوبية الصحة بتطوان

**المؤلف:** زكرياء البقالي العيساوي

**الكلمات الأساسية:** داء السل - الشراكة بين القطاع العام والخاص- محاربة داء السل – إقليم تطوان

**المقدمة:** لايزال داء السل إشكالا في الصحة العمومية بالمغرب، فقد استوجب الأمر المشاركة وتعزيز التعاون مع القطاع الخاص، لذلك أطلقت مبادرة الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص في محاربة داء السل.

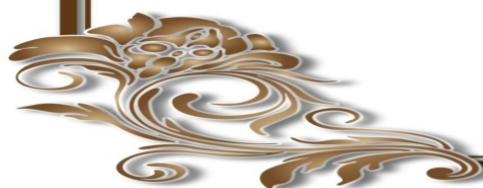
**الأهداف:** تتجلى الأهداف في تقييم السنوات الأولى للشراكة بين القطاع العام والخاص في مكافحة داء السل بإقليم تطوان، وصياغة توصيات لتحسين هذه الشراكة ودراسة إمكانية تعميمها.

**الوسائل والمنهجيات:** أنجزت ملاحظات متقاربة لمدة سنة في العيادات الطبية التي شملتها هذه الشراكة، ووزعت استطلاعات واستبيانات لكل مريض بداء السل ملأها الأطباء، وسجلت المعطيات في سجل خاص بالعيادات الطبية. ثم حولت إلى جداول لتمييز المرضى البيانات الديموغرافية ونتائج العلاج.

**النتائج:** أنجزت هذه الدراسة على 202 مريضا مثلوا 27% من 746 مريضا أبلغ عنهم بمندوبية تطوان. كان معظم المرضى ذكورا بنسبة 73.3%، وتراوح معدل أعمارهم من 15 إلى 24 سنة بنسبة 27.7%، بلغ معدل النجاح العلاجي في هذه الشراكة 94.5% بحيث تجاوز نظيره في مركز تشخيص السل والأمراض التنفسية الذي بلغ 86.9%، أما معدل الهجر فقد بلغ 0.9% بينما استقر معدل الفشل العلاجي في 0.4%.

**الخاتمة:** أبانت الشراكة بين القطاعين العام والخاص عن تأثير إيجابي في محاربة داء السل، لذلك سيتمكن تعميمها من تجويد تدبير مرضى السل المغاربة، بوضع الوسائل البرنامج المتاحة بالقطاع الخاص.

*ANNEXE*



المملكة المغربية



Royaume du Maroc

*Convention de Partenariat entre*  
*le Ministère de la Santé*  
*et*  
*le Collège Syndical National des Médecins*  
*Spécialistes Privés*



## CONVENTION DE PARTENARIAT

**Entre**

**Le Ministère de la Santé**, représenté par Monsieur le Ministre,

**d'une part**

**et le Collège Syndical National des Médecins Spécialistes Privés**, représenté par son Président,

**d'autre part**

- ✚ Vu la Constitution, notamment son préambule et ses articles 31 et 34;
- ✚ Vu le 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 ;
- ✚ Vu les dispositions réglementaires relatives aux attributions et organisation du Collège Syndical National des Médecins Spécialistes Privés;
- ✚ Eu égard aux liens de coopération et de complémentarité existants entre les deux secteurs de santé : publique et privé ;
- ✚ Considérant les orientations stratégiques du Ministère de la Santé axées sur une approche de droit, basées sur trois piliers: la participation ; la transparence et la responsabilité ;
- ✚ Conscients de la nécessité de mutualiser les efforts des deux secteurs de santé pour améliorer la lutte contre la tuberculose au Maroc et pour garantir une meilleure santé de tous les citoyens et citoyennes.
- ✚ Considérant la volonté des parties d'œuvrer conjointement pour le renforcement des actions prioritaires entreprises par le Ministère de la Santé dans ce domaine.

**Les parties susvisées ont convenu de ce qui suit :**

### SECTION I : OBJET DE LA CONVENTION

#### **Article 1 :**

La présente convention fixe les clauses régissant le partenariat entre les parties susvisées en matière de lutte contre la tuberculose au niveau des six régions ciblées, (Grand Casablanca, Tanger-Tétouan, Fès-Boulemane, Rabat-Salé-Zemmour-Zaers, Gharb-Chrarda-Beni-Hssen et Souss-Massa-Daraa) ainsi que leurs engagements respectifs.

