



EMBAJADA
DE ESPAÑA
EN MARRUECOS



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)

MARCHE NEGOCIE N°11/2016/DHSA/AVERROES

Passé en vertu des dispositions de l'alinéa 2 §1 de l'article 16 et l'alinéa 3§3 de l'article 17 et alinéa
(b) de l'article 42 et conformément aux articles 84.85 et 86 du décret n°2.12.349 du 08 jounadaI
1434 (20 mars 2013) relatif aux marchés publics

Ayant pour objet :

Recrutement d'une assistance technique pour l'appui du Ministère de la Santé dans la mise en
œuvre de la réforme des soins de santé primaire

Lot unique

Exercice 2016

MARCHE NEGOCIE N°11/DHSA/2016/AVERROES

Marché négocié passé suite à l'appel d'offres N° 04/DHSA/2016, en vertu des dispositions de l'alinea 2 §1 de l'article 16 et l'alinéa 3§3 de l'article 17 et alinéa (b) de l'article 42 et conformément aux articles 84.85 et 86 du décret n° 2-12-349 du 08 Jourada 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 Pública, Société Anonyme. EN vertu des pouvoirs qui lui sont conférés.

Capital : 1 655 500.00 €

CNSS : 18112691071

Registre de commerce 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 Arenguetaria, Argentaria

Désigné ci-après par le terme « Prestataire »

D'autre part

Il a été arrêté et convenu ce qui suit

Chapitre I **Clauses administratives et financières**

ARTICLE 1 : OBJET DU MARCHE

Le présent marché négocié a pour objet **Le recrutement d'une assistance technique pour l'appui du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre de la réforme des soins de santé primaire et ce conformément aux termes de références et des spécifications du marché.**

Le présent marché négocié s'élève à la somme de : 2 278 305,00 dhs (deux millions deux cent soixante dix huit mille trois cent cinq dirhams.

ARTICLE 2 : MODE ET PROCESSUS DE PASSATION DU MARCHE

Le marché négocié est passé suite à l'appel d'offre N°04/DHSA/2016 en application des dispositions de l'alinéa 2 §1 de l'article 16 et l'alinéa 3 §3 de l'article 17 et alinéa (b) de l'article 42 et conformément aux articles 84.85 et 86 du décret n°2-12-349 du 08 Jourada I 1434 (20 Mars 2013) relatif aux marchés publics.

ARTICLE 3 : MAITRE D'OUVRAGE



Le maître d'ouvrage du marché passé suite au présent 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 :

4.1- Contribution de l'AECID

Le financement est assuré par une subvention financière globale allouée par l'AECID.

4.2- Modalités d'exécution

Toutes les dépenses en rapport avec le projet seront exécutées conformément à la réglementation marocaine en vigueur et eu égard aux dispositions particulières prévues par l'article 10 du présent Protocole.

Le contrat avant sa signature, est approuvée préalablement par l'AECID 10 jours ouvrables, maximum après sa réception.

4.3- Impôts, taxes et droits de douane

La contribution espagnole et les dépenses qui en découlent ne sont pas soumises aux impôts, taxes et droits de douane prévus le cas échéant par la législation marocaine en vigueur.

Les marchés, contrats, Conventions ou autres, passés dans le cadre dudit projet sont exonérés de la TVA.

ARTICLE 5 : CONSISTANCE DU MARCHE

L'objectif de la mobilisation de l'assistance technique est d'accompagner le Ministère de la Santé dans le renforcement des soins de santé primaires à travers les domaines suivants:

1. Domaines d'intervention 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)

L'objectif de l'appui technique est de définir un modèle de centre de santé basé sur le principe de médecine de famille (offrant des soins de qualité centrés sur le patient), puis d'identifier les besoins en formation du personnel de ces centres de santé pilotes eu égard au modèle proposé.

La durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours**.

2. Domaine d'intervention 1.5 Adaptation du Dossier de Famille/dossier patient et son informatisation dans les CS sélectionnés

L'appui de l'assistance technique consiste à élaborer le contenu d'un dossier patient, concevoir une application informatique pour ce dossier patient et la tester au niveau d'un site pilote.

La durée totale de la consultation est de **45 hommes-jours**.

3. Domaine d'interventions 1.6: Appui à la mise en place des filières de soins au niveau de certaines régions.

L'appui de l'assistance technique portera sur la révision et la réadaptation des filières de prise en charge des principales affections chroniques qui sont en vigueur, puis la proposition d'un dispositif organisationnel pour l'opérationnalisation de ces filières avec élaboration d'un plan de suivi de leur implantation. Un test de mise en place de ces filières sera effectué au niveau de deux régions.

La durée totale de la consultation est de **25,5 hommes-jours**.

4. Domaine d'intervention 1.7, Définition et opérationnalisation du réseau coordonné des soins pour les MNT (Diabète/ HTA,)



L'objectif de l'appui technique consiste en l'apport d'un soutien pour la mise en place d'un réseau coordonné de soins pour le patient souffrant de diabète/HTA/maladies du Rein. Elaboration et opérationnalisation d'un plan de mise en œuvre et de suivi de ce réseau au niveau des deux régions pilotes.

La durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours**.

5. Domaine d'intervention 1.8. Appui à l'accréditation des centres de santé (implantation de l'approche dans un certain nombre de CSU).

Les objectifs de l'appui technique se focalisent sur l'adaptation du référentiel d'accréditation des centres de santé existant en prenant en considération les principes de médecine de famille.

Un test de ce référentiel est à effectuer au niveau d'un centre de santé pilote.

La durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours**.

