

DOCUMENT DE LA BANQUE MONDIALE

Royaume du Maroc

**PROGRAMME POUR RESULTATS D'AMELIORATION DE
LA SANTE PRIMAIRE DANS LES ZONES RURALES**

Évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale

7 avril 2015



Avis

Ce document a été établi par les services de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues du Conseil des administrateurs de la Banque mondiale ni des pays que ceux-ci représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées dans cet ouvrage. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent rapport n'impliquent de la part de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que l'institution reconnaît ou accepte ces frontières.

Droits d'auteur

Le contenu de cette publication est protégé par la loi sur le droit d'auteur. La copie ou la transmission non autorisée de tout ou partie du présent ouvrage peut constituer une infraction à la législation applicable. La Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale encourage la diffusion de ses études et, normalement, accorde sans délai l'autorisation d'en reproduire des extraits.

Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou de réimprimer toute partie de cette publication, veuillez adresser votre demande en fournissant tous les renseignements nécessaires, par courrier, au Copyright Clearance Center Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA ; téléphone : 978-750-8400 ; télécopie : 978- 750- 4470 ; site web : <http://www.copyright.com/>.

Pour tout autre renseignement sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, envoyez votre demande, par courrier, à l'adresse suivante : Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA ; par télécopie, au 202-522-2422 ; ou par courriel à l'adresse : pubrights@worldbank.org.

Ce rapport a été préparé par M. Khalid Anouar (Expert en sauvegardes environnementales, consultant) et Mme Najat M'jid (Experte en sauvegardes sociales, consultante) sous la supervision de Mme Nadine Poupart (Chargée de projet). La version provisoire du rapport a été transmise pour avis au Ministère de la Santé et discutée avec des représentants de la société civile. Leurs commentaires ont été pris en compte dans la version finale. Le travail a été mené sous la direction générale de M. Enis Baris (Responsable sectoriel) et M. Simon Gray (Directeur Pays).

Liste des acronymes

| | |
|--------|---|
| AMO | Assurance Maladie Obligatoire |
| ANAM | Agence Nationale d'Assurance Maladie |
| CNEIE | Comité national des Études d'Impact sur l'Environnement |
| CNOPS | Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale |
| CNSS | Caisse Nationale de Sécurité Sociale |
| CREIE | Comité régional des Études d'Impact sur l'Environnement |
| CSC | Centre de Santé Communal |
| CSCA | Centre de Santé Communal avec module d'Accouchement |
| DELM | Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies |
| DHM | Division de l'hygiène du milieu |
| DHSA | Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires |
| DMP | Déchets médicaux et pharmaceutiques |
| DPRF | Direction de Planification et des Ressources Financières |
| EIE | Étude d'impact sur l'environnement |
| ESSP | Etablissement de soins de santé primaires |
| ESGES | Evaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale |
| GIZ | Coopération Internationale Allemande |
| INDH | Initiative Nationale pour le Développement Humain |
| ILD | Indicateurs Liés au Décaissement |
| ISPITS | Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé |
| LDEHM | Laboratoires de Diagnostic Epidémiologique et d'Hygiène du Milieu |
| MDCE | Ministère délégué chargé de l'Environnement |
| MNT | Maladies non Transmissibles |
| MP | Manuel de Procédures |
| ONEE | Office National de l'Electricité et de l'Eau Potable |
| PPR | Programme pour Résultats |
| RAMED | Régime d'Assurance Maladie pour les Economiquement Démunis |
| SIAAP | Service d'Infrastructure et d'Action Ambulatoire Provincial |
| SIBE | Sites d'Intérêt Biologique et Ecologique |
| SIS | Système d'information sanitaire |
| USD | Dollars Etats-Unis |

Sommaire

| | |
|--|------------|
| LISTE DES ACRONYMES | III |
| RESUME | VI |
| 1. INTRODUCTION..... | 1 |
| 1.1 CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROGRAMME..... | 1 |
| 1.2 FINALITES ET DEMARCHE DE L'ESGES | 3 |
| 1.3 MÉTHODOLOGIE | 4 |
| 2. DESCRIPTION DU PROGRAMME ET DE SES EFFETS POTENTIELS | 5 |
| 2.1 ÉLÉMENTS CLES POUR LE CADRAGE ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME..... | 5 |
| 2.1.1 Réformes du secteur de la santé dans le cadre de la Constitution | 5 |
| 2.1.2 Une stratégie sectorielle 2012-2016, basée sur la gestion axée sur les résultats | 5 |
| 2.2 CONTENU, COÛTS ET ECHEANCIER DU PROGRAMME..... | 6 |
| 2.2.1 Contenu du Programme | 6 |
| 2.2.2 Coûts et échéancier de mise en œuvre du Programme | 9 |
| 2.3 PORTEE GEOGRAPHIQUE ET BENEFICIAIRES DU PROGRAMME | 9 |
| 2.3.1 Portée géographique du Programme | 9 |
| 2.3.2 Population cible du Programme | 10 |
| 2.4 PRINCIPAUX PARTENAIRES ET AGENCES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME | 10 |
| 2.5 EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ANTICIPES DU PROGRAMME | 12 |
| 2.5.1 Situation actuelle | 12 |
| 2.5.2 Principaux risques environnementaux du Programme | 13 |
| 2.5.3 Principaux risques sociaux du Programme | 18 |
| 2.6 EXPERIENCES ANTERIEURES DES INSTITUTIONS IMPLIQUEES DANS LE PROGRAMME | 21 |
| 3.1 SYSTEMES DE GESTION ENVIRONNEMENTALE | 22 |
| 3.1.1 Procédures de gestion environnementale | 22 |
| 3.1.2 Principales institutions concernées par la gestion environnementale dans le cadre du Programme | 24 |
| 3.1.3 Cadre juridique et réglementaire de la gestion environnementale | 25 |
| 3.2 SYSTEMES DE GESTION SOCIALE | 28 |
| 3.2.1 Cadre juridique et réglementaire de la gestion sociale | 28 |
| 3.2.2 Cadre institutionnel..... | 30 |
| 3.2.3 Procédures de gestion sociale applicables | 34 |
| 4 ÉVALUATION DE LA CAPACITE ET DE LA PERFORMANCE INSTITUTIONNELLE | 36 |
| 4.1 ADEQUATION DES SYSTEMES APPLICABLES..... | 36 |
| 4.1.1 Système de gestion environnementale | 36 |
| 4.1.2 Système de gestion sociale..... | 36 |
| 4.2 ADEQUATION DE LA CAPACITE INSTITUTIONNELLE ET DES MECANISMES DE COORDINATION..... | 39 |
| 4.2.1 Capacités de gestion environnementale | 39 |
| 4.2.2 Capacités de gestion sociale..... | 40 |
| 5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 41 |
| 5.1 ÉVALUATION DU SYSTEME DU PROGRAMME | 41 |
| 5.1.1 Système de gestion environnementale | 41 |
| 5.1.2 Système de gestion sociale..... | 41 |
| 5.2 ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL..... | 42 |
| 5.3 ÉLÉMENTS A INTEGRER DANS LE PLAN D'ACTION DU PROGRAMME | 42 |
| 5.3.1 Renforcement du système de gestion environnementale et sociale | 42 |
| 5.3.2 Renforcement de la mise en œuvre et du suivi du système de gestion environnementale et sociale | 43 |
| 5.3.3 Renforcement des capacités en gestion environnementale et sociale | 43 |
| 5.4 ÉLÉMENTS A INTEGRER AU PLAN D'APPUI A LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME | 44 |
| ANNEXE 1 –PLAN D'ACTION | 45 |

| | |
|--|-----------|
| ANNEXE 2 – NOMBRE D’ETABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTE PRIMAIRE EN MILIEU RURAL DANS LES 9 REGIONS CIBLEES..... | 47 |
| ANNEXE 3 REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES..... | 49 |
| ANNEXE 4 – DOCUMENTS CONSULTES | 50 |
| ANNEX 5 - CONSULTATION DE LA SOCIETE CIVILE - COMPTE RENDU DES DISCUSSIONS. | 51 |

Résumé

Objectifs et contexte

1. Une Évaluation des Systèmes de Gestion Environnementale et Sociale (ESGES) a été entreprise par la Banque mondiale pour le Programme-pour-résultats (PPR) d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales. L'ESGES examine les systèmes de gestion environnementale et sociale applicables au Programme en vue d'évaluer leur conformité avec les dispositions de la politique opérationnelle PO 9.00 de la Banque mondiale portant sur le Financement des PPR. Elle a pour but de s'assurer que les risques environnementaux et sociaux du Programme seront bien gérés et que le Programme respectera les principes du développement durable.

2. L'ESGES analyse la cohérence des systèmes du Programme avec les exigences de la PO 9.00, sur les volets suivants : (i) lois, réglementation, procédures, etc. (le «système tel que défini») ; et (ii) la capacité des institutions du Programme de mettre en œuvre efficacement les systèmes (le «système tel qu'il est appliqué dans la pratique»). Elle identifie et analyse les écarts éventuels entre les systèmes nationaux et les principes de base s'appliquant au Programme, et recommande des actions d'amélioration visant la cohérence des systèmes de gestion environnementale et sociale avec les exigences de la PO 9.00.

Démarche de l'ESGES

3. La préparation de l'ESGES et l'élaboration de mesures visant à renforcer le système de gestion environnementale et sociale ont bénéficié d'informations diverses et d'un processus de consultation élargi, dont notamment :

- Les entretiens et visites de terrain ;
- Une revue de la documentation ;
- Des réunions de consultation auprès des parties prenantes; et
- Un atelier de validation par la société civile (annexe 5). Les commentaires du Ministère de la Santé sur le projet de rapport de l'ESGES ont également été pris en compte.

Principales composantes et activités du Programme

4. L'objectif du Programme est d'étendre l'accès aux soins de santé primaires dans les zones rurales ciblées par le Programme. Le Programme cible les communes rurales de neuf régions prioritaires, identifiées par le Ministère de la Santé à partir des critères suivants : communes enclavées et/ou présentent des faibles taux en matière de consultation prénatale, d'accouchement en milieu surveillé, des taux élevés de malnutrition chez l'enfant ainsi que l'absence ou une faible implantation de la PCIE (Prise en charge intégrée de l'enfant)¹. Le Programme qui s'étalera sur quatre ans (avril 2015-décembre 2018), comporte les axes et sous-programmes suivants :

1. Renforcer l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural :
 - 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans ;
 - 1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des maladies non transmissibles; et
 - 1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile.

¹ Il s'agit des régions suivantes : (a) Oriental; (b) Marrakech Tensift Al Haouz; (c) Tanger Tétouan; (d) Sous Massa Drâa; (e) Gharb Chrarda Beni Hssein; (f) Taza Al Houceima Taounate; (g) Doukkala Abda. ; (h) Tadla Azilal; et (i) Meknès Taïfalt.

2. Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire :
 - 2.1 Elaborer un système d'incitations pour améliorer la performance des ressources humaines en santé, à partir d'un diagnostic du système actuel ;
 - 2.2 Améliorer les mécanismes de redevabilité à travers le développement du principal outil de contrôle de la qualité (concours qualité) et la mise en place d'un mécanisme complet de traitement des doléances ; et
 - 2.3 Développer un Système d'Information Sanitaire (SIS) intégré, informatisé et accessible.

5. Le Programme ne financera aucune activité de construction (centres de soins, habitations de fonction du personnel de santé, etc.). En revanche, la réhabilitation des locaux des Centres de Santé Communaux (CSC) et des CSCA (Centres de Santé avec module d'Accouchement) pourrait être envisagée. Parmi les acquisitions dans le cadre du présent Programme figurent l'achat de matériels informatiques pour le développement du SIS et son implantation dans une région pilote, ainsi que l'achat d'unités mobiles de soin équipés au nombre de 57 pour renforcer le parc des neuf régions cibles. Le Programme financera également l'acquisition de médicaments et de produits pharmaceutiques.

6. Il est important de souligner que les activités dont l'impact environnemental et social est irréversible, névralgique et de grande ampleur seront écartées du PPR. Il s'agit principalement des activités relevant de la catégorie A d'évaluation environnementale de la Banque mondiale, tels que les stations de traitement des eaux usées et les centres de stockage et de transfert des déchets. Seront également exclues du PPR :

- Les activités qui risquent de transformer de manière significative les habitats naturels ou de modifier considérablement les zones de biodiversité et /ou ressources culturelles potentiellement importantes ; et
- Les activités qui exigent le déplacement de ménages résidentiels ou d'activités commerciales et/ou l'acquisition involontaire de superficies importantes de terrains.

Institutions, rôles, responsabilités et coordination

7. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances sont les deux principales parties prenantes engagées dans le programme proposé. Le Ministère de la Santé sera responsable de la mise en œuvre des réformes sectorielles suivant les priorités définies dans les documents stratégiques. Le Ministère de l'Economie et des Finances fournira un appui politique et budgétaire au Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du programme. Le Ministère de l'Economie et des Finances est également chargé des décaissements relatifs aux fonds liés à la réalisation des Indicateurs Liés au Décaissement (ILD). Le Ministère de la Santé est également chargé de mettre en œuvre les réformes visant la réalisation des résultats du programme proposé. Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé supervisera la mise en œuvre du programme tandis que la Direction de Planification et des Ressources Financières (DPRF) fera fonction de secrétariat en fournissant les données nécessaires, les rapports, etc. à la Banque mondiale.

8. D'autres institutions seront impliquées dans la conception et la mise en œuvre du projet:
(a) les Directions régionales et provinciales, les Services d'Infrastructure et d'Action Ambulatoire Provincial (SIAAP) et les établissements de santé ; (b) les syndicats des personnels de santé ; (c) l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM); (d) les caisses d'assurance santé pour les fonctionnaires (Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale, CNOPS) et les employés du secteur privé (Caisse Nationale de Sécurité Sociale,

CNSS); (e) les assureurs privés ; et (f) la société civile. Les représentants de ces organisation/institutions seront régulièrement sensibilisés et consultés sur les réformes envisagées et les progrès réalisés à travers des ateliers et des colloques.

9. En ce qui concerne les institutions qui interviennent dans le domaine de l'environnement, le Ministère Délégué Chargé de l'Environnement (MDCE), au sein du Ministère de l'Énergie, des Mines, de l'Eau et de l'Environnement, constitue l'institution principale de coordination en matière d'environnement. Ce Ministère Délégué est chargé de la mise en œuvre des lois relatives à la protection de l'environnement et s'occupe des Études d'Impact sur l'Environnement (EIE). Le Ministère Délégué Chargé de l'Eau et le Haut-Commissariat aux Eaux et Forêts et à la Lutte contre la Désertification sont les deux autres principales institutions qui contribuent à la protection de l'environnement, en particulier pour la gestion des ressources naturelles telles que l'eau et la forêt.

10. Le Ministère de la Santé dispose d'un réseau de 41 Laboratoires de Diagnostic Epidémiologique et d'Hygiène du Milieu (LDEHM), dont 16 à vocation régionale. Ce réseau constitue l'outil d'aide à la décision pour les programmes sanitaires de contrôle des eaux et des aliments. Les actions mises en œuvre par ce réseau correspondent à : i) l'analyse de la qualité des eaux et des aliments ; ii) la réalisation des tests de sensibilité des vecteurs de maladies parasitaires aux pesticides ; et iii) la confirmation des agents biologiques responsables des maladies hydriques et alimentaires.

Risques environnementaux et sociaux du Programme

Principaux risques environnementaux

11. Globalement, l'ensemble des impacts négatifs susceptibles d'être générés par le Programme sont limités dans l'espace. Ils sont facilement maîtrisables et gérables à condition que les mesures d'atténuation résumées dans ce document, et qui seront détaillées dans le Manuel de Procédures (MP) du Programme, soient prises en compte et exécutées pendant la phase de mise en œuvre du Programme. Les risques environnementaux associés au Programme seront en général de faible à moyenne ampleur, réversibles et facilement maîtrisables eu égard:

- A l'objectif sanitaire du Programme (améliorer l'accès équitable aux soins de base et diminuer la mortalité des femmes et des nouveaux nés) ;
- A l'étendue géographique limitée aux neuf régions cibles ;
- Aux faibles quantités de déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) produites par les CSC et CSCA ;
- A la nature des activités du Programme qui sont majoritairement dédiés au renforcement des processus du Ministère de la Santé et ne devraient pas générer de pollution ou de dégradation significative de l'environnement ; et
- Aux mesures préconisées pour l'atténuation et le suivi des impacts ; elles sont connues, maîtrisables et efficaces.

12. Les aspects relatifs à l'information et la participation du public sont garantis par la Constitution.² Toutefois, le système tel qu'appliqué ne comprend pas de mécanismes spécifiques d'information et de consultation du public et de gestion des conflits éventuels, permettant de s'assurer que les impacts soient atténués à des niveaux acceptables.

² Selon l'Article 27 de la Constitution : Les citoyennes et les citoyens ont le droit d'accéder à l'information détenue par l'administration publique, les institutions élues et les organismes investis d'une mission de service public.

13. Par ailleurs, les activités envisagées dans le cadre du Programme ont pour conséquence d'augmenter la génération des déchets médicaux et pharmaceutiques. En l'absence de mesures d'atténuation adéquates, ceci pourrait entraîner des effets négatifs sur les habitats naturels et les ressources naturelles à l'échelon des CSC et CSCA localisés à proximité ou dans l'emprise d'un Site d'Intérêt Biologique et Ecologique (SIBE) ou encore d'un parc naturel. Une attention particulière doit être portée sur l'approche du travail dans les habitats naturels car les activités des CSC et CSCA situés à proximité ou à l'intérieur de ces SIBE peuvent entraîner des transformations significatives sur les habitats naturels.

14. D'autre part, la majorité des activités envisagées dans le cadre du Programme ne devrait pas soulever des risques particuliers sur le plan de la sécurité des travailleurs sauf pour les conducteurs des unités mobiles et les travailleurs qui interviennent dans la collecte et le transport des déchets médicaux. La sécurité des ouvriers qui interviendront sur les chantiers n'est pas concernée car le Programme ne financera pas de construction mais des réhabilitations (plomberie, électricité etc.) des centres de soins de santé. Cependant, la sécurité publique (population en général) pourrait être affectée par les pratiques actuelles³ d'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques (faible taux de collecte, brûlage ou enfouissement des déchets à proximité des centres de soin, etc.). La protection de la sécurité publique contre ces risques potentiels sera assurée en conformité avec les règles nationales et internationales applicables.⁴

15. Finalement, le renforcement du parc des unités mobiles s'accompagnera de l'augmentation des pollutions, et des volumes des huiles usées. Ces dernières doivent être éliminées conformément à la réglementation nationale.⁵

16. En conclusion les principales lacunes identifiées dans le système de gestion environnemental du Ministère de la Santé sont :

- Déficience dans la collecte, le transport et l'élimination des déchets médicaux produits par les centres de santé en milieu rural ;
- Déficience dans la gestion des eaux usées produites par ces centres de soin ; et
- Absence d'une organisation dédiée à la gestion des déchets médicaux produits au niveau des centres de santé ruraux.

Principaux risques sociaux

17. Étant donné que les activités du Programme sont destinées à améliorer, dans les 9 régions ciblées, l'accès des populations rurales à des soins de santé primaire relatifs à la santé de la mère et de l'enfant et au dépistage et à la prise en charge des maladies non transmissibles, que ces soins se veulent équitables et de qualité, les effets devraient être socialement bénéfiques : meilleur accès aux soins de santé primaire, diminution des taux de mortalité et morbidité materno-infantile et diminution de la prévalence et des complications de l'hypertension artérielle et du diabète.

18. Par ailleurs dans le cadre de ce Programme, il n'est pas prévu de constructions et par conséquent pas d'acquisition de terrain. En effet, les activités soutenues par le Programme portent essentiellement sur le renforcement et l'amélioration de la qualité des prestations de soins fournies dans les centres communaux (CSC et CSCA) déjà existants et par les équipes mobiles.

³ Cf. section 2.5.2

⁴ Règles de l'OMS pour la gestion et l'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques

⁵ Titre IV de la loi 28-00 sur la gestion des déchets et sur leur élimination

19. De plus, du fait de l'amélioration des centres de santé, qui seront mieux équipés et plus fonctionnels, le personnel soignant bénéficiera d'une amélioration des conditions de travail.

20. Les impacts sociaux négatifs potentiels sont faibles et pourraient résulter éventuellement de : l'insuffisance d'accès équitable aux soins de santé primaire, notamment pour les groupes les plus vulnérables ; l'occurrence de plaintes ou de revendications de personnes se sentant lésées en matière d'accès aux soins de santé primaire. Mais ces risques sont pris en compte par le Programme qui vise l'équité de l'accès des soins de santé primaire dans les zones rurales les plus défavorisées et qui vise dans sa composante gouvernance, la mise en place de mécanismes de redevabilité et de gestion de doléances culturellement appropriés et aisément accessibles aux populations et communautés vulnérables.

Évaluation des systèmes environnementaux et sociaux du Programme

Système de gestion environnementale

21. Pour combler les lacunes constatées lors de cette évaluation, il est nécessaire de mettre à jour et compléter les procédures d'évaluation et de suivi environnemental utilisées par la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies (DELM), la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA), la Division de l'hygiène du milieu (DHM) et la Division du Parc Auto. Il est aussi nécessaire de se conformer à la réglementation nationale en vigueur en matière de : (i) gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques ; (ii) gestion des effluents liquides ; et (iii) gestion des huiles usées. Les principaux axes d'améliorations seront précisés dans le MP du Programme qui sera mis à la disposition des SIAAP, des CSC et des CSCA. Ils sont résumés ci-dessous :

- Procédure de conditionnement et de stockage des déchets médicaux tranchants ;
- Procédure de conditionnement et de stockage des déchets médicaux organiques ;
- Procédure d'élimination des déchets médicaux tranchants ;
- Procédure d'élimination in-situ des déchets médicaux organiques ;
- Procédure d'entretien des fosses septiques et puits perdus ;
- Procédure de stockage, de transport, et d'élimination des huiles usées ; et
- Contenu des Rapports de suivi.