#### **Article 2 :**

Les parties signataires à la présente convention expriment leur volonté d'œuvrer et de coopérer conjointement, d'adopter une approche de santé publique, claire dans ses objectifs, précise quant aux moyens mobilisés et évolutive en vue de contribuer ensemble à la lutte contre la tuberculose.

## SECTION II : LES AXES DE COLLABORATION

### Article 3 :

Le partenariat objet de cette convention s'articule autour des axes suivants :

- ✚ Le renforcement des actions de prévention et du dépistage de la tuberculose dans les régions prioritaires suscitées ;
- ✚ L'amélioration de la qualité de prise en charge de la tuberculose conformément aux recommandations nationales ;
- ✚ Le renforcement des activités d'information, d'éducation et de communication auprès des patients tuberculeux et leurs familles ;
- ✚ Le renforcement de la surveillance épidémiologique de la tuberculose ;
- ✚ L'amélioration du dépistage de la tuberculose parmi les sujets contacts.

## SECTION III : ENGAGEMENTS DES PARTIES

### Article 4 : Engagements du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé s'engage, en fonction de ses attributions, des moyens disponibles et conformément à la réglementation en vigueur à :

- ✚ Elaborer des stratégies et des plans d'action de la lutte antituberculeuse ainsi que leur mise en œuvre ;
- ✚ Appuyer techniquement le Collège Syndical en matière d'information relative au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose ;
- ✚ Elaborer des modules de formation au profit des médecins partenaires;
- ✚ Elaborer et mettre en place des outils de communication et des guides pour le dépistage et l'orientation des tuberculeux vers les services spécialisés ;
- ✚ Garantir la disponibilité gratuite des antibacillaires pour la prise en charge des malades;
- ✚ Mettre à la disposition du Collège Syndical les moyens humains et logistiques disponibles et utiles à la mise en œuvre des actions de partenariat ciblées par cette convention ;
- ✚ Contribuer activement à l'exécution et à la mise en œuvre des clauses de cette convention.

### Article 5 : Engagements du Collège Syndical National des Médecins Spécialistes Privés

Le Collège Syndical National des Médecins Spécialistes Privés s'engage en fonction de ses attributions, des moyens disponibles et conformément à la réglementation en vigueur à :

- ✚ Sensibiliser et encadrer les médecins spécialistes privés concernés pour une participation active à la réalisation des objectifs du Ministère de la Santé en matière de prise en charge des malades atteints de tuberculose ;
- ✚ Respecter les protocoles thérapeutiques arrêtés par le Programme National de Lutte Antituberculeuse ;

- ✚ Informer les médecins membres du Collège Syndical que les antibacillaires doivent être délivrés gratuitement aux malades atteints de tuberculose et mettre en place des mécanismes de suivi pour garantir cette gratuité ;
- ✚ Tenir un système d'information adéquat pour la traçabilité des anti- bacillaires ;
- ✚ Assurer la coordination avec les médecins pneumo-phthisiologues des centres de diagnostic de la Tuberculose des différentes provinces et préfectures cibles de ces interventions ;
- ✚ Veiller à ce que les médecins spécialistes privés concernés respectent les règles de bonnes pratiques en matière de prise en charge ;
- ✚ Veiller à ce que les médecins spécialistes privés communiquent aux périodes fixées aux Délégations du Ministère de la Santé la liste des malades pris en charge en vertu de la présente convention.

#### **SECTION IV : DISPOSITIONS COMMUNES**

##### **Article 6 : Comités de suivi**

Les parties signataires mettent en place un comité de suivi qui sera chargé :

- ✚ D'assurer le suivi et l'évaluation de la coopération entre les parties signataires ;
- ✚ De veiller au suivi et à la bonne exécution des clauses de la présente convention et éventuellement d'entreprendre des mesures correctives pour sa réussite,
- ✚ D'étudier tout différend résultant de l'exécution ou de l'interprétation des clauses de la présente convention.

Le comité de suivi est composé des membres suivants :

- ✚ Le Directeur de la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies,
- ✚ Le Président du Collège Syndical National des Médecins Spécialistes Privés ou son remplaçant,
- ✚ Le Chef de la Division de l'Approvisionnement,
- ✚ Un membre du bureau du Collège Syndical,
- ✚ Le Chef de la Division des Maladies Transmissibles,
- ✚ Le Chef de Service des Maladies Respiratoires.

