



AGENCE ESPAGNOLE DE LA COOPERATION INTERNATIONALE AU
DEVELOPPEMENT

PROJET « RENFORCEMENT DE LA PERFORMANCE DES SOINS DE SANTE
PRIMAIRE AU MAROC » (DOSSIER N° 2013/SPE/0400159)

Marché négocié n°12/DHSA/2016

Passé en vertu des dispositions de l'alinéa 2 §1 de l'article 16 et l'alinéa 3§3 de l'article 17 et conformément aux articles 84.85 et 86 du décret n°2.12.349 du 08 jounada I 1434 (20 mars 2013) relatif aux marchés publics

Ayant pour objet :

**Le renforcement des compétences des intervenants dans les soins de santé primaires
(accompagnement, formation, benchmark, échange et stages.)**

Lot unique

Exercice 2016

Marché négocié N° 12/DHSA/2016/ AVERROES

Marché négocié passé suite à l'appel d'offres N° 05/DHSA/2016, en vertu des dispositions de l'alinéa 2 §1 de l'article 16 et l'alinéa 3§3 de l'article 17 du décret n° 2-12-349 du 08 jourmada i 1434 (20 mars 2013) relatif aux marchés publics.

E N T R E

Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, représenté par Dr.BOUDAK AHMED, désigné ci-après par le terme « maître d'ouvrage ».

D'une part

ET

Dr. Joan Carles March Cerdà, Directeur agissant au nom et pour le compte de Escuela Andaluza de Salud Publica, Société Anonyme. EN vertu des pouvoirs qui lui sont conférés.

Capital : 1 655 500.00 €

CNSS (Espagne) sous n°: 18112691071

Registre de commerce de granada, Espagne sous n° : A-18049635

N° Tel + 34 958 027 400 N° du Fax + 34 958 027 503 .

Adresse du siège social de la société Campus universitario de cartuja, Cuesta del observatorio 4, Granada 18080, Espagne.

Adresse du domicile élu Campus universitario(Espagne) Cuesta del observatorio 4 granada 18080, Espagne.

Compte bancaire numéro :ES92 0182 5695 8302 0200 0009- ouvert au nom de la société Banco Bilbao Vizcaya Aregenetria, Argentaria

Désigné ci-après par le terme « Prestataire »

D'autre part

Chapitre I

Clauses Administratives et Financières



ARTICLE 1 : OBJET DU MARCHE NEGOCIE

Le présent marché négocié a pour objet **le renforcement des compétences des intervenants dans les soins de santé primaires (accompagnement, formation, benchmark, échange et stages)**, et ce conformément au chapitre II « termes de références » et aux des spécifications du présent marché négocié.

Le présent marché négocié s'élève à la somme de : 2 364 880.00 dhs HT (deux millions trois cent soixante quatre mille huit cent quatre vingt dirhams hors taxes.

ARTICLE 2 : MODE ET PROCESSUS DE PASSATION DU MARCHE NEGOCIE

Le marché négocié est passé suite à l'appel d'offre N°05/DHSA/2016 en application des dispositions de l'alinéa 2 §1 de l'article 16 et l'alinéa 3 §3 de l'article 17 du décret n°2-12-349 du 08 Jounada I 1434 (20 Mars 2013) relatif aux marchés publics.

ARTICLE 3 : MAITRE D'OUVRAGE

Le maître d'ouvrage du marché négocié, est le Ministère de la santé représentée par la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, désignée ci-après par « Maître d'Ouvrage ».

ARTICLE 4 : FINANCEMENT ET MODALITE D'EXECUTION :

- Le financement est assuré par une subvention financière globale allouée par l'AECID,
- Le contrat avant sa signature, doit être approuvée préalablement par l'AECID,
- Conformément à l'article 10 du protocole administratif les dépenses qui découlent de la convention ne sont pas soumises aux impôts, taxes et droits de douane prévus par la législation Marocaine.
- Le présent marché est exonéré de la TVA.

ARTICLE 5 : CONSISTANCE DU MARCHE NEGOCIE

La mission du titulaire du marché négocié consiste à :

1. Domaine d'intervention 2.2 Développement d'un système d'échanges et de partage d'expériences chez les futurs lauréats du diplôme de santé de la famille santé/communautaire

Organier et accompagner des étudiants du master en médecine de famille/communautaire à l'ENSP dans des visites de benchmark à des services de santé de premier niveau dans des pays ayant une expérience reconnue dans le domaine de médecine de famille pour leurs permettre d'observer la pratique de la médecine de famille et de s'entretenir avec leurs homologues praticiens.

Cette activité intéressera 35 participants pour 7 jours de visite.

2. Domaine d'intervention 2.3, Renforcement des compétences des enseignants de l'ENSP et des tuteurs

Organiser et accompagner les enseignants et les tuteurs de l'ENSP pour des visites de benchmark au niveau d'institution de formation en médecine de famille les mieux adaptées ayant une expérience reconnue dans ce domaine pour leur permettre de prendre connaissance du programme de formation ainsi que de l'organisation et du fonctionnement de ces institutions.

Cette activité concernera 11 enseignants/tuteurs de l'ENSP pour 7 jours de visite.

3. Domaine d'intervention 3.3, Benchmark et échange d'expérience des responsables des ESSP

Organier et accompagner des professionnels des établissements de soins de santé primaires, dans des visites de benchmark au niveau des services de santé de premier niveau dans des pays ayant une longue tradition dans la pratique de médecine de famille dans leur système de santé public pour leurs permettre d'observer la pratique de la médecine de famille et de s'entretenir avec leurs homologues praticiens.

Cette activité intéressera 35 participants pour 7 jours de visite.

4. Domaine d'intervention 4.1, Renforcement des compétences des enseignants ISPITS

Organiser et accompagner les responsables pédagogiques et gestionnaires des ISPITS dans des visites de benchmark au niveau des établissements de formation en sciences infirmières et des établissements de soins de santé primaires dans des pays reconnus pour leur expérience dans le développement de la formation universitaire en sciences infirmières avec de préférence un système Licence/Master/Doctorat.

Pour chacun des modules le titulaire du marché doit assurer la logistique nécessaire et doit procéder à la rédaction des Documents relatant le déroulement des visites et les rapports sur le justifiant les résultats escomptés.

Pour chacun des modules le titulaire du marché doit assurer la logistique nécessaire et doit procéder à la rédaction des Documents relatant le déroulement des visites et les rapports sur le justifiant les résultats escomptés.

Cette activité concerne 22 participants pour 7 jours de visite

Ces documents et rapports sont délivrés au maître d'ouvrage Sous formes de documents détaillés en dix (10) exemplaires et de fichiers informatiques (CD-Rom).

La Réalisation des prestations doivent se conformer aux termes de référence du chapitre II du présent CPS, à l'offre technique présenté par le titulaire, ainsi qu'au planning et au compte rendu établi en commun accord entre le maître d'ouvrage et le titulaire du marché conformément à l'article 8.2 du règlement de la consultation.

ARTICLE 6 : TEXTES APPLICABLES

Les parties contractantes sont soumises aux dispositions des textes suivants :

1. Le décret n° 2-12-349 du 08 JOURADA I 1434 (20 Mars 2013) relatif aux marchés publics ;
2. Le décret royal n°330-66 du 10 Moharrem 1387 (21 avril 1967) portant règlement général de la comptabilité publique tel qu'il a été modifié et complété ;
3. Le Décret n°2-01-2332 du 22 Rabii 1423 (4Juin 2002) approuvant le cahier des clauses administratives générales applicables aux marchés de service portant sur les prestations d'études et de maîtrise d'œuvre passés pour le compte de l'Etat ;
4. Le Décret n° 2-07-1235 du 05 Kaada 1429 (04 Novembre 2008) relatif au Contrôle des Engagements de Dépenses de l'Etat ;
5. Dahir n° 1-15-05 du 29 rabii II 1436 (19 février 2015) portant promulgation de la loi n° 112-13 relative au nantissement des marchés publics.
6. Circulaire n°72/ CAB du 26 novembre 1992 d'application du dahir n°1-56-211 du 11 décembre 1956 relative aux garantie pécuniaire des soumissionnaires et adjudicataires de marchés publics ;
7. Code général des impôts relatif à la TVA ;
8. Le décret n° 2-03-703 du 18 Ramadan 1424 (13 novembre 2003) relatif au délai de paiement et aux intérêts moratoires en matière de marchés de l'Etat ;
9. Le dahir n°1-00-91 du 15 février 2000 portant promulgation de la loi n°17-97 sur la protection de la propriété intellectuelle ;
10. Tous les textes législatifs et réglementaires concernant l'emploi, les salaires de la main d'œuvre particulièrement le décret royal n°2-73-685 du 12 Kaada 1393 (08 Décembre 1973) portant revalorisation du salaire minimum dans l'industrie, le commerce, les professions libérales et l'agriculture ;
11. Décret n°2.14.272 du 24 Avril 2014 relatif à l'avance.
12. Tous les textes réglementaires ayant trait aux marchés de l'Etat rendus applicables à la date de signature du marché.