22. Il est important de noter que le Ministère de la Santé ainsi que le Ministère délégué chargé de l'Environnement préparent conjointement un Arrêté pour l'application des recommandations du décret N° 2-09-139.⁶ Cet Arrêté sera élaboré à partir du plan national de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques qui serait disponible mi 2015, préparé par le Ministère de l'environnement avec l'appui de l'Agence allemande de coopération internationale GIZ.

Système de gestion social

23. La Constitution de 2011 consacre largement le droit à la santé⁷, l'équité et la non-

⁶ Ce décret est présenté dans la section 3.1.3. Il est entré en vigueur le 21 mai 2009 tel que mentionné dans le tableau de la section 3.1.3

⁷ Le droit à la vie [art.20] qui comprend également la lutte contre les mortalités évitables ; le droit à la sécurité et à la protection de la santé [art.21] ; le droit aux soins, à un environnement sain, à la couverture médicale [art.31]; le droit à la santé des personnes et catégories à besoins spécifiques [art.34]; le droit d'accès à des soins de qualité et à la continuité des prestations [art.154].

discrimination⁸, la gouvernance participative et la redevabilité sociale⁹, la reconnaissance de l'amazighe comme une langue officielle.¹⁰

24. Afin de cerner les attentes et les insatisfactions de la population et des professionnels vis-à-vis du système de santé, le Ministère de la Santé a réalisé une large consultation publique (2012-2013) intitulée *Intidarate Assiha*. Les résultats de cette consultation ont abouti à l'élaboration d'un Livre Blanc *Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*, présenté lors de la 2ème conférence nationale sur la santé en juillet 2013.

25. La stratégie sectorielle de santé 2012-2016 est axée sur l'accès équitable aux soins de santé (particulièrement en milieu rural) et la gouvernance du secteur de la santé.

26. Afin de mieux mobiliser et faire participer les populations, le programme de santé communautaire a été renforcé, notamment par : l'élaboration d'un guide de participation communautaire, la formation de points focaux de santé communautaire dans quatre régions ciblées par le Programme (Oriental ; Tanger-Tétouan, Taza-Al Hoceima-Taounate ; Souss Massa Draa) et l'intégration d'un module de santé communautaire dans les instituts de formation sanitaire.

27. Des partenariats ont été élaborés avec les collectivités locales et les organisations de la société civile, notamment en ce qui concerne la santé materno-infantile, le dépistage et la prise en charge des maladies non transmissibles, les caravanes médicales. Cependant, ces actions ne sont pas généralisées à l'ensemble des établissements de soins de santé primaire, surtout en milieu rural. Des espaces et des mécanismes collaboratifs de dialogue, de concertation et de prise de décision ne sont pas formellement mis en place. Les partenariats publics-privés restent peu développés dans le milieu rural, notamment du fait de l'insuffisance d'organisations à base communautaire et de l'appui qui leur est apporté.

28. En ce qui concerne les mécanismes de gestion des doléances, les populations se sentant lésées (insuffisance d'accès aux soins, aux médicaments, corruption) peuvent s'adresser à l'Infirmier-Major, au médecin chef des Etablissement de soins de santé primaires (ESSP), au délégué provincial, au directeur régional, aux services centraux (inspection générale ministérielle, cellule d'écoute, autres services centraux). Des boîtes aux lettres sont installées dans les ESSP, où les plaintes sont consignées dans des registres. Les populations peuvent également recourir à des mécanismes ne relevant pas du secteur de la santé, à savoir : les sièges des communes rurales, les autorités locales, les instances constitutionnelles indépendantes de recours (représentations territoriales du Conseil National des Droits de l'Homme, du Médiateur et de l'Instance de Prévention et de Lutte contre la Corruption). Cependant, la majorité des doléances émanant des populations locales sont souvent orales et non consignées. Les mécanismes de recueil et de traitement des plaintes à l'échelon local comme à l'échelon central sont peu formalisés et restent peu adaptés aux populations rurales, qui sont majoritairement illétrées, ce qui ne permet pas d'assurer un suivi rigoureux de la nature des doléances et du traitement qui leur a été donné.

29. Dans le cadre du contrôle qualité, un système d'auto-évaluation et un concours qualité des ESSP ont été mis en place, visant à évaluer, entre autres : (i) le degré de satisfaction des usagers ; (ii) l'accessibilité et la disponibilité des offres de soins ; (iii) la participation communautaire ; et (iv) la fonctionnalité de l'établissement. Ce système de contrôle qualité vise

⁸ L'égalité femme-homme (art 19), et l'inclusion des personnes à besoins spécifiques (art 34).

⁹ La consultation et la participation des populations dans l'élaboration et le suivi des programmes (art 136, 139) ; la présentation de pétitions (art 15) ; l'accès à l'information (art 27) ; la gestion des doléances (art 156).

¹⁰ L'amazighe constitue une langue officielle de l'Etat, en tant que patrimoine commun à tous les Marocains sans exception (article 5)

à renforcer la performance des établissements et l'obtention de la certification ou l'accréditation.

30. Si globalement le système de gestion sociale (lois, règlements, institutions, etc.) est en adéquation avec les exigences de la PO 9.00, des éléments restent à renforcer, notamment en ce qui concerne :

- La systématisation et la formalisation de l'inclusion et la participation des populations et des organisations à base communautaire ;
- La mise en place, au niveau local, de mécanismes de gestion de doléances, aisément accessibles aux populations et prenant en compte leur degré d'instruction et la langue parlée ; et
- Les capacités du personnel des ESSP en matière de gestion sociale.

Éléments à intégrer dans le Plan d’Action du Programme

31. Bien que les effets environnementaux et sociaux des activités relevant du Programme soient classés de faibles à modérés, le Programme offre une occasion de combler les lacunes mentionnées ci-dessus, de renforcer l'ensemble du système de gestion environnementale et sociale du Ministère de la Santé. Pour ce faire, le Programme soutiendra des mesures spécifiques visant à renforcer :

- Le système de gestion environnementale et sociale ;
- La mise en œuvre et le suivi du système ; et
- Les capacités en gestion environnementale et sociale.

32. L'ensemble de ces mesures est consigné dans le Plan d'action de l'ESGES (Annexe 1) qui oriente la formulation globale du Programme. L'application par les ESSP des procédures environnementales et sociales telles que résumées dans le rapport et qui seront consignées de manière détaillée dans le MP du Programme feront l'objet d'un suivi lors de la mise en œuvre du Programme.

1. Introduction

1.1 Contexte et objectifs du Programme

33. Le Programme d'amélioration des soins de santé primaires en milieu rural (dénommé ci-après le Programme), élaboré sur un modèle de financement « Programme-pour-Résultats » (dénommé ci-après PPR), s'inscrit dans le cadre des nombreuses réformes initiées par le Maroc, à savoir :

- L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), lancée par le Roi du Maroc en 2005. L'INDH en est à sa deuxième phase et bénéficie de l'appui de la Banque Mondiale. Cette initiative vise la réduction de la pauvreté, de la précarité et de l'exclusion sociale, à travers notamment : (i) l'accès des populations pauvres et vulnérables aux services sociaux (y compris la santé) et économiques ; et (ii) l'instauration de mécanismes de gouvernance participative locale, incluant les populations ;
- L'Observatoire National du Développement Humain mis en place en septembre 2006 sur initiative royale, qui a pour missions l'observation, l'analyse et le suivi évaluation des politiques et des programmes se rapportant au développement humain ;
- L'instauration de la couverture médicale obligatoire de base à travers la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO en 2002) et du Régime d'Assurance Maladie pour les Economiquement Démunis (RAMED en 2008) ;
- Le processus de régionalisation avancée et le renforcement de la décentralisation ; et
- La Constitution adoptée en 2011, visant à : (i) assurer l'équité, la parité, la justice sociale ; (ii) garantir l'accès aux droits aux soins ; (iii) lutter contre l'exclusion, la pauvreté et les discriminations sociales ; et (iv) instaurer la culture de la participation des populations dans les politiques publiques et le droit de pétition.

34. Ce Programme s'inscrit également dans les réformes menées par le Ministère de la Santé visant à améliorer l'accès équitable à des soins de santé de qualité et la gouvernance du secteur. Il est à rappeler à cet effet l'élaboration du Livre Blanc *Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*, réalisé en 2013 par le Ministère de la Santé, à la suite d'une consultation publique très large (*Intidarate Assiha*) visant à cerner les attentes et les difficultés rencontrées par la population et les professionnels vis à vis du système de santé marocain. Le Livre blanc a été présenté lors de la 2^{ème} conférence nationale sur la santé en juillet 2013.

35. L'offre de soins en milieu rural est assurée essentiellement par les Etablissements de Soins de Santé Primaires (ESSP) composés de trois types de structures sanitaires :

- Le Dispensaire Rural, qui est le plus petit établissement de soins de santé de base. Il constitue l'unité opérationnelle de premier recours, non médicalisée, la plus décentralisée du système sanitaire devant délivrer les soins de santé essentiels (promotion, prévention et soins). Il représente une extension du Centre de Santé Communal (CSC) ou du Centre de Santé Communal avec module d'Accouchement (CSCA) ;
- Le CSC, qui constitue le premier établissement de soins médicalisé dans le milieu rural. Il assure les prestations de soins préventifs, curatifs et promotionnels médicales et paramédicales de proximité : activités de consultations curatives médicales et paramédicales, activités de protection de la santé maternelle et infantile, activités de surveillance épidémiologique, d'hygiène du milieu et de suivi des maladies transmissibles

et non transmissibles. Il assure aussi l'encadrement des dispensaires ruraux et établit des relations de partenariat avec la communauté ; et

- Le CSCA qui correspond à un CSC avec une unité d'accouchements dont le nombre de lits varie en fonction de l'activité du centre sans jamais dépasser 10 lits.

36. Ce dispositif fixe est prolongé par une couverture sanitaire mobile représentée essentiellement par les équipes mobiles et les caravanes médicales. Le Ministère de la Santé prévoit de renforcer le mode mobile par des « hôpitaux mobiles » qui, en 2014-2015, sera implanté dans plusieurs sites des régions ciblées par le PPR.

37. Cependant, malgré les efforts consentis, le taux d'utilisation de ces établissements reste relativement faible du fait de nombreuses carences : manque de ressources humaines, insuffisance et inadéquation de l'offre de soins, manque de médicaments, éloignement géographique (plus de 20 % de la population se trouvent à plus de 10 km d'une formation sanitaire de base¹¹).

38. Afin de pallier ces dysfonctionnements et répondre aux besoins de la population en milieu rural en termes d'accès à des soins de qualité, continus et équitables, la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016 prévoit le renforcement et l'amélioration de l'offre de soins en milieu rural.

39. C'est dans ce contexte que le PPR s'est fixé pour objectif d'étendre l'accès aux soins de santé primaires dans les zones rurales ciblées par le Programme. Les domaines couverts par le programme s'organisent autour des deux axes suivants :

Axe 1 : Renforcer l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural :

- 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans ;
- 1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des maladies non transmissibles ;
- 1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile.

Axe 2 : Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire :

- 2.1 Mettre en place un système d'incitations pour améliorer la performance des ressources humaines en santé;
- 2.2 Améliorer les mécanismes de redevabilité à travers le développement du principal outil de contrôle de la qualité (*concours qualité*) et la mise en place d'un mécanisme complet de traitement des doléances ;
- 2.3 Développer un Système d'Information Sanitaire (SIS) intégré, informatisé et accessible.

40. Le PPR appuiera donc des sous-programmes en cours du ministère de la santé qu'il contribuera à étendre (sous-programmes 1.1, 1.2, 1.3 et 2.2) mais aussi de nouveaux programmes pour lesquels la Banque mondiale offre un appui technique (sous-programmes 2.1 et 2.3).

41. Ce Programme ciblera les communes rurales de 9 régions, qui sont enclavées et/ou présentent des faibles taux en matière de consultation prénatale, d'accouchement en milieu surveillé, des taux élevés de malnutrition chez l'enfant ainsi que l'absence ou une faible implantation de la PCIE (Prise en charge intégrée de l'enfant) : (a) Oriental; (b) Marrakech

¹¹ Livre blanc, Ministère de la Santé, juillet 2013

Tensift Al Haouz; (c) Tanger Tétouan; (d) Sous Massa Drâa; (e) Gharb Chrarda Beni Hssein; (f) Taza Al Houceima Taounate; (g) Doukkala Abda. ; (h) Tadla Azilal; et (i) Meknès Tafilalt.

42. Le financement sur le modèle « Programme pour les Résultats » a été identifié comme étant le plus approprié pour appuyer la mise en œuvre de ce Programme car il devrait permettre de renforcer les systèmes et procédures nationaux et la programmation axée sur les résultats.

1.2 Finalités et démarche de l'ESGES

43. La présente Évaluation des Systèmes de Gestion Environnementale et Sociale (ESGES) du Ministère de la Santé a été menée par la Banque mondiale avec l'appui et la collaboration de l'Emprunteur dans le cadre de la préparation du Programme.

44. L'ESGES examine les systèmes de gestion environnementale et sociale du Programme pour évaluer leur conformité avec les dispositions de la Politique Opérationnelle PO/BP 9.00 s'appliquant aux Programmes-pour-Résultats dans le but de gérer les risques du Programme et promouvoir le développement durable. Le paragraphe 8 de la PO 9.00 décrit les principes de base qui doivent être respectés dans l'ESGES. Ces principes de base sont les suivants :

Systèmes de gestion environnementale

- Promouvoir la durabilité environnementale et sociale dans la conception du programme ; éviter, minimiser ou atténuer les impacts négatifs, et promouvoir la prise de décisions éclairées concernant les impacts environnementaux et sociaux du programme ;
- Éviter, minimiser ou atténuer les impacts négatifs sur les habitats naturels et les ressources culturelles physiques résultant du programme ; et
- Protéger la sécurité publique et celle des travailleurs contre les risques potentiels associés à : (i) la construction et / ou l'exploitation d'installations ou d'autres pratiques opérationnelles dans le cadre du programme, (ii) l'exposition à des produits chimiques toxiques, les déchets dangereux et d'autres produits dangereux dans le cadre du programme et ; (iii) la reconstruction ou la réhabilitation d'infrastructures situées dans des zones exposées aux risques naturels.

Systèmes de gestion sociale

- Gérer l'acquisition des terres et la perte d'accès aux ressources naturelles d'une manière qui évite ou réduit les déplacements ; aider les personnes affectées à améliorer ou, au minimum, à restaurer leurs moyens de subsistance et leur niveau de vie ;
- Dûment tenir compte de la pertinence culturelle et de l'accès équitable aux bénéfices du programme, en accordant une attention particulière aux droits et aux intérêts des communautés autochtones et aux besoins ou aux préoccupations des groupes vulnérables ; et
- Éviter d'exacerber les conflits sociaux.

45. L'ESGES porte sur l'analyse : (i) du cadre législatif et réglementaire : lois, réglementations, procédures, etc. (le «système tel que défini») ; et (ii) de la capacité des institutions concernées par le Programme à mettre en œuvre efficacement les systèmes de gestion environnementale et sociale (le «système tel qu'il est appliqué dans la pratique»). Elle identifie et analyse des écarts entre les systèmes nationaux et les principes de base s'appliquant au Programme sur les deux niveaux sus-indiqués.

46. La préparation du PPR exige l'évaluation du système environnemental et social applicable au programme afin de s'assurer que celui-ci ne comporte pas de risques environnementaux et sociaux importants et que les systèmes mis en place permettant l'identification et l'atténuation des risques de manière appropriée. Cela comprend la préparation des rapports et la vérification et la divulgation des informations relatives aux effets environnementaux et sociaux potentiels des activités financées dans le cadre du Programme.

47. L'ESGES vise à identifier les points forts et les faiblesses du système environnemental et social applicable au programme en vue d'identifier les actions nécessaires à l'amélioration de ses performances. Des mesures spécifiques pour combler les faiblesses ou les lacunes identifiées sont proposées dans le Plan d'action relatif au programme. Un bilan des risques environnementaux et sociaux associés au programme est effectué à la lumière de ce Plan d'action et des mesures spécifiques de suivi et évaluation sont proposés en conséquence.

1.3 Méthodologie

48. La préparation de l'ESGES et l'élaboration de mesures visant à renforcer le système de gestion environnementale et sociale ont bénéficié d'informations diverses et d'un processus de consultation élargi, dont notamment :

- Des entretiens et visites de terrain : l'examen s'est appuyé sur :
 - Des entrevues avec le personnel technique dans les institutions compétentes au sein du gouvernement et des visites d'un échantillon de centres représentatif composé d'une dizaine de CSC et de CSCA en milieu rural, et ce afin d'évaluer le niveau des systèmes de sauvegardes environnementales et sociales au niveau des CSC et CSCA ;
 - La visite de structures/programmes communautaires mis en place par les autorités locales et les organisations de la société civile réalisées en partenariat avec le Ministère de la Santé, tels que les Dar al Oumouma (maison des mères), des actions d'éducation sanitaires ;
 - Des réunions avec certains partenaires techniques et financiers actifs dans le domaine de la santé au Maroc ; et
 - Des entretiens avec des représentants de la société civile et du secteur privé.
- Une Revue de la documentation : l'examen a porté sur les législations et réglementations environnementales et sociales actuelles applicables au programme, sur les bibliographies pertinentes, et sur les rapports d'anciens projets ou en cours relatifs au secteur de la santé appuyés par la Banque mondiale ou d'autres partenaires.
- Des réunions de consultation initiale : des réunions ont eu lieu avec le personnel technique dans les Ministères de la Santé et de l'Energie, Mines, Eau et Environnement, des partenaires au développement actifs dans le domaine de la santé au Maroc, ainsi que des représentants du secteur privé et de la société civile, afin de développer une meilleure compréhension des procédures, des normes et de l'approche à adopter.
- Validation : D'une part, un atelier de consultation de la société civile a eu lieu le 4 février 2015. Le projet de rapport de l'ESGES a été distribué aux participants avant la réunion. Les observations de l'atelier ont été incorporées dans l'ESGES et la liste des participants ainsi qu'un résumé de leurs commentaires est présenté en annexe 5. D'autre part, les commentaires du Ministère de la Santé sur le projet de rapport de l'ESGES ont été pris en compte.

2. Description du programme et de ses effets potentiels

2.1 Éléments clés pour le cadrage et la mise en œuvre du Programme

2.1.1 Réformes du secteur de la santé dans le cadre de la Constitution

49. Le secteur de la santé a connu deux grandes réformes, qui ont porté respectivement, en 1981 sur la politique des soins de santé de base et le renforcement des programmes de santé, et en 1994, sur la régionalisation, la couverture médicale de base et la réforme hospitalière.

50. La 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé (Marrakech, 1-3 juillet 2013) a été l'occasion d'un débat national sur la santé dans le contexte de la nouvelle Constitution qui consacre le droit d'accès aux soins. Lors de la présentation du Livre Blanc lors de cet évènement une 3^{ème} réforme du secteur de la santé a été proposée. Cette réforme prend en compte non seulement l'évolution du contexte socio-politique national, les dysfonctionnements du secteur de la santé mais également les fortes attentes exprimées par la population (Consultation nationale *Intidarat*). Elle vise à mettre en place un modèle d'organisation du système de santé équitable, durable et efficient. Les trois axes principaux de cette réforme sont les suivants :

- Agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
- Généraliser la couverture médicale ; et
- Moderniser la gouvernance de la santé.

51. Ces 3 axes ont été déclinés en 9 chantiers, avec un effort spécifique pour le milieu rural.

2.1.2 Une stratégie sectorielle 2012-2016, basée sur la gestion axée sur les résultats

52. Conformément aux dispositions de la nouvelle Constitution (notamment celles relatives aux droits d'accès aux soins et à la couverture médicale), la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016 s'inscrit dans une approche de droits humains et de démocratie sanitaire. Elle s'inscrit également dans l'approche renforcement des systèmes de santé préconisée par l'OMS. Cette stratégie sectorielle comprend sept axes stratégiques :

- (1) L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services, notamment dans le monde rural ;
- (2) Le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant ;
- (3) La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques ;
- (4) Le renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires ;
- (5) Le développement du contrôle des maladies non transmissibles ;
- (6) Le développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé ; et
- (7) L'amélioration de la gouvernance du système de santé.

53. Enfin, la stratégie sectorielle est basée sur la gestion axée sur les résultats à travers la mise en place de contrats-programmes avec les Directions Régionales de Santé et de mécanismes de supervision et de ciblage.