Ce comité de suivi est coprésidé par le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies et le Président du Collège Syndical National des Médecins Spécialistes Privés. Il devra se réunir obligatoirement une fois par an et chaque fois que la situation l'exigera.

Les réunions doivent se faire en dehors des horaires de travail, pour ne pas, empiéter sur l'activité libérale des médecins. Les réunions ne devront pas dépasser les 45 minutes. Le comité peut s'adjoindre, au besoin, toute personne dont la présence est jugée utile.

##### **Article 7:**

Les parties signataires, désigneront les membres du Comité de Suivi.

##### **Article 8 :**

Un plan d'action précisant les activités, les moyens et le calendrier de leur exécution sera établi en concertation avec les parties signataires de la convention.

Ce plan d'action précisera également les mesures et les moyens à mettre en œuvre par chacune des parties ainsi que les résultats attendus.

**Article 9:**

Nonobstant les engagements qui naissent de la présente convention, chacune des parties conserve sa personnalité juridique et demeure régie par les lois et règlements qui lui sont propres.

**Article 10 :**

Toute modification ou ajout doit faire l'objet d'un avenant signé entre les parties et prendra effet après son approbation par les différents signataires.

**Article 11 : Durée de la convention**

La présente convention entre en vigueur à compter de sa signature par les parties contractantes. Elle est établie pour une durée illimitée, sauf dénonciation explicite par l'une ou l'autre des parties signataires.

**Article 12 : Règlement des litiges**

Tout différend pouvant naître de l'exécution de la présente convention ou de l'interprétation de ses dispositions sera réglé à l'amiable par voie d'entente directe entre les partenaires. Le comité mentionné à l'article 6 se charge de proposer des solutions amiables à la résolution des litiges pouvant découler de l'exécution des dispositions de la présente convention;

**Article 13 : Résiliation de la convention**

La résiliation peut se faire après consensus des parties signataires ou unilatéralement moyennant un préavis de trois mois.

**Article 14 : Application**

Les parties signataires sont solidairement chargées de l'application des dispositions de la présente convention.

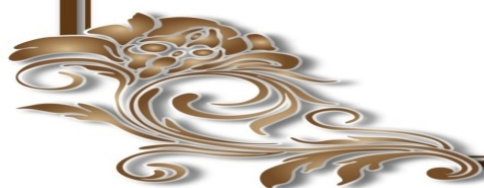
Fait à Casablanca, le 23 octobre 2013

Ministère de la Santé  
Le Ministre de la Santé  
El Houssaine LOYARDI

Collège Syndical National des Médecins  
Spécialistes Privés

Collège Syndical National  
des Médecins Spécialistes Privés  
120, Boulevard Moulay Idriss 1er  
Tél: 022 86 41 01/Fax: 022 86 41 05

# *REFERENCE*



- [1] Santé Mdl. Situation Epidémiologique de la Tuberculose au Maroc –  
Année 2015. 2016 11-11-  
2016:[http://www.sante.gov.ma/Documents/2016/03/Situation\\_%C3%A9pidimio\\_de\\_la\\_TB\\_au\\_Maroc\\_5%20Fr%20V%20%20%20mars.pdf](http://www.sante.gov.ma/Documents/2016/03/Situation_%C3%A9pidimio_de_la_TB_au_Maroc_5%20Fr%20V%20%20%20mars.pdf)  
français
- [2] Louardi PEH.  
2016:[http://ccm.tanmia.ma/plans/Plan\\_National\\_de\\_Lutte\\_Ainti\\_Tuber\\_culose\\_2013-6.pdf](http://ccm.tanmia.ma/plans/Plan_National_de_Lutte_Ainti_Tuber_culose_2013-6.pdf) français
- [3] Bordeleau C. Building State Infrastructure Privately: Carleton University Ottawa; 2014.
- [4] Mazouz B. Les aspects pratiques des partenariats public-privé. Revue française d'administration publique. 2009 (2):215-32.
- [5] Yaya HS, Sanni H. Les partenariats privé-public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique: ancrages théoriques et influences conceptuelles. La Revue de l'innovation dans le secteur public. 2005;10(3).
- [6] Belhocine N, Mazouz B. Les partenariats public-privé. Telescope; 2005.
- [7] Mazouz B, Facal J, Viola JM. Public-private partnership: Elements for a project-based management typology. Project Management Journal. 2008;39(2):98-110.