6. Domaine d'intervention 1.9 Actualisation et édition d'un manuel de gestion de la Circonscription Sanitaire

L'appui de l'assistance technique consiste en l'élaboration d'un guide de gestion de la Circonscription Sanitaire pour aider les équipes des centres de santé à mettre en place une organisation et une gestion

efficace selon les principes de médecine de famille. Un contenu de formation sur le contenu du manuel sera proposé.

La durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours**

7. Domaine d'intervention 1.3 Accompagnement de la mise en place des CS modèles

L'assistance technique apportera un accompagnement des équipes pour la mise en place du modèle de centre de santé basé sur les principes de médecine de famille. Pour cela il est attendu du consultant de guider, orienter, conseiller, former/encadrer les équipes dans la mise en place des changements requis (pratique de médecine de famille y compris les filières de soins, le réseau coordonné de soins, le dossier patient, etc.)

La durée totale de la consultation est de **120 hommes-jours**.

8. Domaine d'intervention 2.1 Accompagnement à la structuration et à la pérennisation de la formation en santé de la famille/Santé communautaire

L'objectif de l'appui technique est d'appuyer l'ENSP pour l'amélioration de la formation en santé de famille/santé communautaire.

A travers la réalisation d'une évaluation du programme de formation en santé de famille/santé communautaire dispensé au niveau de l'ENSP (promotion 2015-17) et de faire des propositions d'amélioration.

La durée totale de la consultation est de **45 hommes-jours**.

ARTICLE 6 : TEXTES APPLICABLES

Les parties contractantes sont soumises aux dispositions des textes suivants :

1. Le décret n° 2-12-349 du 08 JOUMADA I 1434 (20 Mars 2013) relatif aux marchés publics ;
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 ;
2. Le Décret n°2-01-2332 du 22 Rabii 1 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 ;
3. Le Décret n° 2-07-1235 du 05 Kaada 1429 (04 Novembre 2008) relatif au Contrôle des Engagements de Dépenses de l'Etat ;
4. 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.
5. Code général des impôts relatif à la TVA ;



6. 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 ;
7. 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 ;
8. 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 ;
9. Décret n°2.14.272 du 24 Avril 2014 relatif à l'avance.
10. Arrêté du chef de gouvernement n°3-205-14(9 juin 2014) fixant les règles et les conditions de révision des prix des marchés publics
11. 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 ;
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 négocié 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, autres que celles se rapportant à l'offre financière tel que décrit par le décret n°2-12-349, ceux-ci 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** dhs (trente cinq mille 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 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 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 NEGOCIE

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 négocié.

ARTICLE 11 : DELAI DE NOTIFICATION DE L'APPROBATION

En application de l'article 153 du décret n°2-12-349, l'approbation du marché 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, 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 marché négocié 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 arrêteront, en commun accord dans un délai de 10 jours, un rapport de démarrage relatif à l'exécution des prestations du marché contenant notamment :

- un calendrier de mobilisation des consultants
- les délais de dépôt des livrables
- 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 experts proposés par le soumissionnaire dans l'offre technique, sauf en cas de force majeur. Dans ce cas, tout changement d'expert ne peut se faire qu'avec un autre à qualification au moins équivalente, sans changement de prix et avec l'avis favorable du Maître d'Ouvrage.

ARTICLE 14 : LIEU D'EXECUTION DU MARCHE NEGOCIE

Au niveau des régions ciblées par le programme AVEROES à savoir : Tanger-Tétouan et du Grand Casablanca.

Le changement du lieu d'exécution du marché négocié proposé par le maître d'ouvrage peut être fait en commun accord entre l'administration et le titulaire du marché.

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.

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

La durée du marché négocié est de 15 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 prévus dans les formes, les délais et les quantités prévus aux termes de références (chapitre II).

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 compté 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 34 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.

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 2 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 17 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 au fur et à mesure de l'exécution du marché négocié sur la base des prestations réellement exécutées.

ARTICLE 21: ACOMPTE :



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 des différentes parties de l'assistance, 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 semestrielles.

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 ou par une note d'honoraires 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 négocié.

ARTICLE 22 : AVANCE

Conformément au décret n°2.14.272, une avance de 10% du montant du marché est accordée au titulaire du marché. Le titulaire est tenu de constituer avant l'octroi de l'avance une caution personnelle et solidaire s'engageant avec lui à rembourser la totalité du montant des avances consenties par le maître d'ouvrage.

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 des prestations qui lui sont confiées au marché.

ARTICLE 23: CONSISTANCE DES PRIX

Les prix du présent marché négocié comprennent le bénéfice ainsi que tous frais généraux, faux frais, traduction, ou frais de secrétariat.

Ils comprennent aussi:

Tous les frais liés aux experts du titulaire du marché négocié y compris les déplacements locaux, interurbains, urbains et internationaux et les billets d'avions pour les déplacements nationaux éloignés ainsi que l'hébergement, le matériel informatique et de bureau, les fournitures de bureau, les fournitures informatiques, les indemnités, l'assurance, le carburant...etc.

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 négocié.

ARTICLE 24 : CARACTERE DES PRIX

Conformément au 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 révisables et si pendant le délai contractuel du marché, les prix des prestations subissent, suite à l'application des formules de révision des prix définie au marché négocié , 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.

Les prix du marché sont révisés par application de la formule ci-dessous.

$P = Po [k + a (I/Io)]$ 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 ;

Io : est la valeur de l'index global relatif à la prestation considérée au mois :

* de la date limite de remise des offres;

* de la date de la signature du marché par l'attributaire lorsque ce dernier est négocié;

I : est la valeur de l'index du mois de la date de l'exigibilité de la révision.

ARTICLE 26 : MONNAIE DE L'OFFRE

La monnaie du marché 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.