2.2 Contenu, coûts et échéancier du Programme

2.2.1 Contenu du Programme

54. Le Programme se compose des activités suivantes qui seront mises en œuvre dans les régions cibles du Programme.

Axe 1: Accroître l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural

1. Réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans à travers la mise en œuvre des activités prévues dans le Plan d'Action pour Réduire la Mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans.
2. Renforcement de la détection et la prise en charge des maladies non-transmissibles à travers : (i) des mesures de prévention, y compris l'organisation de campagnes de sensibilisation sur les bienfaits d'une alimentation saine et de l'activité physique ; (ii) des mesures de dépistage, y compris, l'équipement des centres de santé et les équipes mobiles avec du matériel de dépistage, formation du personnel de santé au niveau des ESSP sur les techniques de dépistage, activités de dépistage; et (iii) renforcement des mesures, notamment par la dissémination des normes de soins en direction de tous les ESSP et des équipes mobiles, formation des professionnels sur les normes de soins, fourniture de médicaments essentiels de base aux établissements de santé.
3. Renforcement de la couverture sanitaire mobile à travers : (i) l'acquisition de 57 unités mobiles équipées qui seront rattachées aux ESSP dans les régions cibles du Programme; (ii) le renforcement de la plateforme technique de soutien aux unités mobiles actuelles ; et (iii) le développement des capacités des services de santé en gestion des unités médicales mobiles.

Axe 2: Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire

1. Appuyer le Ministère de la Santé dans l'élaboration d'un mécanisme de motivation pour tous les professionnels de la santé.
2. Améliorer la redevabilité au niveau de la santé primaire à travers :
 - (i) L'élargissement du concours qualité au niveau des établissements de soins de santé primaires dans les régions cibles du Programme, à travers des revues annuelles de l'outil d'évaluation de la qualité; des formations, y compris pour le personnel de tous les centres participants ; et des publications ainsi que des actions de diffusion destinées à un plus grand nombre d'établissements de soins de santé primaires, en particulier ceux situés dans les zones rurales.
 - (ii) La mise en place d'un système de gestion des doléances à travers la clarification de la structure institutionnelle existante et de son fonctionnement.
3. Le développement d'un SIS intégré, informatisé et accessible à travers, notamment, (i) le travail de base et d'analyse (urbanisation) qui inclut une analyse du SIS actuel, la formulation d'un dictionnaire de données et de normes de codage, la conception d'un modèle de données qui inclut les flux et les types de données à travers tout le système de santé, et la conception de graphiques nationaux des comptes et des

statistiques; (ii) l'adaptation du Plan Directeur sur le SIS ; et (iii) le test d'un système informatisé intégré dans une région et dans les structures de soutien au niveau central.

55. Le tableau ci-dessous synthétise les activités soutenues par le Programme pour chaque sous-programme.

Activités soutenues par le Programme

| Sous- Programmes | Activités |
|--|--|
| Axe 1 : Accroître l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural | |
| 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans | <p>Renforcement des plateaux techniques et biomédicaux des ESSP, en matière de détection et prise en charge de la mère et de l'enfant, à travers l'acquisition de tables d'accouplement, ultrasons, doptones, matériel de réanimation néonatale, etc.</p> <p>Réhabilitation des locaux des ESSP existants (plomberie, peinture, électricité, signalétique...).</p> <p>Achat de médicaments essentiels à la prise en charge des mères et des enfants</p> <p>Renforcement des systèmes de transfert des mères présentant des complications obstétricales, nécessitant césarienne et/ou réanimation néonatale.</p> <p>Achat de vaccins contre la rubéole et la rougeole.</p> <p>Etablissement de protocoles standardisés en matière de prise en charge sanitaire de la mère et de l'enfant.</p> <p>Développement d'outils d'éducation à la santé.</p> <p>Mise en œuvre des programmes de prise en charge intégrée de l'enfant dans les ESSP.</p> <p>Sessions de formation sur les bonnes pratiques sanitaires au profit du personnel soignant des ESSP.</p> <p>Activités de sensibilisation et d'information pour la promotion de l'allaitement maternel, la prévention des carences nutritionnelles, la vaccination des enfants.</p> |
| 1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des Maladies Transmissibles | <p>Équipe des ESSP et des équipes mobiles en matériel de dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle (tensiomètres électroniques, tensiomètres muraux, glucomètres, bandelettes de test, kits de dépistage).</p> <p>Achat de médicaments essentiels de base pour la prise en charge des malades atteints d'hypertension artérielle et de diabète.</p> <p>Formation et renforcement des capacités du corps soignant (médical et paramédical) des unités mobiles et des CSC et CSCA en matière de dépistage, de prise en charge de l'hypertension artérielle et du diabète et de prévention de leurs complications.</p> <p>Mise en place de programmes d'éducation thérapeutique sur le diabète.</p> <p>Diffusion des normes de soins pour tous les ESSP et les équipes mobiles.</p> |
| 1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile | <p>L'acquisition de 57 unités mobiles équipées qui seront rattachées aux ESSP dans les régions cibles du Programme</p> <p>Renforcement de la plate-forme technique et biomédicale des unités mobiles rattachées aux centres de santé des 9 régions cibles.</p> <p>Achat de médicaments essentiels de base.</p> <p>Renforcement des capacités des prestataires de soins de santé dans la gestion des unités médicales mobiles.</p> |
| 2 Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire | |
| 2.1. Mettre en place d'un dispositif d'incitation à la performance des ressources humaines | Etude de diagnostic ; Définition de l'ensemble du mécanisme, y compris: les critères de performance, les montants des transferts par bénéficiaire / installation, canaux de transfert, le cadre juridique, et le développement du système de Suivi & Evaluation. |
| 2.2. Améliorer les mécanismes de redevabilité/ Concours Qualité | <p>Révision des guides d'auto-évaluation/ Concours qualité : animation d'un atelier participatif de révision du guide des ESSP, par la cellule qualité de la DHSA.</p> <p>Publication et dissémination des résultats du Concours qualité.</p> |
| 2.3. Développer un système d'information sanitaire intégré, informatisé et accessible (SIS) | <p>Développement du SIS.</p> <p>Mise en œuvre du SIS dans une région pilote.</p> |

2.2.2 Coûts et échéancier de mise en œuvre du Programme

56. Le montant du prêt de la Banque mondiale est de 100 millions USD. Les décaissements du prêt ne sont pas liés à des dépenses spécifiques mais plutôt à la réalisation de résultats convenus d'un commun accord entre la Banque mondiale et les autorités marocaines. Le tableau ci-après présente les indicateurs retenus et les montants totaux associés à leur réalisation au cours de la mise en œuvre du Programme (2015 – 2018).

**Montants par Indicateur Lié aux Décaissements (ILD)
2015-2018 (en \$USD)**

| ILD | Montant |
|--|------------|
| Axe 1 : Renforcer l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural | |
| ILD 1 : Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant de consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les régions ciblées par le Programme | 14 |
| ILD 2 : Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les régions ciblées par le Programme | 14 |
| ILD 3 : Augmentation du nombre de consultations curatives (nouveaux cas) pour les enfants de moins de 5 ans dans les ESSP ruraux dans les régions ciblées par le Programme | 10 |
| ILD 4 : Augmentation du nombre de patients diabétiques suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les régions ciblées par le Programme | 20 |
| ILD 5 : Augmentation du nombre de visites dans les ESSP ruraux (nouveaux cas) dans les régions ciblées par le Programme | 10 |
| Axe 2 : Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire | |
| ILD 6 : Taux de participation au Concours Qualité des centres de santé avec module d'accouchement (CSCA) ¹² des régions ciblées par le Programme | 8 |
| ILD 7 : Le système d'information sanitaire est mis en place dans une région | 24 |
| TOTAL | 100 |

2.3 Portée géographique et bénéficiaires du Programme

2.3.1 Portée géographique du Programme

57. Les activités relatives à la santé maternelle et infantile, la stratégie mobile, au dépistage et prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle, ainsi que le concours qualité, cibleront neuf régions rurales. En outre, certaines activités seront lancées dans une région avant d'être progressivement étendues aux autres régions (Système d'information, mécanisme de gestion des doléances). Le SIS sera mis à l'essai dans une région (Meknès Tafilalet). La conception d'un système d'incitation du personnel se fera au niveau central.

58. Les régions suivantes ont été sélectionnées sur la base de la stratégie du ministère de la Santé, compte tenu de la réalisation relativement plus faible de plusieurs indicateurs de santé: (a) Oriental; (b) Marrakech Tensift Al Haouz; (c) Tanger Tétouan; (d) Sous Massa Drâa; (e) Gharb Chrarda Beni Hssein; (f) Taza Al Hoceima Taounate; et (g) Doukkala Abda. En outre, les deux régions suivantes seront ciblées en raison de leur éloignement et leur inaccessibilité: (a) Tadla Azilal; et (b) Meknès Tafilalet.

¹² Appelés centres de santé de niveau 2 dans la nouvelle nomenclature gouvernementale des établissements de santé.

59. Le tableau en annexe 2 donne un aperçu sur le nombre d'établissements de soins de santé primaire en milieu rural dans les 9 régions ciblées ainsi que le nombre d'habitants par établissement rural.¹³

2.3.2 Population cible du Programme

60. Les résidents des communes rurales des 9 régions cibles constitueront les principaux bénéficiaires du Programme, y compris les femmes et les jeunes ainsi que les personnes à mobilité réduite. Ainsi, et selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en 2004, le Programme bénéficiera à près de 8 780 000 habitants des communes rurales situées dans les 9 régions cibles. Le tableau suivant présente la répartition de la population rurale dans ces 9 régions.

Population rurale dans les 9 régions cibles

| Régions | Population rurale Recensement 2004 ¹⁴ |
|----------------------------|--|
| Oriental | 1183355 |
| Marrakech Tensift Al Haouz | 1216713 |
| Tanger Tétouan | 1441921 |
| Souss Massa Draa | 1270961 |
| Gharb Chrarda Beni Hsen | 780971 |
| Taza Al Hoceima Taounate | 436663 |
| Doukkala Abda | 713996 |
| Tadla Azilal | 529029 |
| Meknès Tafilalet | 1202487 |
| TOTAL | 8776096 |

2.4 Principaux partenaires et agences de mise en œuvre du Programme

61. Ce Programme est financé en parallèle par l'UE à travers le deuxième Projet de soutien au secteur de la santé en cours de préparation.

62. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances sont les deux principales parties prenantes engagées dans le programme proposé. Le Ministère de la Santé sera responsable de la mise en œuvre des réformes sectorielles suivant les priorités définies dans les documents stratégiques. Le Ministère de l'Economie et des Finances fournira un appui politique et budgétaire au Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du programme. Le Ministère de l'Economie et des Finances est également chargé des décaissements relatifs aux fonds liés à la réalisation des ILD. Le Ministère de la Santé est également chargé de mettre en œuvre les réformes visant la réalisation des résultats du programme proposé. Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé supervisera la mise en œuvre du programme tandis que la Direction de Planification et des Ressources Financières (DPRF) fera fonction de secrétariat en fournissant les données nécessaires, les rapports, etc. à la Banque mondiale. La Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA) et la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte

¹³ Ministère de la Santé, 2013

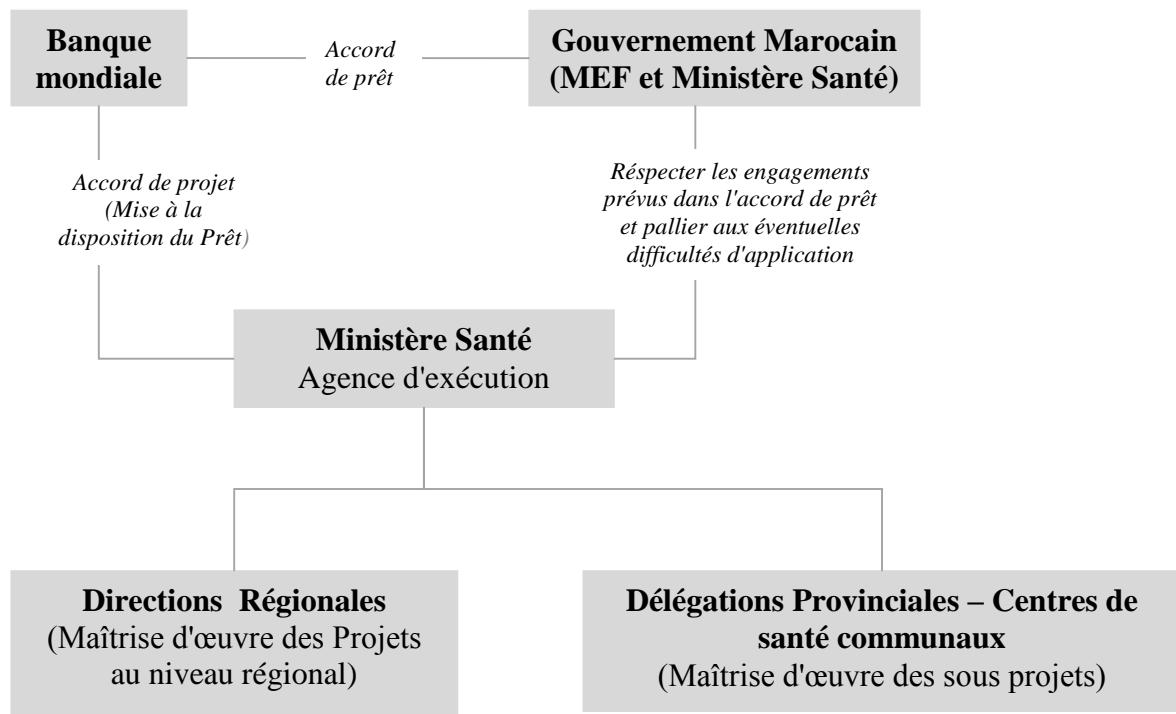
¹⁴ RGPH 2004. Ces chiffres sont actuellement mis à jour. Les résultats du recensement de 2014 devraient être disponibles très prochainement

Contre les Maladies (DELM) assureront le suivi de la mise en œuvre du Manuel de Procédures (MP) pour les recommandations issues de cette ESGES.

63. Au sein du Ministère de la Santé, les directions suivantes seront impliquées au niveau central:

- La Direction de la Population (DP) est responsable de la mise en œuvre du plan d'action relatif à la santé Mère-Enfant et le plan d'action correspondant au développement des équipes mobiles.
- La DELM sera responsable de la mise en œuvre au niveau des ESSP des activités liées à la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.
- La Direction des Ressources Humaines (DRH) sera responsable de développer des mesures de d'incitation en collaboration avec la DPRF. L'introduction d'incitations financières nécessiterait toutefois l'approbation du ministère des Finances.
- La DHSA aura la charge de l'amélioration du taux de participation des CSCA au concours qualité et du suivi du taux de la mise en œuvre des recommandations issus des audits qualité.
- La DPRF aura la charge du développement du système d'information sanitaire et de son pilotage dans une région du Royaume.

Figure 1 : Schéma du montage institutionnel



64. D'autres institutions seront impliquées dans la conception et la mise en œuvre du projet:
(a) les Directions régionales et provinciales, les Service d'Infrastructure et d'Action

Ambulatoire Provincial (SIAAP) et les établissements de santé ; (b) les syndicats des personnels de santé ; (c) l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM); (d) les caisses d'assurance santé pour les fonctionnaires (Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale, CNOPS) et les employés du secteur privé (Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS); (e) les assureurs privés ; et (f) la société civile. Les représentants de ces organisation/institutions seront régulièrement sensibilisés et consultés sur les réformes envisagées et les progrès réalisés à travers des ateliers et des colloques.

2.5 Effets environnementaux et sociaux anticipés du Programme

2.5.1 Situation actuelle

Contexte national

65. Ces dernières années, le Maroc s'est engagé dans de grands chantiers de réformes politiques et sociales visant la consolidation de la démocratie, la promotion des droits humains et la lutte contre la pauvreté. Un des éléments clés de ces réformes fut le lancement en 2005 de l'INDH. La nouvelle Constitution est venue renforcer la séparation des pouvoirs, garantir de nouveaux droits sur le plan humain et social. Elle est venue induire de nouvelles approches visant le renforcement de la démocratie participative, l'amélioration de la gouvernance de la chose publique et la consécration de l'obligation de la reddition des comptes. Dans ce contexte, et pour la première fois au Maroc, le droit à la santé se retrouve au rang de droit constitutionnel au même titre que le droit à l'éducation, au logement et à l'emploi.

66. Ce vaste éventail de réformes a permis d'atténuer les revendications sociales et d'anticiper les crises sociopolitiques survenues dans les pays voisins. Mais malgré ces efforts, la pauvreté, de même que les inégalités et la précarité, demeurent des défis. Ainsi 6,3 millions de personnes, soit un cinquième de la population totale, vivent juste au-dessus du seuil de pauvreté, la population rurale représentant les deux tiers du nombre total de pauvres.¹⁵ Le dernier rapport du PNUD¹⁶ (2013) sur le développement humain a classé le Maroc 130^{ème} sur un total de 186 pays.

Contexte sectoriel

67. Le contexte sanitaire actuel au Maroc reste marqué par un certain nombre d'acquis, notamment en matière de maîtrise de l'accroissement démographique qui se traduit par : un déclin de la fécondité (2,2 enfants/femme à l'échelon national) mais avec des disparités entre le milieu rural (2,7 enfants/femme) et le milieu urbain (1,8 enfants/femme)¹⁷ ; et une augmentation de l'espérance de vie (74,8 ans au niveau national, 77,3 en milieu urbain et 71,7 en milieu rural). Grâce aux programmes de santé materno-infantile, la réduction de la mortalité maternelle et infantile a connu une accélération notable. Le taux de mortalité maternelle est passé de 359 pour 100.000 naissances vivantes en 1978- 1984 à 112 pour 100.000 naissances vivantes en 2009-2010, avec néanmoins des disparités notables en milieu rural (267 pour 100.000 naissances vivantes en 2003-2004 à 148 en 2010) ; le taux de mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an) est passé de 40 pour mille naissances vivantes en 2003 à 28,8 pour mille naissances vivantes en 2011 soit une régression de 28% ; le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 47 pour mille naissances vivantes en 2003 à 30,5 pour mille naissances vivantes

¹⁵ Banque Mondiale, 2014

¹⁶ PNUD, rapport sur le développement humain, 2013

¹⁷ Enquête nationale démographique 2009-2010

en 2011 ; mais la mortalité infantile et infanto-juvénile reste élevée en milieu rural avec respectivement 35,3 pour mille (contre 25,3 en milieu urbain) et 42 pour mille (contre 31 en milieu urbain).¹⁸

68. Grace à l'extension de la couverture médicale de base, la population couverte par l'AMO a atteint en 2013 10,8 millions de bénéficiaires (soit 33,7% de la population du Maroc).¹⁹ A la fin du mois de septembre 2014, la population bénéficiant du RAMED était de 7 millions de personnes.²⁰

69. Le secteur sanitaire au Maroc fait face à des défis relativement importants. Des inégalités persistent. Ainsi en ce qui concerne les ESSP, malgré l'augmentation de leur nombre (2 759 en 2013) et donc de la desserte globale (1 établissement pour 11 815 en 2011), la desserte en milieu rural reste faible (1 établissement pour 6 774 en 2011). Il y a 20% de la population qui se trouve encore à 10 km d'une formation sanitaire et le nombre de contacts pour le secteur public ne dépasse pas 0,6 c/H/an.²¹

70. Les dépenses directes des ménages restent très importantes, représentant 53,6% des dépenses globales de santé²², ce qui constitue une entrave supplémentaire à l'accès aux services de santé et à leur utilisation.²³ La part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé reste insuffisante malgré les efforts déployés : en effet, les dépenses du ministère de la Santé représentaient en 2012, 4,1% des dépenses du budget général de l'état, alors que l'OMS établit la norme en la matière à 9%.²⁴

71. Le problème de pénurie des personnels de santé représente un des plus grands défis du système de santé: manque d'effectifs, vieillissement, non adéquation aux besoins de la population. Ce problème se trouve aggravé par une inégale répartition géographique entre milieux et entre régions.²⁵ Pour pallier ces déficits, le Ministère de la Santé a relancé l'initiative 3.300 médecins par an à l'horizon 2020, pour faire passer le nombre de médecins de 5,1 à 10 pour 10.000 habitants. De même qu'en ce qui concerne la formation des infirmiers, la capacité de formation des Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) a été accrue, passant de 1861 en 2008 à 3321 en 2010, notamment à travers la création de nouveaux instituts (dont le nombre global atteint actuellement 23).

2.5.2 Principaux risques environnementaux du Programme

72. Les activités financées dans le cadre de ce Programme, comprendront principalement des actions de renforcement des capacités et des processus telles que détaillées dans le tableau de la section 2.2.2. L'objectif étant d'améliorer l'accès équitable aux soins de base dans le monde rural, le Programme ne génère aucun impact positif sur l'environnement. Par contre, il aura un impact global positif sur les conditions sociales dans les communes rurales des 9 régions cibles. Ces impacts sont détaillés dans la section “social”, développée plus loin.

¹⁸ Enquête Nationale sur la population et la santé familiale, 2011.

¹⁹ Ministère de la Santé, 2012.

²⁰ Ministère de la Santé, janvier 2015.

²¹ Ministère de la Santé, 2012.

²² Ministère de la Santé, 2012 2010.

²³ La dépense annuelle totale de santé par habitant en 2012 équivalait à 153 dollars américains, alors que la moyenne des pays membres de l'OMS était de 302 dollars.

²⁴ Conseil Economique Social et Environnemental : « soins de santé de base », 2013.

²⁵ 22% des professionnels publics et 50% des médecins exerçant dans le secteur libéral, sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé-Zemmour- Zaer.

73. Les impacts négatifs sur l'environnement sont liés 1) aux activités de soins en milieu rural (déchets médicaux et pharmaceutiques ainsi que les eaux usées), particulièrement dans l'habitat naturel et 2) à la gestion du parc automobile pour l'entretien des unités mobiles (huiles usagées, pièces défectueuses, stockage des hydrocarbures).

