



Royaume du Maroc

Projet de Performance

Annexé au projet de budget du Ministère de la Santé

2016



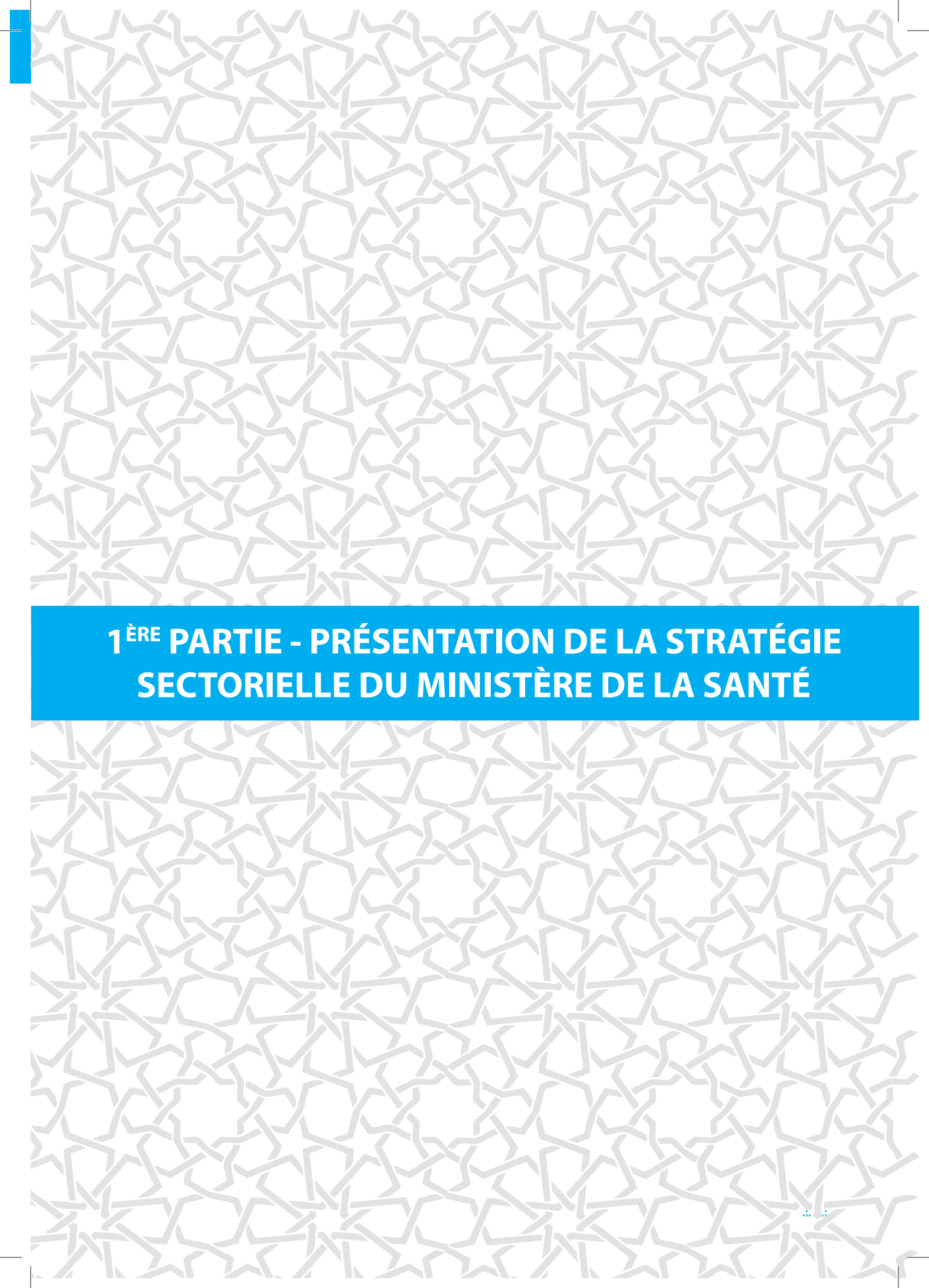
Ministère de la Santé



Table des matières

1^{ÈRE} PARTIE - PRÉSENTATION DE LA STRATÉGIE SECTORIELLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	5
I. Présentation du ministère de la santé : Missions et attributions	6
II. Description succincte du système de santé	7
III. Présentation succincte de la stratégie du Ministère	9
Axe 1 : Amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services	10
Axe 2 : Renforcement de la santé de la mère et de l'enfant	10
Axe 3 : Promotion de la santé des populations à besoins spécifiques	12
Axe 4 : Renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires	12
Axe 5 : Développement du contrôle des maladies non transmissibles	13
Axe 6 : Développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé	13
Axe 7 : Amélioration de la gouvernance du système de santé	14
IV. Présentation des crédits prévisionnels du Ministère de la Santé au titre de l'année 2016	16
Tableau 1 : Récapitulatif des crédits prévisionnels du Ministère au titre de l'année 2016 par chapitre	16
Tableau 2 : Récapitulatif des crédits prévisionnels du Ministère par programme	17
Tableau 3 : Récapitulatif des crédits prévisionnels du Ministère par région au titre de l'année 2016	18
Tableau 4 : Programmation budgétaire triennale 2016-2018 par nature de dépense	19
2^{ÈME} PARTIE - PRÉSENTATION DES PROGRAMMES BUDGÉTAIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	21
Programme 1 : Planification, Programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	20
I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n°1 et de ses finalités générales	22
II. Responsable du programme budgétaire n°1	28
III. Structures et Acteurs de pilotage du programme budgétaire n°1	28
IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n°1	28
V. Présentation des projets et actions relatifs au programme budgétaire n°1	28
VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°1 au titre de l'année 2016	35
Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	49
I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n°2 et de ses finalités générales	49
II. Responsable du programme budgétaire n°2	50
III. Structures et Acteurs de pilotage du programme budgétaire n°2	50
IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n°2	50
V. Présentation des projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°2	52
VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°2 au titre de l'année 2016	56

Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	67
I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n° 3 et de ses finalités générales	67
II. Responsable du programme budgétaire n° 3	69
III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n° 3	69
IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n° 3 :	69
V. Présentation des projets/actions relatifs au programme budgétaire n°3	72
VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°3 au titre de l'année 2016	74
Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	88
I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n°4 et de ses finalités générales	88
II. Responsable du programme budgétaire n°4	89
III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n°4	89
IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n°4	89
V. Présentation des projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°4	91
VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°4 au titre de l'année 2016	97
Programme N°5 : Ressources humaines et renforcement des capacités du système de santé	110
I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n° 5 et de ses finalités générales	110
II. Responsable du programme budgétaire n° 5	110
III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n° 5	110
IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n° 5	111
V. Présentation des projets/actions relatifs au programme budgétaire n° 5	112
VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°5 au titre de l'année 2016	115
Programme 6 : Infrastructure sanitaire et patrimoine	125
I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n° 6 et de ses finalités générales	125
II. Responsable de programme du programme budgétaire n° 6	125
III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n° 6	125
IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n° 6	126
V. Présentation des actions relatives au programme budgétaire n° 6	127
VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°6 au titre de l'année 2016	130



1^{ÈRE} PARTIE - PRÉSENTATION DE LA STRATÉGIE SECTORIELLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

I. Présentation du Ministère de la Santé : Missions et attributions

Conformément aux dispositions du décret n° 2-94-285 du 17 jourmada II 1415 (21 Novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé, ce dernier est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de la santé de la population. Il agit en coordination avec les départements concernés, en vue de promouvoir le bien-être physique, mental et social de la Population, afin de concilier les orientations, harmoniser les objectifs et les actions qui contribuent à l'amélioration du système de santé marocain. Il agit dans l'objectif de garantir les ressources nécessaires à la prévention au traitement et à l'assistance médicale au niveau national.

Le Ministère veille également à la préparation et l'exécution de la politique nationale dans le domaine des médicaments et des produits pharmaceutiques, de point de vue technique et juridique.

Il s'articule avec la politique sanitaire internationale à laquelle le Maroc contribue, définit en concertation avec les départements concernés, les options de coopération dans le domaine de la santé, et assure la mise en œuvre et le suivi de la réalisation des programmes convenus. Il assure, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le contrôle de l'exercice des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques.

En application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le Ministère de la Santé assure également la tutelle technique sur les établissements publics qui lui sont rattachés.

Pour exercer toutes ces missions, le Ministère de la Santé dispose en ressources humaines d'un effectif de 47 331 personnes en 2015, réparties sur les différentes familles professionnelles (plus de 8% de l'ensemble des fonctionnaires de l'administration publique au Maroc) hors personnel des centres hospitaliers universitaires. Les femmes représentent près de 60 % des cadres du secteur de la santé, et les charges du personnel absorbent plus de 53% des ressources financières du ministère et plus de 65% du budget de fonctionnement. Les ressources humaines du MS se répartissent comme suit :

Familles professionnelles des cadres de la santé (Hors CHUs)	Nombre total des effectifs en fonction en 2015	% de femmes	Nombre des femmes en poste de responsabilité	Pourcentage des moins de 50 ans	Pourcentage exerçant aux services déconcentrés
Les professions médicales	10 982	57%	291	80%	97%
Les professions infirmières	25 899	66%	193	55%	99%
Les professions administratives	6 739	44%	61	56%	87%
Les professions techniques et d'ingénierie	3 711	46%	22	77%	77%
TOTAL	47 331	59%	567	63%	95%

Le Ministère de la Santé prend en considération dans son organisation administrative les différents axes d'intervention et le souci de garantir la couverture du territoire national, en plus de l'accompagnement des variables importantes en liaison avec la gouvernance territoriale en particulier. Dans ce sillage, le Ministère s'organise sous forme de services de l'Administration Centrale et de services de l'administration territoriale déconcentrée.

L'administration centrale du MS comprend outre le Secrétariat Général et l'Inspection Générale, 8 directions, 5 instituts scientifiques nationaux, l'Ecole Nationale de Santé Publique et 4 divisions relevant du secrétariat général. Vue l'ampleur des activités du Ministère, chaque direction centrale compte un certain nombre de divisions et de services en fonction des missions qui lui sont confiées, ce qui porte le nombre des divisions à 27 et le nombre des services à 92 dans l'administration centrale, en plus de 10 unités assimilées à des services qui ont été créées en vue d'accompagner certaines nouveautés nécessitant une structure spécifique pour leur gestion. Les femmes représentent 37% des responsables (chefs de services et de divisions), sachant que ce pourcentage ne dépassait pas 16% en 2009.

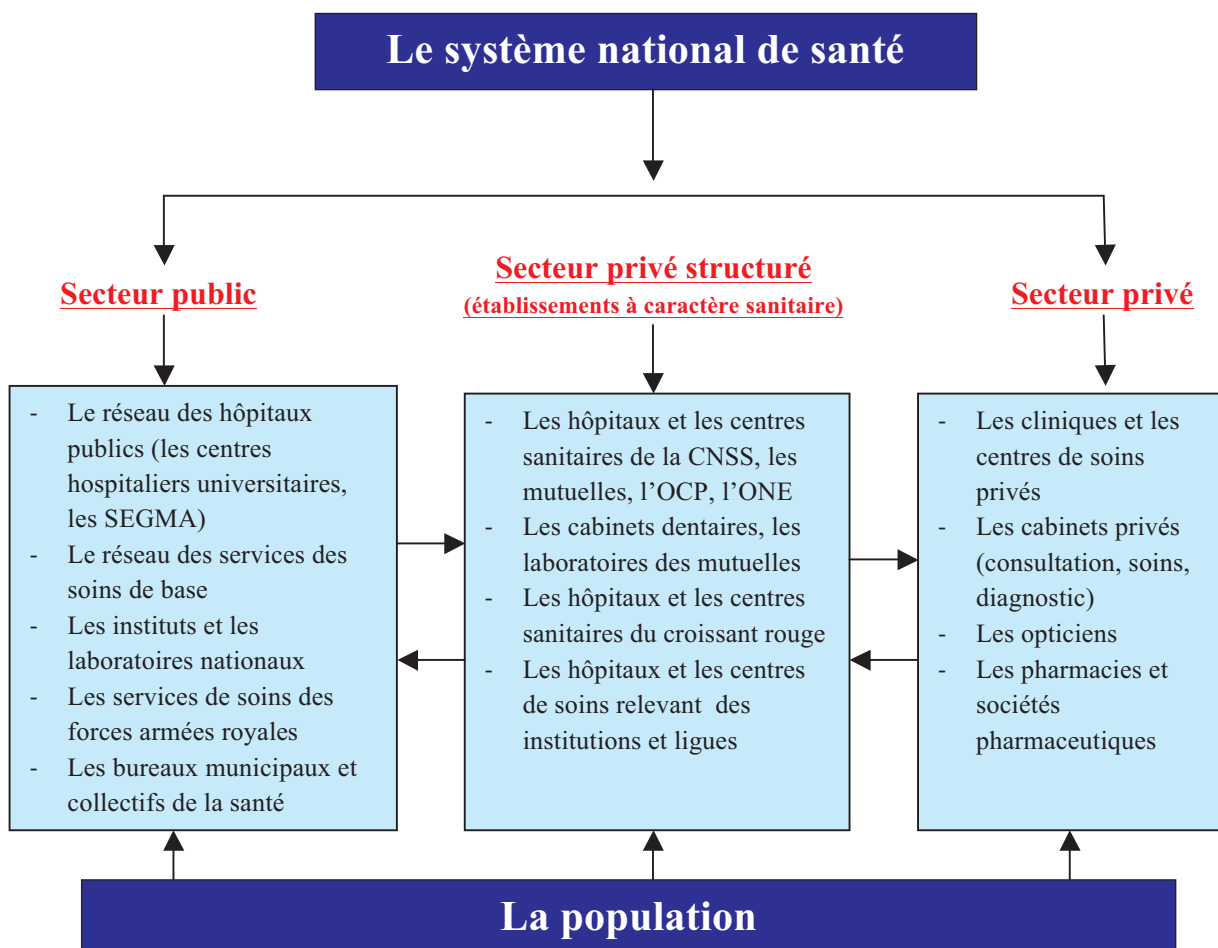
Concernant l'administration sanitaire déconcentrée, le Ministère veille à adapter la structure de ses services extérieurs au découpage administratif du Royaume, ces services se présentent sous forme de Directions Régionales de Santé dans toutes les régions du Maroc, de délégations de Santé dans chaque préfecture ou Province, en plus de 7 Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé avec leurs 16 annexes.

Les Directions Régionales de Santé ont été créées en vertu de la décision n° 1363.11 publié le 16 mai 2011 suite à une expérience qui a démarré en 2005 dans la Région de l'Orientale, suivie par la région du Grand Casablanca en 2006, avant sa généralisation sur toutes les régions du Maroc à partir de 2011.

II. Description succincte du système de santé

Le système de santé au Maroc est organisé autour de deux secteurs principaux et complémentaires :

- **Un secteur public :** Il comprend l'ensemble des ressources, établissements, moyens et activités visant à assurer le renforcement, la prévention, la promotion et l'amélioration de l'état de santé de la population (offre de soins relevant du ministère de la santé) d'une part, et les forces armées royales, les collectivités territoriales et d'autres départements ministériels d'autre part.
- **Un secteur privé :** Il comprend deux sous-ensembles dont :
 - Un secteur privé à but non lucratif qui regroupe les établissements relevant de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), des mutuelles (CNOPS), du croissant rouge marocain (CRM), des ONG, etc.
 - **Un secteur privé à but lucratif :** comprenant les cabinets de consultations, d'imagerie médicale, de biologie, de soins et de rééducation, de chirurgie dentaire, les cliniques, les pharmacies et dépôts de médicaments, etc.



Il est à souligner que conformément à la loi cadre n° 34.09 du 2 Juillet 2011 relative au système de santé et à l'offre de soins au Maroc, un décret d'application n° 2.14.562 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins, a été adopté en conseil de gouvernement le 24 Juillet 2015. Ces deux textes juridiques régissent désormais l'organisation de soins au Maroc et énumèrent les types d'établissements de santé et les niveaux de recours.

La santé publique est organisée selon 4 réseaux d'établissements de santé comme suit :

1- Le réseau des établissements des soins de santé primaires : Il comprend deux types d'établissements de santé :

- Les établissements de soins : Ils comprennent les établissements de santé primaire en milieu rural et urbain avec leurs deux niveaux ainsi que les dispensaires ruraux.
- Les structures d'appui : Elles sont constituées essentiellement des centres de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires, les centres de référence en santé reproductive, les laboratoires d'épidémiologie et de la sécurité de l'environnement.

2- Le réseau des établissements des prestations de soins hospitaliers :

- Hôpitaux provinciaux ;
- Hôpitaux régionaux ;

- Hôpitaux relevant des CHU ;
- Hôpitaux des maladies mentales et psychologiques ;
- Les centres régionaux d'oncologie ;
- Les centres d'hémodialyse.

Ce réseau comprend également des structures d'appui spécialisées telles que les centres de transfusion sanguine. En cas de besoin, ces établissements sont renforcés par des hôpitaux de proximité et des cliniques de jour.

Les établissements de ce réseau s'organisent en fonction de leurs bassins de desserte respectifs autour de :

- Centres Hospitaliers Provinciaux, comprenant tous les instituts hospitaliers relevant de la province y compris les hôpitaux de proximité et les cliniques de jour, et offrent des services hospitaliers de premier niveau ;
- Centres Hospitaliers Régionaux, intégrant tous les établissements hospitaliers de la province ou préfecture chef-lieu de la région, et offre des services hospitaliers de deuxième niveau, comme ils peuvent contenir un ou plusieurs pôles d'excellence et des centres régionaux ou nationaux de référence;
- Centres Hospitaliers inter-régionaux, comprenant des hôpitaux relevant des Centres Hospitaliers Universitaires à caractère inter-régional et offrant des services hospitaliers de troisième niveau. Cette catégorie dispose d'un ou plusieurs pôles d'excellence et des centres de référence à caractère inter-régional ou national.

3- Le réseau intégré des soins médicaux d'urgence ;

4- Le réseau des établissements médico-sociaux :

Il est à signaler qu'en plus de la stratégie fixe, les services de ce réseau se développent également dans le cadre d'une stratégie mobile. En effet, le MS a intégré les unités sanitaires mobiles, les visites régulières à domicile, dans l'offre des soins de santé primaires ainsi que les caravanes sanitaires spécialisées et les hôpitaux mobiles offrant des services hospitaliers.

III. Présentation succincte de la stratégie du Ministère

A travers sa stratégie le Ministère œuvre pour la traduction des principes et valeurs constitutionnels au niveau sectoriel, notamment ceux afférents au droit d'accès aux soins et à la couverture sanitaire. La formulation de cette stratégie au titre de la période 2012-2016 s'est ainsi fondée sur trois approches complémentaires, à savoir : Droits de l'Homme, Démocratie sanitaire et Approche systémique.

La stratégie du ministère de la santé 2012-2016 repose principalement sur les activités ayant une nature sanitaire liée à la restructuration des services médicaux d'urgence, à l'amélioration de l'accueil, à la prise en charge des maladies chroniques, à la prévention et le traitement des cancers à la santé mentale et psychiatrique, au renforcement de la santé en milieu rural, à la



réduction de la mortalité maternelle et infantile à la naissance, à l'achèvement de la généralisation du dispositif de couverture médicale universelle et l'amélioration de la gestion des ressources humaines.

Cette stratégie repose également sur des mesures de bonne gouvernance qui visent l'ancrage d'une culture de démocratie sanitaire, l'appui à la régionalisation et le partenariat entre le secteur public et le secteur privé, l'implication des familles professionnelles de la santé dans la formulation, l'opérationnalisation, le suivi et l'évaluation des éléments de la stratégie sectorielle en vue d'une contribution constructive à la réussite des chantiers programmés.

La stratégie de développement du secteur de la santé pour la période 2012-2016 repose ainsi sur les 7 axes d'interventions suivants :

Axe 1 : Amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services

Parmi les priorités du Ministère figurant au niveau de cet axe :

- **Le Plan national de prise en charge des urgences médicales**

- Amélioration de la prise en charge des urgences pré-hospitalières ;
- Amélioration de la prise en charge des urgences hospitalières ;
- Renforcement de la formation et de l'encadrement du personnel médical et paramédical ;
- Développement du partenariat public/public et public/privé ;
- Promotion du cadre réglementaire régissant les urgences médicales.

- **Promotion de la Transfusion Sanguine**

- Assurer l'autosuffisance en produits sanguins pour tous les établissements de transfusion sanguine ;
- Promouvoir la culture du don de sang.

- **Le Plan de développement de la Santé en milieu rural**

- Renforcement de la stratégie de couverture sanitaire fixe ;
- Renforcement de la couverture sanitaire mobile ;
- Développement de la participation communautaire.

Axe 2 : Renforcement de la santé de la mère et de l'enfant

En conformité avec les obligations du Maroc à l'égard de la réalisation des objectifs de développement du troisième millénaire spécifiquement le 4ème et le 5ème objectif qui concernent la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle, le Ministère de la santé a adopté dans cet axe les plans stratégiques suivants :

- **Le Plan d'action (2012-2016) d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale**

Le Ministère œuvre à répondre aux engagements du plan gouvernemental ayant des

objectifs chiffrés à l'horizon 2016 qui consistent, d'une part, à réduire la mortalité maternelle de 112 à 50 décès pour 100 000 naissances vivantes, et d'autre part, la mortalité néonatale de 21,7 à 12 décès pour 1 000 naissances vivantes.

- **Plan d'action pour l'amélioration de la disponibilité du sang et des médicaments obstétricaux vitaux**

- **La Stratégie Nationale de Santé de la Reproduction**

Cette stratégie vise à contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles et à l'amélioration de la santé de la reproduction des femmes et des couples, en répondant à leurs besoins en matière d'espacement des naissances. Elle prévoit la mise en œuvre d'un ensemble d'actions relatives à la consolidation des acquis du Programme National de la Planification Familiale et au renforcement de l'intégration de la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus au niveau des soins de santé primaires et au repositionnement de la Planification Familiale en Santé de la Reproduction.