Lorsque le concurrent n'est pas installé au Maroc, son offre doit être exprimée en monnaie étrangère convertible. Dans ce cas, pour être évalués et comparés, les prix des offres exprimées en monnaie étrangère doivent être convertis en dirham. Cette conversion doit s'effectuer sur la base du cours vendeur du dirham en vigueur le premier jour ouvrable de la semaine précédant celle du jour d'ouverture des plis donné par Bank Al-Maghreb.

ARTICLE 27 : 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 Argentaria, Granada. 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 courant bancaire.

ARTICLE 28 : 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 29 : CONDITIONS DE RESILIATION

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

ARTICLE 30: NANTISSEMENT

Dans l'éventualité d'une affectation en nantissement du marché, 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 et 9 du dahir susvisé est Monsieur Ahmed BOUDAK, Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires ou 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 31: 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 :

1. La nature des prestations qu'il envisage de sous-traiter,
2. L'identité, la raison ou la dénomination sociale et l'adresse des sous-traitants
3. 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 du décret 2-12-349.

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..

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

ARTICLE 32 : 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 33 : 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 34 : PENALITES POUR 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. 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 35 : DELAI DE PAIEMENT – INTERETS MORATOIRES

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

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 36: 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, 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 37: 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 38: 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 39 : 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 à 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.

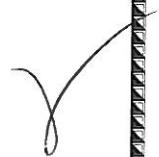
ARTICLE 40 : PIECES MISE A LA DISPOSITION DU PRESTATAIRE DE SERVICE

Aussitôt après la notification de l'approbation du marché, 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 7 du marché négocié 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 41: BORDEREAU DES PRIX – DETAIL ESTIMATIF:



N° DU PRIX	DESIGNATION DES PRESTATIONS	UNITE DE MESURE OU DE COMPTE	QUANTITE	PRIX UNITAIRE EN dirhams (hors TVA)	PRIX TOTAL EN CHIFFRES 6=4X5
1	2	3	4	5	
1	Domaines d'interventions 1.2 Définition des caractéristiques d'un modèle de centre de santé (standard type par rapport aux ressources humaines (profil et compétences), installation, équipement, paquet minimum des services offerts, fonctionnement, organisation, utilisation des ressources	H.J	15	7 710.00	115 650.00
2	Domaine d'intervention 1.3 Accompagnement de la mise en place des centres de santé modèles	H.J	120	7 710.00	925 200.00
3	Domaine d'intervention 1.5 Adaptation du dossier de famille/dossier patient et son informatisation dans les centres de santé sélectionnée.	H.J	45	7 710.00	346 950.00
4	Domaine d'intervention 1.6 Appui à la mise en place des filières de soins au niveau de certains régions	H.J	25.5	7 710.00	196 605.00
5	Domaine d'intervention 1.7 Définition et opérationnalisation du réseau coordonné des soins pour les MNT (Diabète/HTA,...)	H.J	15	7 710.00	115 650.00
6	Domaine d'intervention 1.8 Appui à l'accréditation des centres de santé (implantation de l'approche dans un certain nombre de CSU)	H.J	15	7 710.00	115 650.00
7	Domaine d'intervention 1.9 Actualisation et édition d'un manuel de gestion de la circonscription sanitaire	H.J	15	7 710.00	115 650.00
8	Domaine d'intervention 2.1 Accompagnement à la structuration et à la pérennisation de la formation en santé de la famille/Santé communautaire.	H.J	45	7 710.00	346 950.00

	<i>Montant hors Taxes</i>	
		2 278 305.00

Le présent bordereau est arrêté à la somme de : 2 278 305.00 dhs HT (Deux millions deux cent soixante-dix huit mille trois cent cinq 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 ProjetAverroès 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-jacentes, 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 » constitueraient 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 ProjetAverroès appuiera le Ministère de la Santé pour développer un dossier patient qui permettra de gérer efficacement les épisodes maladies 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 ProjetAverroès soutiendra le Ministère de la Santé dans l'adaptation du référentiel et la mise en place de la démarche d'accréditation au niveau d'EESP 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.

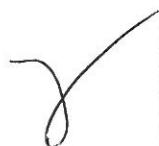
Le Projet Averroès appuiera l'ENSP pour renforcer les compétences des enseignants et pour consolider le programme de formation.

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>3.4 Formation des prestataires des UMP sur les urgences pré-hospitalières.(il existe des formateurs urgentistes, anesthésistes,)</p> <p>3.5 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	

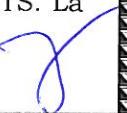
III-INTERVENANTS ET MODE OPERATOIRE

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 accompagner ces réformes et appuyer le Ministère de la Santé notamment dans la formation en santé de famille/Santé communautaire, la mise en place d'une pratique de médecine de famille au niveau des ESSP, la mise en place du dossier patient pour une meilleure gestion de l'information, la mise en place des filières de soins pour des problématiques de santé de priorité nationale notamment les maladies chroniques , la mise en place de l'accréditation des centres de santé et le renforcement des capacités des enseignants des ISPITS. L'expertise technique est mise à disposition à travers des contrats avec un bureau d'étude recruté par marché négocié sur la base de termes de références réalisés par la direction chargée de la coordination technique, qui auront reçu la non objection de la coopération espagnole.

IV. TERMES DE REFERENCE DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE

Le Gouvernement marocain et la coopération espagnole ont convenu d'un dispositif d'assistance technique sous la responsabilité d'un bureau d'étude engagé par marché négocié.