- [8] Mallett W. Public-private partnerships in highway and transit infrastructure provision: Congressional Research Service; 2008.
- [9] Hameed A, Yahya M, Kumar R. An Audit of Tuberculosis from a Private Hospital in Karachi. *Pakistan Journal of Chest Medicine*. 2015;16(4).
- [10] Naqvi S, Naseer M, Kazi A, Pethani A, Naeem I, Zainab S, et al. Implementing a public-private mix model for tuberculosis treatment in urban Pakistan: lessons and experiences. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2012;16(6):817-21.
- [11] Yellappa V, Battaglioli T, Gurum S, Narayanan D, Van der Stuyft P. Private practitioners' contributions to the Revised National Tuberculosis Control Programme in a South Indian district. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2016;20(5):659-65.
- [12] Maung M, Kluge H, Aye T, Maung W, Noe P, Zaw M, et al. Private GPs contribute to TB control in Myanmar: evaluation of a PPM initiative in Mandalay Division. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2006;10(9):982-7.
- [13] Ahmed J, Ahmed M, Laghari A, Lohana W, Ali S, Fatmi Z. Public private mix model in enhancing tuberculosis case detection in District Thatta, Sindh, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2009;59(2):82-6.

- [14] Pethani A, Zafar M, Khan AA, Sana UR, Ahmed S, Fatmi Z. Engaging general practitioners in public–private mix tuberculosis DOTS program in an urban area in Pakistan need for context-specific approach. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2013;1010539513483828.
- [15] Lal S, Sahu S, Wares F, Lönnroth K, Chauhan L, Uplekar M. Intensified scale-up of public-private mix: a systems approach to tuberculosis care and control in India. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2011;15(1):97-104.
- [16] Chakaya J, Uplekar M, Mansoer J, Kutwa A, Karanja G, Ombeka V, et al. Public-private mix for control of tuberculosis and TB-HIV in Nairobi, Kenya: outcomes, opportunities and obstacles. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2008;12(11):1274-8.
- [17] Saw S, Manderson L, Bandyopadhyay M, Sein TT, Mon MM, Maung W. Public and/or private health care: Tuberculosis patients' perspectives in Myanmar. *Health Research Policy and Systems*. 2009;7(1):1.
- [18] Daniel O, Adedeji Adejumo O, Abdur-Razzaq H, Ngozi Adejumo E, Salako A. Public-private mix for TB and TB-HIV care in Lagos, Nigeria. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2013;17(9):1195-8.

- [19] Kumar M, Dewan P, Nair P, Frieden T, Sahu S, Wares F, et al. Improved tuberculosis case detection through public-private partnership and laboratory-based surveillance, Kannur District, Kerala, India, 2001–2002. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2005;9(8):870-6.
- [20] Mahendradhata Y, Lestari T, Probandari A, Indriarini LE, Burhan E, Mustikawati D, et al. How do private general practitioners manage tuberculosis cases? A survey in eight cities in Indonesia. *BMC research notes*. 2015;8(1):1.
- [21] Bhardwaj R, Oeltmann J, Ravichandra C, Chadda V, Das M, Kumar A. Engaging private providers and Ayurvedic practitioners in Bilaspur, India: did it increase TB case detection? *Public Health Action*. 2016;6(2):154-6..
- [22] EPEC. Cadre institutionnel & Unités de PPP. France: EPEC; Avril 2012. Consulté le 12/4/2014 à l'URL: [http://www.economie.gouv.fr/files/directions\\_services/ppp/monographie\\_ep ec.pdf](http://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/ppp/monographie_ep ec.pdf)
- [23] Flo F, Smith A. Guide du partenariat. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada: 2000; No de cat. MP43-373/1-2000F; ISBN : 0-662-84632-X. Consulté le 1/2/2014 sur le site Web de DRHC au <http://www.hrdc-drhc.gc.ca/common/partnr.shtml>