Le prestataire de service devra se procurer ces documents s'il ne les possède pas et ne pourra en aucun cas exciper de l'ignorance de ceux-ci et se dérober aux obligations qui y sont contenues.

ARTICLE 7: PIECES CONSTITUTIVES DU MARCHE NEGOCIE

Les pièces constitutives du marché sont celles énumérées ci-après:

- ✓ L'acte d'engagement ;
- ✓ Le présent marché négocié;
- ✓ Le bordereau du prix détail estimatif,
- ✓ L'offre technique
- ✓ Le CCAG-EMO.

En cas de contradiction ou de différence entre les pièces constitutives du marché, ces pièces prévalent dans l'ordre où elles sont énumérées ci-dessus.

ARTICLE 8 : CAUTIONNEMENT PROVISOIRE ET CAUTIONNEMENT DEFINITIF

Le montant du cautionnement provisoire est fixé à : **35.000,00 dirhams**

Le montant du cautionnement définitif est fixé à **3%** (trois pour cent) du montant initial du marché et sera constitué dans les trente (**30**) jours qui suivent la notification de l'approbation du marché, la somme étant arrondie à la dizaine de dirhams supérieure.

Le cautionnement définitif est restitué, sauf les cas d'application de l'article 52 du CCAG-EMO, et le paiement de la retenue de garantie est effectué ou bien les cautions qui les remplacent sont libérées à la suite d'une mainlevée délivrée par le maître d'ouvrage dans un délai maximum de trois(3) mois suivant la date de la réception définitive des prestations dans les conditions prévues à l'article 49 du CCAG-EMO.

Le cautionnement provisoire ou le cautionnement définitif peuvent être remplacés par des cautions personnelles et solidaires s'engageant avec le concurrent ou le titulaire à verser à l'Etat, jusqu'à concurrence de garantie stipulées au marché négocié, les sommes dont il viendrait à être reconnu débiteur envers l'Etat à l'occasion des marchés.

Les cautions personnelles et solidaires doivent être choisies parmi les établissements agréés à cet effet par le Ministère chargé des Finances.

ARTICLE 9 : ORDRE DE SERVICE

Le marché négocié prendra effet à compter de la date fixée par l'ordre de service prescrivant le commencement des prestations.

- 1- Les ordres de service sont écrits. Ils sont signés par le maître d'ouvrage et ils sont datés, numérotés et enregistrés.
- 2- Les ordres de service sont établis en deux exemplaires et notifiés au titulaire ; celui-ci renvoie immédiatement au maître d'ouvrage l'un des deux exemplaires après l'avoir signé et y avoir porté la date à laquelle il l'a reçu, et ce dans un délai maximum de huit (8) jours à compter de la date de réception de l'ordre de service.
- 3- Le titulaire doit se conformer strictement aux ordres de service qui lui sont notifiés.
- 4- Le titulaire se conforme aux changements qui lui sont prescrits pendant l'exécution du marché, mais seulement lorsque le maître d'ouvrage les ordonne par ordre de service et sous sa responsabilité. Il ne lui est tenu compte de ces changements qu'autant qu'il justifie de cet ordre de service pris dans le cadre de l'article 36 du CCAG-EMO.
- 5- Les notifications peuvent être faites par courrier porté contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception.
- 6- Si le titulaire refuse de recevoir notification des ordres de service ou d'en donner récépissé ou ne renvoie pas l'un des deux exemplaires de l'ordre de service dans le délai prévu au paragraphe 2 du présent article, il est dressé un procès-verbal de carence par le maître d'ouvrage.
- 7- En cas de groupement, les notifications sont faites au mandataire qui a, seul, qualité pour présenter des réserves au nom du groupement.
- 8- Lorsque le titulaire estime que les prescriptions d'un ordre de service dépassent les obligations de son marché, il doit, sous peine de forclusion, en présenter l'observation écrite et motivée au maître



- d'ouvrage dans un délai de dix (10) jours à compter de la date de notification de cet ordre de service. La réclamation ne suspend pas l'exécution de l'ordre de service à moins qu'il
- 9- en soit ordonné autrement par le maître d'ouvrage. Si le maître d'ouvrage donne raison au titulaire, il est fait application des dispositions des articles 36 et/ou 45 du CCAG-EMO.

ARTICLE 10 : APPROBATION DU MARCHE

Le marché négocié ne sera valable, définitif et exécutoire qu'après la notification de son approbation par l'autorité compétente.

L'approbation du marché doit intervenir avant tout commencement d'exécution des prestations relatives à l'objet du marché.

ARTICLE 11 : DELAI DE NOTIFICATION DE L'APPROBATION

En application de l'article 153 du décret n°2-12-349, l'approbation du marché négocié doit être notifiée à l'attributaire, dans un délai maximum de **SOIXANTE QUINZE JOURS** (75) jours, à compter de la date d'ouverture des plis. Dans le cas où le délai de validité des offres est prorogé conformément à l'article 33 dudit décret n°2-12-349, le délai d'approbation visé au premier est majoré d'autant de jours acceptés par l'attributaire du marché.

Si la notification de l'approbation n'est pas intervenue dans ce délai, l'attributaire est libéré de son engagement vis-à-vis du maître d'ouvrage. Dans ce cas, main levée lui est donnée, à sa demande, de son cautionnement provisoire.

Lorsque le maître d'ouvrage décide de demander à l'attributaire de proroger la validité de son offre, il doit, avant l'expiration du délai visé à l'alinéa ci-dessus, lui proposer par lettre recommandée avec accusé de réception, par fax confirmé ou par tout autre moyen de communication donnant date certaine, de maintenir son offre pour une période supplémentaire ne dépassant pas trente (30) jours. L'attributaire doit faire connaître sa réponse dans un délai de dix (10) jours à compter de la date de réception de la lettre du maître d'ouvrage.

En cas de refus de l'attributaire, main levée lui est donnée de son cautionnement provisoire.

Dans tous les cas, il est fait application des prescriptions de l'article 153 du décret n°2-12-34.

ARTICLE 12: ASSURANCES

Dans les trois semaines qui suivent la notification de l'approbation du marché négocié, le titulaire est tenu de contracter une assurance auprès d'une entreprise d'assurance agréée par le Ministre chargé des finances couvrant, dès le début de l'exécution du marché et pendant toute la durée de celui-ci, les risques inhérents à l'objet du présent cahier des charges et ce, conformément aux dispositions de l'article 20 du CCAG-EMO.

Le Titulaire doit, avant de commencer l'exécution des prestations, fournir au Maître d'ouvrage une attestation d'assurance couvrant de tels risques.

ARTICLE 13: REALISATION DES PRESTATIONS

Après la notification de l'ordre de service, le maître d'ouvrage et l'attributaire du marché négocié arrêteront, en commun accord dans un délai de 10 jours à partir de la date fixée par l'ordre de service, un rapport de démarrage relatif à l'exécution des prestations du marché contenant notamment :

- ✓ le planning de formation et de stage
- ✓ les lieux de visite et stage
- ✓ les délais de dépôt des livrables
- ✓ l'identification de la ou les personnes interlocuteurs entre l'attributaire du marché et l'administration (l'interlocuteur doit être installé à Rabat, Maroc)
- ✓ les profils des membres du comité de suivi de l'exécution des prestations ainsi que les échéances de réunion dudit comité.

Toutefois le maître d'ouvrage se réserve le droit d'arrêter les plannings d'exécution dans le temps et dans l'espace tout en restant compatible avec la nécessité de service.

Lors de la réalisation de prestations, l'attributaire signalera la contribution de l'AECID et du Ministère de la Santé à la réalisation des activités à travers les logos et la mention expresse : Projet « Renforcement des soins de santé primaires au Maroc » subventionné par l'AECID (code : SPE13/0400159). Cette information doit aussi apparaître dans les matériaux graphique, publications, rapports, et tout document élaboré.

NB : Il n'est pas autorisé de changer les consultants proposés par le soumissionnaire dans l'offre technique, sauf en cas de force majeur. Dans ce cas, tout changement de consultant ne peut se faire qu'avec un autre à qualification au moins équivalente, sans changement de prix et avec l'avis favorable de l'administration.