L'objectif de la mobilisation de l'assistance technique est d'accompagner le Ministère de la Santé dans le renforcement des soins de santé primaire à travers les domaines suivants:

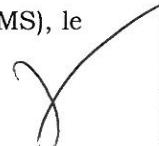
Domaines d'intervention 1. 2

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)

Les établissements de soins de santé primaires (ESSP) constituent la porte d'entrée et le pivot du système de santé. Ils doivent à ce titre être en mesure de prendre en charge dans des conditions optimales de qualité la majorité des problèmes de santé d'une population pour ne référer que les cas nécessitant des compétences spécialisées et de la technologie qui ne peut être disponible à leur niveau. Un des modèles de pratique de soins de santé primaires qui ont démontré leur efficacité pour répondre à cette exigence est le modèle basé sur le concept de médecine de famille.

Dans ce modèle de médecine de famille et communautaire, un accent particulier est mis sur la qualité de la relation entre professionnels de santé et patients (écoute, dialogue, empathie, respect, etc.), sur une prise en charge globale du patient avec un questionnement systématique des facteurs psychosociaux, culturels et environnementaux sous-jacents aux symptômes, sur une coordination active entre les professionnels de premier niveau et ceux du deuxième niveau de soins pour une plus grande continuité des soins, sur un fonctionnement et une organisation centrés sur le patient, sur une gestion intégrée des programmes, et enfin sur un système d'information intégré permettant la gestion et le suivi du patient et le partage de l'information entre les différents intervenants dans la prise en charge (Dossier patient).

Pour cela, le Projet Averroès apportera un appui pour modéliser la pratique de médecine de famille et communautaire et l'intégrer au niveau des établissements de soins de santé primaires sélectionnés. Sur la base de l'analyse de la situation (faite dans le cadre du programme de collaboration avec l'OMS), le



Projet Averroes définira le un Modèle Type de centre de santé base sur les principes de médecine de famille qui permettrait d'offrir des soins de qualité centrés sur le patient en prenant en considération le

contexte marocain. Une identification des besoins en formation du personnel des centres de santé sera aussi réalisée dans le cadre de cette consultation. Cette identification sera basée sur les besoins en formation à combler pour permettre aux équipes de fonctionner selon le modèle proposé.

1. Objectifs de l'appui technique

Proposer un modèle de centre de santé basé sur le principe de médecine de famille (offrant des soins de qualité centrés sur le patient).

Identifier les besoins en formation du personnel des ESSP nécessaires pour qu'il puisse mettre en place ce modèle

2. Activités à réaliser par l'expertise :

Le consultant sera chargé de :

- Définir pour le Maroc un modèle de centre de santé fondé sur les principes de médecine de famille et communautaire notamment :
 - ✓ Le mode de fonctionnement et d'organisation centré sur le patient ;
 - ✓ Le mode de gestion du système d'information ;
 - ✓ Le mode de participation communautaire.
 - ✓ Le mode de communication entre le centre de santé et son environnement (hôpitaux, etc.) ;
 - ✓ Le mode de gestion des médicaments.
 - ✓ Les standards des ressources humaines, matérielles, techniques et équipement ;
 - ✓ Le champ de compétences des médecins généralistes nécessaire à l'exercice de la médecine de famille ;
 - ✓ Les compétences managériales nécessaires à la gestion du centre de santé ;
- Identifier les besoins en formation du personnel des centres de santé pilotes (médecins et infirmiers) eu égard au modèle proposé.
- Animer quatre ateliers pour finalisation et validation du modèle proposé et de l'étude de besoins. Les ateliers seront organisés à Rabat. Les participants aux ateliers proviennent des directions régionales de Tanger-Tétouan et Grand Casablanca, la DPRF, ENSP, DHSA, autres directions.

Il sera souhaitable l'utilisation des méthodes suivantes (à adapter selon le besoin):

- Visites aux centres de santé urbains et ruraux, analyse bibliographique et analyse des documents du Ministère de la Santé, entretiens, témoignages, focus group.

3. Zone d'intervention :

Rabat et les Régions de Tanger-Tétouan et du Grand Casablanca.

4. Documents à prendre en considération :

Documentation disponible au Ministère de la Santé

5. Personnes/organismes à prendre en considération :

- Responsables centraux ;
- Les gestionnaires des ESSP ;



- Les professionnels de santé ;
- La population cible (hommes et femmes des communautés ainsi que organisations de la société civile qui interviennent auprès de la santé des personnes) ;
- La faculté de médecine, les ISPITS, l'ENSP, l'Ordre des Médecins.

6. Modalités opérationnelles :

Durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours**.

7. Etapes de la consultation :

- Revue documentaire
- Rencontre des parties prenantes
- Visites des centres de santé
- Réunion de restitution
- Elaboration du rapport provisoire
- Elaboration du rapport définitif

8. Profil de l'expert :

Le (ou les) consultant doit être spécialiste en médecine / santé de famille et communautaire (avec une expérience clinique de pratique de médecine/santé de famille dans un centre de santé intégré d'un système de santé public) et une expérience souhaitable également dans la gestion d'un service de santé public de première ligne. Il est aussi souhaitable d'avoir une expérience dans l'enseignement de la médecine/santé de famille. Une bonne connaissance de français est nécessaire.

9. Livrables :

- Une note méthodologique sur la réalisation de la mission.
- Un document qui définit le modèle de CS avec un plan opérationnel de mise en œuvre de ce modèle.
- Un rapport sur les besoins en formation des équipes des centres de santé pilotes
- Un rapport global de la consultation englobant les rapports sus cités, comptes rendus des ateliers de validation, etc (en 06 exemplaires) + 06 CD-ROM.