Impacts liés aux activités de soins dans les CSC et CSCA

74. Compte tenu du type et de l'ampleur des activités appuyées par ce Programme (voir tableau de la section 2.2.2), les impacts négatifs sont principalement liés et limités aux activités de soins. Ils sont, pour l'essentiel, relatifs à la production de déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) ainsi que d'effluents liquides. Le Programme ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de base, les quantités de DMP ainsi que les volumes d'effluents liquides devraient augmenter.²⁶ De plus, une attention spéciale sera portée à l'approche du travail dans les habitats naturels car les activités des CSC et/ou CSCA situés à proximité ou à l'intérieur des Sites d'Intérêt Biologique et Ecologique (SIBE) peuvent entraîner des transformations significatives des habitats naturels.

75. Le risque lié à ces déchets et effluents liquides provient de l'absence, actuellement, d'un système de gestion des déchets et des effluents à l'échelon des CSC et CSCA qui soit conforme aux exigences réglementaires nationales en ce qui concerne la collecte et l'élimination. L'exemple suivant concernant les déchets tranchants, montre les lacunes observées dans la gestion des DMP dans des CSC et CSCA.

Exemple de lacunes observées dans la gestion des DMP

Le Ministère de la Santé et le bureau régional de l'OMS ont conduit une enquête en 2001(*) sur la pratique des injections au Maroc dans 80 formations sanitaires de base, les résultats de cette enquête ont montré que²⁷ :

- La majorité des formations sanitaires avaient des pratiques exposant le personnel de soins aux piqûres accidentelles.
- Les agents de santé des 80 formations sanitaires ont rapporté en moyenne 9 piqûres accidentelles par personne et par an.
- L'élimination des seringues et aiguilles se faisait soit par incinération, soit après collecte par les services municipaux vers un autre lieu.

(*) Une enquête plus récente de l'OMS sur la gestion des DMP dans les centres ruraux a été réalisée mais n'a pas pu être consultée au cours de ce travail.

Déchets Médicaux et Pharmaceutiques

76. La visite des centres de soins ruraux (comme par exemple dans la Province de Kenitra, Dar El Gueddari et Dar Ouled El Assal) a permis de caractériser l'intensité de l'impact des déchets médicaux. En effet, le centre de soins Dar El Gueddari qui dispose d'un module d'accouchement a mis en place un système de tri de ses déchets, qu'il stocke en attendant le passage du véhicule de collecte de l'hôpital de Kenitra. Etant donné que le passage de ce véhicule est aléatoire, le centre se trouve amené à mettre ses DMP dans le circuit des déchets

²⁶ L'annexe 3 présente la définition des différents types de déchets produits par les activités de soins.

²⁷ Source : A. BOUMAZGOUR, 2006, Gestion des déchets piquants et tranchants au niveau hospitalier cas de l'hôpital Ibn Sina de Rabat, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme du 2ème cycle des EPM.

ménagers. En outre, après avoir accouché, les femmes sont incitées à récupérer leur placenta dans un sac en plastique qu’elles emmènent avec elles pour l’enterrer.

77. Les CSC et CSCA éloignés des centres hospitaliers procèdent généralement à l’incinération à l’air libre de leurs DMP. C’est le cas du centre de Dar Ouled El Assal qui a adopté la pratique du brûlage de ses déchets dans une petite fosse jouxtant le centre. Rappelons que cette pratique est interdite par la loi 28-00 sur la gestion des déchets (article 7). Cette loi interdit également l’élimination par enfouissement des DMP dans les sites de leur production (article 41).

Effluents liquides

78. Les CSC et CSCA sont tous situés dans des communes rurales qui ne disposent pas de réseau d’assainissement liquide. La pratique usuelle pour l’élimination des eaux usées et des eaux vannes consiste en la construction de puits perdus limitrophes aux habitations ou aux bâtiments administratifs.

79. Le principe de fonctionnement des puits perdus combine une fosse et un système d’infiltration rudimentaires : la partie solide sédimente et fermente dans le fond du puits perdu tandis que la partie liquide surnageante s’infiltre dans le sol au travers des parois latérales de la fosse. L’accumulation de la fraction solide dans le fond assure une certaine étanchéité tandis que les parois latérales supérieures restent perméables (lorsque le sol est perméable).

80. La fosse n’assure qu’une fonction de prétraitement ; seulement 30 % de la pollution carbonée est détruite. Le traitement proprement dit est le plus souvent assuré par le sol, au moyen de tranchées d’égouttage. Cela suppose que les caractéristiques pédologiques des sols soient compatibles : suffisamment perméable mais pas trop pour éviter un transfert trop rapide vers la nappe phréatique. Dans le cas contraire, il est préconisé de recourir à des massifs de sable (perméabilité insuffisante) ou des tertres filtrants si la nappe affleure.

81. Le dispositif du puits perdu (ou fosse) ne permet pas d’assurer l’abattement de la pollution organique contenue dans les eaux usées. Il est généralement utilisé comme complément au traitement issu de des fosses septiques. Or, les puits perdus des CSC et CSCA ne reçoivent pas que des eaux usées des toilettes et salles de bain mais également tous les rejets liquides issus des activités de soins.²⁸ Ces derniers ne sont pas suffisamment épurés par le dispositif en place et peuvent entraîner la contamination des eaux souterraines dans le cas où les niveaux piézométriques sont peu profonds. Dans le cas contraire, les terrains du sous-sol continuent l’épuration naturelle de ces rejets liquides.

82. Il est recommandé que le Ministère de la Santé effectue, au cours de la première année de la mise en œuvre du Programme, un diagnostic du système de gestion des effluents liquides dans les ESSP (voir plan d’action en annexe 1). Ce diagnostic aura pour principal objectif d’identifier les ESSP qui nécessitent une amélioration de leur système d’assainissement liquide par l’installation d’une fosse septique par exemple.

Impacts liés à la gestion des parcs des unités mobiles

83. Le Programme inscrit parmi ses activités, l’acquisition de 57 ambulances équipées au profit des CSCA afin de garantir l’évacuation en urgence des femmes présentant une complication obstétricale. Cette activité entraînera des risques de pollution par l’augmentation

²⁸ L’annexe 3 présente la législation relative à la définition des différents rejets liquides issus des activités de soins.

des volumes d'huiles usées identifiées par le décret²⁹ portant sur la classification des déchets comme étant des déchets dangereux de classe DD. Ces huiles comprennent : 1) les huiles hydrauliques, 2) les huiles moteur, de boîte de vitesse et de lubrification et 3) les huiles isolantes et fluides caloporeurs.

84. Par ailleurs, le personnel du Ministère de la Santé en charge de la conduite des véhicules des unités mobiles est sélectionné de sorte à pérenniser les équipements dont il a la charge et la responsabilité. De ce fait, le risque d'accidents de la route occasionné par les équipes est jugé faible.

85. Actuellement, le parc des unités mobiles est géré par les délégations provinciales. Ces dernières sous traitent pour la plupart l'entretien des véhicules. Dans le cas où ce sont les services des délégations provinciales qui assurent les vidanges et les changements d'huiles des unités mobiles. Le Ministère de la Santé mettra en place un système pour assurer la gestion des huiles usées produites.³⁰ Ce système doit être conforme au Titre IV de la loi 28-00 portant sur la gestion des déchets et sur leur élimination. La procédure de gestion des huiles usées figurera dans le MP du Programme.

Bilan global des risques à la lumière des principes de base de la PO 9.00

Gestion des impacts sur l'environnement

86. Globalement, l'ensemble des impacts négatifs potentiels décrits plus hauts sont limités dans le temps et dans l'espace. Ils sont facilement maîtrisables et gérables à condition que des mesures adéquates soient prises pendant la phase de mise en œuvre des activités du Programme. Ces mesures d'atténuation consistent à 1) mettre en place un système de gestion des DMP, des effluents liquides, et des huiles usées et 2) renforcer le cadre institutionnel pour assurer la mise en place et le suivi de ce système de gestion. Ces procédures et le montage institutionnel pour leur mise en œuvre seront élaborés dans le MP.

87. En outre, la réglementation nationale impose la mise en place de ces mesures. En effet, le décret N° 2-09-139 stipule dans son Article 4 que les générateurs des DMP sont tenus de mettre en place un système de gestion interne. Cependant, les générateurs produisant une quantité de DMP de catégories 1 et 2 inférieure à dix (10) kg par jour peuvent se limiter à la désignation d'un responsable qualifié chargé de la gestion desdits déchets et la tenue d'un registre. L'Article 5 spécifie que quel que soit le générateur des DMP, la gestion de ces déchets comporte le tri à la source, l'emballage, le stockage et, le cas échéant, la collecte et le transport, le traitement et l'élimination de ces déchets.

88. Ces deux articles exigent de tout générateur de DMP une organisation et un système de gestion des déchets. Il est à noter que les quantités de DMP produites par les centres de santé bénéficiaires du Programme restent à évaluer.

89. Pour l'application de cette réglementation, le Ministère de la Santé pourrait s'organiser comme suit:

- Sur le plan organisationnel, la responsabilité pourrait être attribuée à la DHM (Division de l'Hygiène du Milieu rattachée à la DELM) qui, à l'aide de ses

²⁹ Décret n 2-07-253 du 14 Rejeb 1429 (18 juillet 2008) portant classification des déchets et fixant la liste des déchets dangereux.

³⁰ Pour rappel, nous n'avons pas visité toutes les délégations. Ici, cette mention est faite dans le cas où une delegation ne sous-traite pas cette activité. Le manuel de procédures devrait présenter la procédure de gestion des huiles usées.

représentations provinciales (les SIAAP³¹ notamment), assurerait la mise en place et le suivi du système de gestion des DMP au niveau des CSC et CSCA. Le personnel de ces structures ayant la responsabilité de la mise en œuvre au quotidien de ce système. Comme stipulé par le Décret N° 2-09-139, un responsable qualifié (médecin chef en l'occurrence) sera chargé de la gestion desdits déchets et de la tenue d'un registre. La DHM élaborera et s'assurera que des standards et des procédures harmonisées sont appliqués.

- Sur le plan technique, la gestion des DMP pourrait s'appuyer sur le guide³² élaboré par le Ministère de la Santé pour le volet tri des déchets et stockage. Concernant leur transport et leur élimination, le système de gestion pourrait s'inspirer des recommandations de l'OMS³³ qui permettent de garantir une gestion plus sûre des déchets solides générés par les ESSP dans les zones urbaines, périurbaines et rurales des pays en développement.

90. Compte tenu de ce qui précède, les risques environnementaux associés au Programme seront en général de faible à moyenne ampleur et facilement maîtrisables eu égard :

- A l'objectif sanitaire du Programme (améliorer l'accès équitable aux soins de base et diminuer la mortalité des femmes et des nouveaux nés) ;
- A l'étendue géographique limitée aux neuf régions cibles ;
- Aux faibles quantités de déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) produites par les CSC et CSCA ;
- A la nature des activités du Programme qui sont majoritairement dédiés au renforcement des processus du Ministère de la Santé et ne devraient pas générer de pollution ou de dégradation significative de l'environnement ; et
- Aux mesures préconisées pour l'atténuation et le suivi des impacts ; elles sont connues, maîtrisables et efficaces.

91. Les aspects relatifs à l'information et la participation du public sont garantis dans une certaine mesure par la Constitution qui, selon l'Article 27, stipule que les citoyennes et les citoyens ont le droit d'accéder à l'information détenue par l'administration publique, les institutions élues et les organismes investis d'une mission de service public. Toutefois, le système actuel ne comprend pas de mécanismes spécifiques (i) d'accès à l'information ; (ii) de consultation du public et (iii) de gestion des éventuels conflits.

Minimisation des impacts sur les habitats et les ressources culturelles

92. En l'absence de mesures d'atténuation adéquates, les activités génératrices d'impacts négatifs envisagées dans le cadre du Programme auraient des effets significatifs sur les habitats naturels et les ressources culturelles.

³¹ Les SIAAP sont sous la responsabilité d'un médecin Chef et comprennent plusieurs techniciens qui assurent la mise en œuvre des programmes de santé environnementale élaborés par la DHM. Le médecin Chef relève du Délégué provincial de la Santé.

³² Ministère de la Santé, Guide de gestion des déchets des établissements de soins, Édité avec l'appui du Centre Régional des Activités d'Hygiène du Milieu (CEHA) de l'Organisation Mondiale de la Santé, Décembre 2004.

³³ Préparation des plans nationaux de gestion des déchets de soins médicaux en Afrique subsaharienne : manuel d'aide à la décision / Secrétariat de la Convention de Bâle et Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé 2005, ISBN 92 4 254662 3 (Classification NLM: WA 790).

93. En effet, le Plan Directeur des Aires Protégées, élaboré en 1996, avait identifié 154 SIBE classés pour leurs valeurs écologique, scientifique, socio-économique ou patrimoniale, en proposant le classement en parcs nationaux d'une dizaine d'entre eux. Répartis sur une superficie de 2,5 millions d'ha, ces SIBE représentent presque la totalité des écosystèmes naturels du pays. Les impacts potentiels (décris dans les sections précédentes) des CSC et/ou CSCA situés à proximité ou à l'intérieur de ces sites SIBE, peuvent être importants et peuvent entraîner des transformations significatives sur les habitats naturels (dégradation irréversible d'habitats sensibles, perte de valeur écologique, perte de la biodiversité, etc.). Les CSC et les CSCA concernés par le Programme qui sont situés à proximité des SIBE restent à identifier.

94. Toutefois, malgré l'augmentation attendue de la fréquentation des établissements de soins, l'expression des impacts négatifs potentiels qui sont liés aux activités de soins pourraient être ramenés à un niveau acceptable si les mesures d'atténuation adéquates sont mises en œuvre. Ces mesures seront élaborées dans le MP.

Minimisation des impacts sur la sécurité publique et celle des travailleurs

95. Les activités envisagées dans le cadre du Programme ne devraient pas soulever des risques particuliers sur le plan de la sécurité des ouvriers qui interviendront sur les chantiers de réhabilitation des centres de soins car aucune activité de construction n'est envisagée dans le cadre du Programme. Par ailleurs, les travaux de réhabilitation des structures de soin existantes comprendront : plomberie, électricité et revêtements des murs et des pare-terre. Ces travaux qui auront lieu à l'intérieur des bâtiments existant ne comprennent pas de gros œuvres et de ce fait n'ont pas d'impact sur la sécurité des travailleurs tant qu'ils se conforment au code du travail.

96. La gestion du parc des unités mobiles est assurée par les délégations provinciales du Ministère de la Santé. La majorité de ces délégations ont recours à la sous-traitance pour l'entretien des véhicules. Dans le cas où cette activité d'entretien est assurée au sein d'une des directions provinciales à l'intérieur des 9 régions cibles du Programme, la gestion du parc des unités mobiles devrait prendre en compte la collecte, le stockage et l'élimination des huiles usées. De même, les travailleurs qui interviennent dans la gestion des DMP pourraient être exposés aux risques sans un plan de sécurité approprié.

97. La sécurité publique pourrait être affectée par les pratiques actuelles d'élimination des DMP. La protection de la sécurité publique contre ces risques potentiels sera assurée par le Ministère de la Santé en conformité avec les règles nationales et internationales applicables ainsi que les mesures d'atténuation détaillées dans le MP.

2.5.3 Principaux risques sociaux du Programme

98. Étant donné que les activités du Programme sont destinées à améliorer, dans les 9 régions ciblées, l'accès des populations rurales à des soins de santé primaire relatifs à la santé de la mère et de l'enfant et au dépistage et à la prise en charge des maladies non transmissibles, que ces soins se veulent équitables et de qualité, les effets devraient être socialement bénéfiques : meilleur accès aux soins de santé primaire, diminution des taux de mortalité et morbidité materno-infantile et diminution de la prévalence et des complications de l'hypertension artérielle et du diabète.

99. Par ailleurs dans le cadre de ce Programme, il n'est pas prévu de constructions ni d'acquisition de terrain. En effet, les activités soutenues par le Programme portent essentiellement sur le renforcement et l'amélioration de la qualité des prestations de soins fournies par les ESSP déjà existants et par les équipes mobiles.

100. De plus, du fait de l'amélioration des centres de santé, qui seront mieux équipés et plus fonctionnels, le personnel soignant bénéficiera d'une amélioration des conditions de travail.

101. Les impacts sociaux négatifs potentiels sont faibles et pourraient résulter éventuellement de : l'insuffisance d'accès équitable aux soins de santé primaire, notamment pour les groupes les plus vulnérables ; l'occurrence de plaintes ou de revendications de personnes se sentant lésées en matière d'accès aux soins de santé primaire. Mais ces risques sont pris en compte par le Programme qui vise l'équité de l'accès des soins de santé primaire dans les zones rurales les plus défavorisées, le renforcement de la redevabilité sociale ainsi que gouvernance participative ainsi que le développement de mécanismes de gestion des doléances facilement accessibles, culturellement appropriés et compréhensibles pour les personnes et communautés affectées.

Bilan global des risques à la lumière des principes de base de la PO 9.00

Gestion des acquisitions foncières

102. Le Programme ne comprend pas d'activités nécessitant l'acquisition de foncier, du fait que les activités portent essentiellement sur la mise à niveau et l'équipement des infrastructures existantes ainsi que le renforcement de la qualité des prestations de soins délivrées par les CSC, CSCA et équipes mobiles.

Pertinence culturelle et accès équitable aux bénéfices du Programme avec une attention portée aux droits et intérêts des communautés autochtones et des groupes vulnérables

103. La nature des activités envisagées à l'échelle locale ne laisse pas présager que des groupes vulnérables spécifiques pourraient subir des préjudices dans le cadre du Programme. En effet, les activités visent à assurer un accès équitable aux soins de santé primaire aux populations vivant dans des communes rurales défavorisées, ayant un accès insuffisant aux soins de santé primaire. Il est à noter que la démarche adoptée par le Ministère de la Santé, lors de la conception de la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016, a été basée sur une approche participative, telle que recommandée par la Constitution. En ce qui concerne les populations berbérophones, il est à rappeler qu'ils ne constituent pas une minorité ethnique, mais sont considérées comme partie intégrante de la population. La Constitution (art. 5) reconnaît l'amazighe comme langue officielle au même titre que l'arabe.

104. Dans le cadre de la Stratégie de la Santé visant à réconcilier le citoyen avec le système de santé, « *moraliser le secteur de la santé par l'élaboration d'un plan de lutte contre la corruption au sein des établissements de soins* », a été un des chantiers prioritaires. La mise en œuvre de ce chantier s'est traduite par la programmation d'actions prioritaires portant sur le renforcement des actions d'information et de transparence ainsi que la vulgarisation et la facilitation de l'accès à l'information du citoyen au sein des établissements de santé. Ceci s'est traduit par : la réalisation de campagnes de sensibilisation du grand public sur les droits et les obligations du citoyen à l'égard des établissements de soins ; la création d'un numéro vert pour que les citoyens puissent dénoncer et signaler les tentatives de corruption en milieu hospitalier ; la création de guichets spéciaux au niveau des hôpitaux pour recevoir les doléances et plaintes des citoyens ; la création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux ; l'introduction de l'outil informatique dans la gestion des prises en charge au niveau des hôpitaux (rendez-vous, hospitalisation, facturation,...) ; la mise en place de circuits pour les patients au sein des hôpitaux publics ; l'affichage des tarifs et de la liste des personnes responsables et de garde au sein des établissements de santé publics.

105. Le suivi opérationnel de la mise en œuvre des actions programmées, a été confié à une commission créée à cet effet : « *Commission de la moralisation, de la transparence et de la gouvernance du secteur de la Santé* » ; les missions d'inspection des structures publiques de soins ont été renforcées. Cependant ces actions, menées essentiellement à l'échelon hospitalier, n'ont pas encore été étendues à l'échelon communal.

106. Il est à noter qu'une Charte a été élaborée et affichée dans les directions régionales et les délégations provinciales de la Santé. Des boîtes à lettres ont été mises en place dans les directions régionales, les délégations provinciales et les centres de santé.

107. Par ailleurs, la composante du Programme relative à la gouvernance locale, vise la mise en place de mécanismes de redevabilité sociale à l'échelle locale. Dans le Programme, des mesures sont prévues pour informer et sensibiliser les populations et des indicateurs de résultats seront établis et suivis par les parties prenantes en vue de s'assurer de l'atteinte des objectifs du Programme.

Conflits sociaux

108. Bien qu'il soit peu probable que le Programme devienne une source de conflit social, certains cas de plaintes pourraient se produire, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins et aux médicaments, qui serait jugé insuffisant. Il est à rappeler que les citoyens qui se sentent lésés ont accès à plusieurs mécanismes de recours : autorités et collectivités locales (communes, caïdats) ; centres de santé ; directions régionales et délégations provinciales de la Santé ; commissions ou représentations territoriales d'instances constitutionnelles (telles que le Conseil National des Droits de l'Homme, le Médiateur et l'Instance Nationale de la Probité, de la Prévention et de la lutte contre la corruption).

109. De plus dans sa conception, le Programme vise la mise en place de mécanismes locaux de gestion de doléances, aisément accessibles aux populations les plus vulnérables, prenant en compte leur degré d'alphabétisation, le contexte socio-culturel et la langue parlée.