ARTICLE 14 : LIEU D'EXECUTION DU MARCHE NEGOCIE

Au niveau des sites proposés par l'attributaire du marché et validé par l'administration.

NB : le changement des sites ciblés par le maître d'ouvrage peut être réalisé par des échanges d'écrits entre celui-ci et le titulaire du marché négocié.

ARTICLE 15: DELAI D'EXECUTION ET DUREE DU MARCHE NEGOCIE

La durée du marché négocié est de **12 mois**, ce délai prendra effet à compter de la date fixée par l'ordre de service prescrivant le commencement des prestations.

ARTICLE 16: PRESENTATION DES RAPPORTS

Le titulaire est tenu de remettre au maître d'ouvrage les documents relatant le déroulement des visites et les rapports illustrant les objectifs atteints dans les formes, les délais et les quantités prévus aux termes de références (chapitre II), conformément à l'offre technique et au rapport de démarrage.

Les documents doivent signés par le titulaire et doivent parvenir au bureau de l'administration (maître d'ouvrage) dans les délais et les formes exigés par le présent marché.

ARTICLE 17: MODALITES DE VERIFICATION DES PRESTATIONS ET D'APPROBATION DES RAPPORTS

17.1 Le maître d'ouvrage ou les personnes désignées par lui se réservent le droit de contrôler à tout moment :

- La qualité et la bonne marche des prestations exécutées ; aussi bien au niveau central qu'au niveau déconcentré.
- La conformité du profil du personnel affecté avec les propositions contenues dans l'offre sur la base des critères requis;
- Le respect du calendrier arrêté en commun accord avec l'administration.

17.2 Les prestations faisant l'objet du marché sont soumises à des vérifications destinées à constater qu'elles répondent aux stipulations prévues dans le marché. Ces vérifications sont effectuées par le maître d'ouvrage suivant les modalités du présent marché négocié

17.3. Le titulaire avise par écrit le maître d'ouvrage de la date à laquelle les prestations, objet du présent marché, seront réalisées en vue de ces vérifications

17.4. A compter de la date de la remise des rapports, documents ou produits, le maître d'ouvrage dans un délai de 10 jours calendaires:

- ✓ Soit accepter le ou les rapports, documents ou produit sans réserve ;
- ✓ Soit inviter le titulaire à procéder à des corrections ou améliorations pour les rendre conformes aux exigences du contrat et aux règles de l'art.
- ✓ Soit, le cas échéant, prononcer un refus motivé du ou des rapports, documents ou produit pour insuffisance grave dûment justifiée.

Si le maître d'ouvrage invite le titulaire à procéder à des corrections ou des améliorations, celui-ci dispose de 05 jours calendaires pour remettre le ou les rapports en sa forme définitive.

- ✓ En cas de refus pour insuffisance grave, le titulaire est tenu de soumettre à l'approbation du maître d'ouvrage un nouveau rapport, et la procédure décrite ci-dessus est réitérée, et ce sans préjudice de l'application éventuelle des dispositions de l'article 30 ci-dessous.

✓ Dans tous les cas, les frais de reprise du rapport, sont entièrement à la charge du titulaire.

17-5. L'approbation par le maître d'ouvrage des rapports, document ou produits remis par le titulaire vaut attestation de leur conformité au regard des prescriptions du marché.

Cette approbation ne dégage pas le titulaire du marché de sa responsabilité contractuelle telle qu'elle résulte des clauses du présent marché négocié.

17-6. Le dépassement par le maître d'ouvrage du délai fixé pour l'approbation du rapport donne lieu à un ajournement de l'exécution du marché tel que prévu à l'article 27 du CCAG-EMO.

ARTICLE 18 : AJOURNEMENT DE L'EXECUTION DU MARCHE NEGOCIE

1- Le maître d'ouvrage peut à tout moment prescrire, par ordre de service motivé, l'ajournement de l'exécution du marché négocié ou de l'une de ses phases d'exécution.

2- Lorsque le délai d'ajournement dépasse 6 mois, le titulaire a droit à la résiliation du marché s'il la demande par écrit au maître d'ouvrage sans qu'il puisse prétendre à aucune indemnité. La demande de résiliation n'est recevable que si elle est présentée dans un délai de 30 jours à partir de la date de notification de l'ordre de service prescrivant l'ajournement de l'exécution des prestations pour plus de 6 mois.

3- En cas d'ajournements successifs dont le cumul dépasse 6 mois, le délai de 30 jours prévu au paragraphe 1 du présent article court à partir de la date où les ajournements ont atteint 6 mois.

ARTICLE 19 : RECEPTION DU MARCHE NEGOCIE

✓ A l'issue de la procédure de vérification et de l'approbation des rapports et des documents prévus à l'article 16 ci-dessus, le maître d'ouvrage prononce les réceptions partielles.

✓ A l'issue de la procédure de vérification et de l'approbation des rapports, documents relatifs à la fin de la mission du bureau d'étude, le maître d'ouvrage prononce les réceptions définitives du marché.

ARTICLE 20: BASE DE REGLEMENT DES DECOMPTES

La valeur de la prestation est due chaque trimestre, au fur et à mesure de l'exécution du marché négocié, sur la base des prestations réellement exécutées.

ARTICLE 21 : ACOMPTES :

1- Les prestations qui ont donné lieu à un commencement d'exécution du marché ouvrent droit à des acomptes selon les modalités ci-après :

2- Le montant d'un acompte ne doit en aucun cas excéder la valeur des prestations auxquelles il se rapporte, une fois déduites les sommes à la charge du titulaire en application du CCAG-EMO.

3- Les prestations effectuées pour l'exécution du présent marché, donnent lieu à versement d'acomptes au fur et à mesure de leur réalisation. Il ne peut être prévu d'acompte que pour un service fait.

Le versement d'acompte se fait au fur et à mesure de réalisation des prestations et à la remise des rapports.

4- Le montant des acomptes est déterminé par le maître d'ouvrage sur demande du titulaire et après production par celui-ci d'un compte rendu d'avancement des prestations.

La demande d'acompte doit être accompagnée par une facture arrêtant le montant des prestations réalisées. Elle doit être justifiée par la présentation du rapport prévu.

5- Dans un délai d'un mois à compter de la date de remise de la demande d'acompte, le maître d'ouvrage doit notifier par écrit son accord ou les rectifications que le titulaire doit, le cas échéant, y apporter. Passé ce délai, la demande d'acompte est censée être acceptée par le maître d'ouvrage.

A compter du lendemain de la date à laquelle les rectifications ont été notifiées au titulaire, celui-ci dispose d'un délai de 15 jours pour retourner au maître d'ouvrage la demande rectifiée revêtue de son acceptation ou formuler par écrit ses observations. Passé ce délai, les rectifications demandées par le maître d'ouvrage sont considérées comme étant acceptées par le titulaire du marché.*

ARTICLE 22 : AVANCE

Conformément au décret n°2.14.272, une avance de 10% du montant du marché est accordée au titulaire du marché négocié. Le titulaire est tenu de constituer une caution avant l'octroi de l'avance.

Le remboursement du montant de l'avance est effectué par déduction sur les acomptes dus au titulaire de la commande publique.

Concernant le remboursement du montant total de l'avance, il doit être effectué lorsque le montant des prestations exécutées par le titulaire du marché atteint 80% du montant TTC des prestations qui lui sont confiées au marché.

ARTICLE 23: CONSISTANCE DES PRIX

Le présent marché négocié est à prix unitaire, les sommes due au titulaire du marché sont calculées en application du prix unitaire portés sur le bordereau de prix-détail estimatif, joint au présent marché aux quantités réellement exécutées.

Les prix comprennent :

- ✓ Les frais de voyage, de déplacement, d'assurance, d'hébergement et de restauration pour les participants aux stages et visites d'étude à l'étranger.
- ✓ les frais de déplacement des bénéficiaires de stages sont à la charge du prestataire suivant la réglementation en vigueur.
- ✓ Les frais des accompagnants et des consultants,
- ✓ Les frais de la rédaction et l'édition des rapports et documents,
- ✓ les bénéfices ainsi que tous droits, impôts, taxes, frais généraux, faux frais, traduction, ou frais de secrétariat.

D'une façon générale, les prix du marché comprennent toutes les dépenses qui sont la conséquence nécessaire et directe de l'exécution des prestations relatives à l'objet du marché.

ARTICLE 24 : CARACTERE DES PRIX

Conformément à l'article 12 du décret n°2-12-349 du 20 mars 2013 relatif aux marchés publics, les prix du présent marché négocié sont révisables.