Domaine d'intervention 1.5

Adaptation du Dossier de Famille/dossier patient et son informatisation dans les CS sélectionnées

Dans le cadre de la mise en œuvre du ProjetAverroès, le dossier patient est une des interventions prévues pour améliorer la qualité de prise en charge des malades. Ce dossier sera élaboré en prenant en considération le dossier de famille (DDF) élaboré dans le cadre du programme REDRESS-P et dont

l'objectif était de regrouper les données de l'ensemble des membres d'une famille dans un seul dossier. Le but du DDF était de pouvoir considérer l'individu dans son vécu vis-à-vis des conditions familiales, socio-économiques et sanitaires.

L'importance accordée par le Ministère de la Santé à la mise en place d'un Dossier patient dans le cadre du système d'information sanitaire des ESSP réside dans ses avantages notamment :

- Une meilleure prise de décision concernant la conduite à tenir grâce à la synthèse de l'information.

- Une plus grande continuité des soins grâce au partage de l'information entre les différents intervenants dans la prise en charge du patient.

L'informatisation du dossier patient permettra de réduire progressivement le support papier et permettre ainsi à l'équipe soignante de réduire le temps alloué au remplissage des supports

d'information et à l'exploitation manuelle des données pour accorder plus de temps au contact et à l'écoute des patients. L'informatisation du dossier patient favorisera également le partage de l'information entre les deux niveaux de soins (primaire et de référence) et réduira le délai de transmission de l'information. Un premier projet d'application existe (élaboré par une équipe locale) et est encore au stade embryonnaire. Il intègre surtout un volet famille mais a besoin d'intégrer aussi les éléments d'information concernant la gestion du PATIENT. L'appui du projet Averroes consiste à élaborer une application informatique pour un DOSSIER PATIENT en capitalisant sur le projet d'application existant.

1 Objectifs de l'appui technique

- Elaborer le contenu d'un dossier patient
- Conception d'une Application informatique pour un dossier patient en capitalisant sur le projet d'application existant
- Test du dossier patient informatisé au niveau d'un site pilote ;

2 Activités

- Elaborer, avec les équipes concernées du Ministère de la Santé, le contenu du dossier patient ;
- Développer une application informatique pour le dossier patient en capitalisant sur le projet existant;
- Animer des ateliers pour la finalisation de l'application. Les ateliers sont organisés au niveau de Rabat ou des régions et les participants aux ateliers proviennent des directions régionales de Tanger-Tétouan et du Grand Casablanca, la DPRF, ENSP, DHSA, autres.
- Tester l'application au niveau d'un site pilote
- Animer deux ateliers de formation sur l'application proposée.

Il sera souhaitable l'utilisation des méthodes suivantes (à adapter selon le besoin):

Visites aux centres de santé urbains et ruraux, analyse des documents du Ministère de la Santé existants, entretiens, témoignages, focus group.

3 Zone d'intervention :

Régions de Tanger-Tétouan et du Grand Casablanca.

4 Modalités opérationnelles d'intervention

La durée totale de la consultation est de **45 hommes-jours**, répartie en missions dont les séquences seront déterminées dans la méthodologie proposée par le bureau d'étude.

5 Documents à prendre en considération :

Livrables du projet REDRESS-P

6 Personnes/organismes à prendre en considération :

- Gestionnaires du Ministère de la Santé



- Les gestionnaires des ESSP.
- Les professionnels de santé.

7 Etapes de la consultation :

- Revue documentaire
- Rencontre des parties prenantes
- Visites des structures sanitaires.
- Elaboration et test de l'application
- Elaboration du rapport définitif

8 Profil des experts

Le (ou les) consultant devra avoir une expérience dans la gestion du système d'information sanitaire et en NTIC avec une expérience de conception de dossier patient de préférence pour les établissements de première ligne. Une bonne connaissance du français est nécessaire.

9 Livrables

- Note méthodologique sur la réalisation de la mission
 - Livrable 1 : Document reprenant le contenu d'un dossier patient
 - Livrable 2 : une application informatique du Dossier patient avec un Guide d'utilisateur.
- Livrables en 06 exemplaires + 06 CD-ROM.

Domaine d'interventions 1.6

1.6 : Appui à la mise en place des filières de soins au niveau de certaines régions.

➤ Les filières et réseaux coordonnés de soins

Le système de santé au Maroc est un système pyramidal composé d'un secteur privé et d'un secteur public hiérarchisé depuis les services de santé première ligne jusqu'à l'hôpital universitaire. A cet effet et dans un souci d'assurer une prise en charge intégrée et de qualité au profit de la population, le Ministère de la Santé s'est engagé dans une série de réformes notamment la mise en place de la couverture médicale de base, une réforme hospitalière et actuellement une réforme des soins de santé primaires.

Un arsenal juridique a accompagné ces réformes, il s'agit de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base, 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'ensemble de ces textes mettent de la régulation de l'offre et la coordination des soins entre les différentes composantes du dispositif de soins et les différents niveaux de prise en charge un levier d'action incontournable.

Ainsi, la loi 34-09 dans son article 16 stipule la mise en place des dispositifs particuliers de coordination des prestations de soins entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé et entre les différents niveaux de prise en charge ambulatoire et hospitalier notamment :

- des filières de soins organisées à partir de médecins généralistes ou des services de soins de santé de première ligne ;
- des réseaux coordonnés de soins, notamment pour les patients atteints d'une affection exigeant

une prise en charge globale multidisciplinaire ;

- des systèmes de régulation des services d'assistance médicale urgente

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a élaboré et institutionnalisé 06 filières de soins et quelques réseaux coordonnés de soins relatifs à la prise en charge des principales pathologies et affections de longue durée. Toutefois et au jour d'aujourd'hui, ces filières ne sont pas encore mises en place.