- **Plan national de santé de l'enfant**

Ce plan vise à réduire la mortalité infanto-juvénile de 30,5 à 20 pour 1000 naissances vivantes, via l'amélioration de la qualité de prise en charge de l'enfant au niveau des établissements de soins de santé primaires et le maintien d'une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95 % au niveau national.

- **Stratégie Nationale de Nutrition et d'immunisation**

Cette stratégie concerne tout le cycle de vie et a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qui est la nutrition. Elle prévoit en outre la mise en œuvre d'actions visant à promouvoir un mode de vie sain, afin de prévenir les troubles nutritionnels et les maladies chroniques liées à la nutrition, d'améliorer l'accessibilité des ménages aux produits alimentaires de qualité et en quantité suffisante et de renforcer les mécanismes de coordination entre les différents intervenants en Nutrition.

Concernant l'immunisation, le Ministère tâche de maintenir une couverture stabilisée de vaccination dans le but d'empêcher l'apparition des nouveaux cas de maladies létales qui ont été éradiqués au Maroc, dans le cadre d'une approche participative avec tous les intervenants. Le Ministère agit également dans le but d'élargir le domaine d'immunisation par l'intégration d'antibiotiques et de nouveaux vaccins.



Axe 3 : Promotion de la santé des populations à besoins spécifiques

- **La santé scolaire et universitaire et la promotion de la santé des jeunes**

Ce programme vise à contribuer à l'amélioration du bien-être physique, mental et social des élèves, des étudiants et des jeunes, par le développement d'une réponse préventive et curative adaptée à leurs besoins spécifiques.

- **Le plan national de santé du Handicap**

Ce plan national consiste à développer les moyens de prévention du Handicap et d'améliorer l'accès des personnes en situation du Handicap aux services de santé de réhabilitation de proximité et de qualité.

- **Les personnes âgées**

Le renforcement de l'ensemble des actions à l'égard des personnes âgées en se basant sur les résultats de l'étude nationale pour assurer un bon état de santé de cette catégorie de population.

- **La prise en charge intégrée des enfants et femmes victimes de violence**

Ce plan vise à consolider la prise en charge intégrée (médicale, psychologique, sociale et médico-légale) des Femmes et des Enfants Victimes de Violences (FFVV) dans le système de santé

Axe 4 : Renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires

- **Réforme de la santé publique et des vigilances sanitaires**

L'objectif est de réformer l'actuel système de surveillance épidémiologique d'une part, et d'autre part de mettre en place un système national de veille et de sécurité sanitaire ainsi que de renforcer les capacités nationales requises pour la mise en œuvre des dispositions du Règlement Sanitaire International.

- **Plan d'accélération de la réduction de l'incidence de la tuberculose 2013-2016**

Ce plan d'accélération vise à consolider les acquis en matière de prévention, de détection, de prise en charge et d'appui psychosocial des malades tuberculeux avec un focus sur les 6 régions où se concentre la maladie. Il se propose d'investir de nouveaux domaines d'intervention sollicitant l'engagement fort et continu des différentes structures et des différents acteurs ayant prise sur les autres déterminants de la vulnérabilité. Ceci dans l'optique d'accélérer la réduction de la charge de morbidité de la tuberculose dans la population marocaine et à plus long terme de réduire l'incidence de la tuberculose à microscopie positive à moins de 10 nouveaux cas pour 100.000 habitants, voire même son élimination tel que recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Axe 5 : Développement du contrôle des maladies non transmissibles

• Plan National de Prévention et du Contrôle du Cancer (PNPCC) 2010-2019

Le plan élaboré par le MS en partenariat avec la « Fondation Lalla Salma pour la prévention et le traitement des Cancers » ambitionne d'assurer la mise en œuvre des droits des malades atteints de cancer, en proposant un programme basé sur l'impartialité et planifiant un service humain fondé sur l'équité.

Le PNPCC vise à réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer et à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches. La stratégie d'action du PNPCC s'articule autour de quatre domaines à savoir : (i) Prévention (ii) Détection précoce (iii) Prise en charge du diagnostic et du traitement (iv) Soins palliatifs.

• Plan national de Lutte contre les troubles mentaux de l'adulte et de l'enfant, et contre les toxicomanies

La vision du « plan national de la santé mentale » est de promouvoir la santé mentale, de prévenir les troubles psychiques et de garantir une équité et une qualité de prise en charge à moindre coût pour toute personne en souffrance psychologique.

Ce plan a pour objectif ultime, la mise en place d'actions pérennes, basées sur le respect et la promotion des droits humains de la personne atteinte de troubles mentaux, et ce, par une approche solidaire et communautaire, d'une offre de soins, intégrée et accessible au niveau des soins de santé primaire et impliquant tous les acteurs et intervenants dans le domaine de la santé mentale.

Ce plan s'articule autour de quatre axes, à savoir : (i) promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux (ii) dépistage et diagnostic précoce des maladies mentales (iii) prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux (iv) Partenariat multisectoriel.

Axe 6 : Développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé

• Mobilisation des ressources humaines

Pour arriver à résorber le déficit en personnel de santé, le Ministère de la Santé envisage de mettre en œuvre les mesures suivantes :

- Modernisation de la Gestion des Ressources Humaines ;
- Mise en application de l'accord du dialogue social ;
- Amélioration de la Formation de Base et de la Formation Continue de l'ensemble du personnel (Infirmier, Gestionnaire et Médical).

• Couverture médicale de Base :

La loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base, constitue le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale et consolide les droits acquis par les citoyens marocains bénéficiant d'une assurance maladie. Cette assurance est en train d'être étendue progressivement, à l'ensemble des citoyens pour couvrir toutes les catégories sociales.

Aussi, les actions et les mesures prévues dans ce cadre concernent-elles :

- La généralisation de la couverture à travers l'AMO ;
- Le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations au profit des bénéficiaires du RAMED ;
 - L'amélioration de la prise en charge des ALD / ALC dans le cadre du RAMED ;
 - L'implantation de mesures d'accompagnement pour l'amélioration de la gouvernance du RAMED ;
 - La mise en place de dispositifs et de préalables à l'AMI.

• Médicaments et dispositifs médicaux

Afin de garantir le droit d'accéder aux médicaments et autres produits pharmaceutiques, à l'ensemble de la population et d'en assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité le MS veille à travers sa stratégie 2012-2016 sur :

- L'amélioration de l'accessibilité financière et géographique aux médicaments ;
- L'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé chez les grossistes et les pharmacies d'officine ;
- La révision de la liste nationale des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels ;
- La mise en place d'une politique pharmaceutique nationale (PPN).

Axe 7 : Amélioration de la gouvernance du système de santé

• Actions sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé

Il ne s'agit en aucun cas pour le Ministère de la Santé d'agir seul sur des facteurs instables, dont il n'assure pas le contrôle mais qui ont une grande influence positive ou négative sur les indicateurs nationaux de santé. Ainsi une commission nationale a été créée en vue d'élaborer une stratégie gouvernementale en la matière et mettre en place un partenariat avec les universités marocaines pour le développement de la recherche scientifique dans ce domaine.

• Renforcement de l'encadrement législatif et réglementaire du secteur

Pour renforcer l'encadrement législatif et réglementaire du secteur, le MS prévoit l'élaboration de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'offre de soins, à la couverture médicale de base pour son extension, à la protection des personnes en matière de santé, à l'encadrement de l'exercice des professions de santé et aux médicaments et produits de santé ainsi qu'aux Ressources Humaines.

• **Renforcement de la régionalisation**

Dans le cadre du renforcement du processus de régionalisation, il est prévu :

- Le renforcement des capacités des directions régionales de la santé ;
- La mise en place des budgets-programmes régionaux et des mécanismes d'incitations à la performance régionale ;
- L'élargissement des pouvoirs décisionnels consentis aux DRS à travers la déconcentration, au niveau régional, de nouveaux actes de gestion ;
- L'introduction de nouveaux mécanismes de renforcement de la coordination entre les régions et l'administration centrale.

• **Partenariat, collaboration intersectorielle et coopération**

Pour promouvoir le Partenariat Public Privé et la collaboration intersectorielle et les partenariats avec les ONG et les collectivités territoriales ainsi que la coopération bilatérale, régionale et avec les organismes internationaux, la stratégie sectorielle prévoit la mise en œuvre de plusieurs actions dont les principales sont :

- Renforcement du partenariat avec le privé dans le domaine des prestations sanitaires ;
- Développement de nouvelles formes de PPP notamment dans le domaine des investissements sanitaires ;
- Consolidation et développement de la Coopération avec les agences et organismes internationaux ainsi que la coopération bilatérale et régionale ;
- Promotion de la collaboration intersectorielle avec les ONG nationales et internationales ainsi qu'avec les Collectivités Territoriales.

IV. Présentation des crédits prévisionnels du Ministère de la Santé au titre de l'année 2016

Tableau 1 : Récapitulatif des crédits prévisionnels du Ministère au titre de l'année 2016 par chapitre

Dépenses	PLF 2016			TOTAL PLF 2016	LF 2015	% PLF 2016/LF 2015
	Budget Général	Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale			
Chapitre du Personnel	7.523.969.000	-	-	7.523.969.000	7.441.876.000	1,10%
Matériel et Dépenses Diverses	4.256.965.000	493.555.000	-	4.750.520.000	4.648.055.000	2,20%
Budget d'investissement	2.500.000.000	13.500.000	-	2.513.500.000	1.513.500.000	66,07%
TOTAL	14.280.934.000	507.055.000	-	14.787.989.000	13.603.431.000	8,71%

Tableau 2 : Récapitulatif des crédits prévisionnels du Ministère par programme

Programmes du Ministère	BG (PLF 2016)			TOTAL BG PLF 2016	LF 2015	% PLF 2016 / LF2015	CAS FSPC PLF 2016	Recettes propres des SEGMA relevant du MS PLF 2016	TOTAL
	Chap. Personnel	Chap. MDD	Chap. Inv.						
Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé		616 642 000	100 700 000	717 342 000	755 507 173	-4,79%	-	2 000 000	719 342 000
Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	0	49 145 000	508 980 404	558 125 404	500 060 582	11,61%	-	-	558 125 404
Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	0	83 695 000	54 715 161	138 410 161	201 530 000	-7,50%	-	48 000 000	186 410 161
Actions et prestations de soins primaires, pré-hospitaliers et hospitaliers	0	3 400 654 000	253 000 000	3 653 654 000	3 888 459 632	5,70%	-	456 555 000	4 110 209 000
Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	7 523 969 000	106 829 000	11 200 000	7 641 998 000	7 565 715 699	1,01%		500 000	7 642 498 000
Infrastructur e sanitaire et patrimoine	0	-	1 571 404 435	1 571 404 435	692 157 914	127,03%			1 571 404 435
TOTAL	7 523 969 000	4 256 965 000	2 500 000 000	14 280 934 000	13 603 431 000	8,71%	0	507 055 000	14 787 989 000

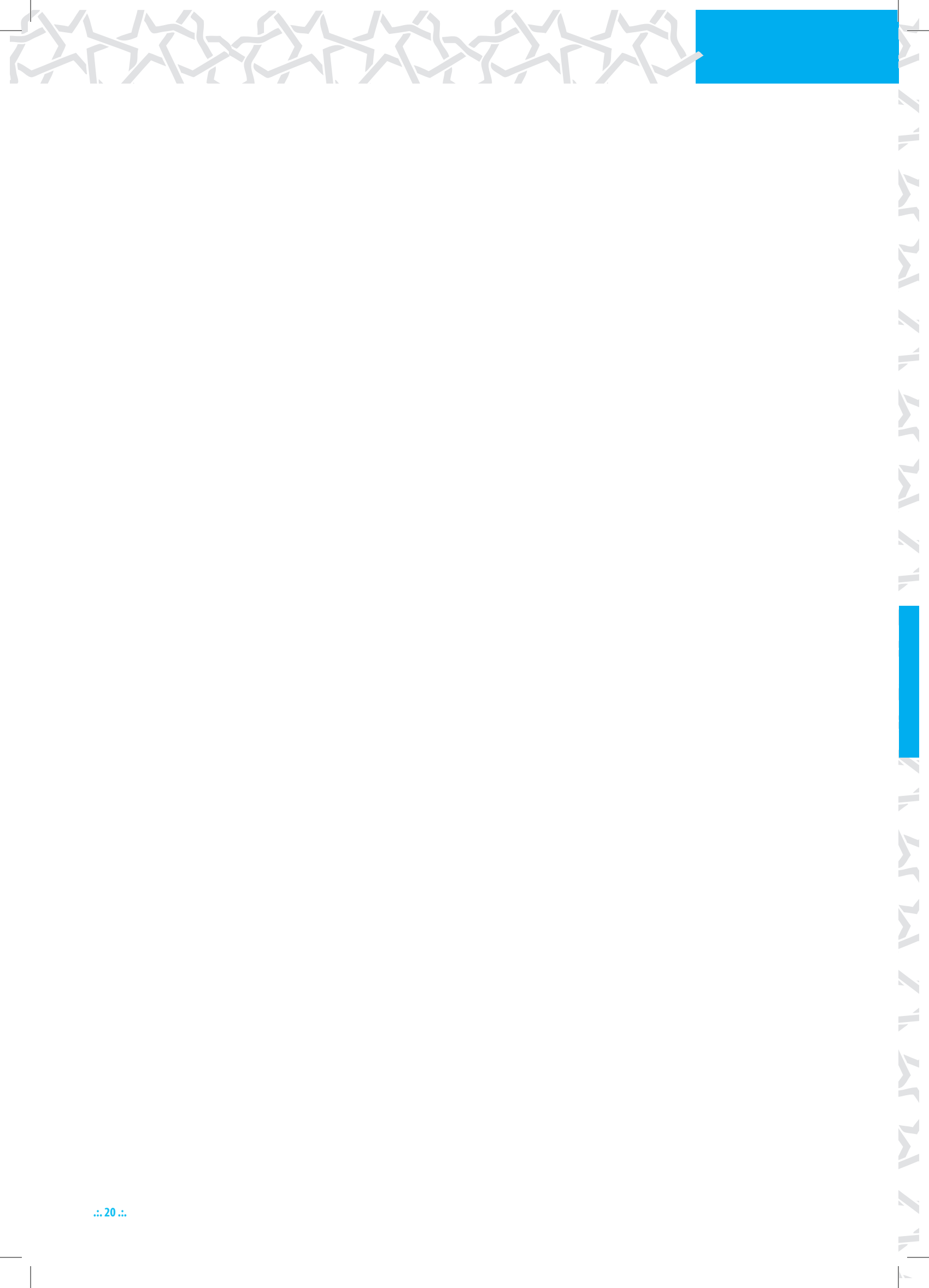
Tableau 3 : Récapitulatif des crédits prévisionnels du Ministère par région au titre de l'année 2016

Désignation des Régions	BUDGET GENERAL				Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds spécial de la Pharmacie Centrale	TOTAL
	Personnel	Chap. MDD	Chap. Inv.	Total BG			
Tanger Tétouan-Al Hoceïma		131 977 500	57 661 466	189 638 966	55 800 000		245 438 966
l'Oriental		303 121 500	107 927 756	411 049 256	37 475 000		448 524 256
Fès Meknès		504 375 900	43 379 457	547 755 357	63 200 000		610 955 357
Rabat Salé Kénitra		929 763 900	268 326 363	1 198 090 263	42 160 000		1 240 250 263
Béni Mellal Khenifra		98 299 000	47 993 095	146 292 095	37 800 000		184 092 095
Casablanca Settat		653 072 500	99 601 177	752 673 677	101 420 000		854 093 677
Marrakech Safi		611 762 300	92 868 474	704 630 774	40 250 000		744 880 774
Daraa Tafilalet		60 022 100	37 563 371	97 585 471	21 800 000		119 385 471
Souss Massa		95 668 200	24 736 352	120 404 552	33 650 000		154 054 552
Guelmim Oued Noun		32 925 000	3 820 000	36 745 000	8 050 000		44 795 000
Laayoune Sakia El Hamra		27 629 000	12 490 663	40 119 663	11 950 000		52 069 663
Dakhla Oued Ed-Dahab		6 546 000	1 850 000	8 396 000	3 000 000		11 396 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés aux régions	0	3 455 162 900	798 218 174	4 253 381 074	456 555 000	0	4 709 936 074
Total des crédits inscrits dans les articles affectés à l'administration centrale	7 523 969 000	801 802 100	1 701 781 826	10 027 552 926	50 500 000	0	10 078 052 926
TOTAL GENERAL	7 523 969 000	4 256 965 000	2 500 000 000	14 280 934 000	507 055 000	0	14 787 989 000

Tableau 4 : Programmation budgétaire triennale 2016-2018 par nature de dépense

Désignation des chapitres de dépenses	LF 2015	Projections initiales 2016	PLF 2016	Projections initiales 2017	Projections révisées 2017	Projections initiales 2018
Dépenses de fonctionnement	12 503 431 000	17 834 832 500	12 274 489 000	-	-	-
Dépenses de personnel	7 441 876 000	9 500 000 000	7 523 969 000			
Dépenses de MMD	4 154 500 000	5 850 000 000	4 256 965 000			
Budget Général (Fonctionnement)	11 596 376 000	15 350 000 000	11 780 934 000	-	-	-
Les crédits propres prévus des SEGMA relevant du Ministère de la Santé	507 055 000	684 832 500	493 555 000			
Compte d'Affectation Spécial de la Pharmacie Centrale *	400 000 000	1 800 000 000	-			
Dépenses d'investissement	1 500 000 000	5 120 000 000	2 513 500 000	-	-	-
Budget Général	1 500 000 000	5 000 000 000	2 500 000 000			
Les crédits propres prévus des SEGMA relevant du Ministère de la Santé		120 000 000	13 500 000			
Compte d'Affectation Spécial de la Pharmacie Centrale *	-	-	-			
TOTAL	14 003 431 000	22 954 832 500	14 787 989 000	-	-	-

* Il s'agit des transferts du fonds de cohésion sociale dans le cadre du RAMED



**2^{ÈME} PARTIE - PRÉSENTATION DES
PROGRAMMES BUDGÉTAIRES DU MINISTÈRE
DE LA SANTÉ**



Programme 1 : Planification, Programmation, coordination et soutien des missions du système de santé

I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n°1 et de ses finalités générales

Ce programme couvre trois axes de la stratégie sectorielle du Ministère de la Santé, en l'occurrence, les axes 1, 6 et 7. Il concourt d'une manière transversale à la mise en œuvre des programmes métiers, à l'opérationnalisation des plans d'action relatifs à la planification la coordination et l'organisation des fonctions de soutien du système de santé. Il vise également l'amélioration du processus de la planification, de la programmation et de la coordination d'acteurs et d'institutions en vue d'atteindre les objectifs définis dans la stratégie sectorielle de Santé 2012-2016.

Ainsi le programme budgétaire « Planification, Programmation, coordination et soutien des missions du système de santé » se focalise sur :

1. Le soutien des missions du Système de Santé :

La planification sanitaire, la programmation et la préparation des stratégies sectorielles dans différents domaines d'intervention du Ministère de la Santé, nécessitent le suivi de leur exécution sur le plan national, ainsi qu'une coordination continue et un encadrement garantissant la cohérence et la complémentarité; Elles consistent également en une exploitation optimale des expériences cumulées et des ressources disponibles, ce qui suscite un appui continu des capacités du système de santé contraintes à une interaction rapide, à travers des structures centrales et régionales, autant avec la dynamique du changement que connaît le Maroc dans divers domaines et avec les besoins immédiats et futurs des citoyens, qu'avec l'actualité internationale dans le domaine sanitaire.

Tenant compte de ces éléments, et en adoptant une nouvelle approche de gestion des finances publiques, le Ministère souligne l'importance de ces dimensions en leur consacrant une composante dans la programmation budgétaire, en y intégrant les ressources financières destinées à la gestion de l'administration centrale et régionale, la couverture des frais de préparation des stratégies, le suivi de son exécution ainsi que les frais d'encadrement, d'accompagnement et d'organisation des activités et manifestations tout en soumettant ces crédits à la logique d'efficacité et d'efficience. Ces dépenses doivent obéir à la détermination à priori de la nature et des domaines d'intervention selon l'approche de gestion axée sur les résultats et la reddition des comptes.

2. Les réformes du système de Santé et l'extension de la couverture médicale de base

2.1. Couverture sanitaire de base

L'adoption par le Maroc de la loi sur la couverture sanitaire de base est le couronnement d'une grande expérience en ce domaine et un pas important vers la couverture sanitaire universelle, notamment par la généralisation des soins de santé sur la base

du principe de l'égalité dans l'accès aux services de santé à toutes les catégories de la population et particulièrement les plus démunis.

Dans ce contexte, la loi 65.00 est le code de couverture médicale de base en vertu de laquelle la mise en œuvre de l'AMO a été entamée le 18 Août 2005, ainsi que le RAMED au profit des pauvres et démunis le 4 Novembre 2008 à la région Tadla Azilal dans un premier temps avant sa généralisation sur l'ensemble du territoire le 13 Mars 2012.

- **L'Assurance Maladie Obligatoire AMO :**

Un système fondé sur les principes et techniques de participation et de mutualisation des risques, au profit des salariés, des titulaires de pensions, des anciens résistants, des membres de l'armée de libération et leurs ayants droit ainsi que des étudiants.