ARTICLE 25: REVISION DE PRIX

Le présent marché négocié est passé à prix révisable et si pendant le délai contractuel du marché négocié, les prix des prestations subissent, suite à l'application des formules de révision des prix suivante :

$P = Po [k + a (I/Io)]$ où

P : est le montant hors taxe révisé de la prestation considérée ;

Po : le montant initial hors taxe de cette même prestation ;

K : est la partie fixe;

K, a, b, c ... sont des coefficients invariables;

P/Po : étant le coefficient de révision des prix ;

une variation telle que le montant des prestations restant à réaliser se trouve, à un instant donné, augmenté ou diminué de plus de vingt cinq pour cent (25%) par rapport au montant de ces mêmes prestations, établi sur la base des prix initiaux du marché, ce dernier peut être résilié par décision de l'autorité compétente sur proposition du maître d'ouvrage ou à la demande du titulaire.

ARTICLE 26 : CONDITIONS ET MODALITE DE PAIEMENT

Le paiement du marché négocié sera effectué selon les règles de la comptabilité publique marocaine, sur présentation des décomptes établis en 5 exemplaires dont l'original sera timbré à la dimension, au moyen d'un virement à un compte bancaire ouvert au nom de la société à Granada, Espagne, sous relevé d'identification bancaire n° ES92 0182 5695 8302 0200 0009- Banco Bilbao Vizcaya Argenria, Granda.

Ces factures doivent être établies en toutes lettres certifiées exactes par l'Administration et signées par le créancier qui doit en outre rappeler l'intitulé exact de son compte bancaire.

ARTICLE 27: NANTISSEMENT

Dans l'éventualité d'une affectation en nantissement du marché négocié, le titulaire bénéficiera du régime institué par Dahir n° 1-15-05 du 29 rabii II 1436 (19 février 2015) portant promulgation de la loi n° 112-13 relative au nantissement des marchés publics, étant précisé que :

1/ La liquidation des sommes dues par le maître d'ouvrage sera opérée par les soins de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires;

2/ Le fonctionnaire chargé de fournir, tant au titulaire qu'aux bénéficiaires du nantissement ou subrogation, les renseignements et les états prévus à l'article 8 du dahir susvisé est Monsieur Ahmed BOUDAK, Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires ou de son suppléant;

3/ Les paiements prévus au titre du marché seront effectués par le Trésorier Ministériel auprès du Ministère de la Santé, seul qualifié pour recevoir les significations des créanciers du titulaire du marché.

Il sera délivré sans frais au titulaire, sur sa demande et contre récépissé, un exemplaire spécial du marché portant la mention « exemplaire unique » destiné à former titre conformément aux dispositions au dahir précité relatif au nantissement des marchés publics.

Les frais de timbre et d'enregistrement de l'original du marché ainsi que de l'exemplaire unique « remis au titulaire » sont à la charge de ce dernier.

ARTICLE 28 : SOUS - TRAITANCE

Le titulaire peut confier librement l'exécution d'une partie. Dans ce cas le titulaire est tenu de notifier au maître d'ouvrage :

- la nature des prestations qu'il envisage de sous-traiter,
- l'identité, la raison ou la dénomination sociale et l'adresse des sous-traitants
- une copie certifiée conforme du contrat de la sous-traitance.

Le titulaire du marché est tenu, lorsqu'il envisage de sous traiter une partie du marché, de la confier à des prestataires installés au Maroc et notamment de petites et moyennes entreprises

Le sous-traitant doit satisfaire aux conditions requises des concurrents prévues au règlement de la consultation du présent marché négocié.

Le maître d'ouvrage peut exercer un droit de récusation par lettre motivée, dans un délai de quinze (15) jours à compter de la date de l'accusé de réception, notamment lorsque les sous-traitants ne remplissent pas les conditions prévues à l'article 24 précité.

Le titulaire demeure personnellement responsable de toutes les obligations résultant du marché tant envers le maître d'ouvrage que vis-à-vis des ouvriers et les tiers.

Le maître d'ouvrage ne se reconnaît aucun lien juridique avec les sous-traitants.

La sous-traitance ne peut dépasser cinquante pour cent (50%) du montant du marché négocié.

Dans tous les cas, il sera fait application de l'article 158 du décret 2-12-349.

ARTICLE 29 : RETENUE DE GARANTIE

En raison de la nature de l'objet du présent marché négocié, il n'est pas prévu de retenue de garantie.

ARTICLE 30 : RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL

Le titulaire et son personnel sont tenus au secret professionnel, pendant toute la durée du marché négocié et après son achèvement, sur les renseignements et documents recueillis ou portés à leur connaissance à l'occasion de l'exécution du marché. Sans autorisation préalable de l'Administration, ils ne peuvent communiquer à des tiers la teneur de ces renseignements et documents. De plus, ils ne peuvent faire un usage préjudiciable à l'Administration des renseignements qui leur sont fournis pour accomplir leur mission.

ARTICLE 31 : PENALITES DE RETARD

1- En cas de retard dans l'exécution des prestations relatives à l'étape 1 et/ou l'étape 2, il est appliqué à l'encontre du titulaire une pénalité journalière égale à 1‰ (1 pour mille) du montant de l'ensemble du marché négocié. Ce montant est celui du marché initial éventuellement modifié ou complété par les avenants intervenus.

Les pénalités sont encourues du simple fait de la constatation du retard par le maître d'ouvrage qui, sans préjudice de toute autre méthode de recouvrement, déduit d'office le montant de ces pénalités de toutes les sommes dues au titulaire. L'application de ces pénalités ne libère en rien le titulaire de l'ensemble des autres obligations et responsabilités qu'il a souscrites au titre du marché.

Dans le cas de résiliation, les pénalités sont appliquées jusqu'au jour inclus de la notification de la décision de résiliation ou jusqu'au jour d'arrêt de l'activité du titulaire si la résiliation résulte d'un des cas prévus aux articles 29 à 32 du CCAG EMO.

2-Les journées de repos hebdomadaire ainsi que les jours fériés ou chômés, ne sont pas déduits pour le calcul des pénalités.

3-Le montant des pénalités est plafonné à 10% du montant initial du marché éventuellement modifié ou complété par les avenants intervenus.

4-Lorsque le plafond des pénalités est atteint, l'autorité compétente est en droit de résilier le marché après mise en demeure préalable du titulaire et sans préjudice de l'application des autres mesures coercitives prévues à l'article 52 du CCAG EMO.

ARTICLE 32 : ARRET DE L'EXECUTION DU MARCHE NEGOCIE

L'administration a la possibilité d'arrêter l'exécution du marché négocié au terme de chaque visite (chapitre II du marché négocié).

ARTICLE 33 : CONDITIONS DE RESILIATION

La résiliation marché négocié sera prononcée conformément aux dispositions prévues à cet effet dans l'article 33 du C.C.A.G.EMO.

ARTICLE 34 : DELAI DE PAIEMENT – INTERETS MORATOIRES

Le titulaire peut demander l'application du décret n° 2-03-703 du 18 Ramadan (13 novembre 2003) autorisant le paiement d'intérêts moratoires au titulaire du marché négocié en cas de retard dans le paiement des sommes dues au titre de ce marchénégocié.

Dans tous les cas, il sera fait application de l'article 9 du décret n° 2-03-703 précité relatif aux délais de paiement et aux intérêts moratoires en matière de marchés de l'Etat.

ARTICLE 35: COMMUNICATION

Lorsque le titulaire adresse au maître d'ouvrage, un document écrit, il doit, soit le déposer contre récépissé auprès du bureau d'ordre du Maître d'Ouvrage (administration), soit le lui faire parvenir par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse du Maître d'Ouvrage. La date du récépissé ou de l'accusé fait foi en matière de délai.

ARTICLE 36: DOMICILE DU TITULAIRE DU MARCHE NEGOCIE

Les notifications du maître d'ouvrage sont valablement faites au domicile élu ou au siège social du titulaire mentionné dans l'acte d'engagement.

En cas de changement de domicile, le titulaire est tenu d'en aviser le maître d'ouvrage, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les quinze (15) jours suivant la date d'intervention de ce changement.

ARTICLE 37 : DROITS DE TIMBRE ET D'ENREGISTREMENT

En application de l'article 6 du CCAG-EMO, le titulaire acquitte les droits auxquels peuvent donner lieu le timbre et l'enregistrement du marché, tels que ces droits résultent des lois et règlement en vigueur.