110. Le tableau ci-dessous récapitule les risques relatifs aux impacts sociaux du Programme.

Risques relatifs aux impacts sociaux du Programme

| Impacts | Évaluation | Risque |
|--|--|---------------|
| Déplacement involontaire des personnes ; Expropriation forcée de terrains et biens immobiliers privés ; Restriction d'accès aux biens, services, ressources naturelles et perte de revenus | Le Programme ne finançant pas d'activités de construction de nouveaux centres de santé, il n'y aura donc pas d'acquisition de terrains, et donc pas de risques liés au déplacement involontaire des populations, pertes ou restriction d'accès aux biens, services, ressources naturelles. | Nul |

| | | |
|---|---|--------|
| Insuffisance d'accès aux soins de santé primaire, pour les populations vulnérables et les communautés autochtones | Ces risques sont estimés faibles car le Programme est défini de manière à réduire les disparités en matière d'accès aux soins de santé primaire en milieu rural, notamment pour les femmes, les enfants et les populations pauvres et/ou vivant dans des zones enclavées. Pour les communautés berbérophones, parmi le personnel de santé affecté, il existe toujours des éléments parlant l'amazighe. De plus, la Constitution (art 5) reconnaît l'amazighe comme langue officielle au même titre que l'arabe. Par ailleurs, la composante de gouvernance locale, vise la mise en place de mécanismes de redevabilité sociale à l'échelle locale. De plus, la nouvelle Constitution donne le droit du citoyen d'être informé et de participer au processus décisionnel. Des mesures seront prévues pour accompagner la population dans ce processus (campagnes d'information et de sensibilisation) et des indicateurs de résultats seront établis et suivis par les parties prenantes en vue de s'assurer de l'atteinte des objectifs du Programme. | Faible |
| Conflits sociaux | Bien qu'il soit peu probable que le Programme devienne une source de conflit social, des plaintes pourraient survenir, notamment en matière d'accès aux soins et aux médicaments. Le Programme prévoit la mise en place de mécanismes de gestion des doléances aisément accessibles aux populations les plus vulnérables, les populations illettrées et berbérophones. | Faible |

2.6 Expériences antérieures des institutions impliquées dans le Programme

111. Les institutions impliquées dans le Programme ont une longue histoire de collaboration avec la Banque mondiale dans le cadre des précédents Projets et Programme de Développement menés au Maroc au cours des deux dernières décennies. Le Ministère des Finances est impliqué dans pratiquement tous ces projets, et notamment dans le PPR de la phase 2 de l'INDH.

112. C'est en 1998, en revanche, que le Ministère de la Santé a bénéficié pour la dernière fois d'un projet financé par la Banque Mondiale (P005525)³⁴. Le rapport d'achèvement (2007) estime que la gestion de l'environnement a été plutôt satisfaisante car un plan de gestion des déchets hospitaliers a été élaboré et mis en place dans la plupart des hôpitaux. Toutefois, des faiblesses ont été constatées en ce qui concerne la formation du personnel sur les questions de sauvegardes environnementales au sein de l'hôpital. En outre, la question du transport des déchets hospitaliers vers des sites de décharge n'a pas été finalisée. Les aspects sociaux sont jugés insuffisants. Le projet proposait une approche participative au cours de ses différentes phases. Toutefois, étant donnés les longs retards de mise en œuvre, la participation a été limitée. L'évaluation du projet par les populations et le personnel de santé, préconisée dans la cadre du projet, a relevé un niveau de satisfaction légèrement supérieur à la moyenne, mais ce résultat est à relativiser vu que l'enquête a été effectuée après l'achèvement des travaux de construction, et avant que les services ne soient pleinement en fonctionnement.

³⁴ Projet de Gestion et de Financement du Secteur de la Santé (1998-2006) dont les objectifs spécifiques étaient les suivants : (a) Accroître l'efficacité et la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux publics du projet (au nombre de 14) ; (b) Mobiliser de nouvelles ressources tout en répondant aux soucis d'équité, en aidant le gouvernement à introduire de nouveaux mécanismes de financement ; et (c) Renforcer les capacités du Ministère de la Santé en matière de formulation de mesures de politique et de gestion sectorielle en aidant le Ministère à réajuster – et remplir - sa mission.

3. Description des systèmes nationaux

3.1 Systèmes de gestion environnementale

3.1.1 Procédures de gestion environnementale

Système national d'étude d'impact sur l'environnement

113. L'EIE est définie dans le droit marocain comme un instrument de gestion de l'environnement.³⁵ Ainsi l'Article 58 de la Loi 12-03 pose le principe selon lequel: « *Lorsque des aménagements, des ouvrages ou des projets risquent, en raison de leur dimension ou de leur incidence sur le milieu naturel, de porter atteinte à l'environnement, l'administration peut imposer au pétitionnaire ou au maître de l'ouvrage, l'établissement d'une étude d'impact préalable permettant d'apprecier leur compatibilité avec les exigences de protection de l'environnement* ».

114. L'EIE est devenue, par l'adoption de la loi n° 12-03 relative aux études d'impact sur l'environnement, un outil légal qui subordonne l'autorisation administrative de tout projet soumis à l'EIE à une décision d'acceptabilité environnementale. Cette loi doit être lue et interprétée en relation avec l'ensemble des lois et règlements à la protection de l'environnement au Maroc.

115. D'abord volontaire entre 1994 et 2003, la réalisation des EIE est devenue une exigence réglementaire depuis 2003, date d'adoption de la loi n°12-03 relative aux EIE. Jusqu'en 2008, et même en l'absence du décret d'application de cette loi, relatif au comité national et aux comités régionaux des EIE, une procédure d'examen des EIE s'est installée au niveau national.

Vérification et validation

116. La vérification et la validation des EIE sont du ressort du Comité national des Étude d'Impact sur l'Environnement (CNEIE) et des Comité régionaux des Études d'Impact sur l'Environnement (CREIE) établis par l'article 8 de la loi 12-03 et dont la composition, fonctionnement et attributions ont été précisés par le Décret 2-04-563. Le CNEIE et les CREIE ont pour mission d'examiner les études d'impact sur l'environnement et de donner leur avis sur l'acceptabilité environnementale des projets. Le CNEIE et les CREIE sont constitués de représentants de différentes institutions de l'Etat et peuvent faire appel à une expertise extérieure pour recueillir des avis pendant la procédure de revue et d'analyse des EIE qui leur sont soumises.

117. Le Ministère en charge de l'Environnement, a élaboré des manuels de procédures, des guides techniques standards et des directives adoptés officiellement et diffusés largement en vue de garantir l'impartialité, l'objectivité et la fiabilité des résultats et conclusions du processus d'examen des EIE.

Screening - Avis de Projet - Rôles des acteurs clés

118. La Loi 12-03 donne à l'administration le pouvoir de faire le balayage initial du projet pour notifier « *dans chaque cas au pétitionnaire ou au maître de l'ouvrage le contenu de l'étude*

³⁵ Chapitre 1er, Titre IV de la loi 12.03.

*d'impact*³⁶....[qui doit comprendre *au moins*³⁷] : « (i) une présentation du projet global ; (ii) une analyse de l'état initial du site et de son environnement ; (iii) une évaluation des conséquences dommageables du projet sur l'environnement et la population ; (iv) un énoncé des mesures envisagées pour supprimer, réduire et, si possible, compenser ces conséquences dommageables ».³⁸ Mais c'est la loi 12-03 qui va définir de manière plus précise le contenu de la préparation, approbation, exécution et contrôle de l'EIE ainsi que son contenu.

119. Dans la pratique, il incombe au promoteur de vérifier si son projet est assujetti ou non à l'EIE en se référant à la liste des projets annexée à la loi n° 12-03 (article 2) et aux autorités concernées par l'autorisation de s'assurer que le projet en question a fait l'objet d'une décision d'acceptabilité environnementale (article 7 de la loi précitée et article 21 du décret n° 2-04-563). D'après les procédures appliquées actuellement, le pétitionnaire doit déposer un avis de projet auprès du ministère de tutelle de son activité et de l'autorité gouvernementale chargée de l'environnement. Le ministère de tutelle prépare le cahier des charges de l'EIE en collaboration avec le promoteur sur la base des informations contenues dans l'avis de projet et des directives spécifiques au secteur d'activité.

Contenu des EIE

120. L'exigence en matière de contenu des EIE sous le droit marocain se conforme d'une manière générale à la pratique internationale. La Loi 12-03 précise le contenu de l'EIE qui doit comprendre les éléments suivants à soumettre à la revue des Comités compétents : (i) une description globale de l'état initial du site susceptible d'être affecté par le projet, notamment ses composantes biologique, physique et humaine ; (ii) une description des principales composantes, caractéristiques et étapes de réalisation du projet ainsi que les déchets engendrés par la réalisation ou l'exploitation du projet ; (iii) une évaluation des impacts positifs, négatifs du projet sur le milieu biologique, physique et humain pouvant être affecté durant les phases de réalisation, d'exploitation ou de son développement ; (iv) les mesures envisagées par le pétitionnaire pour supprimer, réduire ou compenser les conséquences dommageables du projet sur l'environnement ainsi que les mesures visant à mettre en valeur et à améliorer les impacts positifs du projet ;(v) un programme de surveillance et de suivi du projet ainsi que les mesures envisagées en matière de formation, de communication et de gestion en vue d'assurer l'exécution, l'exploitation et le développement conformément aux prescriptions techniques et aux exigences environnementales adoptées par l'étude ; (vi) une présentation concise portant sur le cadre juridique et institutionnel afférent au projet ainsi que les coûts prévisionnels du projet; (vii) une note de synthèse récapitulant le contenu et les conclusions de l'étude ; et (viii) un résumé simplifié des informations et des principales données contenues dans l'étude destiné au public. Il faut noter que l'EIE sera réalisée sur la base de termes de référence et/ou directives que l'autorité en charge de l'environnement doit adopter et remettre aux promoteurs.

Consultations publiques

121. L'Article 9 de la Loi 12-03 stipule que: « Chaque projet soumis à l'étude d'impact sur l'environnement donne lieu à une enquête publique. Cette enquête a pour objet de permettre à la population concernée de prendre connaissance des impacts éventuels du projet sur l'environnement et de recueillir leurs observations et propositions y afférentes. Ces

³⁶ Article 58

³⁷ L'expression "au moins" signifie que l'administration a le pouvoir de requérir un pétitionnaire de fournir des analyses ou des éléments d'évaluation non listés dans cet article. La Loi 12-03 complète cet article mais semble aussi réservé cette option en faveur de l'administration qui pourrait aussi couvrir des projets non définis dans la liste annexée à la loi 12-03.

³⁸ Article 49. C'est là le minimum imposé en général, en matière d'étude d'impact sur l'environnement dans la plupart des législations des pays en développement.

observations et propositions sont prises en considération lors de l'examen de l'étude d'impact sur l'environnement. ». Ce principe de reconnaissance de l'importance de la consultation publique est complété par l'article 2 de la Loi 12-03 qui stipule que « *La protection et la mise en valeur de l'environnement constituent une utilité publique et une responsabilité collective nécessitant la participation, l'information et la détermination des responsabilités* ». A cette fin, l'article 10 la Loi 12-03 pose le principe de l'accès des parties prenantes à l'information relative à l'EIE ce qui constitue un grand progrès en stipulant que « L'administration doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que les informations et les conclusions afférentes à l'étude d'impact sur l'environnement soient accessibles au public durant la période de l'enquête publique. ».

Système de gestion environnementale applicable aux projets du Ministère de la Santé

122. La liste des projets annexés à la loi 12-03 sur les EIE, ne comprend pas les hôpitaux et les centres de soins de base (CSC et CSCA). De ce fait, la procédure de l'EIE ne s'applique pas. Cependant, le Ministère de la Santé, conscient des enjeux environnementaux soulevés par les projets de construction des infrastructures de soin, a élaboré en 2010 les termes de référence un guide de réalisation des EIE des projets de construction des hôpitaux. Ces termes de référence reflètent les attendus de la loi 12-03 sur les EIE mais ne définissent pas le rôle des parties prenantes dans la mise en œuvre des conclusions de l'EIE. Cependant, ces termes de référence ont le mérite de souligner une initiative volontaire du Ministère de la Santé dans la gestion de l'environnement.

123. Les activités de soins étant génératrices de quantités de DMP³⁹, doivent se conformer à la loi 28-00 sur la gestion et l'élimination des déchets, ainsi qu'à ses textes d'application dont notamment le décret sur la gestion des DMP ainsi que le décret fixant la liste des déchets dangereux. Aussi, les activités du Ministère de la Santé doivent se conformer aux systèmes de gestion des déchets mis en place à travers la loi 28-00. Ce système de gestion est en cours d'être complété par le Plan National de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques qui sera disponible mi 2015. Ce plan est en cours d'élaboration par le Ministère délégué chargé de l'environnement avec l'appui de la GIZ.

124. L'Office National de l'Electricité et de l'Eau Potable (ONEE), Branche Eau, a développé dans le cadre de son programme d'alimentation en eau potable en milieu rural, un système de gestion des eaux usées domestiques. Ce système repose sur l'assainissement individuel en tenant compte des spécificités des terrains et de leurs capacités d'infiltration et de la vulnérabilité des nappes.

3.1.2 Principales institutions concernées par la gestion environnementale dans le cadre du Programme

125. Le Ministère Délégué Chargé de l'Environnement (MDCE), au sein du Ministère de l'Énergie, des Mines, de l'Eau et de l'Environnement, constitue l'institution principale de coordination en matière d'environnement. Ce Ministère Délégué est chargé de la mise en œuvre des lois relatives à la protection de l'environnement et s'occupe des EIE. Le Ministère Délégué Chargé de l'Eau et le Haut-Commissariat aux Eaux et Forêts sont les deux autres principales

³⁹ Les établissements hospitaliers au Maroc génèrent près de 20 400 T de déchets par an, dont 4 100 T de déchets à risques, soit 20% du volume total des déchets produits (estimation calculée par la Direction des hôpitaux et des soins Ambulatoires, année 2010), sur la base de la capacité litière nationale : secteur public et privé qui avoisine les 33 300 lits, un taux d'occupation moyen national de 56% et une production moyenne de déchets par jour par lit de 3 kg, qui varie de 1,5 à 4,5 kg selon la taille et l'activité de l'établissement de santé.

institutions qui contribuent à la protection de l'environnement, en particulier pour la gestion des ressources naturelles telles que l'eau et la forêt.

126. Au sein de la DELM, la Division de l'hygiène du milieu (DHM) a pour mission, entre autres, de mettre en œuvre les programmes de santé & environnement du Ministère de la Santé. Pour ce faire, la DHM s'appuie sur un réseau de 41 Laboratoires de Diagnostic Epidémiologique et d'Hygiène du Milieu (LDEHM), dont 16 à vocation régionale. Ce réseau constitue l'outil d'aide à la décision pour les programmes sanitaires de contrôle des eaux et des aliments. Les actions mises en œuvre par ce réseau correspondent à : (i) l'analyse de la qualité des eaux et des aliments ; ii) la réalisation des tests de sensibilité des vecteurs de maladies parasitaires aux pesticides ; et iii) la confirmation des agents biologiques responsables des maladies hydriques et alimentaires.

127. Le Tableau suivant identifie au sein de ces départements ministériels les services en charge et les activités environnementales qui les concernent dans le cadre du Programme :

Rôle des institutions dans le cadre du Programme

| Institutions | Activités Environnementales | Rôle dans le cadre du Programme |
|---|---|--|
| Ministère Délégué auprès du Ministère de l'Énergie, des Mines, de l'Eau et de l'Environnement, chargé de l'Environnement ; Direction de la surveillance et de la protection des risques Agence des Bassins Hydrauliques | Gestion rationnelle et mobilisation des ressources en eau, coordination en matière d'environnement. | Définition du plan de gestion des DMP. Suivi de la qualité des eaux de surface et souterraines. |
| Ministère de la Santé DELM SIAAP LDEHM CSC CSCA | Hygiène du milieu, évaluation et maîtrise des déterminants environnementaux de la santé. | Suivi de la qualité des eaux souterraines. Mise en œuvre du plan de gestion des DMP. Suivi du plan de gestion des DMP. |
| Ministère Délégué auprès du Ministère de l'Énergie, des Mines, de l'Eau et de l'Environnement, chargé de l'Eau | Assainissement liquide. | Suivi de la qualité des eaux de boisson. |
| Haut-Commissariat aux Eaux et Forêts et à la lutte contre la désertification | Gestion des parcs naturels et des sites SIBE. | Suivi des impacts sur les parcs naturels et les sites SIBE. |

3.1.3 Cadre juridique et réglementaire de la gestion environnementale

128. Les principaux textes et règlements du cadre juridique général de protection de l'environnement au Maroc, pertinents pour les activités du Programme, sont présentés dans le tableau suivant.

Principaux textes et règlements sur la protection de l'environnement au Maroc

| Instrument | Date | Titre |
|--|------------------|--|
| Loi N° 11-03 | 12-05-2003 | Loi relative à la protection et la mise en valeur de l'environnement (PMVE) |
| Loi N° 12-03 | 12-05-2003 | Loi relative aux Études d'Impact sur l'Environnement et ses textes d'application |
| Loi N° 10-95 | 15-07-1995 | Loi relative à la gestion de l'eau et ses textes d'application |
| Décret N°2-04-553 (de la loi N°10-95) | 24-01-2005 | Décret relatif aux déversements, écoulements, rejets, dépôts directs ou indirects dans les eaux superficielles ou Souterraines |
| Décret n° 2-05-1533 | 16 mars 2006 | relatif à l'assainissement autonome. |
| Loi N°28-00 | 22 novembre 2006 | Loi relative à la gestion des déchets solides et à leur élimination et ses textes d'application |
| Décret n° 2-07-253 | 18 juillet 2008 | Portant classification des déchets et fixant la liste des déchets dangereux |
| Décret n° 2-09-139 | 21 mai 2009 | Relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutique |
| Dahir n° 1-11-37 (loi n° 30-05) | 2 juin 2011 | portant promulgation de la loi relative au transport par route de marchandises dangereuses. |
| Dahir n° 1-10-123 (loi n° 22-07) | 16 juillet 2010 | Portant promulgation de la loi relative aux aires protégées |

129. Cette section présente également un résumé de ces textes juridiques et réglementaires applicables aux activités du Programme.

130. **Loi 11-03** relative à la protection et la mise en valeur de l'environnement : édicte les règles de base et les principes généraux de la politique nationale dans le domaine de la protection l'environnement contre toutes les formes de dégradation et de nuisances et qui instaure le principe du « pollueur payeur ». Cette loi impose (article 7) aux administrations concernées de prendre toutes les mesures nécessaires pour “*la protection des établissements humains des effets préjudiciables résultant de toute forme de pollution et de nuisance*”.

131. **Loi 12-03** instituant le recours aux études d'impact et qui s'applique aux installations de stockage ou d'élimination des déchets quel que soit leur nature et la méthode de leur élimination.

132. **Loi 10-95** relative à la protection des ressources en eau, qui introduit de nombreuses dispositions pour protéger les ressources en eau contre toutes formes de pollution notamment, celles dues aux déchets solides. Ainsi que ces Décrets d'application, notamment le Décret d'application N° 2-04-553 relatif aux déversements, écoulement, rejets, dépôts directs ou indirects dans les eaux superficielles ou souterraines et le Décret n° 2-05-1533 relatif à l'assainissement autonome.

133. **Loi N° 28-00** relative à la gestion des déchets et à leurs élimination, prévoit une planification de l'élimination des déchets, Interdit la mise en décharge des déchets non ultimes, notamment dans les articles 38 à 41, consacrés à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques et qui stipulent que ces derniers doivent faire l'objet d'une gestion spécifique pour éviter toute atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement et que leur incinération en plein air est désormais interdite. Elle stipule aussi que les déchets dangereux doivent être traités dans les structures dédiées et que leur collecte, transport, traitement et élimination sont réglementés.

134. **Décret N° 2-07-253** portant classification des déchets et fixant la liste des déchets dangereux. Il précise que certains déchets provenant des soins médicaux sont classés en tant que déchets dangereux (DD).

135. **Décret N° 2-09-139** relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques qui fixe les modalités de tri, d'emballage, de collecte, de stockage, de transport, de traitement et d'élimination , ainsi que les modalités de délivrance de l'autorisation de collecte et de transport de ces déchets. Ce décret stipule dans son Article 4 que les générateurs des DMP sont tenus de mettre en place un système de gestion interne. Cependant, les générateurs produisant une quantité de DMP de catégories⁴⁰ 1 et 2 inférieure à dix (10) kg par jour peuvent se limiter à la désignation d'un responsable qualifié chargé de la gestion desdits déchets et la tenue d'un registre. L'Article 5 spécifie que quel que soit le générateur des DMP, la gestion de ces déchets comporte le tri à la source, l'emballage, le stockage et le cas échéant la collecte et le transport, le traitement et l'élimination de ces déchets.

136. L'article 20, stipule que “ *Les organes et tissus d'origine humaine aisément identifiables par un non-spécialiste sont enterrés selon les rites religieux et la réglementation en vigueur* ”.

137. **Loi N° 30-05** relative au transport par route de marchandises dangereuses et qui définit les règles spécifiques applicables à ces marchandises, notamment les déchets médicaux et pharmaceutiques de catégories 1 et 2.

138. **Loi n° 22-07** relative aux aires protégées qui définit les restrictions imposées à l'intérieur des aires protégées ainsi que les pénalités appliquées en cas d'infraction constatée.