Cette assurance est fondée sur le principe de progressivité ; après son entrée en vigueur, le pourcentage des bénéficiaires a atteint 34% de la population. Aussi après sa généralisation à tous les salariés et les titulaires de pension dans le secteur public et privé, de nouveaux systèmes ont été instaurés à partir de 2007 au profit des :

- Anciens résistants et membres de l'armée de libération (environ 7869 des assurés et environ 30500 bénéficiaires).
- Imams et chargés de la gestion des mosquées (environ 41.755 des assurés et environ 100000 bénéficiaires).
- Agents d'autorité (environ 16.000 des assurés soit environ 40.000 bénéficiaires).
- Victimes des violations des droits de l'Homme (13000 bénéficiaires)

Cette année a vu la mise en œuvre des dispositions de la loi 116.12 sur l'AMO concernant les étudiants de l'enseignement supérieur public et privé et stagiaires de la formation professionnelle qui poursuivent leurs études ou stages dans des cycles nécessitant d'être titulaire du baccalauréat, ce système concernera 500.000 étudiants. Actuellement, le Ministère de la Santé s'occupe de la préparation du projet de loi relatif à l'AMO pour les professions libérales, les indépendants, les actifs non-salariés et les gérants (cette tranche de la population concerne 10.000.000 de personnes).

- **Le régime d'assistance médicale RAMED**

Le RAMED est un système fondé sur les dispositions de l'article 115 de la loi 65.00, il vise la couverture des soins des économiquement démunis et la consécration des principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, ainsi que la concrétisation du concept du droit d'accès aux services de santé ; Ce régime est mis en œuvre pour atteindre sa population cible qui est de 8.5 millions.

Le Ministère œuvre, avec l'appui du gouvernement, à l'accélération du renforcement de l'offre de soins primaires et hospitaliers afin de fournir aux bénéficiaires tous les moyens de prise en charge et de soins.

Dans ce cadre, l'année 2016 verra le lancement de la première étape d'une vaste opération concernant la fourniture de matériel de diagnostic, le renouvellement des équipements médicaux et leur maintenance, la réhabilitation des bâtiments et l'amélioration des conditions d'accueil.

2.2 La carte sanitaire

La carte sanitaire est un outil principal pour l'organisation de l'offre de soins, elle détermine sur le plan national la qualité et la quantité des équipements et services sanitaires nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elle est élaborée à l'aide d'outils spécifiques à la détermination des besoins immédiats et futurs des populations en se basant sur leurs caractéristiques démographiques et épidémiologiques et sur le progrès technologiques; et ce à partir de l'analyse quantitative et qualitative de l'offre disponible, d'une part, et des besoins de la population dans le domaine de la santé d'autre part.

La carte sanitaire vise :

- L'optimisation de l'utilisation des ressources stratégiques du Système de Santé National :
- La détermination du cadre le plus approprié à MT et à LT pour le développement des différentes composantes de l'offre de soins (l'infrastructure de base, les équipements biomédicaux et les ressources humaines), publiques et privées ;
- La maîtrise et l'organisation quantitative et qualitative de l'offre de soins, et la mise en place de normes scientifiques pour la programmation et la répartition des ressources sanitaires tant publiques que privées, entre régions et provinces et entre les milieux rural et urbain. Cette carte est dotée de mécanismes permettant la maîtrise de l'expansion de l'offre des soins publics et privés, puisqu'elle aide à l'orientation de la politique sanitaire vers la complémentarité entre secteurs, et en fait un moyen efficace de rationalisation des investissements dans le domaine sanitaire, ce qui permettra la protection du secteur privé de l'anarchie et de la spéculation, et impose la complémentarité des services entre établissements dans le domaine sanitaire.

La carte sanitaire a été mise en œuvre par l'adoption de la loi cadre n° 34-09 du 2 Juillet 2011 relative au système de santé et à l'offre de soins de santé au Maroc, et du décret d'application n° 2-14-562 concernant l'organisation de l'offre de soins, de la carte sanitaire, et des schémas régionaux d'offre de soins, qui est entré en vigueur officiellement après sa publication au Bulletin Officiel le 24 Juillet 2015.

3. Renforcement et développement du Système d'Information sanitaire

Il est indispensable de disposer des informations sanitaires, démographiques et sociales fiables pour la planification et la formulation des politiques et des stratégies de santé sur la base de données factuelles. Un système d'information sanitaire est également essentiel pour le suivi des progrès, de la réalisation des objectifs, des stratégies et des plans d'action nationaux de santé.

De même, l'importance de l'information sanitaire, ventilée selon le sexe, l'âge et les principaux facteurs socio-économiques est capitale pour étayer les décisions relatives à la mise en œuvre d'interventions au profit des populations qui ont le plus besoin. Le Ministère de la Santé dispose d'un Système d'Information constitué de plusieurs

composantes obéissant à des procédures déterminées et s'appuie sur des moyens techniques assurant la collecte, le traitement et la conservation des informations de façon à permettre la prise de la décision et contribue à l'appui du système de santé. Ce système comprend deux sections. La première s'intéresse à l'information routinière au sein de laquelle se fait la collecte le traitement et l'analyse des informations relatives aux programmes sanitaires, aux soins hospitaliers, l'enregistrement des décès et la documentation de leurs causes. La deuxième section complémentaire de ce système s'intéresse à la réalisation d'études, de recherches et d'enquêtes nationales conjoncturelles et/ou cycliques dont notamment l'enquête nationale sur la population et la santé familiale réalisée tous les 5 ans, sachant qu'une nouvelle enquête nationale sur la population et la santé familiale aura lieu en 2016.

4. Renforcement de la communication

La communication constitue un levier principal dans la mise en œuvre des éléments de la stratégie sectorielle 2012-2016, le Ministère a préparé un plan d'action intégré pour la sensibilisation et la communication institutionnelle et l'exécution des programmes de communication à l'adresse de la population, des professionnels de la santé, des médias et des différents partenaires.

Parmi les objectifs essentiels de la stratégie d'information et de communication du Ministère de la Santé on trouve :

- La promotion de la santé et la sensibilisation des citoyens quant à la nécessité d'adoption d'un mode de vie sain, ainsi que la prévention et la nécessité d'éviter les comportements nuisibles à la santé.
- La disponibilité de l'information juste, prouvée scientifiquement et reconnue officiellement des pouvoirs publics sanitaires nationaux et internationaux.
- La garantie du droit à l'information de façon professionnelle conformément aux nouvelles dispositions constitutionnelles.
- La sensibilisation et l'information des citoyens, des partenaires et des intéressés de façon régulière sur les stratégies et les projets de réforme sanitaire, et ce par l'utilisation de nouveaux supports d'information.
- La mobilisation des principaux intervenants au niveau national, régional et local pour atteindre la convergence des politiques publiques par la communication continue avec les représentants des secteurs gouvernementaux, la société civile et les collectivités territoriales autour des sujets principaux ayant un impact sur la santé notamment ceux liés aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.



5. Appui à la contractualisation, audit et contrôle de gestion

Dans le cadre des objectifs généraux soulignés par la stratégie sectorielle 2012-2016 visant l'amélioration de la gouvernance du secteur et le renforcement de ses capacités de gestion, le Ministère de la Santé a mis en exergue la nécessité d'adopter des actions pratiques dans le but d'améliorer les indicateurs d'exécution du budget et d'assurer une célérité de réalisation des projets d'investissement et des programmes sanitaires sur le terrain. Il se penchera sur l'actualisation de ces actions en 2016 pour les adapter d'avantage aux nouvelles variables relatives aux chantiers de réforme budgétaire et au processus de renforcement de la régionalisation dans le secteur de santé.

A cet égard, le Ministère s'implique dans la poursuite du renforcement de la déconcentration budgétaire à travers l'augmentation continue du pourcentage des crédits délégués aux sous ordonnateurs en vue de les exécuter au niveau des services les plus proches de l'action et du citoyen, et l'encouragement de la contractualisation entre l'administration centrale et les directions régionales sur la base des plans régionaux de développement sanitaire qui prennent en considération les contraintes de la carte sanitaire et la dynamique de partenariat avec le secteur privé, les conseils régionaux, les collectivités territoriales et les composantes de la société civile. Ceci est accompagné par d'autres actions concernant l'élargissement des attributions des responsables régionaux et locaux et le renforcement de leur autorité, en consécration du principe de la déconcentration graduelle de la décision administrative en cherchant à atteindre le niveau de performance le plus élevé possible.

Dans le cadre de ce programme le MS vise également à préparer les services financiers au niveau de l'ordonnateur et les services économiques et administratifs au niveau des sous ordonnateurs à acquérir l'aptitude de bénéficier de simplification progressive des règles de contrôle a priori, la mise en œuvre progressive des règles du contrôle modulé de la dépense (CMD) et le renforcement des mécanismes de suivi de la performance, notamment par la formation continue des responsables de la gestion financière et administrative, l'introduction de mécanismes modernes et l'intégration de l'audit, du suivi et du contrôle interne parmi les piliers de la gestion financière du Ministère de la Santé.

6. Développement de la coopération et du Partenariat

Les différentes réformes du système de la santé en cours, les défis du secteur dans différents domaines notamment ceux relatifs à la couverture médicale de base, la gouvernance du système et le développement de l'offre de soins, nécessitent une approche basée sur une réelle synergie entre l'ensemble des partenaires du système de la santé et avec le secteur privé.

Dans l'objectif de répondre aux besoins de la population et la consolidation des acquis, le Ministère de la Santé est appelé à déployer des efforts pour mobiliser des ressources additionnelles par la formulation et la mise en œuvre de nouveaux projets de coopération bilatérale, multilatérale, avec les agences des nations unies qui s'intéressent au domaine

sanitaire, avec les organisations non gouvernementales et avec les collectivités territoriales nationales.

De surcroît, il y a lieu de signaler que le Ministère de la Santé a bénéficié d'un appui considérable pour le chantier de la couverture médicale de base, sous forme d'assistance technique, d'études et d'appui pour l'organisation de manifestations internationales, ainsi que d'un accompagnement continu aux diverses activités lui permettant la réalisation des grands pas vers la couverture sanitaire universelle. Parallèlement, le Ministère de la Santé veille toujours à renforcer les mécanismes de suivi et de coordination pour une meilleure gestion des interventions des partenaires et leur adaptation avec les priorités sectorielles stratégiques.

On peut résumer les aspects de coopération dans le domaine de la santé dans deux axes :

1. Instauration de mécanismes de coordination et de cohérence de la gestion des programmes de coopération de tous les intervenants.
2. Renforcement de la mobilisation des aides de coopération pour le Développement à travers :
 - La consolidation de la coopération bilatérale et régionale ;
 - Le renforcement de l'appui des organisations mondiales ;
 - La rationalisation de l'appui financier ;
 - Le renforcement de la coopération avec les collectivités territoriales.

7. Appui à la mise en œuvre de la réforme budgétaire au secteur de la Santé

Dans le cadre du processus d'ancrage législatif et réglementaire des fondamentaux de la constitution Marocaine, le chantier de réforme de la Loi Organique relative à la Loi de Finances (LOF) est lancé selon une approche basée sur la progressivité de consécration des principes d'efficience et d'efficacité de la dépense publique et de reddition des comptes. Cette réforme vise en effet à lier la gestion des deniers de l'Etat à la performance de l'action publique, à améliorer la lisibilité et la visibilité pluriannuelle du budget et à instaurer la transparence et la sincérité du budget et des comptes de l'Etat. Elle tend également à renforcer le rôle du parlement dans le débat autour de la performance des politiques publiques.

La réforme de la LOF s'impose donc comme levier central pour faire évoluer la gestion des Finances Publiques du cadre normatif basé sur des considérations juridiques et comptables, vers un nouveau cadre logique intégrant la dimension genre et basé sur la performance de l'action publique, répondant aux préoccupations d'équité, d'efficacité et de lutte contre la pauvreté, et visant l'objectif ultime du bien-être du citoyen.

Ainsi, pionnier dans la réforme budgétaire depuis les années 2000, et fort de son recul et de son expertise en la matière, le Ministère de la Santé s'est approprié les nouveaux référentiels et s'est engagé dans la dynamique de réforme de la LOF comme département préfigurateur depuis la deuxième phase d'expérimentation.



L'accompagnement et la collaboration des entités compétentes au MEF et l'adhésion positive des différents acteurs internes au département sont des atouts qui contribuent à la bonne conduite du changement introduit par cette réforme structurante en matière de gestion des finances publiques. Ceci a en outre permis l'instauration du dialogue de gestion au sein du Ministère de la Santé caractérisé par la concertation à toutes les étapes, et par la mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité technique de suivi de la mise en œuvre de la LOF, ainsi que l'identification d'une équipe dédiée à cette action.

Un plan d'action pour l'implantation progressive des nouveaux outils, un plan de communication à l'adresse des acteurs centraux, régionaux et locaux et un programme de formation continue, sont en cours d'élaboration et caractériseront l'action du MS durant l'année 2016.

II. Responsable du programme budgétaire n°1

- Monsieur le Directeur de la Planification et des Ressources Financières

III. Structures et Acteurs de pilotage du programme budgétaire n°1

- L'Inspection Générale du Ministère de la Santé ;
- L'ensemble des Directions Centrales du Ministère de la Santé (DPRF, DHSA, DP, DELM, DRH, DMP, DRC, DEM) ;
- Les Divisions rattachées au Secrétariat Général du Ministère de la Santé.

IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n°1

Le suivi et l'évaluation réguliers de la stratégie, des actions et des projets de ce programme seront assurés à tous les niveaux de la pyramide du système de santé. Un système d'information sanitaire de routine mis en place permet d'assurer une rétroaction à tous les niveaux de mise en œuvre de ce projet de performance. Des réunions de suivi, des enquêtes périodiques, des visites de terrain, ainsi que des revues semestrielles et annuelles seront organisées. Les objectifs de ce programme peuvent être mesurés par les indicateurs objectivement vérifiables suivants :

Objectif 1 : Contrôler les dépenses relatives au train de vie de l'administration et consécration de la transparence dans la gestion financière

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 1.1: La part consacrée aux dépenses de l'administration centrale dans le budget de fonctionnement (chapitre MDD)	5,6%	5%	4,5%	4%	4%	3%
Indicateur 1.2 : Pourcentage des doléances et sollicitations relatives à l'achat public traitées et/ou résolues et dont le concerné a été informé des résultats finaux et partiels dans l'année budgétaire	-	80	100	100	100	100

Objectif 2 : Contribuer à l'extension de la couverture médicale à toutes les catégories de la population

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 2.1: Pourcentage de la population bénéficiaire de l'AMO	34%	34%	37%	40%	45%	50%
Indicateur 2.2 : Pourcentage de la population bénéficiaire du RAMED	24%	27%	28%	28%	28%	28%
Indicateur 2.3: Pourcentage de la population bénéficiaire du RAMED par rapport à la population cible	84%	100%	100%	-	-	100%

Objectif 3 : Mettre à niveau l'offre de soins sur la base des critères de planification de la carte sanitaire

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 3.1: Ratio habitants par établissement de soins de santé de base	11 815	11 815	11 815	11 815	11 800	11 800
Indicateur 3.2: Ratio habitants par lit hospitalier	903	903	903	903	900	900
Indicateur 3.3: Ratio habitants par médecin	1 542	1 542	1 542	1 542	1 500	1 500
Indicateur 3.4: Ratio habitants par infirmier	1 095	1 095	1 095	1 095	1 050	1 050

Objectif 4 : Améliorer et renforcer le Système National d'Information Sanitaire

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 4.1: Nombre de régions sanitaires qui ont implanté le nouveau système d'information SMI-PF/SC	-	-	4	10	12	12 régions
Indicateur 4.2. Taux de réalisation de l'ENSPF-VI 2015-2016	Dernière ENSPF est réalisée en 2011	Dernière ENSPF est réalisée en 2011	50%	100%	-	100%

Objectif 5 : La mise en place progressive de la contractualisation basée sur l'efficacité de la performance

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 5.1: La fréquence de publication de rapports périodiques et de notes relatives à l'exécution du budget et la gestion des programmes d'investissement	A la fin de chaque année budgétaire	A la fin de chaque année budgétaire	A la fin de chaque semestre	A la fin de chaque semestre	A la fin de chaque trimestre	A la fin de chaque mois

Objectif 6 : Le renforcement des mécanismes de partenariat et de coopération

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 6.1: Le nombre d'associations bénéficiant du soutien du Ministère pour l'exécution des programmes ayant un impact sur le secteur de santé	27	14	16	18	20	25

Objectif 7 : La mise en place et la concrétisation des axes de la réforme budgétaire aux niveaux central, régional et local

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 7.1: Le nombre de décisions de virement entre articles du budget d'investissement qui sont effectuées au niveau de l'ordonnateur	179	140	100	80	80	60

V. Présentation des projets et actions relatifs au programme budgétaire n°1

Les composantes de ce programme sont intégrées dans les sept projets/actions suivants :

Action 1.10 : Soutien des missions du système de santé

Parallèlement aux objectifs de rationalisation des dépenses dans une conjoncture caractérisée par la rareté des ressources financières et l'accroissement des besoins, des mesures strictes ont été adoptées pour réduire les dépenses relatives au train de vie de l'administration, exécuter les dépenses communes, limiter l'accumulation des arriérés et introduire des solutions à moindres coûts, ce qui a permis le contrôle et la maîtrise de ces dépenses.

Plusieurs mesures ont été également adoptées pour permettre l'exécution dans les délais des jugements définitifs et exécutoires conformément aux dispositions de la note circulaire de Monsieur le Chef du Gouvernement n°12/2015 relative à l'exécution des décisions judiciaires prononcées à l'encontre des personnes de droit public.

Par ailleurs, et conformément aux exigences de la loi organique 111.14 relative aux régions, et en plus des multiples actions mentionnées dans d'autres sections du présent document, le Ministère de la Santé a veillé sur la domiciliation du budget destiné au soutien des missions des directions régionales au premier programme ayant une nature transversale, consacrant la région comme partenaire essentiel dans le montage de la décision stratégique du secteur et comme co-responsable de la planification, la programmation et la coordination.

Action 1.20. Réforme du système de santé et couverture médicale de base

Dans le cadre du parachèvement des réformes du système de santé, notamment celles relatives à l'extension de la couverture médicale de base, plusieurs actions sont prévues, en l'occurrence :

- Le renforcement de la coordination pour un meilleur suivi de la mise en œuvre du RAMED ;
- L'amélioration de l'offre de soins pour répondre aux besoins en santé des Ramédistes ;
- La sensibilisation de la population cible pour l'amener à s'inscrire dans le régime et à renouveler les cartes pour ceux qui ont en déjà bénéficié.
- La mise en place d'un régime d'assurance maladie au profit des indépendants et des populations exerçant des professions libérales. Il s'agit d'un régime dont la population cible est estimée à 6,2 millions de personnes en 2015, 6,5 millions en 2020 et à 7,2 millions en 2030. Dans ce sens, une étude actuarielle d'envergure a été réalisée en vue de proposer des scénarios de couverture par une assurance maladie obligatoire au profit de cette catégorie de la population, y compris leurs ayants droit. Il est prévu que le régime puisse entrer en vigueur au début de l'année 2016, et que sa gestion soit confiée à la CNSS indépendamment du régime AMO des salariés.
- La mise en place d'un système d'Assurance Maladie pour les étudiants. Ce projet a été adopté, par la Chambre des Représentants le 22 juillet 2015, après son approbation par la Chambre des Conseillers le 14 juillet 2015. De ce fait, les étudiants ayant moins



de 30 ans et n'étant pas déjà couvert par une quelconque couverture médicale, bénéficieront du même panier de soins que celui de l'AMO-CNOPS que ce soit dans les hôpitaux publics ou dans le secteur privé. La gestion de la couverture médicale des étudiants est confiée à la CNOPS.

S'agissant de la mise en place de la carte sanitaire en tant qu'outil de régulation de l'offre de soins qui a été instituée par la loi cadre 34-09 relatives au système de santé et à l'offre de soins, le MS entamera au courant de la période 2015- 2017 les actions phares suivantes :

- L'élaboration et la mise en œuvre des textes réglementaires régissant la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins ;
- L'application des critères de planification de l'offre de soins sur le terrain (niveau régional et provincial) ;
- La mise en place du Système d'Information Géographique (SIG) comme outil d'aide à la décision dans le processus de planification de l'offre.

Action 1.30 système d'information, études, enquêtes et statistiques

Dans le cadre de cette composante, plusieurs activités seront mises en œuvre à savoir :

- L'implantation du nouveau système d'information (SMI-PF/SC) et le renforcement des capacités des différents utilisateurs au niveau régional et provincial ;
- La préparation des outils techniques relatifs à la réalisation de l'enquête nationale, la collecte des données sur le terrain, l'analyse des données et la publication des résultats définitifs ;
- L'urbanisation du système national d'information sanitaire.

Action 1.40 : Communication, logistique et moyens généraux

Le MS poursuit les efforts de renforcement des activités de sensibilisation et de la communication autour des programmes de santé prioritaires. Le plan d'information et de communication pour l'année 2016 se base donc sur sept axes d'intervention à savoir :

- La communication pour l'appui des programmes et des stratégies du Ministère de la santé ;
- Le développement des projets de l'éducation sanitaire en partenariat avec les établissements et les organisations non gouvernementales ;
- La restructuration de la mission et des fonctions de l'éducation sanitaire du Ministère de la santé ;
- Le développement du système de suivi et d'évaluation des activités d'information et d'éducation sanitaire ;
- Le développement d'une base référentielle pour l'information et la communication en santé en partenariat avec les organismes professionnels et les associations mondiales ;
- L'agrégation et la sauvegarde de la mémoire de santé au Maroc ;
- Le renforcement des compétences du Ministère de la Santé au niveau régional dans le domaine de la communication.