ARTICLE 38 : REGLEMENT DE LITIGES ET LOI APPLICABLE AU MARCHE NEGOCIE

En cas de litige entre l'Administration et le contractant, il sera fait recours à la procédure prévue par les articles 52 et 55 du CCAG EMO. Si cette procédure ne permet pas le règlement du litige, celui-ci sera soumis aux tribunaux marocains compétents à Rabat, conformément à l'article 55 du CCAG EMO.

La loi, qui régit le présent marché et conformément à laquelle il doit être interprété est la loi marocaine.

ARTICLE 39 : PIECES MISE A LA DISPOSITION DU PRESTATAIRE DE SERVICE

Aussitôt après la notification de l'approbation du marché négocié, le maître d'ouvrage remet au prestataire de service, contre décharge un exemplaire vérifié et certifié conforme des documents constitutifs

du marché en l'occurrence les pièces expressément désignées à l'article 6 du CPS à l'exception du cahier des prescriptions communes applicables et du cahier des clauses administratives générale.

Le maître d'ouvrage ne peut délivrer ces documents qu'après constitution du cautionnement définitif, le cas échéant.

ARTICLE 40 : MONNAIE DU MARCHE NEGOCIE :

La monnaie du marché négocié est le dirham convertible. Le taux appliqué correspond à celui appliqué au premier jour ouvrable de la semaine précédent celle du jour d'ouverture des plis

ARTICLE 41 : BORDEREAU DES PRIX – DETAIL ESTIMATIF:



BORDEREAU DES PRIX – DETAIL ESTIMATIF

Le	PRI X	DESIGNATION DES PRESTATIONS	UNITE DE COMPTE	QUANTIT E	PRIX UNITAIRE EN dirhams (Hors TVA) En chiffres	PRIX TOTAL
1		2		3	4	5
1		Domaine d'intervention 2.2 Développement d'un système d'échanges et de partage d'expériences chez les futurs lauréats du diplôme de santé de la famille santé/communautaire	H/J	245	3 280.00	803 600.00
2		Domaine d'intervention 2.3 ; Renforcement des compétences des enseignants de l'ENSP et des tuteurs	H/J	77	3 280.00	252 560.00
3		Domaine d'intervention 3.3 Domaine d'intervention 3.3, Benchmark et échange d'expérience des responsables des ESSP	H/J	245	3 280.00	803 600.00
4		Domaine d'intervention4.1 : Renforcement des compétences des enseignants ISPITS	H/J	154	3 280.00	505 120.00
		Montant hors Taxes				2 364 880.00

présent bordereau est arrêter à la somme de : **2 364 880.00** dhs HT (deux millions trois cent soixante quatre mille huit cent quatre vingt dirhams hors taxes)



Chapitre II

Termes de Référence

I. INTRODUCTION

Le Projet de renforcement des performances des Soins de Santé Primaires « Averroès » est financé par un don de la coopération espagnole pour un montant de 700.000 Euros sous forme d'aide budgétaire sectorielle sur une période de 3 ans.

Le Projet Averroès a été identifié pour assurer la continuité du programme REDRESS-P exécuté au niveau de 3 régions du Royaume durant la période 2011 -2015 et ciblant les soins de santé primaires. Il vise l'intégration du concept de médecine de famille dans la pratique professionnelle au niveau primaire.

L'intégration de l'approche de médecine de famille constitue en effet une opportunité importante pour le renforcement des soins de santé primaires (SSP) ainsi que le développement de la nouvelle génération des Établissements de soins de santé primaires au Maroc.

Ce renforcement des SSP se justifie par les conséquences des transitions démographiques, épidémiologiques et sociales, qui entraînent des modifications considérables dans les caractéristiques des demandes sanitaires de la population. La structure de la morbidité qui est dominée actuellement par les maladies non transmissibles a comme conséquence une demande croissante de ressources. En plus, l'observation du fonctionnement des services de santé de base montre que la qualité des soins délivrés est en deçà des standards¹ : la qualité de la communication entre médecins/infirmiers et patients est souvent une source de frustration chez les patients ; les traitements sont souvent symptomatiques, sans questionnement des facteurs psychosociaux et culturels sous-jacents, les références vers le médecin spécialiste ou l'hôpital sont trop fréquentes par insuffisance de formation des médecins généralistes (MG) et il n'y a pas assez de préoccupation pour la continuité des soins ni pour la coordination avec les autres intervenants pour la prise en charge intégrée du patient. Une condition sine-qua non pour relever le défi est l'existence des médecins généralistes et d'infirmiers en mesure de répondre de façon adéquate à cette demande Ceci ne peut être réalisé qu'à travers la mise à niveau de leurs compétences, la globalisation de leur intervention et une meilleure réorganisation des services de santé. Ceci est d'autant plus important que la réforme du financement de la santé, principalement dans sa composante visant l'achèvement de la couverture universelle par la mise en

place du RAMED, nécessite l'amélioration de la qualité des prestations de soins et de la gestion des structures de soins de première ligne ainsi que leur articulation avec le réseau hospitalier et avec la communauté.

Le projet de renforcement des performances de soins de santé primaires vise à pallier à ces dysfonctionnements et à appuyer les centres de santé pour qu'ils soient en mesure de répondre aux nouveaux défis et besoins de la population. Ceci passe par la mise à niveau des compétences du MG et des infirmiers, la globalisation de son intervention et la réorganisation des services et prestations offertes par ces établissements pour offrir des soins continus, intégrés et centrés sur le patient.

1 ONDH. 2011. Etat des lieux de la médecine générale au Maroc. In études de cas sur les disparités dans l'accès aux soins au Maroc

Aussi, le Projet Averroès vise à répondre aux besoins exprimés par les responsables du Ministère (notamment la DHSA, ENSP, ISPITS et les Directions Régionales) et à offrir un appui à la réforme des SSP en rendant les soins plus accessibles et de meilleure qualité et en permettant une plus grande implication des bénéficiaires.

Sur le plan stratégique, le Projet Averroès s'inscrit dans le cadre de la politique sectorielle et les activités prévues s'alignent avec les orientations stratégiques de la Vision 2020 et de la Stratégie Sectorielle 2012-2016 (Axes 1, 6 et 7), particulièrement dans les axes suivants :

- Réorganisation de la filière de soins et développement de la santé de famille ;
- Développement de la santé rurale ;
- Amélioration de la santé maternelle et infantile ;
- Développement et organisation des soins d'urgences ;
- Développement de programme visant les populations à besoins spécifiques : milieu scolaire et universitaire, santé des jeunes, santé des handicapés et des sujets âgés et la prise en charge des femmes et enfants victime de violence ;
- Renforcement de la surveillance épidémiologique et veille sanitaire ;
- Institutionnalisation de l'approche des déterminants sociaux de la santé ;
- Renforcement de la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux ;
- Amélioration de la disponibilité et des compétences des ressources humaines.



II PRESENTATION DU PROJET

1. FINALITE ET OBJECTIFS :

La finalité du Projet Averroès est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en renforçant les performances des services de santé en termes d'accessibilité et de qualité particulièrement pour les populations les plus défavorisées.

Le Projet vise :

- L'Amélioration de la qualité des prestations curatives, préventives, promotionnelles et de réhabilitation ;
- Le renforcement du positionnement de l'établissement de soins de santé primaire dans la communauté ;
- La fidélisation de la relation médecin-patient et le rétablissement de la confiance du citoyen envers le système de soins ;
- La valorisation de la Médecine générale et par conséquent du médecin généraliste et sa stabilisation dans le poste ;
- L'amélioration de la coordination entre le réseau ambulatoire et hospitalier pour une meilleure continuité des soins ;
- L'amélioration de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement de soins de santé primaire ;
- Le renforcement des compétences, notamment managériales des professionnels des établissements de Soins de santé Primaires (ESSP) ;
- Le renforcement des capacités des enseignants des ISPITS dans le but d'améliorer la formation de base et continue du personnel paramédical.

2. CONTENU DU PROJET :

Le Projet Averroès s'inscrit dans la continuité de la politique sectorielle 2012-2016 et s'appuie sur les réformes mises en œuvre par le Ministère de la Santé notamment celle des SSP et le Régime d'assurance maladie pour les économiquement démunis (RAMED). Le Ministère de la Santé et l'Agence Espagnole de Coopération Internationale cherchent à mettre en œuvre un projet de coopération qui contribue à la mise en œuvre de la stratégie 2012-2016 du Ministère de la Santé, notamment le volet relatif au renforcement de SSP. Ce projet vise la définition d'un modèle de Centre de Santé et à sa mise en œuvre, l'appui à la formation de « médecine de Famille et Communautaire » pour les médecins généralistes et le renforcement des compétences des enseignants des ISPITS pour l'amélioration de la Formation du personnel paramédical et le renforcement des compétences managériales des professionnelles des établissements des SSP.