Le Projet Averroès appuiera les équipes de centres de santé et le cas échéant les équipes hospitalières de premier recours dans la mise en place de ces filières spécifiques notamment en rapport avec le réseau coordonné pour des pathologies chroniques et ce à travers le renforcement de mécanismes de références/contre référence entre les deux niveaux de soins et de mécanismes de collaboration et de coordination avec les autres intervenants potentiels dans la prise en charge du problème de santé.

1 Objectifs de l'appui technique

- Revoir et réadapter les filières de prise en charge des principales affections chroniques qui sont en vigueur,
- Proposer un dispositif organisationnel pour l'opérationnalisation de ces filières,
- Elaborer un plan de suivi de l'implantation de ces filières.

2 Activités

- Prendre connaissance des protocoles existants et procéder à leur réadaptation.
- Proposition de modèle de filières opérationnelles et Identification des mesures d'accompagnement pour leur mise en œuvre.
- Animation d'ateliers de révision et de validation des protocoles et des filières
- Tester ces filières au niveau de deux régions.

3 Résultats attendus

Filières et réseaux coordonnés de la prise en charge des affections de longue durée élaborés par le Ministère de la Santé sont adaptés et mis en place dans les établissements de soins des deux régions sites de projet.

4 Modalités opérationnelles d'intervention

La durée totale de la consultation est de 25,5 hommes- jours, répartie en missions dont les séquences seront déterminées dans la méthodologie proposée par le bureau d'étude.

5 Personnes/organismes à prendre en considération :

- Directions centrales
- Les gestionnaires des structures sanitaires.
- Les professionnels de santé.
- La population cible (hommes et femmes des communautés ainsi que organisations de la société civile qui interviennent auprès de la santé des personnes).
- La faculté de médecine, les ISPITS, l'École Nationale de Santé Publique,
- ANAM.

6 Etapes de la consultation :

- Revue documentaire



- Rencontre des parties prenantes
- Visites des centres de santé
- Animation d'ateliers et de Réunion de restitution
- Elaboration des livrables et rapport provisoire
- Elaboration du rapport définitif

7 Profil de l'assistant technique :

Le (ou les) consultant devra avoir une expérience dans la gestion/organisation des services de santé.

L'expérience en médecine/santé de famille sera un atout.

La langue de la consultation est le Français.

8 Livrables

- Référentiels de prise en charge des affections de longue durée existantes revus et adaptés,
- Modèles de filière de soins pour ces pathologies mis en œuvre
- Un rapport final de la consultation englobant les documents sus mentionnés, PV des ateliers de validation (en 06 exemplaires) + 06 CD-ROM.

Domaine d'intervention 1.7

Définition et opérationnalisation du réseau coordonné des soins pour les MNT (Diabète/ HTA, ...).

La mise en place d'un mode d'organisation et de coordination de l'offre de soins, à travers la conception et la mise en place des filières de soins/réseau coordonné de soins, permet une meilleure orientation du patient et donc une régulation de la demande de soins dans un but d'efficience (maîtrise des coûts), continuité et de qualité des soins.

1 Objectifs de l'appui technique

Apporter un soutien pour la mise en place d'un réseau coordonné de soins pour le patient souffrant de diabète/HTA/maladies du Rein.

2 Activités

- Définir un réseau coordonné de soins pour le diabète/HTA/rein qui organise le parcours de soins pour les patients atteints de ces maladies chroniques (sur la base de l'état des lieux déjà réalisé dans le cadre du programme REDRESS-P).
- Elaborer un guide définissant le réseau coordonné de soin (parcours du patient, les rôles de chaque intervenant, les critères de référence et de prise en charge, etc. en se basant sur les protocoles de prise en charge de l'HTA/diabète existants au niveau du Ministère de la Santé).
- Elaborer un plan de mise en œuvre et de suivi de ce réseau.
- Opérationnaliser le réseau au niveau des 2 régions pilotes.
- Animer trois ateliers d'élaboration au niveau national et au niveau des régions de Tanger-Tétouan et Grand Casablanca ; deux ateliers de validation à Rabat. Les participants aux ateliers proviennent des directions régionales et du niveau central.

Il sera souhaitable l'utilisation des méthodes suivantes (à adapter selon le besoin):

Visites aux centres de santé urbains et ruraux, analyse bibliographique et analyse des documents du Ministère de la Santé, entretiens, témoignages, focus group.

3 Modalités opérationnelles d'intervention

La durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours**, répartie en missions dont les séquences seront déterminées dans la méthodologie proposée par le bureau d'étude, avec le détail des visites sur le terrain et les ateliers d'élaboration, validation et suivi.

4 Personnes/organismes à prendre en considération :

- Directions centrales
- Les gestionnaires et professionnels de santé des structures sanitaires.
- Le secteur privé et communautaire
- L'ANAM
- Eventuellement la faculté de médecine, les ISPITS et l'École nationale de santé publique,

5 Etapes de la consultation :

- Revu documentaire
- Rencontre des parties prenantes
- Visites des centres de santé
- Ateliers de restitution
- Elaboration des livrables et rapport provisoire
- Elaboration du rapport définitif

6 Profil de l'assistant technique :

Le (ou les) consultants devra avoir une expérience de gestion des services de santé. Il est aussi souhaitable d'avoir des compétences/ou une spécialité en Médecine interne ou en endocrinologie.

7 Livrables

- Un guide du réseau coordonné de soins (RCS) des malades HTA/Diabète/Rein.
- Document sur la mise en œuvre du RCS dans les 2 régions pilotes.
- Un rapport final de la consultation englobant les rapports, compte rendus des ateliers et documents sus mentionnés (en 06 exemplaires) + 06 CD-ROM.