Améliorations attendues du cadre législatif et réglementaire pertinent aux activités du Programme

139. Des améliorations sont attendues pour combler les lacunes du système actuel de gestion des déchets. La loi 28-00 existante a jeté les bases de la bonne gestion des déchets et de leur élimination. Les textes d'application de cette loi ne sont pas complets et ceux qui existent ne semblent pas être appliqués. En effet, le décret N° 2-09-139 relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques n'est pas appliqué au droit de tous les CSC et CSCA. L'Arrêté en cours d'élaboration par le Ministère de la Santé et le MDCE devrait fixer les modalités suivantes, tel que spécifié par l'Article 23 du décret N° 2-09-139 :

- L'organisation et le fonctionnement du système de gestion interne des déchets mentionné à l'article 4 du décret N° 2-09-139 ;
- Les règles de stockage des déchets médicaux et pharmaceutiques notamment celles relatives à la durée, aux caractéristiques et aux conditions d'entretien des locaux qui leurs sont destinés ;
- Les techniques appropriées des différents procédés de traitement et d'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques des catégories 1 et 2 ;
- Les modalités d'agrément, de mise en œuvre et de contrôle des appareils de traitement des déchets médicaux et pharmaceutiques des catégories 1 et 2 ;

⁴⁰ Catégorie 1 :

a- Déchets comportant un risque d'infection du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou des toxines susceptibles de causer la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ainsi que les organes et tissus humains ou animaux non identifiables;

b- Matériel piquant ou tranchant destiné à l'abandon, qu'il ait été ou non en contact avec un produit biologique;
c- Produits et dérivés sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés, avariés ou périmés.

Catégorie 2 :

a- Médicaments et produits chimiques et biologiques non utilisés, avariés ou périmés;
b- Déchets cytostatique et cytotoxique.

- Les procédés de traitement et d'élimination des organes et tissus d'origine animale.

140. Ces modalités une fois définies et agréées par les deux parties prenantes (Ministère de la Santé et MDCE) permettront d'instaurer un mécanisme durable de gestion des DMP.

3.2 Systèmes de gestion sociale

3.2.1 Cadre juridique et réglementaire de la gestion sociale

Le système de gestion sociale est régi par un cadre légal exhaustif

La Constitution de 2011

141. Dans son préambule, la Constitution consacre la primauté du droit international sur le droit national. A cet effet, il est à rappeler que le Maroc est partie prenante de nombreux accords internationaux dont le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, (adhésion le 3 mai 1979 et publication au Bulletin officiel) qui stipule que : «*Les états parties au présent pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique mentale qu'elle soit capable d'atteindre*» (Art. 12).

142. Le Droit à la santé est largement consacré par la Constitution de 2011 : le droit à la vie [art.20] qui comprend également la lutte contre les mortalités évitables; le droit à la sécurité et à la protection de la santé [art.21] ; le droit aux soins, à un environnement sain, à la couverture médicale [art.31]; le droit à la santé des personnes et catégories à besoins spécifiques [art.34]; le droit d'accès à des soins de qualité et à la continuité des prestations [art.154].

La Santé dans la Constitution de 2011

Le droit à la santé est explicitement consacré dans la nouvelle Constitution marocaine, notamment à travers son **article 31** qui stipule que «*L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits : aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État, à l'accès à l'eau et à un environnement sain, au développement durable*».

L'**article 154** précise que «*Les services publics sont organisés sur la base de l'égal accès des citoyennes et citoyens, de la couverture équitable du territoire national et de la continuité des prestations*».

L'**article 34** stipule que «*Les pouvoirs publics élaborent et mettent en œuvre des politiques destinées aux personnes et aux catégories à besoins spécifiques. A cet effet, ils veillent notamment à : traiter et prévenir la vulnérabilité de certaines catégories de femmes et de mères, des enfants et des personnes âgées*».

143. En matière d'équité et de non-discrimination, la Constitution consacre l'égalité femme-homme (art 19) et l'inclusion des personnes à besoins spécifiques (art 34). La Constitution accorde une grande attention à : (i) la consultation et la participation des populations dans l'élaboration et le suivi des programmes (art 136, 139) ; (ii) la présentation de pétitions (art

15) ; (iii) l'accès à l'information (art 27) ; (iv) la gestion des doléances (art 156). De même qu'elle reconnaît l'amazighe comme langue officielle au même titre que l'arabe (article 5).

Loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins⁴¹

144. Cette loi a pour objet de fixer les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de santé ainsi que l'organisation du système de santé. Elle stipule que : « *Le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat et de la société*» (Article 1er) ; « *Les actions de l'Etat en matière de santé portent sur les domaines de prévention contre les risques menaçant la santé, d'éducation pour la santé, de promotion de modes de vie sains, de contrôle sanitaire et de prestation de soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de réhabilitation*», Article 3 ; « *L'Etat garantit la disponibilité et la qualité des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels sur l'ensemble du territoire national et œuvre pour faciliter l'accès aux médicaments*», Article 6 ; « *L'Etat prend les mesures nécessaires à la mise en œuvre de ses engagements pris sur le plan international en matière de santé...* », Article 7.

La loi 65-00 sur le code de la couverture médicale de base⁴²

145. Cette loi instaure la protection sociale en matière de santé, à travers la mise en place de la couverture médicale de base sous forme de deux régimes :

- Une assurance maladie obligatoire (AMO) fondée sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants ; et
- Un régime d' assistance médicale (RAMED) fondé sur les principes de l' assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie. Elle bénéficiera ainsi d'une couverture médicale de base fondée sur la gratuité des soins et prestations médicalement disponibles dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat aussi bien en cas d'urgence ou lors de l'hospitalisation.

Décret n° 2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation des prix des médicaments⁴³

146. Ce Décret porte sur la révision à la baisse des prix de certains médicaments ; il a été ainsi procédé le 08 avril 2014, à la publication au Bulletin Officiel de l'arrêté 784.14, fixant la liste complète des nouveaux prix de vente des médicaments (1. 578 médicaments). Les nouveaux prix révisés des médicaments sont devenus effectifs au niveau de toutes les pharmacies d'offices du Royaume depuis le 08 juin 2014. Cette révision des prix qui couvre quasiment toutes les classes thérapeutiques vise à permettre aux citoyens un meilleur accès aux médicaments.

Projets de loi en cours

⁴¹ Dahir n° 1-11-83 du 2 juillet 2011 portant promulgation de la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.

⁴² Dahir n° 1-02-296 du 25 Rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant Code de la couverture médicale de base.

⁴³ Décret n° 2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation des prix des médicaments du 18 décembre 2013, Bulletin officiel 6214 -15 Safar 1435 (19 décembre 2013).

147. Dans le cadre du plan d'action législatif et réglementaire du ministère de la santé 2012-2016, plusieurs projets de lois sont prévus , dont notamment :

- Projet de loi relative à la sécurité des patients ;
- Projet de loi relative à l'information du patient ;
- Projet de loi relatif à la protection des personnes souffrant de troubles mentaux ; et
- Projet de loi relatif à la santé publique.

148. Il est à noter que le Ministère de la Santé a élaboré un Projet de Loi No. 131-13 relatif à l'exercice de la médecine qui va abroger et remplacer la Loi No. 10-94 relative au même objet. Ce projet de loi soumis au parlement vise à prendre en compte de l'évolution de l'environnement international et des mutations profondes du système économique et social marocain et à rendre le système de santé plus attractif pour l'investissement national et étranger. Les dispositions préconisées par ce projet de loi portent sur : (i) la refonte et l'adaptation des principales dispositions relatives aux cliniques ; (ii) l'introduction de mesures additionnelles pour l'exercice de la médecine par les étrangers ; (iii) l'introduction de nouvelles modalités d'exercice en commun, pour les cabinets médicaux ; (iv) la possibilité d'exploitation commune des installations et moyens par des cliniques et/ou établissements assimilés ; et (v) l'introduction de la possibilité de développement de partenariat avec le secteur public en matière de prestations de soins et de services.

3.2.2 Cadre institutionnel

149. Le cadre institutionnel marocain intervenant dans le domaine de la santé et notamment sur les aspects sociaux relatifs à la santé comprend :

Le Ministère de la Santé⁴⁴

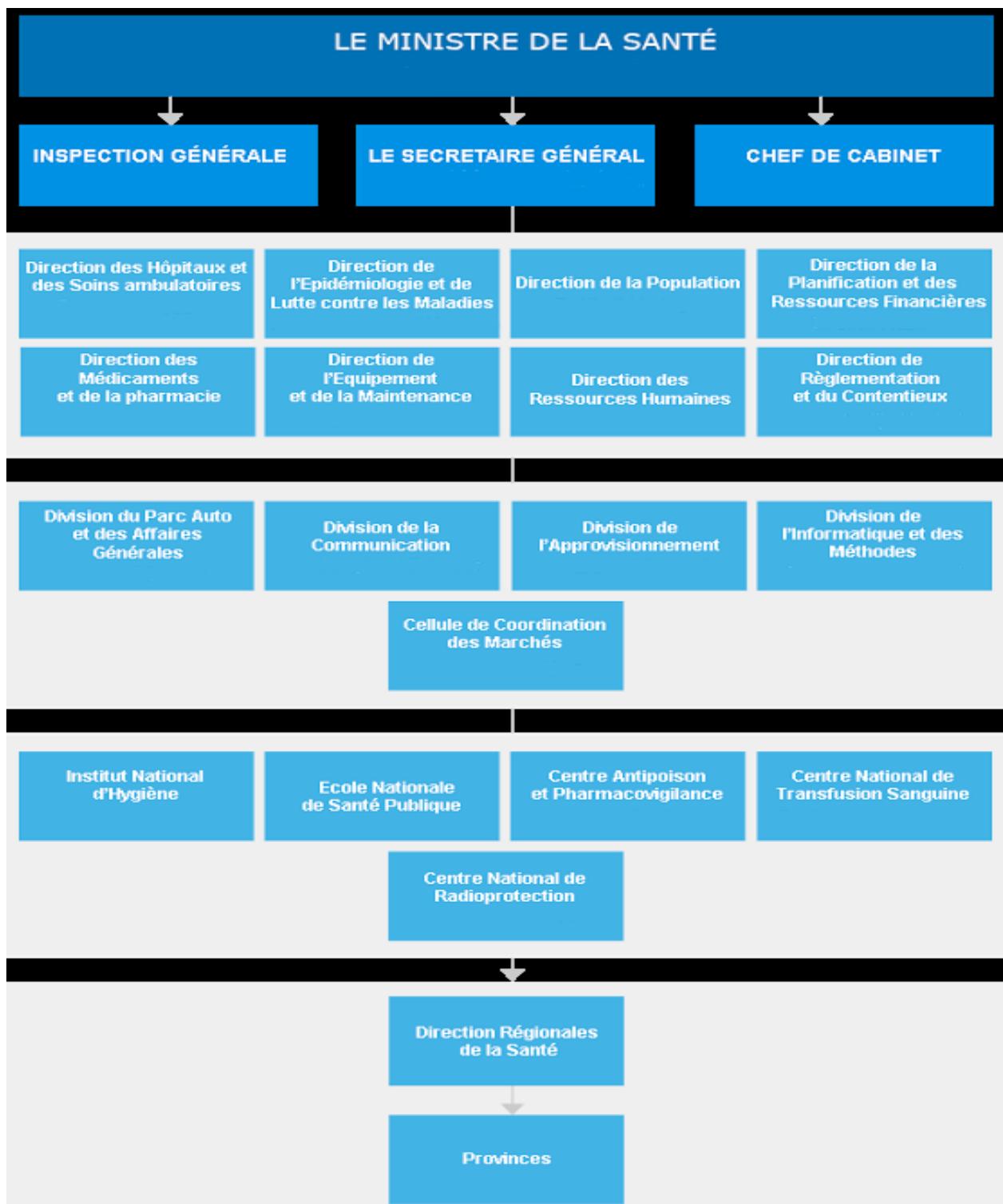
150. Le Ministère de la Santé est l'instance chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population. L'organisation du Ministère, à l'instar des autres départements ministériels, comprend une administration centrale et des services territoriaux.

151. L'échelon central comprend :

- Le Secrétariat général, avec à sa tête un Secrétaire général (considéré comme deuxième responsable après le Ministre), assure sous l'autorité du Ministre, la continuité de l'administration sanitaire ainsi que la coordination des structures du département.
- L'inspection générale : procède sous l'autorité du Ministre et sur ses instructions au contrôle de l'utilisation des moyens et ressources mis à la disposition de tout le département et informe régulièrement le Ministre sur le fonctionnement des services.
- Les Directions centrales :
 - La Direction de la planification et des ressources financières ;
 - La Direction des Ressources Humaines ;
 - La Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies ;
 - La Direction du Médicament et de la Pharmacie ;
 - La Direction de la Population ;
 - La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires ;

⁴⁴ Décret n° 2-94-285 du 17 jounada II 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique.

- La Direction des Equipements et de la Maintenance ; et
- La Direction de la réglementation et du Contentieux.
- Les Divisions dont :
 - La Division de l'Approvisionnement (sous la direction du Secrétaire général) ; et
 - La Division de l'Informatique et des Méthodes.



152. L'échelon territorial comprend :

- Les Directions régionales de santé situées dans les chefs-lieux des 16 régions du Royaume⁴⁵. Elles ont pour missions : la planification sanitaire régionale, surveillance et évaluation des programmes ; l'animation et la coordination des actions de santé au niveau régional en partenariat avec d'autres intervenants ; la garantie de la disponibilité , de la qualité et de l'accessibilité des médicaments et produits pharmaceutiques non médicamenteux ; le pilotage et la coordination des actions des établissements de santé ; la gestion des ressources humaines et la gestion budgétaire et financière . Il est à noter que les ISPITS sont rattachés aux directions régionales de la santé.
- Les délégations préfectorales et provinciales placées sous l'autorité d'un médecin délégué, sont chargées de l'animation, du contrôle et de la coordination des services de soins de santé préventifs et curatifs au niveau provincial/préfectoral. Le SIAAP est en charge de la coordination des activités sanitaires provinciales ou préfectorales, en matière de prévention, d'épidémiologie, d'hygiène du milieu et des soins ambulatoires. Au niveau des Wilayas, la préfecture médicale chef-lieu comprend, en outre, les services en charge de l'hygiène du milieu ; la planification sanitaire et ; la maintenance des équipements et installations biomédicaux et techniques.

Le secteur médical privé

153. Les cabinets médicaux, dentaires et les cliniques privés fournissent leurs prestations sanitaires aux personnes couvertes par des assurances ou ayant des ressources financières leur permettant de régler leurs factures. Le secteur médical privé constitue une part importante en matière d'offre de soins représentant près de la moitié des médecins, près de 90% des pharmaciens et chirurgiens-dentistes et près de 10% des paramédicaux. Le nombre de cliniques privées s'élève à 373 cliniques avec 10 300 lits. Le secteur privé est en constante progression, principalement dans les villes.⁴⁶

Le secteur médical mutualiste

154. Le secteur médical mutualiste est constitué d'établissements de soins gérés par un certain nombre de mutuelles. Le secteur médical mutualiste reste peu développé, avec une activité centrée sur les soins dentaires, les centres d'optique et certaines consultations spécialisées. Il est à noter qu'un projet de réforme du Code de la Mutualité est en cours de discussion. Ce secteur bénéficie principalement à ses adhérents.

Organisations de la société civile

155. Un certain nombre d'ONG (associations et fondations) interviennent dans le domaine de la santé, dans le cadre de partenariats avec le ministère de la Santé, à travers :

- La gestion d'établissements de soins ;
- L'animation d'activités de sensibilisation, d'information et d'éducation sanitaire ;
- L'appui financier ou technique à des services ou des activités de santé publique ; et

⁴⁵ Arrêté du Ministre de la Santé n°1363-11 du 16 mai 2011- B.O 5958 du 7 juillet 2011

⁴⁶ Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la Santé/INISAN 2012.

- La gestion de structures d'accueil pour les femmes enceintes (Dar al Oumouma) les malades chroniques cancéreux, porteurs de VIH, ou insuffisants rénaux.

Les services de Santé des Forces Armées Royales

156. Ces services sont dotés d'une infrastructure sanitaire importante constituée d'hôpitaux et de camps avancés, d'infirmières de garnison et de sous-secteurs, de bataillons médicaux, de magasins d'approvisionnement sanitaire, d'écoles de santé militaire. Les moyens d'intervention mis en œuvre à travers le pays sont destinés à assurer la prise en charge de la santé des militaires et de leurs familles.

Instances gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire

157. La gestion de l'AMO⁴⁷ a été confiée aux organismes gestionnaires suivants:

- La CNSS, pour les personnes assujetties au régime de sécurité sociale et leurs ayant droits ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur privé ; et
- La CNOPS pour les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public et leurs ayant droits ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur public.

158. L'ANAM⁴⁸ est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière chargé d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant.

Autres institutions étatiques

159. En plus du Ministère de la Santé, de nombreuses autres instances interviennent dans le domaine relatif à la santé et aux déterminants sociaux de la santé (cf. tableau ci-dessous) :

| Départements | Activités socio-sanitaires |
|---|---|
| Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social et Entraide Nationale | Gestion et appui aux structures sociales et médico-sociales destinées aux populations vulnérables (femmes, personnes âgées, enfants, personnes handicapées, SAMU social) |
| Ministère de l'Intérieur (DGCL) : Bureaux d'hygiène communaux (relevant de la Direction Générale des Collectivités Locales) | Veille et contrôle de : l'hygiène alimentaire et la sécurité sanitaire de la restauration collective ; l'hygiène de l'habitat, des installations industrielles et scolaires ; lutte antirabique |
| Ministère de l'Éducation Nationale et de la formation Professionnelle | Santé en milieu scolaire et universitaire Education à la Santé reproductive Clubs de santé |
| Ministère de l'Équipement, du Transport et de la Logistique | Désenclavement pour faciliter l'accès aux soins de santé |
| Office Nationale de l'Eau et de l'Électricité | Accès à l'eau potable et à l'assainissement |

⁴⁷ Article 73 de la loi 65-00

⁴⁸ Articles 57, 59, 60 de la loi 65-00,

| | |
|--|---|
| INDH, coordonnée par le Ministère de l'Intérieur | Lutte contre la pauvreté et accès aux soins de santé et amélioration de la santé materno-infantile (dar al oumouma) |
| Ministère de l'Emploi et des Affaires sociales | Réglementation de la santé et la sécurité dans le milieu du travail |

Instances constitutionnelles de recours

160. Il existe des instances constitutionnelles indépendantes de recours accessibles aux populations se sentant lésées dans leurs droits, y compris le droit à la santé, à savoir le : (i) Le Conseil National des Droits de l'Homme, décliné en commissions régionales , qui est appelé à examiner tous les cas de violation des droits de l'Homme, soit de sa propre initiative, soit sur plainte des parties concernées ; le Médiateur, appelé à défendre le droit des usagers des administrations publiques ; (iii) l'Instance nationale de probité et de lutte contre la corruption, habilitée à recevoir les plaintes relatives à la corruption.

3.2.3 Procédures de gestion sociale applicables

161. En dehors des procédures d'acquisition du foncier qui ne sont pas applicables pour ce Programme, le Ministère de Santé dispose de nombreuses procédures définissant : les modalités d'accueil, de prise en charge et de suivi des femmes (avant, pendant et après l'accouchement), la prise en charge intégrée de l'enfant ; le dépistage, la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.

162. La Charte établie par le Ministère de la Santé et affichée dans les établissements de soins, les directions et délégations de la santé, stipule que le citoyen est au cœur des préoccupations des prestataires de soins qui sont là pour répondre à ses besoins et attentes, l'informer, l'écouter, l'accompagner et le soigner.

163. En octobre 2013⁴⁹, un guide sur la participation communautaire a été élaboré par le Ministère de la Santé avec l'appui de Medicus Mundi Andalucia, publié et diffusé. Ce guide, destiné aux professionnels de santé, vise à promouvoir la participation communautaire dans la planification des programmes de santé, dans l'exécution, le suivi et l'évaluation de ces programmes, et ce, en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des communautés. Ce guide définit l'approche méthodologique en matière, d'information, de consultation et de participation des communautés et contient des fiches relatives au diagnostic participatif ainsi qu'à l'élaboration et au suivi évaluation de la mise en œuvre des actions communautaires. De même qu'il a été procédé à l'intégration d'un module de santé communautaire dans les instituts de formation sanitaire.

164. Dans le cadre du contrôle qualité, un système d'auto-évaluation et un concours qualité des établissements de soins de santé primaires ont été mis en place par l'Unité Qualité relevant de la DHSA, visant à évaluer, entre autres : (i) le degré de satisfaction des usagers ; (ii) l'accessibilité et la disponibilité des offres de soins ; (iii) la participation communautaire ; (iv) la fonctionnalité de l'établissement. Ce système de contrôle qualité vise à renforcer la performance des établissements et l'obtention de la certification ou l'accréditation.

165. Cependant, en matière d'accueil, d'information dans les centres de santé, il n'existe pas de procédures dûment formalisées. De même que les procédures et modes opératoires pour le traitement et le suivi des doléances émanant des usagers des centres de santé ne sont pas formalisées.

⁴⁹ Guide sur la participation communautaire, 2013

166. Dans le plan d'action du Programme, il est prévu des mesures visant à mettre en place et/ou à renforcer les mécanismes de participation et de gestion des doléances.

4 Évaluation de la capacité et de la performance institutionnelle

4.1 Adéquation des systèmes applicables

4.1.1 Système de gestion environnementale

167. Le système national d'EIE a été mis en place depuis 1991 et a fait l'objet de plusieurs actions de renforcement durant les vingt dernières années. Il est actuellement bien rodé, intégré dans le processus de prise de décision et permet de garantir le traitement adéquat des impacts environnementaux des nouveaux projets assujettis à l'EIE. A cet égard, le système permet l'analyse détaillée des impacts sur l'environnement et l'identification des mesures à mettre en œuvre pour supprimer, atténuer ou de compenser les impacts négatifs à des niveaux acceptables. Un Plan de Suivi et de Surveillance Environnementale est exigé systématiquement pour assurer un contrôle et un suivi de la conformité des projets approuvés lors des phases de construction et de fonctionnement.