Axe I : Définition et mise en place d'un modèle de centre de santé basé sur le concept de médecine de famille dans certaines régions du Royaume.

Cet axe vise à appuyer le renforcement de l'organisation des centres de santé dits aussi Etablissement des Soins de Santé Primaires (ESSP) à travers le développement de la médecine générale/médecine de famille au niveau des ESSP, la mise en place de filière des soins, le développement de dossier patient/dossier de famille et le développement de l'accréditation.

➤ **Médecine générale/médecine de famille :**

Afin de relever les défis du système de santé et de répondre aux revendications pour des soins de qualité de la part d'une population de plus en plus exigeante, la mise en place d'établissements de soins de santé primaire en mesure de dispenser des soins intégrés, équitables et centrés sur le patient s'avère plus que nécessaire. En effet, ces établissements qui constituent la porte d'entrée au système de santé devront être en mesure de prendre en charge dans des conditions optimales de qualité la majorité



des problèmes de santé d'une population et ne référer que les cas nécessitant des compétences spécialisées et des ressources non disponibles à leur niveau.

Ceci peut passer par l'implantation de centres de santé « Modèles » qui serviraient de lieux de démonstration pour l'ensemble des professionnels de première ligne qui voudraient améliorer la qualité des prestations fournies par leur structures. Ces centres de santé « Modèles » constituerait aussi des lieux de stages pour les étudiants en médecine de famille. La pratique adoptée par ces centres de santé serait basée sur le concept de médecine de famille qui est le seul garant pour des soins de qualité. Pour cela, le Projet Averroès apportera un appui pour modéliser la pratique de médecine de famille et l'intégrer au niveau des établissements de soins de santé primaires sélectionnés. Suite à un diagnostic de la situation, le Projet Averroès définira un modèle de centre de santé type (adapté au contexte marocain) en mesure d'offrir des soins centrés sur le patient. Dans ce modèle, le champ de compétence des médecins généralistes, les équipements et les ressources nécessaires ainsi que le mode de fonctionnement et d'organisation requis dans l'exercice de la médecine de famille seront précisés.

Pour la concrétisation de ce modèle sur le terrain, le Projet Averroès mettra à la disposition des équipes des centres de santé impliqués un expert qui les accompagnera tout au long du processus d'implantation de ce modèle.

➤ **Les filières et réseaux coordonnés de soins**

Dans le cadre de l'adoption de la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins et le décret n° 2-14-562 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et schémas régionaux de l'offre de soins, l'offre de soins est régie

par le principe de gradation des niveaux de soins. Cette gradation repose sur un système de référence et de contre référence, qui régule les parcours de soins des patients en dehors des situations d'urgence. Ce système est organisé entre les territoires de santé sous forme de filières de soins et de réseaux coordonnés de soins qui représentent le parcours de soins emprunté par le patient dans un système de santé organisé.

La filière de soins est une organisation verticale hiérarchisée de la prise en charge des patients avec un premier contact d'accès aux soins, représenté par le Médecin Généraliste et des niveaux de recours aux soins (hôpital de référence) organisés selon la nature de la morbidité et les protocoles thérapeutiques (quand ils existent).

Le réseau coordonné de soins est une organisation horizontale non hiérarchisée de la prise en charge des patients au sein du même territoire sanitaire. Il vise le renforcement de la coordination entre l'ensemble des intervenants dans la prise en charge (médicale, psychologique et sociale) des pathologies chroniques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. L'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques est un indicateur du bon fonctionnement du système de santé.

Le but de l'organisation des soins en filière ou en réseau coordonné est d'assurer la continuité et la qualité des prestations et de contribuer à la rationalisation des coûts des soins.

➤ **Le dossier patient/dossier de famille**

Dans le cadre du programme REDRESS-P, un dossier de famille (DDF) a été mis en place dans le but de gérer efficacement l'information sanitaire de la famille et par extension de communauté.

Ce DDF constitué d'une partie commune à la famille et de fiches individuelles pour chacun de ses membres permet de regrouper les données de l'ensemble des membres d'une famille et par conséquent de considérer l'individu dans son vécu vis-à-vis des conditions socio-économiques et sanitaires.



Un dossier patient qui permet de gérer le patient et de synthétiser toutes les informations relatives à sa santé quel que soit le lieu de prise en charge (centre de santé ou hôpital) et qui favorise la coordination des soins entre les centres de santé et les structures de référence n'a pas été développé. Or, pour donner des soins centrés sur le patient, cet outil en tant que support de données issues du contact entre le patient et la ou les structure(s) de santé, représente une voie sûre pour une prise en charge globale, intégrée et continue du patient.

Le Projet Averroès appuiera le Ministère de la Santé pour développer un dossier patient qui permettra de gérer efficacement les épisodes malades au sein du centre de santé mais aussi de partager l'information sur le patient avec les spécialistes de l'hôpital ce qui devrait améliorer significativement la qualité de la prise en charge du patient.

➤ **L'accréditation des centres de santé**

En application des dispositions de la constitution notamment son article 154 relatif à la mise en place des normes de services publics et conformément aux dispositions de la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, le Ministère de la Santé s'est engagé dans la mise en place d'un programme d'accréditation visant à assurer le respect des standards de qualité et d'exigences normatives arrêtés par le département.

Dans le cadre du REDRESS-P, une étude sur les conditions de mise en œuvre d'un système d'accréditation des centres de santé avec module d'accouchement dans le contexte marocain ainsi qu'un draft des référentiels et standards d'accréditation de ces établissements et les orientations opérationnelles pour son implantation ont été réalisés. Le Projet Averroès soutiendra le Ministère de la Santé dans l'adaptation du référentiel et la mise en place de la démarche d'accréditation au niveau d'ESSP sélectionnés.

➤ **Manuel de gestion**

La gestion des centres de santé en respect des principes de médecine de famille nécessite des connaissances et des compétences particulières chez l'équipe du centre de santé ainsi que des ressources et un équipement adéquat.

Un manuel de gestion de la CS qui explicite le mode de fonctionnement et d'organisation à adopter pour pouvoir offrir des soins centrés sur le patient et les principes d'une gestion rationnelle des ressources (humaines, matérielles, médicaments) est un outil important pour aider les équipes désireuses d'améliorer leur travail à atteindre leur objectif.

Le Projet Averroès appuiera l'élaboration d'un manuel de gestion à l'intention des équipes des centres de santé pour les aider à gérer efficacement leurs structures et à offrir des soins de qualité centrés sur le patient.

Axe 2 : Appui à la mise en place de la formation de médecins généralistes en Santé de Famille et Communautaire (SF et C).

La création du diplôme de la santé de famille/santé communautaire constitue le principal levier permettant de répondre aux nouveaux besoins de la population et aux attentes du système en termes de prise en charge de qualité de la plupart des problèmes de santé au niveau primaire.

Cette formation en santé de famille est adressée aux médecins généralistes pour les aider à jouer le nouveau rôle de porte d'entrée du système de soins et porte d'entrée dans la filière de soins qui leur a été dévolu vis-à-vis des patients RAMEDISTES (patients bénéficiant du Régime d'Assurance Maladie pour les Economiquement démunis). En effet, ce régime d'assurance, ne prendra en charge au niveau hospitalier que les cas référés (sauf urgence) par les médecins généralistes, soulignant ainsi le rôle pivot de ces derniers dans le système de santé.

Le Projet Averroès appuiera l'ENSP pour renforcer les compétences des enseignants et pour consolider le programme de formation.

Axe 3 : Renforcement des pratiques professionnelles et des capacités de gestion des responsables des ESSP au niveau de certaines régions

Ce volet vise le renforcement des capacités techniques et managériales des professionnels de la santé des établissements de soins de santé primaires pour accompagner la mise en place des dossiers prioritaires du Ministère de la Santé essentiellement

Axe 4 : Renforcement des capacités des enseignants des ISPITS dans le but d'améliorer la formation de base et la formation continue du personnel paramédical

Les équipes de centres de santé sont constituées de médecins et d'infirmiers. Le renforcement des compétences de ces derniers passe par le renforcement des instituts de formation de ce personnel.