Action 1.50 : Appui à la contractualisation, audit et contrôle de gestion

Dans le contexte des réformes progressives concernant le contrôle des dépenses de l'Etat et la mise en place de la régionalisation dans le secteur de la santé, le Ministère de la santé veillera sur :

- Le renforcement du processus de la déconcentration progressive de la gestion financière à travers l'élargissement des attributions des sous ordonnateurs au niveau des services extérieurs (directeurs régionaux, délégués provinciaux et préfectoraux de la santé et directeurs des hôpitaux), en leur accordant une plus grande marge de prise de décision managériale, notamment en ce qui concerne l'approbation des marchés et la validation des études ainsi que d'autres attributions qui relevaient de l'Administration Centrale.
- L'accompagnement du nouveau découpage administratif et l'appui de la planification régionale à l'horizon de l'institutionnalisation de la contractualisation comme pilier de la relation entre l'Administration Centrale et les Directions Régionales et par la suite entre la Direction Régionale et les services qui en relèvent.
- Le renforcement des capacités de gestion des services administratifs et économiques au niveau central, régional et local, la modernisation de leurs moyens d'action en harmonie avec la nature de leurs missions et les exigences de la réforme du contrôle des dépenses publiques par l'introduction du contrôle modulé de la dépense.
- La mise en place des conditions appropriées pour améliorer la programmation prévisionnelle pluriannuelle des ressources financières pour accompagner la mise en place des axes de la réforme de la loi organique des finances.
- Le renforcement des mécanismes de suivi et d'évaluation, l'adoption de l'audit externe et le développement des fonctions d'observatoire des ressources au niveau central et régional du Ministère de la Santé.

Action 1.60 : Transferts, versements des participations, coopération et partenariat

Le ministère de la Santé veille à ce que la coopération avec les partenaires et les organisations gouvernementales et non gouvernementales couvre différents domaines en harmonie avec les priorités de la stratégie sectorielle telles que la santé publique, la lutte contre les maladies, la gouvernance régionale de la santé, le partenariat public privé dans le domaine de la santé, ainsi que le développement des services de santé primaire, et plus spécifiquement ceux destinés au monde rural et à la population à besoins spécifiques. La coopération internationale permet en outre au MS de bénéficier d'appuis considérables aux chantiers transversaux nécessitant une expertise technique,

Par ailleurs, Il y a lieu de signaler que le Ministère de la Santé poursuit la mise en œuvre des conventions de partenariat et de coopération bilatérale avec l'Espagne et l'Italie, et des partenariats conclus avec les collectivités territoriales, les associations non gouvernementales et le secteur privé.

En matière de la dynamique des programmes sanitaires qui revêtent une importance particulière dans le cadre du plan de développement post 2015, le Ministère aspire à mieux être accompagné et appuyé continuellement par ses partenaires techniques et financiers



dans une optique de renforcement des acquis et d'amélioration des indicateurs relatifs à la lutte contre les maladies chroniques, la santé maternelle et infantile, la santé des nouveaux nés, et la lutte contre le VIH et contre la tuberculose.

Le Ministère s'appuie également sur les expériences et expertises de ses partenaires de développement, afin de valoriser les programmes intersectoriels autour des domaines liés aux déterminants sociaux de la santé, considérant ceci comme une priorité pour le Ministère de la Santé.

Dans le cadre de la politique générale que le Royaume du Maroc adopte pour le développement de la coopération SUD/SUD dont l'ampleur et l'importance grandissent à chaque visite Royale dans les pays sub-sahariens, le secteur de la santé revêt une grande importance qui se manifeste par la signature de conventions de partenariat et de jumelage couvrant des transferts d'aides et de dons (médicaments, équipements médicaux), ainsi que des échanges d'expériences dans divers domaines. Cette politique a donné un nouvel essor à la coopération avec les pays concernés, et a permis au secteur de la santé de mettre à profit son expertise et de proposer son aide technique et financière sous forme de projets de coopération multilatérale, où le Maroc joue un rôle central ; c'est le cas notamment des projets accompagnés par l'Agence Japonaise de Coopération Internationale et la Banque Islamique de Développement dans le cadre du programme d'appui à la santé maternelle et infantile.

En ce qui concerne les mécanismes de coordination et de gestion des projets et des conventions de partenariat, le Ministère a procédé à l'actualisation de la base de données relative aux partenaires, leurs contributions et leurs domaines d'intérêt, dans le but d'y accéder durant les étapes de programmation et de planification afin de diriger le potentiel financier des partenaires vers des domaines à valeur ajoutée pour le système et ayant un effet positif et direct sur la santé des citoyens.

Action 1.70 : Appui à la mise en œuvre de la réforme budgétaire

La réforme de la Loi Organique relative à la Loi de Finances (LOF) est considérée comme un levier central de transition de la gestion des finances publiques d'un cadre normatif basé sur des considérations juridiques et comptables vers un cadre logique de l'intervention publique sensible au genre et répondant aux préoccupations liées à l'équité d'accès aux services publics et à la performance des actions de lutte contre la pauvreté, visant l'objectif ultime de bien-être du citoyen.

Ainsi, et afin que le Ministère de la Santé puisse réaliser les objectifs intermédiaires escomptés dans le cadre des phases expérimentales et de préfiguration des dispositions de ladite Loi Organique des Finances selon le calendrier prévu, il a adopté une démarche participative basée sur la concertation interne et avec les services du Ministère de l'Economie et des Finances. Pour conduire ce chantier au niveau du MS, un comité de pilotage et un comité technique de suivi ont été constitués en vue d'élaborer un plan d'action spécifique à la santé, un plan de communication et un plan de formation à mettre en œuvre durant l'année 2016 au profit de tous les intervenants aux niveaux central, régional et local.

VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°1 au titre de l'année 201

Désignation des projets ou actions du programme budgétaire n° 1	Budget Général	Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale	TOTAL
1.10 : Soutien des Missions du Système de Santé - Services communs	69 348 000	2 000 000		71 348 000
1.20 : Réforme du système de santé et Couverture Médicale de Base	3 200 000			3 200 000
1.30 : Système d'Information, Etudes, Enquêtes et Statistique	24 717 000			24 717 000
1.40 : Communication, Logistique et Moyens Généraux	113 101 385			113 101 385
1.50 : Appui à la contractualisation, Audit et Contrôle de gestion	1 850 000			1 850 000
1.60 : Transferts, Versements des participations, Coopération et Partenariat	478 430 315			478 430 315
1.70 : Appui à la mise en œuvre de la réforme budgétaire	3 220 000			3 220 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés à l'administration centrale	693 866 700	2 000 000	-	695 866 700
1.10 : Soutien aux Missions de l'Administration Régionale de la Santé (niveau régional)	22 600 300	-	-	22 600 300
1.20 : Action Médico-Sociale (niveau régional)	875 000	-	-	875 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés aux régions	23 475 300	-	-	23 475 300
TOTAL	717 342 000	2 000 000	-	719 342 000

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.10.1.1		
Intitulé de l'indicateur	La part consacrée aux dépenses de l'administration centrale dans le budget de fonctionnement (chapitre MDD)	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Contrôler les dépenses relatives au style de vie de l'administration et consécration de la transparence dans la gestion financière	
Code	1000.10.1.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de Budget (Division Financière)	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2014 : 5,6%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : l'ensemble des crédits réservés à l'administration centrale du BF (MDD) Dénominateur : l'ensemble des dépenses de fonctionnement (MDD)
	Mode de collecte des données de base	Recueil de l'information à partir de la base de données (tableau de délégation de crédits et GID)
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de Budget
	Service responsable de la synthèse des données	Service de Budget
	Validation de l'indicateur	La Division Financière
	Mode de calcul	$\frac{\text{l'ensemble des crédits réservés à l'administration centrale du BF (MDD)}}{\text{l'ensemble des dépenses de fonctionnement (MDD)}} \times 100$
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	L'archive du Service de Budget
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Lors de la clôture de l'exercice
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La rationalisation des dépenses de l'administration centrale concernant le budget de fonctionnement
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.10.1.2

Intitulé de l'indicateur	Pourcentage des doléances et sollicitations relatives à l'achat public traitées et / ou résolues et dont le concerné a été informé des résultats finaux et partiels dans l'année budgétaire	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Contrôle des dépenses relatives au train de vie de l'administration et consécration de la transparence dans la gestion financière	
Code	1000.10.1.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de Comptabilité (Division Financière)	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 80%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : nombre des doléances traitées et / ou résolues au cours de l'année N ; Dénominateur : total des doléances reçues par le service au cours de l'année N.
	Mode de collecte des données de base	Correspondance des services extérieurs du Ministère concerné pour étude et résolution
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de la Comptabilité en concertation avec le service concerné par la doléance
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Comptabilité
	Validation de l'indicateur	Service de la Comptabilité
	Mode de calcul	Nombre de doléances traités et / ou résolues divisé par le nombre des doléances reçues par le service *100
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	L'enregistrement des doléances dans un registre spécifique - la conservation des exemplaires de correspondances tout en gérant et en suivant les différentes étapes de résolution
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Pouvoir connaître le nombre des doléances reçues et traitées, évaluer la réactivité de l'administration et garantir l'équité et le droit d'information au plaignant sur sa doléance
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Réside dans la façon de traiter ces doléances (procrastination et retard de traitement) par certains des services concernés
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Fin de l'année
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration des mécanismes de suivi et d'audit interne
Commentaire	L'efficacité de cet indicateur dépend de la réactivité des services externes objet de la doléance quant à la manière de traitement et de résolution	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.20.2.1

Intitulé de l'indicateur	Pourcentage de la population bénéficiaire de l'AMO	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Contribuer à l'extension de la couverture médicale à toutes les catégories de la population	
Code	1000.20.2.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de l'Economie Sanitaire et l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Chaque 3 ans
	Dernières valeurs connues	34%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur : la population bénéficiaire de l'AMO Le dénominateur : la population totale
	Mode de collecte des données de base	Préparation des comptes nationaux de santé à travers la récolte d'informations et de données des différents intervenants dans le système sanitaire
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de l'économie sanitaire
	Service responsable de la synthèse des données	Service de l'économie sanitaire
	Validation de l'indicateur	Service de l'économie sanitaire
	Mode de calcul	La population bénéficiaire de l'AMO divisée par la population totale*100
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	La copie en papier et en format électronique des comptes nationaux de santé en plus de l'existence d'une base de données des comptes nationaux de santé depuis 1998
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître le pourcentage de la population bénéficiaire de l'AMO
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Les comptes nationaux de santé de 2013
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.20.2.2		
Intitulé de l'indicateur	Pourcentage de la population bénéficiaire du RAMED	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Contribuer à l'extension de la couverture médicale à toutes les catégories de la population	
Code	1000.20.2.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Division de Suivi du RAMED, le service d'Economie Sanitaire et l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 27%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur : la population bénéficiaire de RAMED Le dénominateur : la population totale
	Mode de collecte des données de base	Récolte des informations et données auprès de l'ANAM
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Division de suivi du RAMED
	Service responsable de la synthèse des données	Division de suivi du RAMED
	Validation de l'indicateur	Division de suivi du RAMED
	Mode de calcul	La population bénéficiaire du RAMED divisée par la population totale *100
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Préparation annuelle des résultats du RAMED en plus de l'existence d'une base de données de suivi du RAMED
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître la population bénéficiaire du RAMED
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les frais de soins ne sont pas totalement remboursés aux hôpitaux publics ce qui impacte négativement la qualité des services présentés aux bénéficiaires du RAMED
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	résultat annuel du RAMED
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.20.2.3

Intitulé de l'indicateur	Pourcentage de la population bénéficiaire du RAMED par rapport à la population cible	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Contribuer à l'extension de la couverture médicale à toutes les catégories de la population	
Code	1000.20.2.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Division de Suivi de RAMED, Service de l'Economie Sanitaire et l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 100%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur : la population bénéficiaire du RAMED Le dénominateur : la population cible
	Mode de collecte des données de base	Récolte des informations et des données auprès de l'ANAM
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Division de suivi du RAMED
	Service responsable de la synthèse des données	Division de suivi du RAMED
	Validation de l'indicateur	Division de suivi du RAMED
	Mode de calcul	La population bénéficiaire du RAMED divisée par la population cible *100
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	La préparation annuelle des résultats du RAMED en plus de l'existence d'une base de données de suivi du RAMED
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître la population bénéficiaire du RAMED et augmenter le pourcentage des bénéficiaires
	Sens d'évolution souhaitée	Maintenir cet indicateur à 100% et réduire la contribution des ménages dans les dépenses de soins
	Limites et biais connus	L'inexistence d'un comité gestionnaire du RAMED et l'insuffisance de l'enveloppe budgétaire pour rembourser tous les frais du RAMED aux hôpitaux publics
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La création d'un comité gestionnaire du RAMED et l'augmentation de l'enveloppe budgétaire pour couvrir tous les frais du RAMED aux hôpitaux publics
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.20.3.1		
Intitulé de l'indicateur	Ratio habitants par Etablissement de Soins de Santé de Base	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Mettre à niveau l'offre de soins sur la base des critères de planification de la carte sanitaire	
Code	1000.20.3.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Chiffre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 11 815
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur : effectif de la population Le dénominateur : nombre des Etablissements de Soins de Santé de Base
	Mode de collecte des données de base	Le rapport annuel de l'offre des soins
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de la Carte Sanitaire
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Carte Sanitaire
	Validation de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire
	Mode de calcul	La population totale divisée par le nombre des Etablissements de Soins de Santé de Base
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Présence d'une copie électronique et en format papier en plus du site internet de la carte sanitaire : http://cartesanitaire.sante.gov.ma/offresoins/Accueil.aspx
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur met en évidence le niveau de couverture de la population par les Etablissements de Soins de Santé de Base
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Actualisation des données concernant l'offre des soins selon le décret portant sur la carte sanitaire et l'offre de soins
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.20.3.2

Intitulé de l'indicateur	Ratio habitants par lit hospitalier	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Mettre à niveau l'offre de soins sur la base des critères de planification de la carte sanitaire	
Code	1000.20.3.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 903
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Lé numérateur : effectif de la population Le dénominateur : nombre de lits hospitaliers
	Mode de collecte des données de base	Le rapport annuel de l'offre de soins
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de la Carte Sanitaire
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Carte Sanitaire
	Validation de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire
	Mode de calcul	Effectif de la population divisée par le nombre de lits hospitaliers
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Présence d'une copie électronique et en format papier en plus du site internet de la carte sanitaire : http://cartesanitaire.sante.gov.ma/offresoins/Accueil.aspx
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur présente le niveau de couverture de la population par les lits hospitaliers
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Actualisation des données concernant l'offre des soins selon le décret portant sur la carte sanitaire et l'offre de soins
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.20.3.3		
Intitulé de l'indicateur	Ratio habitants par médecin	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Mettre à niveau l'offre de soins sur la base des critères de planification de la carte sanitaire	
Code	1000.20.3.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 1 542
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur : la population totale Le dénominateur : nombre de médecins généralistes et spécialistes au secteur public au niveau national
	Mode de collecte des données de base	Le rapport national de l'offre de soins
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de la Carte Sanitaire
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Carte Sanitaire
	Validation de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire
	Mode de calcul	La population divisée par le nombre de médecins généralistes et spécialistes au secteur public au niveau national
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Présence d'une copie électronique et en format papier en plus du site internet de la carte sanitaire : http://cartesanitaire.sante.gov.ma/offresoins/Accueil.aspx
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître la disponibilité des médecins
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Actualisation des données concernant l'offre des soins selon le décret portant sur la carte sanitaire et l'offre de soins
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.20.3.4		
Intitulé de l'indicateur	Ratio habitants par infirmier	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Mettre à niveau l'offre de soins sur la base des critères de planification de la carte sanitaire	
Code	1000.20.3.4	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 1 095
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur : la population totale Le dénominateur : nombre des infirmiers travaillant dans le secteur public au niveau national
	Mode de collecte des données de base	Le rapport annuel de l'offre de soins
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de la Carte Sanitaire
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Carte Sanitaire
	Validation de l'indicateur	Service de la Carte Sanitaire
	Mode de calcul	La population divisée par le nombre des infirmiers travaillant dans le secteur public au niveau national
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Présence d'une copie électronique et en format papier en plus du site internet de la carte sanitaire : http://cartesanitaire.sante.gov.ma/offresoins/Accueil.aspx
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître la disponibilité des infirmiers
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Actualisation des données concernant l'offre des soins selon le décret portant sur la carte sanitaire et l'offre de soins
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.30.4.1		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de régions sanitaires qui ont implanté le nouveau système d'information SMI-PF/SC	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Améliorer et renforcer le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	
Code	1000.30.4.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	0
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre des régions qui ont implanté le nouveau système d'information SMI-PF/SC
	Mode de collecte des données de base	Collecte des informations et données auprès des directions et délégations provinciales du Ministère de la Santé
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service des études et d'information sanitaire
	Service responsable de la synthèse des données	Service des études et d'information sanitaire
	Validation de l'indicateur	Service des études et d'information sanitaire
	Mode de calcul	Calcul des régions sanitaires qui ont implanté le nouveau système d'information SMI-PF/SC
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	La conservation de tous les rapports concernant l'opération de généralisation du système d'information SMI-PF/SC au niveau des régions
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Permet de suivre le nombre de régions qui ont implanté le nouveau système d'information SMI-PF/SC au niveau national
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Commencer à généraliser l'utilisation du système d'information SMI-PF/SC au niveau national, à partir de la fin de 2015 et début 2016
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.30.4.2		
Intitulé de l'indicateur	Taux de réalisation de l'ENSPF-VI 2015-2016	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	Améliorer et renforcer le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	
Code	1000.30.4.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	0
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Pourcentage des activités et actions réalisées dans le cadre de l'ENSPF 2015-2016
	Mode de collecte des données de base	Suivi du pourcentage des activités réalisées dans le cadre de la concrétisation du plan de travail concernant l'ENSPF 2015-2016
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service des études et d'information sanitaire
	Service responsable de la synthèse des données	Service des études et d'information sanitaire
	Validation de l'indicateur	Service des études et d'information sanitaire
	Mode de calcul	Total des activités réalisées divisées par les activités programmées
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	La conservation de tous les rapports concernant le suivi des activités réalisées
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Permet le suivi graduel des activités réalisées les plus importantes dans le cadre de l'ENSPF 2015-2016
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Annuelle
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Accélération de la réalisation de toutes les activités programmées
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.50.5.1		
Intitulé de l'indicateur	La fréquence de publication de rapports périodiques et de notes relatives à l'exécution du budget et la gestion des programmes d'investissement	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	La constitution progressive de la contractualisation basée sur l'efficacité de la performance	
Code	1000.50.5.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de Suivi et d'Evaluation des Ressources Financières (Division Financière)	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre de rapports chaque année
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	Un seul rapport à la fin de l'année
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Les données financières et indicateurs de réalisation des programmes
	Mode de collecte des données de base	L'utilisation des données disponibles dans le système de Gestion Intégrée de Dépenses (GID) et les visites sur terrain
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de Suivi et d'Evaluation des Ressources Financières
	Service responsable de la synthèse des données	Service de Suivi et d'Evaluation des Ressources Financières
	Validation de l'indicateur	La division Financière
	Mode de calcul	Nombre de rapports réalisés et mis à disposition des responsables directs
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Les archives
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Des journaux détaillés
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Limites du système de Gestion Intégrée de Dépenses (GID) et difficulté d'exploitation de ses données qui n'intègre pas la partie concernant la réalisation des projets d'investissement
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	De façon cyclique durant l'année
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Banalisation des moyens utilisés et livraison des rapports à temps opportun pour la prise de décision
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 1000.10.7.1		
Intitulé de l'indicateur	Le nombre de décisions de virement entre articles du budget d'investissement qui sont effectuées au niveau de l'ordonnateur	
Programme	Programme 1 : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
Objectif du Programme	La mise en place et la concrétisation des axes de la réforme budgétaire aux niveaux central, régional et local	
Code	1000.10.7.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Planification et des Ressources Financières	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de Budget (Division Financière)	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2014 : 179
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de virements entre articles du budget d'investissement
	Mode de collecte des données de base	Le système informatique (GID)
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de Budget
	Service responsable de la synthèse des données	Service de Budget
	Validation de l'indicateur	Division Financière
	Mode de calcul	Nombre des décisions de virement
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	L'archive
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse
	Limites et biais connus	
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	A la fin de chaque année
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Contrôler la programmation et la stabiliser et renforcer les capacités des services concernés pour que les crédits suivent la réalisation des projets
Commentaire	-	

Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques

I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n°2 et de ses finalités générales

Ce programme s'inscrit dans les axes 2 et 3 de la stratégie sectorielle du Ministère de la Santé. Les efforts déployés jusqu'à présent ont abouti à une amélioration notable des indicateurs de la santé maternelle, de la santé infanto juvénile, de la prévalence contraceptive et ceux des prestations de santé délivrées à la population à besoins spécifiques.

Le Royaume du Maroc s'est inscrit dans toutes les initiatives internationales visant l'amélioration de la santé de la population en général, et la santé de la reproduction, la santé de l'enfant et celle de la population en situation du handicap en particulier.

En effet, La stratégie sectorielle œuvre pour que chaque grossesse soit planifiée, pour qu'aucune femme ne perde la vie ou ne soit menacée par des morbidités évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement. Elle tend également à ce que chaque nouveau-né profite pleinement de son droit à la santé et au bien-être conformément à la convention des droits de l'enfant, sans être exposé au risque de décès ou à des pathologies évitables qui pourraient compromettre son développement somatique, psychosocial et affectif ou l'exposer à un handicap. Elle tend, aussi, à ce que les jeunes et la population à besoins spécifiques jouissent d'un bien être mental, physique et social.

De ce fait, ce programme, sous tendu par des valeurs et des principes d'équité et d'égalité, s'articule autour des besoins et priorités en santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques.

La vision adoptée par le programme de la santé reproductive, de la santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques; puise son fondement dans les orientations ministérielles visant la consolidation des acquis des programmes de santé en les dotant des ressources suffisantes pour accomplir leurs missions et permettre d'étendre la couverture sanitaire et d'assurer des soins de proximité de qualité. Ces ressources incluent :

- Les infrastructures adéquates pour des prestations de qualité ;
- Le personnel de santé qualifié ;
- Les produits et médicaments stratégiques des programmes de santé ;
- Le matériel médico-technique ;
- Le système d'information sanitaire adéquat qui assure un suivi régulier et une évaluation pertinente du programme ;
- Les ressources financières suffisantes et sécurisées (carburants, indemnités de déplacement, formations, production de supports...).