168. Les principales insuffisances du système national d'EIE portent sur l'absence de dispositions réglementaires et de procédures spécifiques à : (i) l'évaluation des impacts sociaux ; (ii) l'évaluation de l'option sans projet ; (iii) la mise en place de mécanismes de gestion des plaintes ; (iv) la non publication des rapports des EIE ; et (v) le suivi environnemental et social des projets au-delà de la construction.

169. Ces écarts ont été examinés lors de la préparation des projets financés par la Banque⁵⁰ et des mesures spécifiques ont été exigées pour les combler et rendre le système national conforme aux politiques de sauvegarde environnementale et sociale, particulièrement celles de la Banque mondiale.

170. Le système national de gestion des DMP est en cours de finalisation. En effet, la loi sur la gestion des déchets et leur élimination ainsi que son décret d'application relatif aux DMP nécessitent d'être complétés par l'Arrêté (en cours d'élaboration) sur l'organisation et le fonctionnement du système de gestion interne des DMP.

171. Le système d'assainissement liquide en milieu rural développé par l'ONEE Branche Eau répond aux besoins en matière de traitement des eaux usées des CSC et CSCA.

4.1.2 Système de gestion sociale

172. La prise en compte et l'intégration de la dimension sociale dans les politiques nationales, sectorielles et locales sont une des Priorités nationales, impulsées par le Roi, notamment en ce qui concerne : l'équité, la parité, la lutte contre la pauvreté, les disparités et les discriminations ainsi que l'inclusion et la participation des citoyens, y compris les populations les plus vulnérables.

⁵⁰ Projet d'assainissement de l'Oum Er Rbia et prêt politique de développement du secteur des déchets ménagers.

Cadre légal et politique consacrant l'équité et la gouvernance participative

173. Les activités financées dans le cadre du Programme s'inscrivent pleinement dans les priorités du Gouvernement et de la stratégie sectorielle et, conformément à la Constitution, vise à « *Garantir l'accès équitable aux services de santé* », notamment pour les populations défavorisées et rurales.

174. En effet, le contexte actuel du Maroc est caractérisé notamment par la mise en place des dispositifs de la Constitution qui : (i) fait de l'accès aux soins et de la couverture médicale des droits fondamentaux de tous les citoyennes et citoyens ; et (ii) instaure la démocratie participative locale et les mécanismes de redevabilité sociale, afin d'impliquer les populations concernées dans les politiques publiques et de répondre à leurs besoins essentiels.

175. La formulation de la stratégie sectorielle de la Santé, a pris en compte les dispositions de la nouvelle constitution, et a adopté :

- Une approche basée sur les droits qui signifie que les pouvoirs publics doivent veiller à ce que tous les citoyens aient accès non seulement à des prestations de soins de santé appropriés en temps opportun, mais également à la promotion de la santé à travers la maîtrise des déterminants de la santé ;
- Une approche de démocratie sanitaire qui vise à construire le service aux citoyens sur une base de participation, de transparence et responsabilité ;
- Une approche de renforcement du système de santé, notamment en matière de qualité, performance et gouvernance.

Inclusion et participation des populations

176. Dans le cadre de l'INDH, qui vise notamment dans ses programmes, l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les populations rurales pauvres et vulnérables, la démarche participative et inclusive des populations constitue le pivot central : des diagnostics participatifs ont ainsi été élaborés et sont régulièrement mis à jour ; des équipes d'animation locales ont été mises en place, formées et dotées d'outils ; des points focaux ont été mis en place ; un guide de bonnes pratiques environnementales et sociales a été élaboré et diffusé ; le suivi-évaluation participatif et des enquêtes de satisfaction/perceptions sont également de mise.

177. Dans le cadre de la politique de santé, une consultation publique nationale « Intidarate Assiha » basée sur quatre outils de sondage d'attentes (audiences radiophoniques, audiences publiques, une page Intidarat sur le réseau social « Facebook » et une analyse des articles de la presse), a été réalisée (2012-2103) et a permis aux populations d'exprimer leurs revendications, qui s'expriment autour de 3 domaines principaux à savoir : (i) la pénurie de ressources humaines et matérielles ;(ii) les problèmes d'accessibilité géographique et financière aux services, et les phénomènes de corruption qui y sont associés ; et (iii) la qualité des services, y compris l'accueil l'hygiène des établissements et les questions de sécurité en leur sein.

178. Afin de mieux mobiliser et faire participer les populations, le programme de santé communautaire supervisé par le service de coordination et de collaboration intersectorielle relevant de la Direction de la Population, a été renforcé. Le guide de participation communautaire élaboré en 2013, est en cours de dissémination. Des points focaux communautaires ont été formés dans certaines régions (Oriental, Tanger- Tétouan, Taza-Al Hoceima-Taounate, Souss Massa Draa).

179. Les équipes mobiles santé permettent également d'identifier les attentes et besoins des populations vivant dans des zones enclavées ainsi que des relais communautaires en charge d'assurer les liens entre les populations et les services de santé.

180. Des partenariats ont été élaborés avec les collectivités locales et les organisations de la société civile, notamment en ce qui concerne la santé materno-infantile (Dar al Oumouma, activités d'éducation et de promotion de la santé, transport médicalisé, dotations en médicaments ou en équipement médical), le dépistage et prise en charge des maladies non transmissibles, les caravanes médicales.

181. Cependant, ces actions ne sont pas généralisées à l'ensemble des ESSP du milieu rural. Des espaces et des mécanismes collaboratifs de dialogue, de concertation et de prise de décision ne sont pas formellement mis en place. Les partenariats publics-privés restent peu développés dans le milieu rural, notamment du fait de l'insuffisance d'organisations à base communautaire et de l'appui qui leur est apporté.

Mécanismes de redevabilité sociale

182. L'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé est une des priorités de la stratégie sectorielle; le Livre Blanc présenté lors de la deuxième conférence nationale sur la Santé s'intitule « Pour une nouvelle *gouvernance* du secteur de la Santé ».

183. Afin d'instaurer la culture de la performance, un système d'auto-évaluation et un concours qualité des ESSP ont été mis en place par l'Unité Qualité relevant de la DHSA, visant à évaluer : (i) le degré de satisfaction des usagers ; (ii) l'accessibilité et la disponibilité des offres de soins ; (iii) la rationalisation des ressources ; (iv) la sécurité (gestion des déchets et innocuité des soins) ; (v) le leadership et l'innovation ; (vi) la participation communautaire ; (vii) la fonctionnalité de l'établissement. Mais ces concours qualité qui sont basés sur la participation volontaire des ESSP, gagneraient à être systématisés en vue de la certification, l'accréditation, la re-certification et la ré-accréditation des ESSP qui progressent. La performance devrait être encouragée à travers, par exemple, la remise officielle de prix. Il n'existe pas de mécanisme formel de documentation, de diffusion et d'échanges des bonnes pratiques entre les ESSP à l'échelon d'une région ou entre régions.

184. En ce qui concerne les mécanismes de gestion des doléances, les populations se sentant lésées (insuffisance d'accès aux soins, aux médicaments, corruption) peuvent s'adresser à l'Infirmier-Major, au médecin chef des ESSP, au délégué provincial ou au directeur régional. Des boîtes aux lettres sont installées dans les ESSP. Les plaintes sont consignées dans des registres. Les populations peuvent également recourir à des mécanismes ne relevant pas du secteur de la santé, à savoir : les sièges des communes rurales, les autorités locales (Caïd, Khalifa), la Division de l'action sociale (Province) ; les instances constitutionnelles indépendantes de recours (représentations territoriales du Conseil National des Droits de l'Homme, du Médiateur et de l'Instance de Prévention et de Lutte contre la Corruption).

185. Cependant, la majorité des doléances émanant des populations locales sont souvent orales et non consignées. Les mécanismes de recueil et de traitement des plaintes au niveau local, ne sont pas formalisés et restent peu adaptées aux populations rurales, qui sont majoritairement illettrées, ce qui ne permet pas d'assurer un suivi rigoureux de la nature des doléances et du traitement qui leur a été donné.

4.2 Adéquation de la capacité institutionnelle et des mécanismes de coordination

4.2.1 Capacités de gestion environnementale

186. Sur le plan institutionnel, le MDCE est responsable de l'élaboration du plan national de gestion des DMP. Ce ministère dispose des compétences et de l'expérience nécessaires qui ont été développées à l'occasion du Plan National des Déchets Ménagers.

187. La DHM possède l'expertise technique nécessaire pour exécuter le Programme au niveau central (l'encadré ci-dessous donne des exemples pour illustrer l'expérience du Ministère de la Santé dans la gestion des DMP).

188. Cependant, les SIAAP et les centres de soins ruraux manquent d'agents formés, avec les compétences nécessaires pour mettre en œuvre les procédures du MP⁵¹ découlant de l'ESGES. Dans les SIAAP, la notion d'environnement se limite à la notion de santé environnementale, en particulier à l'hygiène et à la qualité des eaux (potable et de baignade). Le poste de spécialiste en environnement n'existe pas comme tel dans les SIAAP. De plus, la non-budgétisation de l'évaluation des impacts environnementaux des activités de soins, de la consultation environnementale et du suivi-évaluation des actions environnementales, constitue une contrainte importante.

Outils de la gestion des déchets des établissements de soins

Le Ministère de la Santé (DHSA et DHM) avec l'appui de l'OMS (CEHA) a élaboré en 2004 un guide pratique pour la gestion des déchets des établissements de soins. Dans le cadre du programme national de lutte contre les IST/SIDA, le ministère de la santé a réalisé en 2002, un guide de gestion des déchets piquants et tranchants en milieu de soins. Son objectif principal est de contribuer à la réduction du risque de la transmission du VIH et des hépatites virales B et C à l'ensemble des formations sanitaires. Le Ministère de la Santé a également élaboré avec l'appui de l'OMS en 2013 le référentiel d'audit environnemental des hôpitaux pour la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques. Ce référentiel d'audit sert d'outil à la fois didactique et opérationnel pour accompagner les différents établissements de santé dans leurs efforts d'amélioration de la gestion des DMP quelques soient leurs niveaux de performances dans ce domaine.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé a développé une grande expérience dans l'application de cette loi et de ses décrets d'application à travers les projets de construction d'hôpitaux avec des financements de bailleurs de fonds telle que la Banque Mondiale. L'expérience du Ministère de la Santé dans ce domaine s'est développée également par sa participation aux Comités des EIE au niveau central et au niveau de toutes les régions du Royaume.

Le Ministère de la Santé a développé et mis en œuvre des programmes sanitaires qui visent la maîtrise des facteurs environnementaux qui ont été établis comme des déterminants importants de la santé tels que l'eau de boisson, l'eau de baignade, l'air ambiant et les vecteurs de maladies. Ces programmes sont domiciliés au niveau de la Division de l'Hygiène du Milieu du Ministère de la Santé, qui abrite cinq services en charge de cinq programmes sanitaires : la salubrité de l'environnement, le contrôle sanitaire des eaux et de l'assainissement, la lutte anti vectorielle, l'hygiène alimentaire et l'action

⁵¹ Le Manuel des procédures permet notamment de:

- Mettre en place des procédures claires pour guider les soins de santé primaires dans l'évaluation, la gestion et le suivi des impacts environnementaux et sociaux.
- Assurer la cohérence du Programme avec les exigences législatives, réglementaires et administratives pertinentes de l'Etat.
- Assurer la cohérence avec les principes de base de la Banque mondiale OP / BP 9.00.

intersectorielle. Il est à signaler que la mise en œuvre des activités sur le terrain de ces programmes est assurée par les Directions Régionales et les Délégations du Ministère de la Santé ; et ce dans le cadre du processus de régionalisation des services de santé.

Les Programmes de Santé environnementale développés par le Ministère de la Santé visent à:

- Surveiller les facteurs du milieu ayant une influence sur la santé des populations ;
- Evaluer les risques sanitaires dus aux altérations de l'environnement ;
- Incorporer les impératifs sanitaires dans les projets sectoriels de développement pour un développement durable et harmonieux ; et
- Développer les partenariats pour la promotion de la santé et la création d'environnements favorables à la santé

4.2.2 Capacités de gestion sociale

189. Sur le plan institutionnel, le Ministère de la Santé est responsable de la mise en œuvre du Programme. Ce ministère dispose des compétences et de l'expérience nécessaires en matière de planification, programmation et exécution d'actions sanitaires. Les Directions centrales, régionales et les délégations provinciales de la Santé possèdent l'expertise technique nécessaire pour exécuter le Programme. Cependant, au niveau rural, les centres de soins de santé primaire ainsi que les équipes mobiles manquent cruellement de ressources humaines médicales et paramédicales.

190. L'éloignement géographique, les conditions de vie et de travail représentent des obstacles en matière d'affectation de personnel de santé dans les zones rurales. De même qu'une meilleure connaissance du contexte socioculturel et de la langue parlée dans la zone d'affectation est souhaitable.

191. La formation en matière d'humanisation des soins, de communication sociale de proximité, de consultation des populations et de gestion des doléances reste très insuffisante.

192. A cet effet, le Ministère de la Santé a inscrit dans sa stratégie, l'instauration de mesures de motivation et de valorisation des professionnels de santé (incitations financières, amélioration du cadre de travail /espaces pour gardes/astreintes, ...) ainsi que le renforcement de capacités des professionnels de santé en matière de santé communautaire et d'éthique professionnelle.

193. En matière de coordination avec les autres acteurs intervenant dans le domaine de la santé rurale, bien que les délégations provinciales et directions régionales de la santé fassent partie des instances de gouvernance de l'INDH et contribuent au développement des Plans de Développement Communaux, la coordination reste insuffisante et nécessite un renforcement afin de mieux agir sur les déterminants de la santé et améliorer l'accès aux soins de santé primaire. Il en est de même pour les initiatives à base communautaire qui restent insuffisantes. Celles-ci pourraient être soutenues à travers un partenariat public-privé, régi par des conventions définissant clairement les rôles des parties prenantes, les moyens, l'échéancier et les mécanismes de suivi-évaluation.

5. Conclusions et recommandations

5.1 Évaluation du système du Programme

5.1.1 Système de gestion environnementale

194. Les impacts négatifs du Programme sur l'environnement sont liés : (i) aux activités de soins en milieu rural (déchets médicaux et pharmaceutiques ainsi que les eaux usées) ; et (ii) à la gestion du parc automobile pour l'entretien des unités mobiles (huiles usagées, pièces défectueuses, stockage des hydrocarbures).

195. Aucune activité qui risque de transformer de manière significative les habitats naturels ou de modifier considérablement les zones de biodiversité et/ou ressources culturelles potentiellement importantes ne sera autorisée dans le cadre du Programme.

196. Globalement, l'ensemble des impacts négatifs susceptibles d'être générés par le Programme sont limités dans le temps et dans l'espace. Ils sont facilement maîtrisables et gérables à condition que des mesures adéquates soient prises pendant la phase de mise en œuvre des activités du Programme. Ces mesures correspondent à 1) un système de gestion des DMP et des effluents liquides et 2) un cadre institutionnel à même d'assurer la mise en place et le suivi de ce système de gestion.

197. La DHM possède l'expertise technique nécessaire pour exécuter le Programme au niveau central. Cependant, les SIAAP et les centres de soins ruraux manquent d'agents formés, avec les compétences nécessaires pour mener à bien la mise en œuvre du Manuel des procédures qui sera issu de cette étude.

5.1.2 Système de gestion sociale

198. Les objectifs du Programme étant l'accès équitable aux soins de santé primaire pour les populations vivant dans les zones rurales des 9 régions ciblées, en raison de leur éloignement et leur inaccessibilité et/ou du fait de la réalisation faible de plusieurs indicateurs de santé , les effets devraient être socialement bénéfiques : meilleur accès aux soins de santé primaire ; diminution des taux de mortalité et morbidité materno-infantile ; diminution de la prévalence et des complications de l'hypertension artérielle et du diabète.

199. Il n'est pas prévu de constructions et par conséquent, pas d'acquisition de terrain, ni de déplacement involontaire des populations, les activités soutenues par le Programme portant essentiellement sur l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des prestations de soins de santé fournies par les CSC et CSCA déjà existants et par les équipes mobiles.

200. Les impacts sociaux négatifs potentiels des activités relevant du Programme pourraient être qualifiés de faibles et pourraient résulter éventuellement de : l'insuffisance d'accès équitable aux soins de santé primaire, notamment pour les groupes les plus vulnérables ; l'occurrence de plaintes ou de revendications de personnes se sentant lésées en matière d'accès aux soins de santé primaire. Mais ces risques sont pris en compte par le Programme qui vise l'équité de l'accès des soins de santé primaire dans les zones rurales les plus défavorisées et qui vise dans sa composante gouvernance, le développement de mécanismes de redevabilité et de gestion des plaintes, au niveau local.

201. Si globalement le système de gestion sociale est en adéquation avec les exigences de la P.09.00, des éléments restent à renforcer, notamment en ce qui concerne : la systématisation l'inclusion et la participation des populations et des organisations à base communautaire ; la formalisation de mécanismes locaux de gestion doléances, aisément accessibles aux

populations et prenant en compte leur degré d'instruction, le contexte socioculturel et la langue parlée.

5.2 Évaluation du niveau de risque environnemental et social

202. L'évaluation du niveau de risque environnemental et social associé au Programme est jugée faible à modérée. Afin d'atténuer ce risque, le Programme contribuera à l'amélioration du système de gestion environnementale et sociale national en vue de combler les lacunes identifiées plus haut (amélioration de la gestion des déchets médicaux, information et consultation des populations, suivi environnemental et social, mécanismes de gestion des doléances).

203. Afin d'assurer la durabilité environnementale et sociale du Programme, les capacités de gestion des structures du Ministère de la Santé au niveau central, régional, provincial et local devraient être renforcées, en matière de gestion sociale et environnementale.

5.3 Éléments à intégrer dans le Plan d'action du Programme

204. Le Programme soutiendra donc des mesures spécifiques visant à renforcer la qualité et la performance du système de gestion environnementale et sociale, dans trois domaines d'intervention :

- Actions visant à renforcer le système de gestion environnementale et sociale;
- Actions visant à renforcer la mise en œuvre et le suivi des mesures d'atténuation des impacts sociaux et environnementaux ainsi que l'application des procédures de gestion sociale consignées dans le MP ; et
- Actions de renforcement des capacités des acteurs intervenant au niveau des ESSP, en gestion environnementale et sociale.

205. L'application par les ESSP, des procédures environnementales et sociales consignées de manière détaillée dans le MP fera l'objet d'un suivi lors de la mise en œuvre du Programme. La mise en œuvre de certaines de ces mesures sera renforcée par leur intégration dans le Plan d'action global du Programme.

5.3.1 Renforcement du système de gestion environnementale et sociale

206. Les mesures recommandées sous ce thème comprennent :

- La production d'un MP du Programme qui comprendra une section sur les aspects de gestion environnementale et sociale. Le MP regroupera les procédures et outils de gestion environnementale et sociale (analyse des risques sociaux et environnementaux, identification et mise en œuvre des mesures d'atténuation, suivi et reporting). Le MP permettra notamment aux acteurs impliqués dans les soins de santé primaire en milieu rural de mieux identifier les impacts sociaux et environnementaux et les mesures d'atténuation appropriées. Il dotera les acteurs d'outils pratiques en matière de suivi évaluation des impacts et de la mise en œuvre des mesures d'atténuation. Le MP doit être simple, facile d'utilisation, accessible à tous les personnels de santé.
- Le renforcement institutionnel des ESSP en matière de gestion environnementale, notamment par la désignation d'un point focal au niveau provincial, dont les termes de référence seront clairement établis et qui sera formé sur les aspects environnementaux

et sociaux du MP. Ce point focal sera en charge de l'appui technique au personnel des ESSP en matière d'identification des impacts environnementaux et de leurs mesures d'atténuation; du suivi & évaluation de la mise en œuvre des mesures d'atténuation ; du reporting sur les aspects environnementaux.

- La formalisation d'un mécanisme de gestion des doléances facilement accessible, culturellement appropriée et compréhensible pour les personnes et communautés affectées, à travers la définition et le développement de : (i) la procédure pour recevoir, enregistrer/documenter et traiter les plaintes; (ii) le processus de gestion des doléances (flow charts) ; (iii) une procédure pour informer les populations sur le mécanisme; (iv) une base de données; (v) le système de pilotage et de reporting. Pour permettre un large accès à ce mécanisme, différents canaux de contact seront disponibles, tels que: sites web, messages sms, permanences téléphoniques, boîtes aux lettres, le personnel de santé (visites sur le terrain, l'unité portable). La DHSA sera responsable de la conception du mécanisme, en étroite collaboration avec les représentants des directions régionales, les délégués provinciaux, des médecins du SIAAP et des centres de santé. Ce mécanisme un fois défini, sera expérimenté et révisé pour être généralisé.
- L'ajout dans le SIS intégré qui sera mis en place des données relatives aux aspects sociaux et environnementaux collectées à partir des fiches annexées au MP.

5.3.2 Renforcement de la mise en œuvre et du suivi du système de gestion environnementale et sociale

207. Les mesures recommandées sous ce thème comprennent :

- La mise en place d'un plan de dissémination/formation sur le MP, au niveau de tous les SIAAP et ESSP dans les zones rurales ciblées par le Programme ;
- La mise en place du mécanisme de gestion des doléances défini de manière participative, (i) au niveau local, par les médecins des centres de santé; (ii) au niveau provincial, par les médecins de SIAAP sous la supervision du délégué provincial; (iii) au niveau régional, par la direction régionale; (iv) au niveau central, par la DHSA. Une formation sur ces mécanismes sera dispensée au personnel dédié à la collecte, au traitement et au reporting des doléances.
- Le reporting environnemental et social : les fiches de suivi contenues dans le MP une fois remplies au niveau local par les responsables des ESSP, seront consolidées au niveau provincial et consignées dans le SIS. Ces rapports de suivi incluront le suivi de la mise en œuvre du MP ainsi que des mesures d'atténuation environnementale et sociale ; en ce qui concerne le suivi du mécanisme de gestion des doléances, le rapport traitera des points suivants: processus de mise en œuvre du mécanisme; plaintes reçues (nombre, type, canal de contact utilisé), les réponses données et les délais de traitement des plaintes.