CONCEPTION DE L'INTERVENTION	
Axes	Activités/Domaines d'intervention
1-Modèle d'un Centre de Santé (basé sur le concept de médecine de famille) défini et mis en place dans certaines Régions du Royaume	<p>1.1. Analyse de situation (revue des prestations offertes, analyse de l'organisation et du fonctionnement du CS, de la filière de soins, de la disponibilité et usage des médicaments et équipements biomédicaux, des compétences des RH, ...)</p> <p>1.2. Définition des caractéristiques d'un modèle de centre de santé (standards type par rapport aux ressources humaines (profil et compétences), installations, équipement, paquet minimum des services offerts, fonctionnement, organisation, utilisation des ressources</p> <p>1.3 Accompagnement de la mise en place de centres de santé modèles (qui seront les lieux de stage pour les étudiants en médecine de famille/médecine communautaire)</p> <p>1.4. Mise à niveau de certains centres de santé selon le modèle défini (équipement, etc)</p> <p>1.5. Adaptation du dossier de famille/dossier patient et son informatisation dans les CS sélectionnées.</p> <p>1.6. Appui à la mise en place des filières de soins au niveau de certaines Régions</p> <p>1.7. Définition et opérationnalisation du réseau coordonné des soins pour les MNT (Diabète,/HTA, ...).</p> <p>1.8. Appui à l'accréditation des centres de santé (implantation de l'approche dans un certain nombre de CSU).</p> <p>1.9 Actualisation et édition du Manuel de Gestion de la Circonscription sanitaire.</p>
2-La formation de médecins généralistes en Santé de Famille et Communautaire (SF et C) est mise en place	<p>2.1. Accompagnement à la structuration et à la pérennisation de la formation en santé de la famille/Santé communautaire. (Suivi et Evaluation de la formation, Création du département de santé de la famille/santé communautaire à l'ENSP, formation de l'équipe administrative)</p> <p>2.2. Développement d'un système d'échanges et de partage d'expériences entre les futurs lauréats du diplôme de santé de la famille santé/communautaire et leurs homologues espagnols (Organisation de stages en milieu de soins de santé primaires espagnol en faveur des participants de la première promotion)</p> <p>2.3. Renforcement des compétences des enseignants de l'ENSP et des tuteurs (visites réciproques de « benchmarking », collaboration avec un centre espagnol de formation en SF et C et échanges d'enseignants)</p> <p>2.4. Appui à la mise en place d'une formation à distance pour le Diplôme (mise à niveau de la plateforme de l'ENSP, co-développement des cours en ligne)</p>
3-Capacités de gestion des responsables des ESSP et pratiques professionnelles renforcées au niveau de certaines provinces.	<p>3.1. Actualisation des besoins de formation des professionnels impliqués dans la gestion des ESSP des différents niveaux : Identification et formation d'un pool de formateurs (sites de stages)</p> <p>3.2. Formation des responsables d'ESSP à tous les niveaux selon les besoins identifiés</p> <p>3.3 Benchmark et échanges d'expériences des responsables des ESSP</p> <p>1.4 Formation des prestataires des UMP sur les urgences pré-hospitalières.(il existe des formateurs urgentistes, anesthésistes,)</p> <p>1.5 Suivi de la formation et accompagnement des équipes sur le terrain (sorties de supervision)</p>
.4-Capacités des enseignants des ISPITS renforcées	4.1 : Renforcement des compétences des enseignants ISPITS (visites réciproques de « benchmarking)
5-Evaluation externe	

III-INTERVENANTS ET MODE OPERATOIRE

Le projet Averroès sera mis en œuvre en faisant référence aux dispositions de l'Accord de partenariat stratégique dans le domaine du développement et les Accords conclus dans la Déclaration finale de la Xème réunion de haut niveau entre les Royaumes du Maroc et d'Espagne, tenue à Rabat le 3 octobre 2012 et la Commission Mixte de Coopération Espagne-Maroc signée à Rabat le 16 juin 2014 et faisant suite à la Résolution d'octroi de subvention de l'Agence Espagnole de Coopération Internationale au Développement n° 2013/SPE/0400159 du 28 novembre 2013 ;

La maîtrise d'ouvrage est assurée par le Ministère de la Santé à travers la DHSA qui assurera la coordination des activités comme c'est le cas pour les autres bailleurs de fonds.

L'exécution du Projet sera assurée par un Responsable du Projet relevant du Ministère de la Santé et un Responsable du Projet désigné par l'AECID.

La mise en œuvre du Projet Averroès sera assurée par les directions régionales, l'ENSP et les ISPITS. La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoire (DHSA) assurera la coordination des activités techniques, comptables et financières. La Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF) assurera le suivi budgétaire.

De l'expertise technique sera mobilisée pour organiser des visites de benchmark au profit de professionnels de santé marocains dans des pays ayant une longue expérience dans la pratique et la formation en médecine de famille et dans l'enseignement universitaire des sciences infirmières



IV. TERMES DE REFERENCE POUR LES STAGES/FORMATION

Domaine d'intervention 2.2

Développement d'un système d'échanges et de partage d'expériences entre les futurs lauréats du diplôme de santé de la famille santé/communautaire et leurs homologues espagnols (Organisation de stages en milieu de soins de santé primaires en faveur des participants de la première promotion).

L'intégration de l'approche Médecine de famille au niveau des soins de santé primaires est un garant pour la globalité et l'intégration des soins. Elle peut être considérée comme le premier pas vers l'amélioration de la qualité des soins au niveau des ESSP et la satisfaction des usagers.

C'est dans cette perspective qu'un Master (de deux ans) en santé de Famille / Communautaire avait été mis en place au niveau de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) au Maroc. Ceci devrait permettre de palier aux insuffisances constatées dans la formation de base des médecins généralistes (MG) existants en les outillant, en compétences, attitudes et aptitudes nécessaires pour réorienter leur pratique vers une nouvelle pratique où le patient est considéré dans sa globalité et dans son contexte familial et social.

Des visites de benchmark sont programmées dans le cadre du projet Averroès pour permettre à ces étudiants d'observer la pratique de médecine de famille de façon concrète dans des centres de santé de pays ayant une expérience reconnue dans ce domaine.

1. Objectifs de l'appui technique:

Consolider les capacités des participants à la formation en santé de famille/santé communautaire par le biais d'une ouverture sur les expériences internationales en santé de famille.

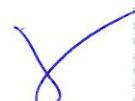
2. Activités à réaliser

Organier au profit des étudiants du master (de l'ENSP) une visite de benchmark au niveau de services de santé de premier niveau de l'Espagne ayant une longue tradition dans la pratique de médecine de famille au niveau d'un système public.

La visite doit permettre aux participants d'observer dans une situation réelle la pratique de la médecine de famille dans des centres de premier niveau et de s'entretenir avec leurs homologues praticiens.

Cette observation concertera entre autre :

- L'exercice de la médecine de famille, notamment le champ de compétences (cliniques, managériaux) des médecins et infirmiers et leurs attributions.
- Le mode d'organisation du CS
- Le mode de fonctionnement de l'équipe (modes de communication, travail d'équipe)
- Le paquet d'activités offert
- Le système d'information pour la gestion du patient (dossier patient/DFF) et sa gestion.
- L'organisation du parcours de soins (filières et réseaux).
- Le mode de gestion des médicaments et les supports d'information utilisés dans ce sens.
- Le mode d'implication de la population et son degré de participation dans les décisions et la gestion du CS.
- Les outils de management et de contrôle de la qualité utilisés à leur niveau (accréditation, etc).
- Les modalités de la formation continue des professionnels.



- Les équipements disponibles.

- Les protocoles thérapeutiques disponibles.

3. Attribution du consultant/accompagnateur :

Prendre contact avec les sites de stage et organiser le voyage

Accompagner les participants dans leurs missions pour leur permettre d'atteindre les objectifs de la visite.

Rédiger un rapport sur le déroulement de la visite et les résultats.

4. Profil du consultant/accompagnateur

L'accompagnateur doit être un spécialiste en Médecine de famille ou expert en gestion des services de santé de préférence de première ligne.

5. Livrable

- Une note méthodologique précisant les modalités d'échange, les sites choisis et le programme détaillé du déroulement de la visite (cinq pages) qui doit être validé préalablement par l'ENSP et DHSA
- Document relatant le déroulement des visites et l'atteinte des objectifs (en 06 exemplaires + 06 CD-ROM)

6. Les bénéficiaires et délai de stage :

Cette activité intéressera 35 participants pour 7 j de visite.

Domaine d'intervention 2.3

Renforcement des compétences des enseignants de l'ENSP et des tuteurs (visites réciproques de « benchmarking », collaboration avec un centre espagnol de formation en SF et C et échanges d'enseignants)

1. Objectifs de l'appui technique:

Renforcer les capacités des enseignants/tuteurs de l'ENSP impliqués dans la filière « santé de famille/communautaire » en leur permettant de prendre connaissance du programme de formation ainsi que de l'organisation et du fonctionnement des institutions responsables de la formation en Médecine de Famille.