- [24] Commission Économique des Nations Unies pour l'Europe. Recueil de bonnes pratiques permettant de promouvoir un développement fondé sur le savoir publication des Nations Unies. 2008; Numéro de vente: 08.II.F.17. ISBN: 978-92-1-216505-9. Consulté le 4/1/2014 à l'URL: [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/kbd\\_f.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/kbd_f.pdf)
- [25] Mazouz, B. Partenariat public-privé dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.). *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*. 2012. Consulté le 1/04/2014 à l'URL: [www.dictionnaire.enap.ca](http://www.dictionnaire.enap.ca)
- [26] Elmoustaqim M. Le Partenariat Public Privé: Cadre propice pour le développement du dialogue Public-Privé (Atelier de travail sur le dialogue public-privé). Direction des Entreprises Publiques et de la privatisation. Ministère de l'Economie et des Finances, Royaume du Maroc 2012
- [27] Secrétariat du gouvernement. Déclinaison des dispositions de la nouvelle Constitution. Maroc; 2013. Consulté à l'URL: <http://www.sgg.gov.ma>
- [28] Blanken A. et Dewulf G. PPPs in health: Static or Dynamic? *Australian Journal of Public Administration*. 2010; Vol.69, n° 1: 35-47.
- [29] OMS. Rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale: Rapport du Directeur général.18 janvier 2013. EB132/5 Add.5. Consulté le 3/3/2014 à l'URL: [www.who.int](http://www.who.int)

- [30] OCDE. Recommandation du Conseil sur les Principes applicables à la gouvernance publique des Partenariats public-privé. Éditions OCDE, Paris: 2012 mai. Consulté le 4/1/2014 à l'URL: <http://www.oecd.org/fr/gov/budgetisation/PPPRecommandation.pdf>
- [31] Aloui O. Workshop de la compétitivité: Pour une meilleure gouvernance locale quels partenariats public-privé ? La revue *Economia* [en ligne]. 2009 février–mai; [consulté le 22/02/2014]; n°5. [121-130]. Consulté à l'URL: <http://www.cesem.ma>
- [32] Belhocine N, Facal J, Mazouz B. Les partenariats public-privé: une forme de coordination de l'intervention publique à maîtriser par les gestionnaires d'aujourd'hui. *Télescope*. 2005 février; vol. 12, no 1: 2-14. Consulté le 12/03/2014 à l'URL: <http://www.cairn.info>
- [33] Mazouz B, Belhocine N. Chap7: Gérer l'interface politique, organisationnelle et économique des PPP, in Bois clair M, Dallaire L, dir. *Les défis du partenariat dans les administrations publiques*, Un regard systémique – Théorie et pratique. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2008.p.page 175-200.
- [34] Belghiti Aloui A, Jroni S, Ghoulbzouri. Rôle des arrangements contractuels dans le développement du système de santé cas du Maroc, avril 2004.
- [35] (Support pédagogique du cours du PPP de l'ENSP de Hani et Mouafak S., 2013).

- [36] Guettaf L, Foudi B. La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain. Revue des Sciences Humaines; 28-déc-2013. N°44. Université Mohamed Khider Biskra. Algerie : 2011. Consulté le 2/4/2014 à l'URL: <http://www.hdl.handle.net/123456789/355>.
- [37] Banque Mondiale. chap2: Observations tirées de nos recherches sur la collaboration. Partenariats pour la Santé comment l'Etat collabore avec le secteur privé pour améliorer la santé en Afrique. 2011; 31-61.consulté le 4/1/2014 à l'URL: <http://www.wbginvestmentclimate.org>
- [38] Direction des hôpitaux et des soins ambulatoire. Statistique relatif aux listes d'attentes. Ministère de la santé; 2014

# *Serment d'Hippocrate*

**Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.**

- **Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.**
- **Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.**
- **Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.**
- **Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.**
- **Les médecins seront mes frères.**
- **Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.**
- **Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.**
- **Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**
- **Je m'y engage librement et sur mon honneur.**

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لمخدمة الإنسانية .
  - وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
  - وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريضني هدي في الأول .
  - وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
  - وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
  - وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
  - وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
  - وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
  - وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
  - بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .
- والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط  
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 40

سنة: 2017

**الشراكة بين القطاع العام والخاص  
لمحاربة داء السل  
تجربة مندوبية الصحة بتطوان**

**أطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم: .....

من طرف

**السيد: زكرياء البقالي الحساوي**

المزاد في 09 أبريل 1991 بوادي لارو

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

**الكلمات الأساسية:** داء السل - الشراكة بين القطاع العام والخاص - محاربة داء السل - إقليم تطوان.

**تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة**

رئيس

السيد: جمال الدين بورقادي

أستاذ في أمراض الصدر والسل

مشرف

السيدة: كريمة مارك

أستاذة في أمراض الصدر والسل

أعضاء

السيدة: رشيدة الزهراوي

أستاذة في أمراض الصدر والسل

السيدة: منى الصوالحي

أستاذة في أمراض الصدر والسل