Les domaines d'intervention du programme tiennent compte des axes suivants :

- Le développement des normes et des standards relatifs aux actions et aux activités du programme de la santé reproductive, de la santé de l'enfant et du jeune et la santé de la population à besoins spécifiques ;
- L'appui institutionnel, réglementaire et organisationnel au niveau central, régional, provincial et local ;

- Le plaidoyer et la mobilisation sociale ;
- L'approvisionnement en intrants (médicaments, consommables et équipements du programme de la santé reproductive, de la santé de l'enfant et du jeune et la santé de la population à besoins spécifiques) ;
- Le renforcement des compétences du capital humain pour la santé en matière du programme de la santé reproductive, de la santé de l'enfant et du jeune et la santé de la population à besoins spécifiques ;
- Le renforcement de la recherche opérationnelle et recherche actions en santé reproductive, santé de l'enfant et du jeune et santé de la population à besoins spécifiques ainsi que la génération des connaissances ;
- Le renforcement du partenariat et de la collaboration intra et intersectorielle.

II. Responsable du programme budgétaire n°2

- Monsieur le Directeur de la Population

III. Structures et Acteurs de pilotage du programme budgétaire n°2

- Direction de la Planification et des Ressources Financières ;
- Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires ;
- Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les Maladies ;
- Division de la communication.

IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n°2

Le suivi et l'évaluation réguliers de la stratégie, des actions et des projets de ce programme seront assurés à tous les niveaux de la pyramide du système de santé. Un système d'information sanitaire de routine mis en place permet d'assurer une rétroaction à tous les niveaux de mise en œuvre de ce projet de performance. Des réunions de suivi, des enquêtes périodiques, des visites de terrain, ainsi que des revues semestrielles et annuelles seront organisées. Les objectifs de ce programme peuvent être mesurés par les indicateurs objectivement vérifiables suivants :

Objectif 1 : Assurer la promotion et la prévention sanitaires en faveur des enfants et des jeunes

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 1.1: Taux moyen annuel de contact pour consultation curative médicale au niveau des ESSP par enfant de moins de 5 ans	1,4	1,4	1,45	1,45	1,5	1,5
Indicateur 1.2 : Taux de couverture par la troisième dose du vaccin Pentavalent (DTC-Hib-HB) à 4 mois	98%	98%	≥98%	≥98%	≥98%	≥98%
Indicateur 1.3: Taux de couverture par la 2ème dose de la vitamine D des enfants de moins d'un an	92%	92%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
Indicateur 1.4: Taux de couverture des élèves et des étudiants par la visite médicale systématique	81 %	82%	84%	85%	85%	≥85%

Objectif 2 : Améliorer la santé reproductive et maternelle

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 2.1: Proportion d'accouchements réalisés dans les structures publiques de santé	77,6%	77,6%	Plus de 80%	Plus de 80%	Plus de 80%	Plus de 80%
Indicateur 2.2 : Taux de participation au dépistage du cancer de sein	25,1%	28,2%	25,5%	30%	30%	30%
Indicateur 2.3: Nombre de sorties des équipes mobiles réalisées	12 032	12 500	13 000	13 500	14 000	14 000
Indicateur 2.4: Taux d'utilisation par couple année protection des méthodes contraceptives	-	Plus de 18,5%	Plus de 18,5%	Plus de 18,5%	Plus de 18,5%	Plus de 18,5%

Objectif 3: Assurer des prestations sanitaires de qualité en faveur des personnes en situation du handicap et des personnes âgées

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur .3.1: Nombre de personnes atteintes de déficience, d'incapacité ou du Handicap physique appareillées.	3 111	3 539	3 650	3650	4 000	4 200
Indicateur 3.2 : Nombre de nouveaux cas de personnes bénéficiaires des séances de rééducation	-	-	6 000	7 000	9 000	12 000

V. Présentation des projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°2.

En relation avec ce programme budgétaire, les composantes maîtresses qui caractérisent le projet de performance 2016-2018 ont été adaptées en tenant compte des réalités politiques et socioculturelles du pays. Il s'agit de :

- Information et service en matière de planification familiale (PF) ;
- Maternité à moindre risque (MMR) : Soins prénatals ; accouchements sans risque, soins essentiels en cas de complications obstétricales ; soins aux nouveau-nés et soins du post-partum ;
- Immunisation et nutrition y compris l'allaitement maternel ;
- Renforcement des soins de santé primaires au bénéfice de l'enfant à travers la prise en charge intégrée de la santé de l'enfant notamment l'introduction des Nouvelles Technologies de l'Information et la Communication ;
- Renforcement des services de santé et de prestations d'information et d'écoute au profit des élèves, des étudiants et des jeunes ;
- Amélioration de la prise en charge des femmes et enfants victimes de violence ;
- Renforcement de la couverture sanitaire par le mode mobile pour améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de soins de santé de base ;
- Renforcement de la détection précoce des cancers du col de l'utérus et du sein ;
- Renforcement des services et des soins santé en faveur des populations à besoins spécifiques.

Les composantes de ce programme sont intégrées dans les six projets/actions suivants :

Action 2.10. Santé reproductive et santé de la mère

La santé de la reproduction, permet la mise en place d'un paquet de prestations préventives, promotionnelles et curatives intégrées, continues et qui répond aux besoins de la population en matière de santé génésique durant le cycle de vie. Le paquet de la santé reproductive comprend la planification familiale, la santé de la mère, la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus et la prise en charge des femmes et enfants victimes de violence

A cet effet, tout en s'inscrivant dans les actions de la stratégie sectorielle du Ministère de la Santé 2012-2016, ce projet consiste à poursuivre le développement des domaines d'intervention suivants :

- L'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- La réponse aux besoins de la population en matière de planification familiale ;
- Le renforcement de la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus ;
- Le renforcement de la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence.

Action 2.20. Santé de l'enfant et du jeune

Etant donné l'importance de cette population sur le plan démographique et vu les enjeux de santé publique, la santé des enfants et des jeunes est retenue comme priorité dans la stratégie sectorielle 2012-2016.

Ainsi, et pour la petite enfance, les actions retenues visent à contribuer à accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile en vue de contribuer à atteindre les ODD à travers la mise en oeuvre de la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant (PCIE) dans une logique de renforcement des soins de santé primaires (SSP) et d'action sur la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles à travers le ciblage des problèmes de santé prioritaires et en accordant la priorité aux zones et localités enclavées et aux tranches vulnérables de la population. Cette approche transversale et globale constitue un maillon fort reliant les différents niveaux de soins en assurant un continuum, en amont (information et éducation sanitaire) et en aval (prise en charge par niveau et référence guidée vers le niveau supérieur de soins).

Pour atteindre les objectifs escomptés pour les enfants de moins de 5 ans, et en plus de la disponibilité des ressources humaines et matérielles requises, les principales actions suivantes s'avèrent nécessaires :

- L'accélération de la généralisation de la stratégie de la PCIE notamment à travers l'utilisation des nouvelles technologies et l'extension de ses directives (urgences pédiatriques, maladies chroniques...) ;
- Le renforcement des actions de formation continue et de la coordination entre les niveaux de soins pour mieux répondre aux besoins de la petite enfance ;
- Le renforcement des actions de communication pour le changement de comportement ;
- Le repositionnement des Soins de Santé Primaire de l'enfant à travers l'enseignement dans la formation de base au niveau des facultés de médecine et l'implication du secteur libéral ;

La santé des élèves, des étudiants et des jeunes constitue une priorité nationale vu l'importance démographique de cette population (10 millions d'individus), sa vulnérabilité et la spécificité de ses problèmes de santé. En effet, cette tranche d'âge souffre à la fois de problèmes de santé (affections bucco-dentaires, déficiences visuelles, maladies transmissibles et non transmissibles) et des conséquences des comportements malsains tels que le tabagisme, la consommation de drogues et de boissons alcoolisées,...

Ainsi, les actions retenues dans le cadre de la santé scolaire et universitaire et la promotion de la santé des jeunes visent :

- Le renforcement du cadre organisationnel et partenarial dans le domaine de la santé scolaire et universitaire y compris la promotion de la santé des jeunes ;

- L'amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge des problèmes de santé des élèves, et ce à travers l'organisation d'une campagne nationale de dépistage et de prise en charge des problèmes de santé de la population scolaire ;
- Le renforcement des structures d'accueil et de prise en charge (centres de référence de santé scolaire et universitaire, espaces santé jeune et centres médico universitaires) en faveur des élèves, des étudiants et des jeunes ;
- La promotion d'un mode de vie sain et d'un environnement favorable à la santé.

Action 2.30. Immunisation et nutrition (cycle de vie)

La vaccination et la nutrition sont deux déterminants essentiels pour la protection de la santé de la mère et de l'enfant. Aussi, en vue de consolider les acquis en la matière, la vaccination et la nutrition occupent-t-elles une place primordiale dans la stratégie sectorielle 2012- 2016 et plus particulièrement dans l'axe n°2 relatif au renforcement de la santé de la mère et de l'enfant.

La vaccination constitue un droit fondamental de l'enfant. Elle est considérée comme le moyen le plus sûr et le plus efficace pour réduire la mortalité néonatale, infantile et juvénile.

Depuis la restructuration du programme national d'immunisation (PNI) en 1987, la couverture vaccinale nationale a atteint 90 % pendant les années 90 et a dépassé 95 % pendant les cinq dernières années.

Ainsi, grâce à la couverture vaccinale optimale atteinte au niveau national le Maroc a pu éliminer depuis 1987, la poliomyélite et depuis 1990 la diphtérie. Par ailleurs, le Maroc est le premier pays à avoir certifié en mars 2002, l'élimination du tétanos néonatal selon le protocole de l'OMS-UNICEF.

Actuellement, le Ministère de la Santé assure gratuitement la disponibilité de 12 antigènes, dont onze pour la protection de la santé de l'enfant et un vaccin anti-tétanos pour la femme en âge de procréation, en vue de prévenir le tétanos néonatal et de réduire l'incidence des maladies cibles du programme national d'immunisation.

Objectifs du Programme National d'Immunisation

- Maintenir une couverture vaccinale uniforme supérieure ou égale à 95% par tous les antigènes ;
- Maintenir l'élimination du tétanos néonatal ;
- Éliminer la rougeole, la rubéole ;
- Renforcer le calendrier national de vaccination ;
- Impliquer davantage le secteur privé dans les activités de vaccination et de surveillance épidémiologique.

Principales perspectives du programme

- Poursuite de la mise en œuvre de la stratégie nationale d'élimination de la rougeole et du contrôle de la rubéole ;
- Renforcement du calendrier national de vaccination par l'introduction de nouveaux antigènes rappels et formes de vaccins ;

- Renforcement de la qualité vaccinale,
- Amélioration de la gestion du programme à tous les niveaux.

Aussi, conscient de son rôle stratégique, le programme national d'immunisation s'engage à maintenir ses acquis et à renforcer la protection de la population par l'introduction de nouveaux vaccins. Le Ministère de la Santé mettra en œuvre une stratégie nationale d'élimination de la rougeole et du contrôle de la rubéole et l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le calendrier national de vaccination.

La lutte contre les troubles nutritionnels contribue à la diminution de 25 % de la mortalité infantile et de 20% de la mortalité maternelle. Les études nationales mettent en relief les efforts consentis en indiquant la nécessité de continuer d'agir sur les carences en micronutriments, le retard de croissance ainsi que sur le surpoids et l'obésité qui sont en pleine émergence.

Des actions inscrites dans ce programme visent à contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et des mères à travers l'acquisition des micronutriments (fer, vitamines A et D, Zinc et acide folique) et leur mise à disposition au niveau des provinces et préfectures. Elles visent également l'amélioration des compétences des professionnels de santé sur le counseling en matière de l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ainsi que l'accompagnement des régions en matière de mise en œuvre des programmes de nutrition.

Action 2.40. Population à besoins spécifiques

La santé des personnes en situation du handicap et celles des personnes âgées cible une population de près de quatre millions d'individus.

Aussi, en s'inscrivant dans les orientations de la stratégie sectorielle 2012-2016, et en vue d'améliorer l'accès aux soins et la réhabilitation pour cette catégorie de population, ce projet s'articule autour des axes d'intervention suivants :

- Le développement et le renforcement des structures de prise en charge en faveur de cette population (construction et acquisition des équipements medicotechniques).
- Le renforcement des compétences des professionnels de la santé (orthoprothésistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et psychomotriciens,.....) ;
- Le renforcement et développement des services d'aide technique, de soutien et de réadaptation à base communautaire ;
- Le développement de la recherche et des études ;
- Le renforcement de la mobilisation sociale autour de handicap par l'organisation du forum national sur la santé et le handicap.

Action 2.50. Stratégie mobile et appui au plan de santé rurale

Cette action vise à améliorer la couverture des populations éloignées et enclavées du milieu rural en matière de services de santé essentiels.

Elle vise spécifiquement à assurer des passages réguliers tous les 3 mois des équipes mobiles médicalisées, au niveau des points de rassemblement de la population bien définis, et permettant la dispense d'un paquet intégré d'activités, identique à celui assuré au niveau des établissements de soins de santé de base.

Par ailleurs, ce programme intègre des interventions visant la dispense de prestations de diagnostic et de soins de santé spécialisés à travers des campagnes médicales spécialisées. Dans le cadre de cette action le MS prévoit la mobilisation des ressources nécessaires pour le fonctionnement de la stratégie de couverture par le mode mobile.

Ainsi, afin d'assurer la réussite de la stratégie mobile, des missions d'accompagnement des régions, des actions de renforcement des compétences des professionnels de santé et un système de suivi –évaluation s'avèrent primordiales.

Action 2.60. Appui aux missions du programme de santé

Cette action concerne toutes les dépenses communes afférentes aux activités d'appui aux missions du programme de santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques.

VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°2 au titre de l'année 201

Désignation des projets ou actions du programme budgétaire n° 2	Budget Général	Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale	TOTAL
2.30 : Immunisation et Nutrition (Cycle de vie)	452 930 000			452 930 000
2.40 : Population à besoins spécifiques	4 900 000			4 900 000
2.50 : Stratégie Mobile et Appui au plan de Santé Rurale	81 450 404			81 450 404
2.60 : Appui aux Missions du Programme de Santé	18 845 000			18 845 000
TOTAL	558 125 404	-	-	558 125 404