2. Activités prévues pour les enseignants de l'ENSP :

Planifier et organiser des visites de benchmark pour les enseignants de l'ENSP au niveau d'institutions de formation en médecine de famille avec une longue expérience de formation dans ce domaine.

L'objectif étant de permettre à ces enseignants de prendre connaissance :

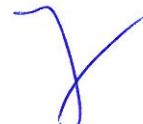
- Du programme détaillé de la formation des médecins de famille
- Des modalités organisationnelles (stage /cours, sites de stage, etc)
- Des modalités pédagogiques (méthode d'enseignement, travaux pratiques, travaux individuels/de groupe, les outils pédagogiques, méthode d'évaluation des étudiants, encadrement des stages, l'évaluation de la formation, ...)

3. attribution du consultant/accompagnateur

- Prendre contact avec les sites de stage et organiser le voyage

- Accompagner les enseignants pour leur permettre d'atteindre les objectifs assignés à ces visites.

- Rédiger un rapport sur le déroulement de la visite et les résultats.



4. Profil du consultant/accompagnateur

L'accompagnateur doit être de préférence expert en Médecine de famille (une expérience dans l'enseignement de la médecine de famille est souhaitable) ou bien expert en gestion des services de santé

5. Livrables attendus

-Une note méthodologique précisant les modalités d'échange, les sites choisis et le programme détaillé du déroulement de la visite (cinq pages) qui doit être validé préalablement par l'ENSP et DHSA

-Un rapport du déroulement des visites de benchmark (en 06 exemplaires + 06 CD-ROM)

6. Bénéficiaires et délai de stage

Cette activité concernera 11 enseignants/tuteurs de l'ENSP pour 7 jours de visite.

Domaine d'intervention 3.3

Benchmark et échange d'expérience des responsables des ESSP.

L'intégration de l'approche Médecine de famille au niveau des soins de santé primaire est un garant pour la globalité et l'intégration des soins. Elle peut être considérée comme le premier pas vers l'amélioration de la qualité des soins au niveau des ESSP et la satisfaction des usagers.

Des visites de benchmark sont programmées dans le cadre du projet Averroès au profit des médecins généralistes et infirmiers qui exercent au niveau des centres de santé pilotes du projet (avec le même objectif que pour les étudiants en santé de famille/santé communautaire) et ce dans le but d'appuyer ces centres de santé pour initier une pratique de médecine de famille à leur niveau.

1. Activités à réaliser

Organiser au profit des professionnels des établissements de soins de santé primaires, une visite de benchmark au niveau de services de santé de premier niveau d'un pays ayant une longue tradition dans la pratique de médecine de famille dans un système public

La visite doit permettre aux participants d'observer dans une situation réelle la pratique de la médecine de famille et de s'entretenir avec leurs homologues étrangers praticiens dans des services de santé de premier niveau.

Cette observation concernera entre autre :

- L'exercice de la médecine de famille, notamment le champ de compétences des médecins et infirmiers (cliniques, managériaux), leurs attributions.
- Le mode d'organisation du CS.
- Le mode de fonctionnement de l'équipe (modes de communication, travail d'équipe).
- Le paquet d'activité offert.
- Le système d'information pour la gestion du patient (dossier patient/DFF) et sa Gestion notamment.
- L'organisation du parcours de soins (filières et réseaux).
- Le mode de gestion des médicaments et les supports d'information utilisés dans ce sens.



- Le mode d'implication de la population et son degré de participation dans les décisions et la gestion du CS.
- Les outils de management et de contrôle de la qualité utilisés à leur niveau (accréditation, etc).
- Les modalités de la formation continue des professionnels.
- Les équipements disponibles.
- Les protocoles thérapeutiques disponibles.

2. Attribution du consultant/accompagnateur

Le consultant sera chargé de :

- o prendre contact avec les sites de stage et organiser le voyage
- o Accompagner les participants dans leurs missions pour leur permettre d'atteindre les objectifs de la visite.
- o Rédiger un rapport sur le déroulement de la visite et les résultats.

2. Profil du consultant/accompagnateur

L'accompagnateur doit être de préférence expert en Médecine de famille (une expérience dans l'enseignement de la médecine de famille est souhaitable) ou bien expert en gestion des services de santé

3. Livrable

- Une note méthodologique précisant les modalités d'échange, les sites choisis et le programme détaillé du déroulement de la visite (cinq pages) qui doit être validé préalablement par l'ENSP et DHSA
- Document relatant le déroulement des visites et l'atteinte des objectifs (en 06 exemplaires + 06 CD-ROM)

4. Les bénéficiaires et durée de stage :

Cette activité intéressera 35 participants pour 7 jours de visite.

Domaine d'intervention 4.1

Renforcement des compétences des enseignants ISPITS (visites réciproques de « benchmarking »)

Les Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniciens Spécialisés (ISPITS) constituent un pilier important du système de santé dans la mesure où ils permettent de former tous le corps paramédical qui exerce au niveau des hôpitaux et des établissements de soins de santé primaires.

Le renforcement de ces instituts à travers la capacitation de ses responsables gestionnaires (Directeurs) et pédagogiques (Directeurs adjoints) constitue une priorité pour le Ministère de la Santé.

1. Objectifs de l'appui technique:

Organiser des visites de benchmark dans des établissements de formation en sciences infirmières au profit des responsables pédagogiques et gestionnaires des ISPITS. L'objectif étant de leur permettre de :

Pour le Directeur :

- Appréhender le pilotage et la gestion des structures de formation des infirmiers, sages-femmes et spécialistes en techniques de santé à l'échelle d'autres pays.



- Appréhender le pilotage du projet d'établissement des instituts de formation.
- S'enquérir des pratiques de management adaptées à la conduite du changement dans les instituts de formation.
- Prendre connaissance des processus et des politiques de communication et du système d'information utiles au dynamisme des instituts.
- Prendre connaissance de la gestion des ressources humaines et pédagogiques des instituts de formation.
- Discuter les modalités pratiques d'échange et de partenariat entre les instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé et ceux similaires pour le développement de la formation en soins de santé primaires.

Pour le Directeur adjoint :

- Prendre connaissance des approches adoptées dans l'enseignement/apprentissage théorique et clinique des soins de santé primaires.
- Prendre connaissance de la manière optée par ces instituts pour le développement des compétences des enseignants et cadre de la santé.

- S'enquérir sur comment la dimension Qualité du service aux usagers est prise en compte au plan interne et dans une démarche qualité de parcours pédagogique.

- Prendre connaissance de la gestion des ressources humaines et pédagogiques des instituts de formation.

2. Activités prévues :

Organiser des visites de benchmark pour les responsables des ISPITS :

- au niveau d'un établissement de formation en sciences infirmières dans des pays reconnus pour leur expérience dans le développement de la formation en sciences infirmières.
- Dans un établissement de soins de santé primaires pour prendre connaissance du rôle et de la place du personnel infirmier dans la gestion du service et des soins.

3. Attribution du consultant/accompagnateur :

- Prendre contact avec les sites de stage et organiser le voyage
- Accompagner les participants pour leur permettre d'atteindre les objectifs assignés à ces visites.
- rédiger un rapport relatant le déroulement de la visite et les résultats

4. Profil du consultant/accompagnateur

L'accompagnateur doit être un spécialiste en gestion des services de santé ou expert en sciences infirmières

5. Livrables attendus :

- Note méthodologique précisant les modalités de stage et le programme détaillé du déroulement du stage (cinq pages) qui doit être validé préalablement par l'ENSP et DHSA.
- Rapport du déroulement des visites de benchmark (en 06 exemplaires + 06 CD-ROM)

6. Bénéficiaires et délai de visites

Cette activité concernera 22 participants pour 7 jours de visite.



Marché négocié n°12/DHSA/2016/AVERROES

passé en vertu des dispositions de l’alinéa 2 §1 de l’article 16 et l’alinéa 3§3 et de l’article 17 et conformément aux articles 84,85 et 86 du décret n° 2-12-349 du 08 jourmada i 1434 (20 mars 2013) relatif aux marchés publics.

Ayant pour objet

Le renforcement des compétences des intervenants dans les soins de santé primaires (accompagnement, formation, benchmark, échange et stages.)

Le présent marché négocié s'élève à la somme de : 2 364 880.00 dhs HT (deux millions trois cent soixante quatre mille huit cent quatre vingt dirhams hors taxes)

Représentant de l'Administration

Représentant de la Société

Viser:

Dr. Joan Carles March Cerdá

Directeur EASP

26 Septembre 2016

Approuver :