Domaine d'intervention 1.8

Appui à l'accréditation des centres de santé (implantation de l'approche dans un certain nombre de CSU).

Dans le cadre de la promotion des soins de santé primaires et le renforcement des centres de santé pour une nouvelle organisation favorisant une meilleure accessibilité et une meilleure qualité des prestations de prise en charge, le Ministère de la Santé s'inscrit dans un projet de normalisation des

aspects organisationnels et de prise en charge par une démarche d'accréditation de ces centres de santé. Un référentiel d'accréditation pour les centres de santé avec module accouchement a déjà été produit dans le cadre du programme REDRESS-P. L'appui du Projet Averroès consiste à adapter ce référentiel.

Une consultation d'expert s'avère nécessaire pour accompagner la mise en œuvre d'un système d'accréditation des centres de santé dans le contexte marocain.

1. Objectifs de l'appui technique :

Adapté le référentiel d'accréditation des centres de santé existant basé sur les principes de médecine de famille

2. Activités à réaliser :

- Révision du référentiel d'accréditation des CS existant et son adaptation prenant en considération les normes et principes de médecine de famille.
- Animation d'ateliers pour la validation du référentiel.
- Test du référentiel au niveau d'un centre de santé pilote.

Il sera souhaitable l'utilisation des méthodes suivantes (à adapter selon le besoin):

Visites aux centres de santé urbains et ruraux, analyse bibliographique et analyse des documents du Ministère de la Santé, entretiens, témoignages, focus group.

3. Zone d'intervention : Rabat et régions de Tanger-Tétouan et du Grand Casablanca.

4. Modalités opérationnelles :

Durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours** à répartir en missions dans la méthodologie qui sera proposée par le bureau d'étude.

5. Documents à prendre en considération :

Le modèle de centre de santé proposé dans le cadre du projet Averroès.

6. Personnes/organismes à prendre en considération :

- Les gestionnaires des ESSP.
- Les professionnels de santé.
- Les auditeurs qualité.

7. Etapes de la consultation :

- Revue documentaire
- Rencontre des parties prenantes

- Visites des centres de santé
- Animation des ateliers de validation du référentiel
- Rédaction des rapports

8. Profil de l'expert :

Le (ou les consultants) devra avoir des compétences dans le management / gestion de la qualité et dans l'accréditation des établissements de soins de santé primaires. Une expérience dans la pratique de Médecine/santé de famille et communautaire est également souhaitable.

9. Livrables :

- Référentiel d'accréditation adapté au centre de santé modèle (basé sur les principes de médecine de famille)

- Rapport global englobant le référentiel et le déroulement et résultats du test en 06 exemplaires + 06 CD-ROM.



1 Objectifs de l'appui

Elaborer un Guide de gestion de la CS pour aider les équipes des centres de santé à mettre en place une organisation et une gestion efficace selon les principes de médecine de famille

2 Activités à réaliser

- Revue des manuels existants.
- Concevoir un guide de gestion du centre de santé qui prend en considération les attributions des ESSP et les principes de base de fonctionnement et d'organisation rationnelle des services de première ligne.
- Animer les ateliers d'élaboration et de validation du contenu du guide. Les participants aux ateliers seront de profils différents (des gestionnaires des médecins chef de CS infirmiers majors de CS, des enseignants de l'ISPITS et de l'ENSP, des personnes ressources des directions centrales)
- Proposer un contenu de formation sur le contenu du manuel

Il sera souhaitable l'utilisation des méthodes suivantes (à adapter selon le besoin):

Visites aux centres de santé urbains et ruraux, analyse bibliographique et analyse des documents du Ministère de la Santé, entretiens, témoignages, focus group.

3 Modalités opérationnelles :

Durée totale de la consultation est de **15 hommes-jours**

4 Etapes de la consultation :

- Revue documentaire
- Animation d'ateliers (élaboration/validation)
- Réunion de restitution
- Elaboration des rapports

5 Livrable

Un guide de gestion du centre de santé avec un contenu de formation sur ce guide en 06 exemplaires + 06 CD-ROM.

6 Profil experts

Le (ou les) consultant devra avoir des compétences dans la gestion/organisation de services de santé (de préférence de première ligne). Une expérience dans l'enseignement de la gestion des services de santé primaires ou de la médecine/santé de famille est aussi souhaitable.

Si des soins globaux et centrés sur le patient sont les principes clés qui caractérisent la pratique de médecine de famille et communautaire, les expériences à travers le monde ont démontré que cette pratique permet en effet d'améliorer l'accès des ménages à un paquet de services d'un coût abordable à



travers une équipe motivée et compétente capable de délivrer des soins globaux, coordonnés, continus et orientés sur les individus et les familles.

Le Projet Averroès apportera un soutien au Ministère de la Santé de la santé pour définir un modèle de centre de santé basé sur le concept de médecine de famille et communautaire.

L'implantation de ce modèle nécessitera un accompagnement des équipes des centres de santé pilotes. Cet accompagnement permettra de les orienter, les conseiller, les encadrer et guider durant tout le processus de mise en place des changements. En effet, la mise en place du modèle nécessitera forcément des changements dans les attitudes et comportements des soignants vis-à-vis de la population, dans le fonctionnement de l'équipe soignante, dans le mode d'organisation, dans la façon de gérer les ressources, dans la coordination avec les autres prestataires de soins, dans la relation avec la communauté, etc.

Etant donné que ce sont des modes de fonctionnement nouveaux, les équipes auront besoin d'être et formés sur le modèle et coachés pour mettre en place ce nouveau mode de pratique.