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.20.1.1		
Intitulé de l'indicateur	Taux moyen annuel de contact pour consultation curative médicale au niveau des ESSB par enfant de moins de 5 ans	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 1 : Assurer la promotion et la prévention sanitaires en faveur des enfants et des jeunes	
Code	2000.20.1.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Protection de la Santé infantile	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2011 : 1,4, 2012 : 1,4, 2013 : 1,4
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Nombre de consultations curatives médicales pour les enfants de moins de 5 ans réalisées au niveau des ESSP y compris l'équipe mobile pour l'année en question. Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans estimé
	Mode de collecte des données de base	Système d'information de routine.
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	SIAAP / délégation
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Validation de l'indicateur	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire & Service de la Protection de la Santé de l'enfant
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Nombre de consultations curatives médicales pour les enfants de moins de 5 ans réalisées au niveau des ESSP y compris l'équipe mobile / Nombre d'enfants de moins de 5 ans estimé selon le HCP.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le « bulletin santé en chiffres ».
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur l'utilisation des services
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	- Se base sur la population estimée par rapport au dernier recensement (chaque 10 ans). - Ne concerne que les structures publiques. - Disponibilité / affectation des médecins au niveau des ESSP. - Formation du personnel utilisateur.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Généralement en année + 1
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Informatisation de la collecte de l'information depuis l'établissement sanitaire et la mise en place d'une application web avec le renforcement du parc informatique à tous les niveaux.
Commentaire	Mettre en place un système de collecte de l'information pour le secteur privé dans le cadre du système d'information national sanitaire intégré.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.30.1.2		
Intitulé de l'indicateur	Taux de couverture par la troisième prise du vaccin pentavalent (DTC-Hib-Hép.B) à l'âge de 4 mois	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 1 : Assurer la promotion et la prévention sanitaires en faveur des enfants et des jeunes	
Code	2000.30.1.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de protection de la santé infantile	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 = 98%, 2014 = 98%.
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur est le nombre de doses administrées aux enfants, le dénominateur est le nombre estimé d'enfants de moins d'un an.
	Mode de collecte des données de base	Rapports mensuels et annuels issus des différentes provinces/préfectures du Royaume.
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	La cellule de la SMI au niveau de la formation sanitaire, l'animateur du PNI et le technicien des statistiques au niveau du SIAAP, l'unité de suivi et d'évaluation au niveau du service central/PNI.
	Service responsable de la synthèse des données	Programme National d'Immunisation
	Validation de l'indicateur	Programme National d'Immunisation
	Mode de calcul	$\left(\frac{\text{Nbre d'enfants ayant reçu la 3}^{\text{ème}} \text{ prise DTC-Hib-Hép.B}}{\text{Nombre d'enfants de moins d'un an}} \right) \times 100$
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 10 ans Les données sont en format électronique et sur documents imprimés sous la responsabilité de l'Unité suivi-évaluation du PNI
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur le pourcentage d'enfant protégés contre cinq maladies cibles du programme à savoir : la diphtérie, le Tétanos, la coqueluche, l'hémophilus influenza type et l'hépatite. Suivi de l'évolution annuelle par niveau et par milieu et selon l'objectif escompté
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	ce taux doit être au plus égal aux taux de couverture par la 1 ^{ère} et la 2 ^{ème} prise du même vaccin. Exactitude du dénominateur
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Les données sont disponibles au plus tard 3 mois après l'achèvement de l'année.
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Révision de système d'information SMI et son informatisation en 2016
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.30.1.3		
Intitulé de l'indicateur	Taux de couverture par la 2 ^{ème} dose de la vitamine D des enfants de moins d'un an	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 1 : Assurer la promotion et la prévention sanitaires en faveur des enfants et des jeunes	
Code	2000.30.1.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Unité de nutrition	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 92%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu la 2 ^{ème} dose de la vitamine D Dénominateur : Nombre estimé d'enfants de moins d'un an.
	Mode de collecte des données de base	Système d'information de routine.
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	SIAAP / délégation
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Validation de l'indicateur	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire & Service de la Protection de l'Enfant / unité de nutrition
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu la 2 ^{ème} dose de la vitamine D x 100 / Nombre estimé d'enfants de moins d'un an.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le « bulletin santé en chiffres ».
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur l'utilisation des services
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	- Se base sur la population estimée par rapport au dernier recensement (chaque 10 ans). - Ne concerne que les établissements sanitaires publics. - Revue du système d'information de routine. - Formation du personnel utilisateur.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Généralement en année + 1
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Informatisation de la collecte de l'information depuis l'établissement sanitaire et la mise en place d'une application web avec le renforcement du parc informatique à tous les niveaux.
Commentaire	Mettre en place un système de collecte de l'information pour le secteur privé dans le cadre du système d'information national sanitaire intégré.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.20.1.4		
Intitulé de l'indicateur	Taux de couverture des élèves et des étudiants par la visite médicale systématique	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 1 : Assurer la promotion et la prévention sanitaires en faveur des enfants et des jeunes	
Code	2000.20.1.4	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Division de la Santé Scolaire et Universitaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Pourcentage
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 81%, 2014 : 82%, prévisions 2015: 83%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	
	Mode de collecte des données de base	Synthèse des rapports des activités trimestriels de santé universitaire et des rapports provinciaux relatifs du bilan de la campagne nationale de dépitage et de prise en charge des problèmes de santé de la population scolaire.
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Les données sont produites au niveau des provinces/préfectures et parviennent directement à la division de santé scolaire et universitaire.
	Service responsable de la synthèse des données	Au niveau central, la synthèse est faite au niveau de la Division de la Santé Scolaire et Universitaire.
	Validation de l'indicateur	Division de la Santé Scolaire et Universitaire
	Mode de calcul	Nombres d'élèves et d'étudiants ayant bénéficié d'un examen médical systématique/ Nombres d'élèves et d'étudiants ciblés par la visite médicale systématique (élèves nouveaux inscrits au préscolaire, élèves de la 1ère année de l'enseignement primaire, ceux de la 1ère année de l'enseignement collégiale et les étudiants résidents des cités universitaires) par année.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Les données collectées sont conservées au niveau des Provinces /préfectures et au niveau de la Division de la Santé Scolaire
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et biais de cet indicateur sont constitués par : ▪ Disponibilité du personnel médical et paramédical ; ▪ Disponibilité des moyens de mobilité pour le déplacement des équipes surtout dans le milieu rural ; ▪ Degré de coordination et de soutien des partenaires.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Généralement année +6 mois
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Aucun
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.10.2.1		
Intitulé de l'indicateur	Proportion d'accouchements réalisés dans les structures publiques de santé	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 2: Améliorer la santé reproductive et maternelle	
Code	2000.10.2.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Protection de la Santé de la Mère	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 77.6%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Nombre d'accouchements effectués dans les structures d'accouchement publiques (maternités hospitalières et maisons d'accouchements). Dénominateur : Nombre de naissances attendues selon le HCP.
	Mode de collecte des données de base	Système d'information de routine.
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	SIAAP / délégation
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Validation de l'indicateur	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire - DPRF & Service de la Protection de la Santé de la Mère
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Nombre d'accouchements effectués dans les structures d'accouchement publiques (maternités hospitalières et maisons d'accouchements) x 100 / Nombre de naissances attendues selon le HCP.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le « bulletin santé en chiffres ».
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur l'utilisation des services
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	- Se base sur la population estimée par rapport au dernier recensement (chaque 10 ans). - Ne concerne que les structures d'accouchements publiques. - Formation du personnel utilisateur.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Généralement en année + 6 mois
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Informatisation de la collecte de l'information depuis l'établissement sanitaire et la mise en place d'une application web avec le renforcement du parc informatique à tous les niveaux.
Commentaire	Mettre en place un système de collecte de l'information pour le secteur privé dans le cadre du système d'information national sanitaire intégré.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.10.2.2		
Intitulé de l'indicateur	Taux de participation au dépistage du cancer du sein	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 2: Améliorer la santé reproductive et maternelle	
Code	2000.10.2.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Unité de Détection Précoce des Cancers du sein et du col de l'utérus	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Trimestriel
	Dernières valeurs connues	2013 : 25.1% 2014 : 28.2%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le nombre de femmes âgées entre 45 et 69 ans ayant bénéficiées du dépistage du cancer du sein / nombre de femmes âgées de 45-69ans
	Mode de collecte des données de base	Système d'information de routine
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	DMS, DRS
	Service responsable de la synthèse des données	Division de la Planification Familiale/ SEIS/ DPRF
	Validation de l'indicateur	Division de la Planification Familiale
	Mode de calcul	Le nombre de femmes âgées entre 45 et 69 ans ayant bénéficiées du dépistage du cancer du sein / nombre de femmes âgées de 45-69 ans
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	La programme vise à travers ces axes stratégiques à rendre disponible les prestations de dépistage et de diagnostic du cancer du sein et d'en faire la promotion auprès des femmes de la population cible. Le taux de participation permet d'évaluer l'efficacité du dispositif.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Le non-respect de la population cible constitue le principale biais à cet indicateur, l'accompagnement des structures de soins et les supervisions permette de l'appuyer et d'y remédier.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Données disponible, suivi de la tendance
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Données intégrées dans l'application SMI/SR/CC en cours de généralisation par la DPRF en vue d'automatiser la collecte et le circuit.
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.50.2.3		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de sorties des équipes mobiles réalisées	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 2: Améliorer la santé reproductive et maternelle	
Code	2000.50.2.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de Coordination et de Collaboration Intersectorielle	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Un nombre
	Périodicité de la mesure	trimestrielle
	Dernières valeurs connues	2013 : 11 589 sorties réalisées 2014 : 12 032 sorties réalisées
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le nombre de sorties effectuées : la sortie désigne l'acte par lequel une équipe de professionnels de santé se rend d'un point de départ donné (centre de santé ou Province médicale) à un ou plusieurs points de rassemblement de la population, pour revenir à son point de départ
	Mode de collecte des données de base	Comptages manuels sur supports standardisés
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Délégations du Ministère de la Santé
	Service responsable de la synthèse des données	Service de Coordination et de Collaboration Intersectorielle
	Validation de l'indicateur	Direction de la Population
	Mode de calcul	Somme des sorties réalisées (voir définition de la sortie, plus haut)
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Disponibles au niveau du service sur supports numériques Durée de conservation : plus de 5 ans
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Indicateur qui reflète la fréquence de contact des unités médicales mobiles avec les populations cibles : contacts ayant pour objectif de dispenser des prestations de soins de santé primaires.
	Sens d'évolution souhaitée	A l'état actuel, cet indicateur évolue à la hausse pour assurer une fréquence satisfaisante des visites. Dans le futur, la tendance serait à la baisse au profit de l'expansion de la stratégie de couverture sanitaire fixe.
	Limites et biais connus	Ne renseigne pas sur le nombre, ni la qualité des prestations rendues
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	la donnée est déjà disponible depuis l'année 2012 Elle est disponible annuellement
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.10.2.4		
Intitulé de l'indicateur	Taux d'utilisation par couple années protection des méthodes contraceptives	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 2: Améliorer la santé reproductive et maternelle	
Code	2000.10.2.4	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Programmation et des Activités de Planification Familiale	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2012 : 18,8 2013 : Non disponible
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le numérateur : le nombre des couples-Année-Protection Le dénominateur : le nombre des femmes mariées en âge de reproduction
	Mode de collecte des données de base	Système automatisé de gestion et d'information L'application SMI/PF revue en SR/SE/SC
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	ESSP
	Service responsable de la synthèse des données	DPRF/SNIS
	Validation de l'indicateur	DP
	Mode de calcul	$\frac{\text{Nombre total des CYP}}{\text{Nombre de FMAR}} \times 100$ NB : Le nombre des Couples-Années-Protection (En anglais, Couple Years Protection CYP) est une mesure théorique qui s'obtient en multipliant les quantités de chaque produit contraceptif distribué aux clientes au cours de l'année, par le facteur de conversion de chaque méthode
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Santé en chiffres/ DPRF/ MS
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	C'est une prévalence approximative qui représente les femmes mariées utilisant les méthodes modernes uniquement au niveau du secteur public
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	C'est un indicateur qui ne reflète que les méthodes modernes utilisées au niveau du secteur publique ;
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	C'est un indicateur qui prend du retard pour sa publication (au moins une année)
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Disponibilité des produits contraceptifs couvrant les besoins des FMAR des ESSP
Commentaire	Cet indicateur est affecté directement par la rupture de stock des produits contraceptifs au niveau des ESSP	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.40.3.1		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de personnes atteintes de déficiences, d'incapacité ou du Handicap physique appareillées	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 3: Assurer des prestations sanitaires de qualité en faveur des personnes en situation du handicap et celle des personnes âgées	
Code	2000.40.3.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Trimestrielle
	Dernières valeurs connues	2013 : 3 111 2014 : 3 539
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre
	Mode de collecte des données de base	Rapport trimestriel des activités d'appareillage orthopédique;
	Services responsables de la collecte des données de base	Les centres intégrés régionaux de rééducation et de l'appareillage orthopédiques ;
	Service responsable de la synthèse des données	- Les unités de santé publique au niveau des Directions régionales de la santé ; - Service de la réhabilitation et de la Gériatrie au niveau national.
	Validation de l'indicateur	Les majors des centres d'appareillage orthopédiques et les responsables des unités de santé publiques au niveau des délégations provinciales et préfectorales.
	Mode de calcul	Nombre
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Les rapports périodiques sont archivés au niveau du service par année.
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître périodiquement le nombre de nouveaux cas présentant une déficience, incapacité ou handicap physique ayant bénéficié d'une orthèse ou d'une prothèse pour récupérer ses compétences fonctionnelles.
	Sens d'évolution souhaitée	Les réalisations seront à la hausse au cours des cinq années à venir grâce à l'ouverture de nouveaux centres d'appareillage à Rabat prévu en 2017 et Settat en 2018.
	Limites et biais connus	La méconnaissance du nombre des personnes en situation de déficiences, d'incapacités et du handicap nécessitant un appareil orthopédique, ne permet pas de connaître les proportions des bénéficiaires par type de prestation et de mesurer par conséquent le taux de couverture et de suivre son évolution.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Est implanté depuis 2014.
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Le nouveau modèle de collecte des données de base relatives à l'appareillage orthopédique est implanté depuis 2014, il fera objet d'évaluation en 2017.
Commentaire	Les personnes appareillées sont des nouveaux cas recrutés présentant une déficience provisoire (post-traumatique, post chirurgie,...), une incapacité ou un Handicap nécessitant une immobilisation par une orthèse, une semelle ou un corset, de même que les personnes présentant un handicap physique permanent nécessitant selon les cas une prothèse définitive. A signaler que les cas refaits et les contrôles ne sont pas inclus dans l'indicateur.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.40.3.2		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de nouveaux cas de personnes bénéficiaires des séances de rééducation (en kinésithérapie, orthophonie, orthoptie ou psychomotricité)	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Programme	Objectif 3: Assurer des prestations sanitaires de qualité en faveur des personnes en situation du handicap et celle des personnes âgées	
Code	2000.40.3.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Directeur de la Population	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Trimestrielle
	Dernières valeurs connues	2013 : Non disponible
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre
	Mode de collecte des données de base	Fiches patients et registres d'activité
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	- Les centres intégrés régionaux de rééducation et de l'appareillage orthopédiques ; - Les centres provinciaux et préfectoraux de rééducation ; - Les services de rééducation des CHR et des CHP.
	Service responsable de la synthèse des données	- Les unités de santé publique au niveau des Directions régionales de la santé ; - Service de la réhabilitation et de la Gériatrie au niveau national.
	Validation de l'indicateur	Les majors des centres de rééducation et les responsables des unités de santé publiques au niveau des délégations provinciales et préfectorales.
	Mode de calcul	Nombre
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Les rapports périodiques sont archivés au niveau du service par année
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître périodiquement le nombre de nouveaux cas présentant une déficience, incapacité ou en situation du handicap ayant bénéficié d'une prestation de rééducation.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse au cours des cinq années à venir car de nouveaux centres de rééducation sont en cours de construction et d'autres sont programmées au niveau des délégations de santé.
	Limites et biais connus	La méconnaissance du nombre des personnes en situation de déficiences, d'incapacités et du handicap nécessitant des séances de rééducation, ne permet pas de connaître les proportions des bénéficiaires par type de prestation et de mesurer par conséquent le taux de couverture et de suivre son évolution.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Les données relatives à l'indicateur seront livrées à partir de la fin de l'année 2015 ; et ce selon le nouveau rapport.
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Le modèle de collecte des données de base relatives à la rééducation est en cours de révision, et ce en vue de déterminer l'indicateur en question par type de rééducation (Kinésithérapie, orthophonie, orthoptie et psychomotricité), par sexe et par tranches d'âge.
Commentaire	L'indicateur relatif aux prestations de la rééducation permet de déterminer les nouveaux cas de personnes présentant une déficience, incapacité ou en situation du Handicap ayant bénéficié des séances de Kinésithérapie, de psychomotricité, d'orthophonie et/ou d'orthoptie au niveau des centres régionaux, provinciaux et des unités de rééducation intra hospitalières.	

Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies

I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n° 3 et de ses finalités générales

1- Veille et alerte sanitaire

Les événements de santé qu'a connus le monde ces dernières décennies ont montré clairement que de nombreux risques sanitaires constituent une menace globale nécessitant une approche coordonnée au niveau international, s'appuyant sur des systèmes nationaux de santé solides et efficaces.

Le Maroc, dispose, certes, de dispositifs pour la surveillance épidémiologique et la sécurité sanitaire, mais ces dispositifs ont besoin d'être restructurés dans la perspective d'une meilleure organisation, coordination et mutualisation des ressources.

Il s'avère aujourd'hui nécessaire et opportun de développer un système de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique performant, fiable et réactif sur toutes les maladies ainsi que sur les risques sanitaires pouvant sur la santé de la population. Ledit système doit être à même de répondre aux missions de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique.

2- Prévention et contrôle des maladies transmissibles

En ce qui concerne les maladies transmissibles (MT), elles représentent encore une source majeure de morbidité, d'incapacité et de mortalité de par le monde. Au Maroc, des efforts importants ont été déployés pour prévenir, contrôler voire même éliminer certaines MT constituant des problèmes de santé publique.

Dans ce cadre, l'évolution de la morbidité et de la mortalité dues à ces maladies fait ressortir 3 catégories de maladies, caractérisant la situation épidémiologique, à savoir :

- Les maladies transmissibles éliminées ou en cours d'élimination, grâce au succès et à l'efficacité de programmes de santé publique spécifiques. Il s'agit de certaines maladies cibles du Programme National d'Immunisation, notamment la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos néonatal et la rougeole, ainsi que du paludisme autochtone, de la schistosomiase, du trachome et de la lèpre ;
- Les maladies transmissibles persistantes à l'état endémique, malgré les performances des programmes sanitaires qui leur sont dédiés ; il s'agit, d'une part et plus particulièrement de la tuberculose, des méningites, des leishmanioses, des IST et du VIH/SIDA et, d'autre part des zoonoses majeures, notamment la rage, l'hydatidose, certaines Leishmanioses et la leptospirose
- Les maladies transmissibles émergentes et ré-émergentes potentielles, notamment celles constituant des menaces de santé publique à l'échelle internationale telles que les fièvres hémorragiques et les Infections Respiratoires Aigües Sévères à nouveaux agents infectieux, mais également d'autres infections telles que la dengue à titre d'exemple.



Dans ce cadre, il s'avère nécessaire de mettre en place un système de veille et de surveillance épidémiologique. Ainsi, les actions destinées au premier groupe de maladies portent essentiellement sur la consolidation des acquis afin d'éviter leur réinstallation, alors que les maladies du 2ème groupe nécessitent le renforcement de leurs programmes et stratégies spécifiques dans un cadre d'intégration et d'intersectorialité. Quant à la 3ème catégorie et, vue la récurrence des alertes et situations d'urgence qu'elle engendre, l'intervention concernera plutôt la préparation du système de santé à la riposte, portant sur l'organisation, l'équipement et le renforcement des capacités.

3- Prévention et contrôle des maladies non transmissibles

Vu les prévalences élevées des facteurs de risque liés à certaines maladies non transmissibles tels que le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'insuffisance rénale chronique terminale, etc., le Maroc place la lutte contre les Maladies Non Transmissibles comme priorité nationale de santé.

Des choix stratégiques ont été faits pour prévenir et contrôler les maladies non transmissibles par l'investissement dans le domaine de la prévention qui reste le levier le plus efficace à long terme et le moins coûteux.

4- Santé environnement :

Les facteurs de risques sanitaires liés à l'environnement constituent un réel problème de santé publique et leurs conséquences sont multiples. Il est important de signaler que la charge de morbidité liée aux facteurs environnementaux est estimée au Maroc à 18% de la charge de morbidité totale.

Conscient de l'importance de la prévention et de la maîtrise des maladies liées aux facteurs environnementaux, le Ministère de la Santé a inscrit ce volet parmi ses priorités et il figure dans sa stratégie sectorielle 2012-2016 et aussi dans le Plan National de Santé Environnement.

Pour la Division de l'Hygiène du Milieu, la transition vers santé environnement se base essentiellement sur l'évaluation des risques sanitaires liés aux facteurs environnementaux et s'intéresse aux impacts sur la santé liés aux contaminations des milieux (eau, air, sol, aliments, vecteurs,...etc.). Pour cela, l'évaluation des risques environnementaux sur la santé est intégrée dans ses activités, en particulier en ce qui concerne les contaminants bactériologiques, chimiques, les additifs alimentaires, les pesticides...etc. Le processus d'évaluation des risques permet de définir les niveaux des risques (risque faible, élevé ou très élevé) en vue de proposer des mesures de contrôle ou d'atténuation pour ces risques.

Par ailleurs, la maîtrise de la qualité de l'eau distribuée à la population et des aliments constitue un enjeu majeur de santé publique. Le décret sur les eaux destinées à la consommation humaine ainsi que les normes de qualité de ces eaux, rendus obligatoires par le Ministère de la Santé, définissent les paramètres à contrôler et accroissent les exigences pour la fiabilisation des données des laboratoires chargés des analyses des eaux d'alimentation humaine.

Les prélèvements effectués par les services déconcentrés du Ministère de la Santé sont appuyés

par les laboratoires d'hygiène du milieu (LHM) implantés au niveau régional et provincial. En effet, ces laboratoires permettent de déterminer et de suivre l'évolution de la qualité des eaux et des aliments destinés à la consommation humaine et d'identifier les niveaux de contaminations bactériologique et physicochimique qui peuvent potentiellement être à la source de maladies hydriques ou alimentaires.

A cet effet, des efforts ont été déployés par le Ministère de la Santé pour la construction de nouveaux locaux, l'acquisition des équipements nécessaires, la réalisation des audits et des évaluations...etc. l'objectif principal est d'avoir des laboratoires qui répondent aux normes spécifiques en vigueur pour le contrôle sanitaire des eaux et des aliments.

II. Responsable du programme budgétaire n° 3

- Monsieur le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte Contre les Maladies

III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n° 3

- Direction de la Planification et des Ressources Financières ;
- Direction de la Population ;
- Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires ;
- Institut Pasteur du Maroc ;
- Centre National de Transfusion Sanguine.

IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n° 3 :

Objectif 1 : Renforcer les capacités de détection et de riposte contre les urgences de santé publique

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 1.1: le délai moyen de détection/notification de l'urgence de santé publique			48h	36h	24h	24h
Indicateur 1.2 : le délai moyen entre la détection et la riposte			24h	12h	Sans délai	Sans délai

Objectif 2: Améliorer l'accès de la population aux services de prévention et de contrôle des Maladies Transmissibles

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 2.1: Pourcentage de personnes (adultes et enfants) vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	26%	26%	26%	26%	26%	26%
Indicateur 2.2 : Taux de détection des cas de tuberculose	88%					
Indicateur 2.3 : Proportion des ripostes autour de cas de méningite effectuées dans les premières 48 heures	65%	70%	75%	80%	90%	100%
Indicateur 2.4 : Nombre de tests de dépistage du VIH effectués	7 750	9 830	11 930	14 030	16 130	16 130
Indicateur 2.5 : Taux de succès thérapeutique de la Tuberculose Toute Forme (TTF)	89%	90%	90%>	90%>	90%>	90%>

Objectif 3 : Renforcer le dépistage des maladies non transmissibles prioritaires chez la population à risque au niveau des établissements de soins de santé primaire

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 3.1: nombre de nouveaux cas de MNT dépistés	148 178	168 178	188 992	209 792	230 592	251 392

Objectif 4 : Améliorer l'accès à la prise en charge en oncologie et en psychiatrie

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 4.1: nombre de personnes suivies pour cancers aux centres d'oncologie	199 490	200 000	205 000	215 000	215 000	220 000
Indicateur 4.2: Nombre d'établissements de soins de santé de base lieu de consultations psychiatriques	83	86	86	91	96	101

Objectif 5 : Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation lié aux déterminants environnementaux

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 5.1: Taux de couverture par des contrôles des établissements alimentaires recensés (%)	35%	40%	45%	50%	55%	55%
Indicateur 5.2: % de gîtes larvaires traités biologiquement et physiquement par rapport au nombre de gîtes traités biologiquement et physiquement et chimiquement	89%	105%	106%	94%	94%	102%
Indicateur 5.3: Taux de prélèvements pour le contrôle sanitaire des eaux destinées à l'alimentation humaine (%)	30%	32.5%	52.5%	57.5%	62.5%	72.5%
Indicateur 5.4: proportion de laboratoires régionaux et provinciaux de santé environnement (Idehm) répondant aux normes spécifiques en vigueur/ nombre total des Idehm(%)	25%	37%	40%	45%	50%	112%
Indicateur 5.5: Nombre de plaintes relatives aux infractions environnementales traitées	40	37	31			
Indicateur 5.6: Nombre d'études d'impact sur l'environnement traitées	60	51	58			

V. Présentation des projets/actions relatifs au programme budgétaire n°3

Ce programme relatif à la Surveillance Epidémiologique, Veille et Sécurité Sanitaires , Prévention et Contrôle des Maladies vise principalement à surveiller et contrôler l'état de santé de la population en vue de réduire la charge de morbidité, la mortalité et l'incapacité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles, à l'environnement et aux comportements. A cet égard, cinq actions sont entreprises :

Action 3.10 : Surveillance Epidémiologique, Veille Sanitaires

Le déploiement de la politique de veille sanitaire vise à réduire au maximum la vulnérabilité de la population face à des événements sanitaires graves menaçant la santé collective.

A cet effet, les domaines d'interventions sont prévus à savoir :

- Renforcer et restructurer le système de surveillance épidémiologique ;
- Développer la veille sanitaire
- Renforcer les capacités national conformément aux exigences internationales (RSI) ;
- Améliorer et standardiser les outils de collecte et d'analyse des données de la surveillance épidémiologique.

Action 3.20 : prévention et contrôle des maladies transmissibles

Les principales mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles visent à réduire la charge de morbidité et de mortalité liée à ces maladies.

Dans ce cadre les actions prévues concernent essentiellement la consolidation des acquis en matière de contrôle des maladies éliminées ou en cours d'élimination, le renforcement des programmes et stratégies spécifiques des maladies sous contrôle dans un cadre d'intégration et d'intersectorialité, ainsi que la préparation du système de santé à la riposte contre les maladies émergentes et ré-émergentes potentielles, particulièrement celles constituant des menaces de santé publique à l'échelle internationale.

Action 3.30 : Contrôle des maladies non transmissibles

Eu égard aux prévalences élevées des facteurs de risque liés à certaines maladies non transmissibles tels que le diabète , l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'insuffisance rénale chronique terminale, etc., le Maroc place la lutte contre les Maladies Non Transmissibles comme priorité nationale de santé.

A cet effet, pour contrôler les maladies non transmissibles, 4 grands domaines d'interventions sont prévues à savoir :

- renforcement de la collaboration multisectorielle
- La lutte contre les facteurs de risque et la promotion de modes de vie sain ;
- Amélioration de la prise en charge des MNT qui va du dépistage jusqu'aux soins

palliatifs et la réhabilitation

- Mise en place d'un système de monitoring et de suivi

Action 3/40 : Santé environnement

En vue de maîtriser les risques sur la santé liés à l'environnement, 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, les vecteurs de maladies.

Action 3.50 : Appui aux laboratoires de Santé Publique et aux missions des programmes sanitaires

Cette action concerne toutes les actions d'appui aux laboratoires de Santé Publique (LSP) au niveau central, régional et provincial pour mener à bien la surveillance et le contrôle des maladies et des facteurs de risque environnementaux

Ces laboratoires ont pour mission de :

- Assurer des prestations de services et d'expertise dans le domaine de biologie médicale et de santé-environnement ;
- Assurer l'appui aux programmes de santé et de santé environnement ;
- Contribuer dans le suivi épidémiologique des maladies ;
- Contribuer à l'expertise, surveillance et alerte ;
- Participer aux études et enquêtes nationales.