5.3.3 Renforcement des capacités en gestion environnementale et sociale

208. Les mesures recommandées sous ce thème comprennent :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités au profit des acteurs intervenant dans la supervision, la gestion et la dispensation de soins de santé

primaire en milieu rural (CSA, CSC, SIAAP, délégations provinciales). Ce plan comprendra : (i) des modules de formation sur les modalités d'information et de consultation des populations, la gestion des déchets produits par les ESSP, la gestion des doléances, l'identification et la mise en œuvre des bonnes pratiques en matière de gestion sociale et environnementale. Ce plan sera doté d'un échéancier et sera décliné tout au long du Programme.

5.4 Éléments à intégrer au Plan d'appui à la mise en œuvre du Programme

209. Le lecteur pourra se référer au Plan d'action en annexe 3 du Document de Programme. Les éléments sont repris en annexe 1 de cette étude.

ANNEXE 1 –Plan d’action

| Action | ILD | Clause juridique | Echéance | Responsabilité | Mesure de réalisation |
|--|------|------------------|-----------------------------------|-----------------------|---|
| Manuel de Procédures | | | | | |
| Finalisation du manuel de procédures, incorporant notamment les dispositions du Plan national de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques. | Tous | Non | 30 juin 2015 | Ministère de la Santé | Manuel de procédures soumis à la Banque et jugé acceptable par la Banque. |
| Dissémination /formation sur les aspects environnementaux du Manuel de procédures auprès du personnel des 9 régions cibles. | Tous | Non | 2016 | Ministère de la Santé | Plan de dissémination ; Plan de formations |
| Système de gestion environnementale et sociale (SGES) | | | | | |
| Les responsables des 9 régions assureront le suivi des aspects environnementaux sur la base des indicateurs convenus avec les Ministère de la Santé. | Tous | Non | Avril 2016 | Ministère de la Santé | Accord sur les indicateurs de suivi |
| Les neuf régions ciblées préparent des plans régionaux de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, en s’appuyant sur le plan national Les neuf régions ciblées produisent des rapports d’étape annuels sur la mise en œuvre des plans régionaux | Tous | Non | 2016 2017-2018 | Ministère de la Santé | 9 plans régionaux 9 rapports d’étape annuels |
| Réalisation de l’étude diagnostic du système de traitement des déchets | Tous | Non | Décembre 2015 | Ministère de la Santé | Etude |
| Le diagnostic des systèmes actuels de gestion des doléances, la stratégie et le projet de manuel de mise en place des mécanismes de gestion des doléances sont finalisés. Un pilote est mis en place pour tester le système de gestion des doléances | Tous | Non | Décembre 201 Décembre 2016 | Ministère de la Santé | Procédure de gestion des doléances SIS |

| | | | | |
|---|--|---------------|--|----------|
| Le pilote est évalué et le manuel de mise en œuvre revu | | Décembre 2017 | | Rapports |
| Expansion du mécanisme de gestion des doléances revu | | Décembre 2018 | | |

ANNEXE 2 – Nombre d'établissements de soins de santé primaire en milieu rural dans les 9 régions ciblées

| Régions | Provinces et Préfectures | Rural | | | | Nombre habitants par établissement rural |
|----------------------------|--------------------------|-----------|------------|------------|------------|--|
| | | CSCA | CSC | DR | Tot. | |
| Souss-Massa-Drâa | Agadir-Ida Outanane | 4 | 4 | 13 | 21 | 5621 |
| | Chtouka-Ait Baha | 11 | 9 | 12 | 32 | |
| | Inezgane-Ait Melloul | 1 | 1 | 3 | 5 | |
| | Ouarzazate | 5 | 10 | 20 | 35 | |
| | Sidi Ifni | 5 | 12 | 12 | 29 | |
| | Taroudant | 14 | 66 | 26 | 106 | |
| | Tinghir | 7 | 15 | 16 | 38 | |
| | Tiznit | 11 | 12 | 27 | 50 | |
| | Zagora | 8 | 15 | 6 | 29 | |
| | Total region | 66 | 144 | 135 | 345 | |
| El Gharb-Chrarda-Bni Hssen | Kénitra | 7 | 11 | 14 | 32 | 12089 |
| | Sidi Kacem | 6 | 18 | 5 | 29 | |
| | Sidi Slimane | 2 | 6 | 10 | 18 | |
| | Total region | 15 | 35 | 29 | 79 | |
| Marrakech-Tensift-El Haouz | Al Haouz | 12 | 24 | 34 | 70 | 6550 |
| | Chichaoua | 15 | 18 | 20 | 53 | |
| | El Kelaa Sraghna | 5 | 34 | 16 | 55 | |
| | Essaouira | 8 | 44 | 8 | 60 | |
| | Marrakech | 5 | 8 | 14 | 27 | |
| | Rhamna | 7 | 15 | 4 | 26 | |
| | Total region | 52 | 143 | 96 | 291 | |
| Région Orientale | Berkane | 3 | 7 | 2 | 12 | 6527 |
| | Driouch | 6 | 13 | 4 | 23 | |
| | Figuig | 4 | 6 | 13 | 23 | |
| | Jrada | 3 | 7 | 2 | 12 | |
| | Nador | 4 | 11 | 5 | 20 | |
| | Oujda-Angad | | 8 | 1 | 9 | |
| | Taourirt | 1 | 8 | 3 | 12 | |
| Doukkala-Abda | Total region | 21 | 60 | 30 | 111 | 13936 |
| | El Jadida | 7 | 17 | 4 | 28 | |
| | Safi | 5 | 16 | 4 | 25 | |
| | Sidi Bennour | 4 | 19 | 3 | 26 | |
| | Youssoufia | 4 | 5 | 4 | 13 | |
| Tadla-Azilal | Total region | 20 | 57 | 15 | 92 | 6422 |
| | Azilal | 19 | 23 | 33 | 75 | |
| | Beni Mellal | 6 | 10 | 16 | 32 | |
| | Fquih Ben Salah | 4 | 9 | 25 | 38 | |
| Meknes-Tafilalet | Total region | 29 | 42 | 74 | 145 | |
| Meknes-Tafilalet | El Hajeb | 4 | 8 | 7 | 19 | |

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------|
| | Errachidia | 10 | 12 | 21 | 43 | 4411 |
| | Ifrane | 5 | 3 | 12 | 20 | |
| | Khenifra | 8 | 12 | 14 | 34 | |
| | Meknes | 5 | 10 | 16 | 31 | |
| | Midelt | 9 | 18 | 20 | 47 | |
| | Total region | 41 | 63 | 90 | 194 | |
| Taza-Al Hoceima-Taounate | Al Hoceima | 14 | 17 | 16 | 47 | 7007 |
| | Guercif | 6 | 3 | 10 | 19 | |
| | Taounate | 10 | 34 | 26 | 70 | |
| | Taza | 14 | 20 | 28 | 62 | |
| | Total region | 44 | 74 | 80 | 198 | |
| Tanger-Tetouan | Chefchaouen | 10 | 17 | 21 | 48 | 8430 |
| | Fahs-Anjra | 4 | 3 | | 7 | |
| | Larache | 7 | 10 | 6 | 23 | |
| | M'Diq-Fnideq | | 2 | | 2 | |
| | Ouazzane | 7 | 9 | 14 | 30 | |
| | Tanger-Assilah | 3 | 5 | | 8 | |
| | Tetouan | 3 | 17 | | 20 | |
| | Total region | 34 | 63 | 41 | 138 | |

ANNEXE 3 Références législatives et réglementaires

La Constitution du Maroc, 2011

Lois

- Dahir n° 1-96-123 du 5 rabii II 1417 (21 août 1996) portant promulgation de la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecine
- Dahir n° 1-02-296 du 25 Rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant Code de la couverture médicale de base
- Dahir n° 1-11-83 du 2 juillet 2011 portant promulgation de la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins
- Dahir n° 1-11-19 du rabii I 1432 (1er mars 2011) portant création du Conseil national des droits de l'Homme
- Dahir n° 1-11-25 du 17 Mars 2011 portant création de l'Institution du Médiateur
- Loi N° 11-03 du 12-05-2003 relative à la protection et la mise en valeur de l'environnement
- Loi N° 12-03du 12-05-2003 relative aux Études d'Impact sur l'Environnement et ses textes d'application
- Loi N° 10-95du 15-07-1995 relative à la gestion de l'eau
- Loi N°28-00 du 22 novembre 2006 relative à la gestion des déchets solides et à leur élimination
- Loi n° 30-05 du 2 juin 2011 portant promulgation de la loi relative au transport par route de marchandises dangereuses
- Loi n° 22-07 16 juillet 2010 portant promulgation de la loi relative aux aires protégées

Décrets

- Décret n° 2-94-285 du 17 jounada Il 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique
- Décret n° 2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation des prix des médicaments du 18 décembre 2013, Bulletin officiel 6214 -15 Safar 1435 (19 décembre 2013)
- Décret n° 2-05-1228 du 13 mars 2007 relatif à la création de l'instance Centrale de Prévention de Corruption.
- Décret N°2-04-553 (de la loi N°10-95) du 24-01-2005 relatif aux déversements, écoulements, rejets, dépôts directs ou indirects dans les eaux superficielles ou Souterraines
- Décret n° 2-05-1533 du 16 mars 2006 relatif à l'assainissement autonome
- Décret n° 2-07-253 du 18 juillet 2008 portant classification des déchets et fixant la liste des déchets dangereux
- Décret n° 2-09-139 du 21 mai 2009 relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutique

Arrêtés

- Arrêté du ministre de la Santé n°1363-11 du 16 mai 2011- B.O 5958 du 7 juillet 2011
- Arrêté du ministre de la Santé n° 2579-09 du 18 Chaoual 1430 (8/10/2009) relatif à de sous-ordonnateurs / directeurs régionale.

ANNEXE 4 – Documents consultés

- Banque mondiale: Health Financing and Management Project (IBRD-44240), Implementation Completion and Results report, Report No : ICR0000188, September, 2007
- Banque mondiale : Projet de santé de base - Programme de priorités sociales, Rapport d'achèvement, Rapport No. 28390-MOR, 24 juin 2004
- A. Boumazgour ; Gestion des déchets piquants et tranchants au niveau hospitalier cas de l'hôpital Ibn Sina de Rabat, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme du 2^{ème} cycle des EPM, 2006
- Conseil Economique Social et Environnemental : « les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé, Maroc, 2013
- Groupe INISAN : Etude sur l'équité en santé, Maroc, 2012
- Haut-Commissariat au Plan : Carte de la pauvreté, Maroc, 2007
- Haut-Commissariat au Plan : Maroc des régions, 2010
- Instance Centrale de Prévention de la Corruption : Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la Santé, 2011
- Ministère de la Santé : La santé en chiffres, Maroc, 2012
- Ministère de la Santé : Stratégie sectorielle de santé au Maroc, 2012-2016
- Ministère de la Santé : Concours qualité, éditions 2011 et 2013
- Ministère de la Santé : Enquête nationale sur la population et la santé familiale, 2011
- Ministère de la Santé : Guide de la Prise en Charge Intégrée de l'Enfant, 2011
- Ministère de la Santé : Guide sur la participation communautaire en santé, 2013
- Ministère de la Santé : Rapport global de la consultation publique Intidarat Assiha, 2013
- Ministère de la Santé : Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, 2013
- Ministère de la Santé : Organisation de l'offre de soins en milieu rural, 2011
- Ministère de la Santé : Plan d'accélération de la réduction materno-infantile : sauver la vie des mères et des enfants, 2013-2015
- Ministère de la Santé : Plan d'action de prévention et prise en charge des Maladies non Transmissibles , 2015-2018
- Ministère de la Santé : Organigramme, 2013
- Ministère de la Santé : Offre de soins au niveau national et régional, 2013
- Observatoire National du Développement Humain : les disparités dans l'accès aux soins au Maroc, études de cas, 2011
- Ministère de la Santé § Centre Régional des Activités d'Hygiène du Milieu (CEHA) de l'Organisation Mondiale de la Santé : Guide de gestion des déchets des établissements de soins, Décembre 2004
- Ministère de la Santé § OMS : Référentiel d'audit environnemental des hôpitaux pour la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, le 2013
- OMS : Préparation des plans nationaux de gestion des déchets de soins médicaux en Afrique subsaharienne : manuel d'aide à la décision 2005, ISBN 92 4 254662 3 (Classification NLM : WA 790)
- OMS : Gestion des déchets d'activités de soins solides dans les centres de soins de santé primaires : guide d'aide à la décision, ISBN 92 4 259274 9 (Classification NLM: WA 790), 2005
- ONEP : Guide technique pour les systèmes d'assainissement autonome ; 2004
- PNUD : Rapport sur le développement humain, 2013

ANNEX 5 - Consultation de la société civile - Compte rendu des discussions

Programme pour l'amélioration de la santé primaire en milieu rural

Évaluation des systèmes environnementaux et sociaux

Compte rendu de la consultation de la société civile

4 février 2015

Bureau de la Banque mondiale, Rabat

Dans le cadre de la préparation du *Programme pour l'amélioration de la santé primaire en milieu rural* au Maroc, la Banque mondiale a organisé une consultation de la société civile sur le secteur de la santé. La discussion portait sur les aspects environnementaux (gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques etc.) et sociaux (genre, pauvreté, accessibilité etc.) du Programme.

Quelques jours avant la consultation, les participants (voir liste en annexe) ont reçu l'ESES liée au Programme. La réunion a démarré avec la présentation de ce rapport par M. Khalid Anouar (pour les aspects environnementaux) et Mme Nadine Poupart (pour les aspects sociaux) et s'est poursuivie par une discussion. Les principales observations et questions/ réponses sont présentées ci-dessous.

Aspects environnementaux

La question de l'amiante dans les centres de santé visités lors de l'évaluation environnementale fut posée L'intervenant voulait savoir si les centres sont construits en préfabriqué et si la problématique de l'amiante est traitée dans le cadre de l'Evaluation.

Il fut souligné que seulement un Centre de Santé Communautaire parmi ceux visités avait une pièce construite en préfabriqué. Il fut également rappelé que le Programme ne finançait pas les activités de démolition ou de construction de nouveaux centres de soins qui pourraient générer un problème d'amiante.

Les participants ont souligné l'importance des opérations de tri à la source des déchets médicaux et pharmaceutiques ainsi que leur élimination. Ils ont rappelé l'échec des expériences antérieures, notamment celle de l'incinération dans des installations mises en place dans tous les hôpitaux du Royaume, sans succès à cause du manque d'entretien des installations et de l'absence de budget pour assurer leur maintenance et leur bon fonctionnement.

En application de la charte communale et en tant que responsables de la gestion de la collecte et de l'élimination des déchets solides, les communes doivent prendre en charge ces aspects. Il fut rappelé aux participants qu'en application de la loi sur la gestion des déchets solides, le décret concernant les déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) responsabilise les générateurs de ces déchets qui doivent s'organiser pour trier, collecter et éliminer les DMP.

Ciblage des neuf régions

A la demande des participants l'équipe de la Banque a clarifié que les neuf régions ciblées par le Programme correspondent aux régions ciblées par le Plan d'accélération de la réduction

de la mortalité maternelle, infantile et néo-natale du Ministère de la santé, en raison de la faiblesse relative des indicateurs de santé dans ces zones.

Approche genre

Certains participants ont estimé que l'approche genre n'est pas suffisamment développée, bien que deux ILD portent directement sur la santé des femmes (ILD 1 : Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant de consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les régions ciblées par le Programme ; et ILD 2 : Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les régions ciblées par le Programme). Les autres indicateurs doivent être désagrégés de façon à refléter les spécificités des besoins en santé primaire par sexe et âge. Les besoins spécifiques des femmes en matière de santé, la question de la prise de décision pour l'accès des femmes aux soins de santé, par exemple, doivent être mieux compris et faire l'objet de politiques publiques appropriées. En général, la population doit être éduquée et sensibilisée pour utiliser davantage les services de santé. L'équipe de la Banque a mentionné les travaux antérieurs de l'institution pour encourager la demande pour les soins de santé (étude de faisabilité pour la mise en place d'un programme de transferts monétaires conditionnels dans le secteur santé). Elle a pris bonne note de ces remarques et explorera la possibilité de mieux intégrer ces aspects dans la mise en œuvre du Programme.

Soins de santé primaire

Plusieurs participants ont accueilli positivement le réengagement du Ministère de la Santé dans les soins de santé primaire. Selon les intervenants, cet échelon de la pyramide de soins, qui dans le passé se focalisait essentiellement sur les maladies transmissibles, aurait été délaissé au profit de l'hôpital en raison de la transition épidémiologique et de l'augmentation des maladies non transmissibles (MNT). Il est toutefois nécessaire de revenir vers un appui de l'échelon primaire pour une meilleure prévention.

Thèmes non couverts

Certains représentants de la société civile ont noté que la santé familiale/reproductive, les maladies transmissibles, le SIDA, la nutrition n'étaient pas abordés. D'autres ont soulevé l'importance de l'action transversale en matière de santé, en particulier le besoin de coopérer avec le ministère de l'éducation pour mettre en place des cours d'hygiène dans les écoles, et de promouvoir l'accès à l'eau potable, etc. En effet, le Programme est déjà assez ambitieux et ne pouvait couvrir toutes ces dimensions.

Maladies non transmissibles

Compte tenu du développement du cancer au Maroc, certains ont regretté qu'aucun indicateur ne porte sur cette maladie. Il a été demandé que le Programme mette l'accent sur la prévention des MNT. Il aurait été utile d'introduire un indicateur secondaire pour mesurer l'évolution du surpoids/de l'obésité. L'équipe de la Banque a répondu que le cancer est pris en compte dans le Programme mais qu'une sélection a dû être opérée dans le choix des indicateurs. Un ILD porte sur le diabète et un autre indicateur (non lié au décaissement) porte sur l'hypertension artérielle. D'autre part, la concentration sur la santé primaire permettra de développer la prévention.

Ressources humaines (RH)

La préparation d'un mécanisme de motivation des RH est une initiative positive. Pour être efficace, il n'est pas nécessaire, du reste, que cette motivation soit financière. Néanmoins, ce mécanisme ne suffira pas à résoudre le problème grave de pénurie des ressources humaines en santé. A titre d'exemple, selon un participant, il existe seulement 492 gynécologues et 429 anesthésistes réanimateurs dans le secteur public, distribués de façon inégale à travers le territoire. Il faut introduire d'autres mécanismes tels que le Partenariat Public-Privé. On peut par exemple, externaliser les RH pour faire face à la pénurie de chauffeurs d'unités mobiles, de caravanes qui ne sont pas utilisées par manque de personnel. Il faut aussi mobiliser et impliquer davantage les communes et la société civile. La charte communale donne des responsabilités à la commune en matière de santé. Le Ministère de la santé doit donc davantage collaborer avec elles. Les solutions seront différentes selon les régions et doivent être adaptées au contexte culturel, social et géographique.

Santé communautaire

Les participants ont relevé la pertinence de la santé communautaire en milieu rural, qui a contribué à éliminer au Maroc certaines maladies telles que le trachome ou la lèpre, et ont regretté que le PPR ne couvre pas la santé communautaire. La Banque a expliqué que l'appui au développement de la santé communautaire avait été envisagé, mais qu'il n'avait pas été retenu compte tenu des modalités d'engagement du Ministère de la santé en matière de santé communautaire, qui ne sont pas compatibles avec l'instrument de prêt de la Banque (Programme-pour-Résultats). Celui-ci exige la définition d'un programme à moyen terme unifié et décliné en activités détaillées budgétées.

Système de doléances

Les participants ont souligné que le soutien au développement d'un mécanisme de gestion des doléances est pertinent, notamment à travers des centres d'écoute indépendants (il faut aussi prendre en considération la question de l'illettrisme dans l'élaboration de mécanismes de doléances). Ils ont recommandé que la société civile soit consultée dans la phase de diagnostic des mécanismes existants et de définition de la stratégie des pouvoirs publics, afin que son expérience soit capitalisée.

Suite de l'implication de la société civile

Les participants ont exprimé le souhait d'être informé des suites de la mise en œuvre du Programme. La Banque mondiale a pris note et cherchera à organiser de nouvelles rencontres de ce type lors des revues annuelles de la mise en œuvre du Programme.

Annexe : Liste des Participants

Société civile

Latifa Zerouali, Association Lutte contre le Sida
Youssef Chami Khazraji, Fondation Lalla Salma
Mustapha Mahfoudi, Association AVieSaine
Lhou Ououssi, AMPF
Moumena Benomar, AMPF
Dr Latifa Jamai, AMPF
Claude Harouchi, AFAK
Said Nachhour, FMSAR
Abdelmalek Khadiri, Croissant Rouge Marocain
Anwar Cherkaoui, Association Marocaine d'information Médicale et d'Education pour la Santé
Aziz Rmali, CDSM

Banque mondiale

Nadine Poupart, Chargée de projet
Dorothee Chen, Spécialiste de la santé
Khalid Anouar, Consultant, sauvegardes environnementales
Ibtissam Alaoui, Chargée de communication