Dans ce modèle de médecine de famille et communautaire, un accent particulier est mis sur la qualité de la relation entre professionnels de santé et patients (écoute, dialogue, empathie, respect, etc.), sur une prise en charge globale du patient avec un questionnement systématique des facteurs psychosociaux, culturels et environnementaux sous-jacents aux symptômes, sur une coordination active entre les professionnels de premier niveau et ceux du deuxième niveau de soins (mise en place de la filière de soins et du réseau coordonné des soins) pour une plus grande continuité des soins, sur un fonctionnement et une organisation centrés sur le patient, sur une gestion intégrée des programmes, et enfin sur un système d'information intégré (dossier patient) permettant la gestion et le suivi du patient et le partage de l'information entre les différents intervenants dans la prise en charge (Dossier patient).

Pour cela, le Projet Averroès apportera un accompagnement pour la mise en place du modèle au niveau des établissements de soins de santé primaires sélectionnés (8 centres de santé à la région de grand Casablanca et deux centres de santé dans la région de Tanger-Tétouan).

1 Objectifs de l'appui technique :

Accompagner les équipes pour la mise en place du modèle de centre de santé basé sur les principes de médecine de famille. Pour cela il est attendu du consultant de guider, orienter, conseiller, former/encadrer les équipes dans la mise en place des changements requis (pratique de médecine de famille y compris les filières de soins, le réseau coordonné de soins, le dossier patient, etc.)

2 Activités à réaliser :

- Elaboration d'un module de formation sur le modèle de centre de santé (défini dans le domaine d'intervention 1.2)
- Formation des équipes des ESSP pilotes sur le modèle
- Visites régulières des ESSP pilotes (au moins 8 visites d'accompagnement par ESSP) pour coacher les équipes dans l'implantation du modèle de pratique de médecine de famille.
- Documentation de l'implantation du modèle (processus d'implantation, les changements apportés et améliorations observées, les recommandations émises, les contraintes).
- Animation d'ateliers auprès des équipes régionales et gestionnaires les directions centrales

3 Zone d'intervention : Rabat et régions de, Tanger-Tétouan et Grand Casablanca.

4 Modalités opérationnelles :

Durée totale de la consultation est de **120 hommes-jours** à répartir en missions selon la méthodologie qui sera proposée par le bureau d'études.



5 Profil de l'expert :

Médecin Spécialiste en médecine/santé de famille avec une pratique en tant que médecin de famille et une expérience dans la gestion d'un établissement de soins de santé primaires.

Une expérience dans l'enseignement de la médecine de famille est souhaitable.

6 Livrables :

- Note méthodologique sur l'organisation de l'accompagnement y compris un Plan de mise en œuvre de l'accompagnement.
- Un module de formation sur le modèle
- Rapport mi-parcours sur l'état d'avancement de l'implantation
- Rapport final sur l'implantation du modèle au niveau des centres de santé pilotes.
- Un rapport final de la consultation englobant les rapports et documents sus mentionnés (en 06 exemplaires) + 06 CD-ROM.

Domaine d'intervention 2.1

Accompagnement à la structuration et à la pérennisation de la formation en santé de la famille/Santé communautaire. (Suivi et Évaluation de la formation, Crédit de département de santé de la famille/santé communautaire à l'ENSP, formation de l'équipe administrative)

1. Objectifs de l'appui technique:

Appuyer l'ENSP pour l'amélioration de la formation en santé de famille/santé communautaire.

2. Activités à réaliser :

Réaliser une évaluation du programme de formation en santé de famille/santé communautaire dispensé au niveau de l'ENSP (promotion 2015-17) et faire des propositions d'amélioration.

3. Modalités opérationnelles :

La durée totale de la consultation est de **45 hommes-jours**, répartie en missions dont les séquences seront déterminées dans la méthodologie proposée par le bureau d'étude.

La méthodologie devrait préciser les différentes étapes de l'évaluation et être validée préalablement par l'ENSP.

4. Profil de l'expert :

Le consultant doit avoir une expérience dans l'évaluation des programmes de formation en santé. Une expérience dans l'enseignement de médecine/santé de famille/communautaire est aussi souhaitable.

5. Livrables :



- Document de note méthodologique précisant la méthodologie d'évaluation et le plan de travail du consultant (cinq pages) qui doit être validé préalablement par l'ENSP et DHSA
- Rapport d'évaluation du programme de formation en santé de famille/communautaire (évaluation des modules de formation, mais aussi les stages ainsi que le projet d'intégration)
- professionnelle avec des recommandations et propositions pour l'amélioration de la qualité du programme actuel (en 06 exemplaires + 06 CD-ROM).
- Un rapport synthétique reprenant les principaux éléments du rapport global.





Marché Négocié N° 11/DHSA/2016/AVERROES

PASSE EN VERTU DES DISPOSITIONS DE L'ALINEA 2 §1 DE L'ARTICLE 16 ET L'ALINEA 3§3 DE L'ARTICLE 17 , ALINEA (b) DE L'ARTICLE 42 ET CONFORMEMENT AUX ARTICLES 84.85 et 86 DU DECRET N° 2-12-349 DU 08 JOUMADA I 1434 (20 MARS 2013) RELATIF AUX MACHES PUBLICS.

Ayant pour objet

Recrutement d'une assistance technique pour l'appui du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre de la réforme des soins de santé

Le présent marché négocié s'élève à la somme de : 2 278 305.00 dhs HT (deux millions deux cent soixante dix huit mille trois cent cinq dirhams hors taxes

Représentant de l'Administration

Représentant de la Société

Viser:

Dr. Joan Carles March Cerdá
Directeur EASP

Approuver :

Granada, 26 Septembre 2016