En perspective l'élaboration d'une stratégie nationale pour le développement du réseau des LSP avec l'identification de leurs missions et les attributions exactes permettra de mutualiser les efforts et optimiser les moyens

VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°3 au titre de l'année 201

Désignation des projets ou actions du programme budgétaire n° 3	Budget Général	Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale	TOTAL
3.10 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires	320 000			320 000
3.20 : Prévention et contrôle des maladies transmissibles	13 512 106			13 512 106
3.30 : Prévention et contrôle des maladies non transmissibles	5 703 055			5 703 055
3.50 : Appui aux Laboratoires de Santé Publique et Instituts de Santé Publique et aux Missions du Programme de Santé	118 875 000	48 000 000		166 875 000
TOTAL	138 410 161	48 000 000	-	186 410 161

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.10.1.1		
Intitulé de l'indicateur	le délai moyen de détection/notification de l'urgence de santé publique	
Programme	Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	renforcer les capacités de détection et de riposte contre les urgences de santé publique	
Code	3000.10.1.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de Surveillance Epidémiologique	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	moyenne
	Périodicité de la mesure	Le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur est assuré mensuellement. Une synthèse annuelle est établie pour assurer son évolution.
	Dernières valeurs connues	-----
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	le délai moyen de détection/notification de l'urgence de santé publique
	Mode de collecte des données de base	système de surveillance basé sur les indicateurs et les évènements.
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	• Délégations du Ministère de la Santé • OMS (Règlement Sanitaire International)
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Surveillance Epidémiologique
	Validation de l'indicateur	le Directeur de la Direction de l'Epidémiologie
	Mode de calcul	la moyenne de délai entre le début de l'évènement et sa notification
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	10 ans
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	L'indicateur porte sur le délai moyen de notification pour une réponse rapide
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse < 24 h pour anticiper l'action
	Limites et biais connus	confirmation laboratoires
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Premier trimestre de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Projet de l'informatisation du système de veille et d'alerte
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.10.1.2		
Intitulé de l'indicateur	Le délai moyen entre la détection et la riposte	
Programme	Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Renforcer les capacités de détection et de riposte contre les urgences de santé publique	
Code	3000.10.1.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Surveillance Epidémiologique	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Moyenne
	Périodicité de la mesure	Le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur est assuré mensuellement. Une synthèse annuelle est établie pour assurer son évolution
	Dernières valeurs connues	-
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	le délai moyen de détection et la riposte contre l'urgence de santé publique
	Mode de collecte des données de base	Système de surveillance basé sur les indicateurs et les événements et les rapports de l'investigation
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Délégations du Ministère de la Santé
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Surveillance Epidémiologique ET Service des Maladies Epidémiques
	Validation de l'indicateur	Directeur de la Direction d'Epidémiologie
	Mode de calcul	-----
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	10 ans
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	L'indicateur porte sur le délai moyen de notification et la riposte
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse < pour contrôler l'urgence de santé publique
	Limites et biais connus	Formation des équipes de riposte au niveau des régions
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Premier trimestre de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Mise en place d'un plan national de riposte
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.20.2.1		
Intitulé de l'indicateur	Pourcentage de personnes (adultes et enfants) ayant une infection VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale	
Programme	Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 2 : Améliorer l'accès de la population aux services de prévention et de contrôle des Maladies Transmissibles	
Code	3000.20.2.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Services des MST/sida	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Pourcentage
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	26%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA). Dénominateur : Nombre estimé d'adultes et d'enfants éligibles (estimation SPECTRUM)
	Mode de collecte des données de base	Deux mode de collecte de données de base 1-Système automatisé : Logiciel de dispensation électronique des médicaments "ODE" 2- collecte manuel dans les centres qui ne disposent pas du logiciel ODE
	Services responsables de la collecte des données de base	les 16 centres référents de prise en charge des PVVIH
	Service responsable de la synthèse des données	service MST/sida avec l'appui de L'ONUSIDA
	Validation de l'indicateur	service MST/sida
	Mode de calcul	Les données recueillies continuellement au niveau des CR sont agrégées tous les trimestres et sont utilisées pour le calcul de l'indicateur d'une année écoulée. Ces données proviennent des registres des personnes sous thérapie antirétrovirale des CR Pour le dénominateur : les données d'estimation du VIH avec SPECTRUM.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	sauvegarde périodique (quotidienne) des bases de données au niveau des centres référents sur disques durs externes sous la responsabilité du médecin référent
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet d'évaluer les progrès, aussi bien, de détection des PVVIH que de mise à disposition d'un traitement basé sur une association d'antirétroviraux à toutes les personnes éligibles au traitement ARV.
	Sens d'évolution souhaitée	à la hausse : il s'agit d'une bonne performance en matière d'accès aux services de contrôle du SIDA, en raison de : 1-augmentation des inclusions des cas VIH +, en rapport avec une bonne performance du dépistage, 2- une bonne couverture par la prise en charge thérapeutique des PVVIH par les ARV
	Limites et biais connus	L'intervalle de confiance du dénominateur estimé par SPECTRUM est large
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Mai de l'année N+1
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	généralisation de la mise en place de l'outil ODE dans tous les centres référents avec une mise à jour pour répondre aux besoins nécessaires
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.20.2.2		
Intitulé de l'indicateur	Taux de détection de la Tuberculose (toutes formes confondues)	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 2 : Améliorer l'accès de la population aux services de prévention et de contrôle des Maladies Transmissibles	
Code	3000.20.2.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service des Maladies Respiratoires	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuel
	Dernières valeurs connues	88% en 2014
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur = nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) notifié en une année Dénominateur = le nombre estimé de nouveaux cas (cas incidents) de la même année
	Mode de collecte des données de base	• Système automatisé de gestion et d'information • Saisie centralisée
	Services responsables de la collecte des données de base	• Service responsable de la production des données : Les centres de diagnostic de tuberculose et maladies Respiratoires (CDTMR) via les Délégations • Le service responsable du contrôle du travail : service santé Publique et surveillance épidémiologique
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Maladies Respiratoires/DMT
	Validation de l'indicateur	Service des Maladies Respiratoires/DMT
	Mode de calcul	Le pourcentage de nouveaux cas de tuberculose toutes formes (incluant les rechutes) par rapport aux estimations de cas(OMS)
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	• Base de données • Responsable : unité de statistiques du SMR
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	L'indicateur renseigne sur les performances du système de santé en matière de production de qualité de services (détection des cas de tuberculose)
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Dénominateur estimé selon des projections de l'OMS
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Juin de l'année N+1
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	• Identifier les groupes à haut risque et mener une recherche active des cas de tuberculose • Réaliser des enquêtes autour des cas contact des cas de tuberculose à microscopie positive, notamment pulmonaire • Etendre le réseau de laboratoire • Introduire et étendre des nouveaux outils de diagnostic Impliquer la société civile les ONG, les patients atteints de tuberculose et les autres secteurs notamment le secteur privé en matière de sensibilisation et de communication
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.20.2.3		
Intitulé de l'indicateur	Proportion des cas de méningites bactériennes communautaires pour lesquelles une riposte a été réalisée dans les 48 heures, selon les modalités prévues	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 2 : Améliorer l'accès de la population aux services de prévention et de contrôle des Maladies Transmissibles	
Code	3000.20.2.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service des maladies épidémiques	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	65% (2014)
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Nombre de cas répondant aux définitions de cas de méningite bactérienne probable (MBP), Méningite méningococcique probable (MMP) et méningite méningococcique confirmée (MMC) pour lesquelles une riposte adéquate (Chimio prophylaxie +/- Vaccination) a été menée parmi les contacts de ces cas dans les 48 heures qui suivent la déclaration (a) Dénominateur : Nombre total de cas de MBP, MMP et MMC (b)
	Mode de collecte des données de base	Fiches d'investigation des cas de méningite. Saisie sur application Access
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Cellules provinciales et préfectorales d'épidémiologie /SIAAP
	Service responsable de la synthèse des données	Service des maladies épidémiques
	Validation de l'indicateur	Division des maladies transmissibles
	Mode de calcul	(a) Calcul % = ----- X 100 (b)
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Archivage des fiches d'investigation des cas de méningites / Responsable : Service des maladies épidémiques
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Amélioration = Hausse de l'indicateur
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Sous déclaration
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Mois d'avril de l'année suivant l'année de collecte des données
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.40.1.4		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de nouveaux cas de diabète dépistés	
Programme	Programme de prévention et de contrôle du diabète	
Objectif du Programme	Contribuer à réduire la mortalité et les complications dégénératives dues au diabète	
Code	3000.40.1.4	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service des Maladies Métaboliques et Endocriniennes	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre absolu
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	35 000 en 2014
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de nouveaux cas du diabète
	Mode de collecte des données de base	Système d'information de routine (rapport trimestriel au niveau des ESSB).
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Délégations du Ministère de la Santé
	Service responsable de la synthèse des données	Unité de statistique au niveau de la division des MNT
	Validation de l'indicateur	Service des Maladies Métaboliques et Endocriniennes
	Mode de calcul	-----
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	10 ans
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	L'efficacité du dépistage du diabète chez la population cible du programme en respectant le logigramme mis à leur disposition.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse pour une prise en charge précoce
	Limites et biais connus	Retard de réception des données de certaines délégations
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Premier trimestre de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Projet d'intégration du système d'information du Diabète et de l'HTA.
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.30.4.1		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de personnes atteintes de cancer et prises en charge aux Centres Régionaux d'oncologie	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 4 : Améliorer l'accès à la prise en charge en oncologie et en psychiatrie	
Code	3000.30.4.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de Prévention et de contrôle du cancer (SPCC)	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre,
	Périodicité de la mesure	annuelle
	Dernières valeurs connues	2012 : 110011 2013 : 118290 2014 : 199490
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	
	Mode de collecte des données de base	Système d'information de routine (Bilan des réalisations trimestrielles au Centres Régionaux d' Oncologie)
	Services responsables de la collecte des données de base	Service de Prévention e de Contrôle du Cancer (SPCC)
	Service responsable de la synthèse des données	Service de Prévention e de Contrôle du Cancer (SPCC)
	Validation de l'indicateur	Service de Prévention e de Contrôle du Cancer (SPCC)
	Mode de calcul	L'addition des nombre des malades pris e charge dans les 8 Centres Régionaux d'Oncologie
	Modalités de conservation des données,	Service de Prévention e de Contrôle du Cancer (SPCC)
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	
	Sens d'évolution souhaitée	Vers la hausse
	Limites et biais connus	
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Disponible à la fin de chaque année 2015
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Informatisation du Système d'Information
Commentaire	Notre indicateur permet de justifiés nos investissement mais ne répond pas directement à l'objectif du programme qui est de réduire la morbidité et la mortalité dus au caner. Ces objectifs ((réduire l'incidence et la mortalité dues cancer) pourront être mesurés par des enquêtes mais pas chaque année.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.30.4.2		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'établissements de soins de santé de base lieu de consultations psychiatriques	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 4 : Améliorer l'accès à la prise en charge en oncologie et en psychiatrie	
Code	3000.30.4.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Santé Mentale et des Maladies Dégénératives	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Valeur absolue
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	83 en 2014
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de lieux de consultation spécialisée en psychiatrie
	Mode de collecte des données de base	Rapport trimestriel
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	(DELM) Service de la Santé Mentale et des Maladies Dégénératives ; DHSA ; Délégations du MS
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Santé Mentale et des Maladies Dégénératives
	Validation de l'indicateur	Service de la Santé Mentale et des Maladies Dégénératives
	Mode de calcul	Cumul du nombre total de lieux de consultation spécialisée
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Archives (10 ans)
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Consultations de psychiatrie opérationnelle (personnel soignant disponible, médicaments, nombre de malades vus à la consultation par an)
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Disponibilité et motivation des RH formées
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	1 ^{er} semestre de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Renforcement de la formation des professionnels des ESSB en matière de prise en charge des troubles mentaux
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.40.5.1		
Intitulé de l'indicateur	Taux de couverture par des contrôles sanitaires des établissements alimentaires recensés	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 5 : Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation des risques liés aux déterminants environnementaux	
Code	3000.40.5.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de l'Hygiène Alimentaire	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	annuelle
	Dernières valeurs connues	2014 : 35%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	le numérateur : Etablissements alimentaires ayant subi un contrôle sanitaire le dénominateur : Etablissements alimentaires recensés
	Mode de collecte des données de base	Système d'information sanitaire du Programme de l'Hygiène Alimentaire
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Cellule provinciale et préfectorale de l'hygiène du Milieu /SIAAP
	Service responsable de la synthèse des données	SIAAP au niveau de la délégation du Ministère de la Santé Service de l'Hygiène du Milieu au niveau central
	Validation de l'indicateur	Division de l'Hygiène du Milieu
	Mode de calcul	Etablissements alimentaires ayant subi un contrôle sanitaire Calcul % = $\frac{\text{Etablissements alimentaires ayant subi un contrôle sanitaire}}{\text{Etablissements alimentaires recensés}}$
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée de la conservation des données de base : 5 ans Responsable : Service de l'Hygiène Alimentaire
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Amélioration de l'indicateur vers la hausse
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Mise à jour régulière du nombre des établissements recensés
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Mois d'avril de l'année suivante à l'année de collecte des données
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.40.5.2		
Intitulé de l'indicateur	Pourcentage de gîtes larvaires traités biologiquement et physiquement par rapport au nombre de gîtes traités biologiquement et physiquement et chimiquement	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 5 : Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation des risques liés aux déterminants environnementaux	
Code	3000.40.5.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de lutte contre les Vecteurs	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Pourcentage (%)
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	89% en 2014
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de gîtes larvaires traités biologiquement et physiquement et chimiquement
	Mode de collecte des données de base	Comptages manuels
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Délégations du Ministère de la Santé
	Service responsable de la synthèse des données	Service de Lutte contre les Vecteurs
	Validation de l'indicateur	Service de Lutte contre les Vecteurs
	Mode de calcul	$\% \frac{\text{Nombre de gîtes larvaires traités biologiquement et physiquement}}{\text{Nombre gîtes traités biologiquement, physiquement et chimiquement}}$
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	5 ans
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	L'efficacité des traitements des gîtes larvaires biologiquement et physiquement
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Sous notification de certaines délégations du nombre de gîtes traités
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Mois de mai de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration du système de collecte des données
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.40.5.3		
Intitulé de l'indicateur	Taux de prélèvements pour le contrôle sanitaire des eaux destinées à l'alimentation humaine	
Programme	Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 5 : Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation des risques liés aux déterminants environnementaux	
Code	3000.40.5.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service Assainissement de Base	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuel
	Dernières valeurs connues	28.5% en 2013 30 % en 2014
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de prélèvements d'échantillons d'eau réalisés/ Nombre de prélèvements d'eau programmés. Le nombre de prélèvements d'eau programmés est calculé en fonction du nombre de la population desservie par l'eau de boisson par centre selon la norme marocaine N° 03.7.002.
	Mode de collecte des données de base	Saisie par Système informatique
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Les délégations médicales
	Service responsable de la synthèse des données	Service assainissement de Base
	Validation de l'indicateur	Service assainissement de Base et Division de l'Hygiène du Milieu
	Mode de calcul	Nombre de prélèvements d'échantillons d'eau réalisés/ Nombre de prélèvements d'eau programmés.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	5 à 10 ans
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Taux de prélèvements effectué pour le contrôle sanitaire des eaux destinées à l'alimentation humaine par rapport à la norme marocaine N° 03.7.002.
	Sens d'évolution souhaitée	à la hausse
	Limites et biais connus	Sous notification des données par certaines délégations
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Mois d'avril de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Amélioration et révision du système de collecte
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.40.5.4		
Intitulé de l'indicateur	Proportion de laboratoires régionaux et provinciaux (ldehm) répondant aux normes spécifiques en vigueur par rapport au nombre total des ldehm (%)	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 5 : Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation des risques liés aux déterminants environnementaux	
Code	3000.40.5.4	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de l'Action Intersectorielle	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Proportion
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 13% 2014 : 25% 2015 : 30%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Il s'agit de la proportion des laboratoires (ldehm) qui répondent aux normes de qualité et d'analyses en vigueur au niveau national en terme de locaux, équipement et démarche qualité.
	Mode de collecte des données de base	Rapport de supervision et rapport d'audit
	Services responsables de la collecte des données de base	- Les laboratoires régionaux et provinciaux (LDEHM) - Service de l'Action Intersectorielle
	Service responsable de la synthèse des données	Service de l'Action Intersectorielle / DHM
	Validation de l'indicateur	DHM - DELM
	Mode de calcul	Nombre de laboratoires ldehm répondant aux normes en vigueur Proportion % = $\frac{\text{Nombre de laboratoires ldehm répondant aux normes en vigueur}}{\text{Nombre de laboratoires ldehm existants}}$
	Modalités de conservation des données,	Durée de la conservation des données de base : 5 ans Responsable : Service de l'Action Intersectorielle
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Il s'agit des laboratoires en conformité avec les exigences du cadre référentiel des LDEHM (c a d disposant d'un local conforme, des équipements nécessaires et ayant initié un système management qualité)
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	L'appréciation du niveau de la conformité aux normes diffère en fonction des évaluateurs
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Mois de Février de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Augmenter le nombre d'audits réalisés par des auditeurs qualifiés et aussi couvrir l'ensemble des laboratoires
Commentaire	Le numérateur indique le nombre de ldehm répondant aux normes en vigueur. En effet, Les normes en vigueur sont d'une part, les paramètres techniques à analyser pour se prononcer sur la qualité des eaux d'alimentation humaine (NM 03 7 001) et d'autre part, la conformité par rapport aux exigences du cadre référentiel concernant la conception et l'organisation des LDEHM.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 3000.40.5.5		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de plaintes relatives aux infractions environnementales traitées	
Programme	Programme 3 : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies	
Objectif du Programme	Objectif 5 : Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation des risques liés aux déterminants environnementaux	
Code	3000.40.5.5	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Le Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Salubrité de l'Environnement	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuel
	Dernières valeurs connues	2013 : 43 2014 : 40 2015 : 36
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de plaintes relatives aux infractions environnementales reçues au niveau du service par an
	Mode de collecte des données de base	Comptage du nombre de plaintes reçues au niveau du service par an
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Service de la Salubrité de l'Environnement
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Salubrité de l'Environnement
	Validation de l'indicateur	DELM
	Mode de calcul	Comptage
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 5 ans Responsables de la conservation des données de base : Service de la Salubrité de l'Environnement
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la baisse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Février de l'année suivante
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Mise en place des bases de données nationales, régionales et locales
Commentaire		

Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers

I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n°4 et de ses finalités générales

Le but recherché à travers ce programme est d'offrir à tous les citoyens, un accès à des soins de santé (en milieu primaire, pré-hospitalier et hospitalier) de qualité, sécurisés, au moment opportun et indépendamment de leur capacité de paiement.

Pour atteindre les objectifs de ce programme qui vise l'amélioration de la performance des réseaux d'établissement de soins, le MS a mis en place une carte sanitaire dans un souci d'équité et d'efficience. Il s'attèlera également à appuyer les trois réseaux à travers le développement de modèles d'organisation et d'outils de gestion modernes, la dynamisation des actions des réformes en cours, la conception et l'implantation de mécanismes de l'assurance qualité et de la sécurité des patients.

Les composantes maîtresses qui caractérisent le projet de performance 2016-2018 relatif au programme «Développement, organisation et suivi de l'offre et des prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers » s'articuleront autour des axes suivants :

- Le développement d'une stratégie de renforcement des Soins de Santé Primaire (SSP) qui constituent le socle du système de santé et le point d'entrée des Patients/RAMEDistes. Ceci dans le but d'améliorer l'accessibilité et la qualité des prestations ;
- Le renforcement de l'offre en SAMU, l'acquisition et la mise en activité d'hôpitaux mobiles pour la prise en charge des urgences pré-hospitalières ;
- Le renforcement de l'offre hospitalière pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services hospitaliers, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière ;
- La restructuration des hôpitaux, à travers la réforme des CHU, la mise en place de groupements hospitaliers régionaux (GHR) pour plus d'autonomie administrative et financière, le développement de la gouvernance clinique à travers la mise en place des pôles d'activité dans les CHU et des départements cliniques dans les CHP & CHR.
- L'amélioration des conditions de prise en charge primaire et hospitalière de l'accouchement et de ses complications afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle ;
- La lutte contre la mortalité néonatale par l'organisation et le renforcement de l'offre des soins en néonatalogie (unités de néonatalogie au niveau des hôpitaux régionaux), et l'amélioration de la qualité de prise en charge des nouveau-nés ;
- Le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations et services prévus par le panier de soins du RAMED, en améliorant l'organisation de l'accueil et le circuit des patients RAMEDistes et en implantant des mesures pour l'amélioration de la gouvernance du RAMED et en veillant en recouvrement de ces prestations ;
- L'amélioration du Système d'Information Hospitalière et de son automatisation par la généralisation de l'outil informatique développé et l'accompagnement pour sa réussite ;
- Révision adaptée et continue de la liste nationale des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels avec les professionnels ;

- La consolidation des expériences d'externalisation des services hospitaliers généraux et de la logistique et développement de l'information probante à son évaluation ;
- L'élaboration d'une stratégie nationale sur les déterminants sociaux de la santé et sa mise en œuvre sur la base de prise en compte de «la santé dans l'élaboration de toutes les politiques».

II. Responsable du programme budgétaire n°4

- Monsieur le Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n°4

- Direction de la Planification et des Ressources Financières ;
- Direction de la Population ;
- Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies ;
- Division d'approvisionnement ;
- Division de la communication.

IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n°4

Les finalités générales du programme visent à atteindre les objectifs spécifiques mesurés par les indicateurs objectivement vérifiables suivants :

Objectif 1 : Améliorer la prise en charge au niveau des Etablissements de Soins de Santé Primaire

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 1.1 : Taux d'utilisation de la consultation curative médicale	0,61	0,65	0,70	0,75	0,80	
Indicateur 1.2 : Taux de césarienne	9, 2%	9,4%	9,6%	10%	12%	

Objectif 2 : fournir des soins de de santé de qualité (primaires, pré hospitaliers et hospitaliers) pour tous les citoyens au temps opportun et abstraction faite de la capacité de paiement

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 2.1 : pourcentage des transferts régulés	-	22%	35%	50%	60%	80%
Indicateur 2.2 : nombre d'Urgence Médicale de Proximité	19	14	22	0	-	80
Indicateur 2.3 : Nombre de services des urgences hospitaliers mis à niveau	05	14	02	12	12	60
Indicateur 2.4 : Nombre d'HéliSMUR opérationnels	03	04	04	04	04	04
Indicateur 2.5 : Nombre d'ambulances acquises	121	138	30	0	0	200

Objectif 3 : Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge hospitalière

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 3.1. Taux d'hospitalisation	5,89	6,05	6,25	6,55	7,00	
Indicateur 3.2. Taux d'exécution du budget des SEGMA	71%	75%	80%	85%	90%	
Indicateur 3.3. Taux de recouvrement des factures RAMED	-	-	30	60	100	

Objectif 4 : Améliorer la qualité de l'accompagnement médicosociale

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 4.1. Taux de réponse aux doléances	35%	36%	40%	40%	60%	

Objectif 5 : Améliorer le Management de la qualité au niveau des structures de soins

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 5.1 Taux de participation des hôpitaux au Concours Qualité	60%	65%	70%	75%	80%	
Indicateur 5.2. Le nombre de structures inscrites à l'accréditation	06*	06	39	50	60	

*06 structures hospitalières de psychiatrie sont inscrites dans le programme d'accréditation

V. Présentation des projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°4

Les composantes de ce programme sont intégrées dans des actions/projets sanitaires qui sont au nombre de cinq au profit des services communs et quatre visant les régions sanitaires.

Action 4.10 : Organisation et suivi des prestations de santé primaire

Ce programme s'inscrit dans les axes 1 et 7 de la stratégie sectorielle du ministère de la santé. Il appuie la réforme des soins de santé primaire à travers l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des établissements de soins de santé de base et une meilleure intégration des différents programmes verticaux.

Les objectifs de ce programme visent :

1. Le renforcement du rôle des établissements de Soins de santé primaire

Ce renforcement se justifie par le rôle de « Porte d'entrée du système » attribué aux ESSP dans le cadre de la mise en place du RAMED, ce qui nécessite donc une amélioration de la qualité des prestations de soins et de la gestion au niveau de ces structures ainsi que leur bonne articulation avec le réseau hospitalier. Ce renforcement se justifie également par la modification considérable des caractéristiques des demandes sanitaires de la population, conséquence des transitions démographiques, épidémiologiques et sociales survenues les deux dernières décennies. Ces transitions, notamment sociales ont été induites par le vent de démocratie soufflé par la nouvelle constitution (qui a consacré le droit à la santé comme droit fondamental des citoyens marocains) et par le printemps arabe qui a favorisé l'émergence de revendications de tout genre. Tout cela fait que la population est devenue de plus en plus consciente de ses droits et par conséquent de plus en plus exigeante et revendicative de soins de qualité. Pour une meilleure réponse à ces nouvelles exigences et attentes du citoyen, le programme Averroès (Coopération espagnole) qui vient pour consolider le programme REDRESS-P, a été conçu dans le but renforcer les performances des ESSP.

Ses principaux objectifs sont: l'amélioration de l'organisation/fonctionnement des ESSP, le renforcement des capacités des responsables des ESSP, l'appui à la formation en Médecine de Famille et la capacitation des ISPITS.

La composante Appui à la mise en place de la formation de Médecins de Famille a pour but de mettre à la disposition du système des médecins de première ligne (médecins de famille) attentifs à ces nouveaux besoins, en mesure de soigner de façon efficace et efficiente des individus dans leur milieu familial et social dans un contexte d'interdisciplinarité et de fournir des soins centrés sur le patient.

Les équipes des ESSP (médecins de famille et infirmiers) constituent la cheville ouvrière des établissements de SSP. Le renforcement des performances de ces établissements dépend donc de la qualité de la formation (de base et continue) de ces professionnels. Cette qualité de la formation est conditionnée elle-même par le renforcement des de l'ENSP et des ISPITS qui sont les lieux de formation et de modelage de ces médecins et de ces infirmiers. Cet objectif sera



atteint à travers l'organisation de stages et visites de benchmark au profit des enseignants de ces instituts.

La Définition et mise en place d'un nouveau modèle de Centre de Santé est un autre élément important de ce programme de renforcement des performances des SSP. Ceci sera opéré à travers l'amélioration des pratiques professionnelles et des capacités de gestion des responsables de ces ESSP (stages de benchmark et séminaires de formation), la mise en place des filières de soins, l'intégration de l'ensemble des sous-systèmes d'information relatifs aux différents programme verticaux dans un dossier de famille unique et informatisé, et enfin l'équipement des ESSP qui seront les lieux de stages de étudiants en médecine de famille.

En effet, dans le cadre de cette formation (Master) en médecine de famille, des stages au niveau d'une cinquantaine de centres de santé sont prévus pour les étudiants de la première cohorte. Pour que ces stages puissent se dérouler dans les meilleures conditions et que les étudiants puissent mettre en application les concepts appris et expérimenter un nouveau mode de fonctionnement, il est nécessaire de mettre à niveau les centres de santé en termes d'équipement principalement médico-technique et informatique. Cinquante centres de santé seront ainsi équipés et mis à niveau selon les normes en vigueur.

2. L'accélération de la Réduction de la mortalité maternelle et néonatale

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD à l'horizon 2015), le Maroc a réalisé d'importants progrès. En effet, le ratio de mortalité maternelle a diminué de près de 66% en vingt ans, et celui de la mortalité infanto-juvénile a été réduit de 64%.

Malgré ces progrès, la mortalité néonatale reste élevée et constitue 70% de la mortalité infanto-juvénile. La création d'unités de néonatalogie et leur équipement pour qu'ils puissent prendre en charge les nouveaux nés dans des conditions décentes devra contribuer grandement à la réduction de cette mortalité néonatale. Cette mise à niveau concernera aussi bien les hôpitaux régionaux que les hôpitaux provinciaux. Le renforcement de ces unités en ressources humaines compétentes est nécessaire pour permettre à ces structures de jouer pleinement leur rôle.

Action 4.20 : Urgences et secours

Le Plan d'action des Urgences Médicales 2012-2016 s'inscrit dans la poursuite des actions entreprises par le Ministère de la Santé dans les années précédentes.

Il a pour objectifs d'améliorer la prise en charge des urgences médicales dans notre pays par le renforcement de l'accès aux soins d'urgence et l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux citoyennes et aux citoyens dans la perspective d'assurer une réponse optimale à leurs besoins de santé et de bien-être.

C'est un plan qui se veut global s'intéressant à toute la filière de prise en charge des urgences médicales ; en amont, en intra et en aval des services des urgences. En s'appuyant sur le renforcement de la coordination multisectorielle (Protection Civile, Gendarmerie Royale, Forces Armées Royales, Ministère de l'Intérieur, Ministère de l'Equipeement et du Transport).

Le Plan National des Urgences Médicales s'articule autour de 5 principaux axes de développement qui sont :

- L'amélioration de la prise en charge des urgences pré-hospitalières ;
- L'amélioration de la prise en charge des urgences hospitalières ;
- Le renforcement de la formation et de l'encadrement du personnel médical et paramédical ;
- Le développement du partenariat public/public et public/privé ;
- Le renforcement du cadre réglementaire des urgences médicales.

Action 4.30 : Organisation et suivi des prestations hospitalières

Malgré les apports de la réforme hospitalière engagée par le Ministère de la Santé et le renforcement du financement des hôpitaux, force est de constater que les services rendus par ces établissements sont toujours loin de répondre aux attentes de la population.

Il est donc primordial d'œuvrer à assurer les priorités suivantes :

1. Amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services

- Améliorer la fréquentation des hôpitaux pour hospitalisation, dont le taux, n'a guère dépassé les 5,6%, traduisant la nécessité de déployer plus d'efforts. Mettre l'accent sur l'amélioration du ratio des consultations spécialisées externes (CSE) qui constituent avec les urgences, les deux principales portes d'entrée de l'hôpital. Ce ratio moyen n'est que de 0,08 CSE/habitant/an dû à une insuffisance en effectif des médecins spécialistes et parfois même par leur absence totale ;
- Renforcer les moyens pour faire face à la fréquentation des services d'urgence, presque 5,2 Millions de patients y sont passés en 2014 (soit 63,2% des consultations ambulatoires hospitalières) et aussi pour ne pas passer à côté des cas nécessitant une hospitalisation (ils représentent moins de 13,5% seulement en 2014) ;
- Restructurer ces services, assurer leur mise à niveau et réviser leurs fonctions et attributions sachant aussi que 33,5% des interventions chirurgicales majeures sont réalisées en urgence,

2. Développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé

- Améliorer l'accessibilité, la disponibilité, la qualité et l'utilisation du médicament, sachant que des problèmes persistent en ce qui concerne les hôpitaux. Il faudra œuvrer essentiellement à :
- Eviter les ruptures de stock pour certains médicaments dans les hôpitaux publics (3% des appels d'offre publics infructueux) ;
- Résoudre le problème de traçabilité des médicaments jusqu'au lit du malade ainsi que la prescription, par les médecins, de produits différents de ce qui est disponible dans la pharmacie hospitalière, ce qui engendre une augmentation de la participation des familles à l'achat même en hospitalisation.
- Renforcer les pharmacies hospitalières en ressources humaines suffisantes et en moyens d'automatisation de gestion ceci permettra de reconforter le changement opéré du statut des



pharmacies hospitalières (RIH) et leur mise à niveau. Ceci aura un impact positif sur la prise en charge des patients et permettra de mettre en œuvre le principe de l'ordonnance nominative surtout pour les médicaments coûteux.

- Corriger l'anachronisme et l'inadéquation de certains textes juridiques,
- Accélérer la publication des textes d'application réglementaires pour assurer la régulation du secteur (Bioéquivalence, essais cliniques, dispositifs médicaux, inspection, bonnes pratiques, etc) ;
- Renforcer la pénétration du médicament générique qui ne dépasse pas 30% ;
- Renforcer la réalisation des activités d'inspection des pharmacies, particulièrement au niveau régional.
- Corriger le retard enregistré dans l'opérationnalisation des pharmacies régionales (dépôts régionaux) et ses conséquences à savoir, le retard de livraisons des établissements de soins, les ruptures fréquentes de stocks et l'absence de planification des livraisons en concertation avec les établissements de soins.
- La solvabilité des patients qui fréquentent l'hôpital public reste tributaire de la bonne marche des régimes de couverture médicale, ainsi il est important d'œuvrer à :
- Améliorer la solvabilité de la plupart des usagers utilisateurs des structures hospitalières, en rendant le recouvrement des Ramedistes effectif, sachant que le financement des hôpitaux publics est assuré à concurrence de 77% par la subvention de l'Etat,
- Améliorer les recettes des hôpitaux provenant de la population solvable en rendant les hôpitaux concurrentiels afin de drainer cette population (qui ne représente que 7% des admissions). A cet effet, il faudra que le budget d'investissement alloué aux hôpitaux soit revu à la hausse et de l'accompagner de dispositifs souples de gestion, afin d'améliorer le plateau technique et les espaces d'accueil et d'hospitalisation qui commencent à être gagnés par la vétusté.
- Aussi il faudra revoir la nomenclature des actes professionnels (NGAP et NGAB) et mettre un échéancier pour l'adoption de la CCAM en concertation avec l'ANAM et les caisses d'assurance en l'horizon de 2018 ;
- La subvention des hôpitaux SEGMA devra tenir compte de l'effort fourni par ces structures à prendre en charge les Ramédistes.

3. Amélioration des mécanismes de la gouvernance hospitalière

- Mettre en œuvre les groupements régionaux des hôpitaux afin de tirer vers le haut la mise en commun des ressources, la mutualisation des efforts et l'optimisation de la coordination en réalisant ainsi des économies d'échelle. Les textes qui régissent ces dispositions devront être bien
- Poursuivre la mise en œuvre du processus de partenariat avec le privé en accélérant la mise en œuvre de l'achat des prestations cliniques et paracliniques auprès du privé (soit à l'hôpital, soit dans les structures privées).

Ce processus a été initié par le ministère, il y a des années, et a concerné la sous-traitance des services généraux, d'abord, puis les services de logistiques, pour se concentrer sur le cœur du métier.

Cette forme d'externalisation a été étendue à la gestion des déchets hospitaliers et à la mise à disposition de ressources,

Aussi une autre forme de partenariat a vu le jour ensuite il y a quelques années, relative à l'achat de service de dialyse pour prendre en charge plus de 2 500 patients en insuffisance rénale chronique terminale;

- Se munir de tous les mécanismes de suivi et d'évaluation pour la réussite des prochaines formes de partenariat tant sur le plan quantitatif que qualitatif,

4. Amélioration de la coordination et la complémentarité entre le réseau hospitalier et les programmes ambulatoires en vue d'assurer la continuité des soins

- Permettre à l'hôpital public de mettre à disposition tous les moyens nécessaires pour la prise en charge de qualité en assurant les prestations exigées dans la célérité recommandée au profit de la patientèle des programmes prioritaires du Ministère, comme la santé de la mère et de l'enfant.
- Il faudra que les hôpitaux mettent à disposition en priorité le lit de l'hôpital pour accueillir cette patientèle. Il en est de même pour les nouveaux nés pour qui il faudra redoubler les efforts en mettant à disposition les couveuses et les tables chauffantes nécessaires et en renforçant les services de soins intensifs;
- Préparer les hôpitaux à s'organiser pour faire face au phénomène de vieillissement de la population due à la transition démographique et l'allongement de l'espérance de vie à la naissance et l'enregistrement d'une morbidité le plus souvent chronique chez les plus de 75 ans. Ceci, nous interpellent pour mettre à disposition de ressources humaines qualifiées et les équipements nécessaires. Il faudra aussi voir la possibilité de développer la spécialité de médecine gériatrique pour répondre aux besoins de cette population à besoins spécifiques;
- Porter le même intérêt aux populations à besoins spécifiques et qui aura besoin des services hospitaliers, sachant qu'une famille sur quatre compte une ou plusieurs personnes en situation d'handicap. Il faudra doubler l'effort pour le dépistage précoce des pathologies à l'origine de le handicap dès la naissance par les examens approfondis des nouveau-nés et par le dépistage en intra-utérin ;
- Qualifier les Hôpitaux qui constituent le premier lieu de fréquentation des Enfants et femmes victimes de violence, afin de répondre à leur doléance. Il faudra développer des mécanismes de prise en charge mais aussi les conduites à tenir en coordination efficace avec les autres départements et en collaboration avec les partenaires du Ministère de la Santé afin de les faire bénéficier des soins spécialisés pour soulager aussi bien leurs maux physiques et moraux. Le rôle de l'assistante sociale au niveau de nos hôpitaux devra être orienté aussi vers cette activité ;
- Amener les Hôpitaux à renforcer leur plateau technique pour une meilleure accessibilité aux prestations de prévention et de lutte contre le cancer. Ils devront prioriser l'acquisition d'équipements et de médicaments pour répondre à ce besoin en bénéficiant de l'appui de la Fondation Lalla Salma de Prévention et de traitement des cancers et en harmonie avec la stratégie 2010-2019 ;

- Mettre à disposition des enveloppes sécurisées pour développer la greffe au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires et pour améliorer l'accès aux immunosuppresseurs. Il faut aussi optimiser l'offre en dialyse en renforçant le partenariat, tout en continuant à renforcer le parc des générateurs de dialyse ;
- Amener les hôpitaux à adapter leur structure d'accueil aussi bien au niveau architectural qu'au niveau d'équipement et d'humanisation, pour prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux tout en leur évitant, ainsi qu'à leurs proches, tous comportements de stigmatisation. (Il faudra résoudre le problème de ressources humaines, de l'offre en infrastructure, de médicaments et la formation dans ce sens).

Action 4.40 : Action médico-sociale

Pour assurer la mise en œuvre de ce projet le MS poursuivra la réalisation des mesures suivantes :

- Préparation et suivi des plans d'action pour la mise en œuvre de la politique du Ministère de la Santé dans le domaine de l'action médico-sociale.
- Coordination de l'action médico-sociale avec tous les acteurs nationaux et internationaux et contribution au développement du partenariat dans ce domaine.
- Assurance des prestations et une prise en charge médico-sociales au profit des personnes âgées, des enfants et des femmes victimes de violence.
- Contribution à la prise en charge médico-sociale des enfants et des personnes âgées au sein des institutions sociales.

Action 4.50 : Gestion de la qualité et sécurité des Soins

Au-delà de l'extension de l'offre de soins dans laquelle le Maroc s'est beaucoup investi, les impératifs de la stratégie sectorielle visent à répondre aux attentes essentielles de la population et aux nouveaux défis notamment l'accès équitable des citoyens et citoyennes à des services de santé de qualité favorisant une réconciliation de l'image de marque du système.

Ces défis restent le champ d'action de plusieurs programmes notamment :

- la normalisation des services de santé, en application de l'article 154 de la constitution ;
- l'accréditation des établissements de santé préconisée par la Loi cadre 34-09 ;
- un programme d'amélioration de la sécurité de la prise en charge dans les établissements de santé ;
- ainsi qu'une démarche de progrès « Concours Qualité » adopté par le département depuis 2007.

Eu égard aux demandes croissantes des usagers des services de santé et pour être en mesure de répondre aux exigences normatives et de sécurité préconisées, les actions proposées sont favorables à la consolidation des acquis et à la pérennisation des programmes initiés dans le cadre de la stratégie sectorielle 2012-2016 notamment en matière d'instauration de la procédure d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé par vagues successives: Hôpitaux Généraux, Psychiatriques et d'Oncologie.

VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°4 au titre de l'année 201

Désignation des projets ou actions du programme budgétaire n° 4	Budget Général	Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale	TOTAL
4.10 : Organisation et Suivi des Prestations de Santé Primaire	1 380 000			1 380 000
4.20 : Urgences et Secours	170 000			170 000
4.30 : Organisation et Suivi des Actions Hospitalières	6 990 400			6 990 400
4.40 : Action Médico-Sociale	3 045 000			3 045 000
4.50 : Gestion de la Qualité et Sécurité des Soins	810 000			810 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés à l'administration centrale	12 395 400	-	-	12 395 400
4.10 : Soutien des Missions des Formations de Soins de Santé Primaire (concerne toutes les régions)	131 409 100	-	-	131 409 100
4.20 : Appui aux Missions des Etablissements Hospitaliers (concerne toutes les régions)	950 000 000	456 555 000	-	1 406 555 000
4.30 : Appui aux Missions Des Centres Hospitaliers Universitaires (concerne les régions disposant d'un CHU)	2 557 000 000	-	-	2 557 000 000
4.40 : Action Médico-Sociale (concerne toutes les régions)	2 849 500	-	-	2 849 500
Total des crédits inscrits dans les articles affectés aux régions	3 641 258 600	456 555 000	-	4 097 813 600
TOTAL	3 653 654 000	456 555 000	-	4 110 209 000

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.10.1.1		
Intitulé de l'indicateur	Taux d'utilisation de la consultation curative médicale	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Améliorer la prise en charge au niveau des Etablissements de Soins de Santé Primaire	
Code	4000.10.1.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Soins Ambulatoires	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2011 : 0,6 , 2012 : 0,6 , 2013 : 0,6
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : nombre des consultations curatives réalisées par les médecins généralistes au niveau du diagnostic sanitaire primaire (durant une année) Dénominateur : l'effectif de la population de l'année
	Mode de collecte des données de base	Registres des consultations curatives
	Services responsables de la collecte des données de base	Les délégations de la Santé
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Validation de l'indicateur	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Total des consultations médicales (anciens et nouveaux cas) des établissements de diagnostic primaire urbains et ruraux durant une année Effectif de la population de la même année
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le « bulletin santé en chiffres »
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur la moyenne des consultations médicales par individu ce qui reflète l'accès aux soins de santé primaires
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	- Pas toutes les consultations sont enregistrées - l'accroissement du nombre des cliniques privées peut attirer la population et donc limiter au l'affût de la population vers les établissement publics - les prévisions de l'effectif de la population peuvent affecter négativement l'indicateur
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	N+18 mois
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.10.1.2		
Intitulé de l'indicateur	Taux de césarienne	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Améliorer la prise en charge au niveau des Etablissements de Soins de Santé Primaire	
Code	4000.10.1.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Hôpitaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2011 : 7,6% 2012 : 8,48% 2013 : 8,73%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : nombre des césariennes effectuées dans tous les hôpitaux publics durant l'année Dénominateur : les accouchements prévus durant la même année
	Mode de collecte des données de base	Registre des naissances
	Services responsables de la collecte des données de base	Les hôpitaux
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Validation de l'indicateur	Les délégations
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Total des césariennes effectuées durant l'année / les accouchements attendus durant la même année
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le « bulletin santé en chiffres ».
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur la couverture des besoins en accouchement dans les cas urgents
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse sans dépasser 10% (taux fixé par l'OMS)
	Limites et biais connus	Un bon taux ne signifie pas que toutes les femmes qui ont besoin de césariennes ont pu en profiter
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	-
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.20.2.1		
Intitulé de l'indicateur	Pourcentage des transferts régulés	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Le but recherché à travers ce programme est d'offrir à tous les citoyens, un accès à des soins de santé (en milieu primaire, pré-hospitalier et hospitalier) de qualité, sécurisés, au moment opportun et indépendamment de leur capacité de paiement	
Code	4000.20.2.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Les SAMU	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 7% , 2014 : 16% , 2015 : 22%
Élaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Nombre de transferts régulés Dénominateur : Nombre de transferts total
	Mode de collecte des données de base	Bouclette régionale
	Services responsables de la collecte des données de base	DRS
	Service responsable de la synthèse des données	DUS
	Validation de l'indicateur	DUS
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : (Nombre de transferts régulés)/ (Nombre de transferts total)*100
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Archives des bouclettes
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur la régulation médicale
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse jusqu'à atteindre 100%
	Limites et biais connus	Fonctionnalité du 141 RH
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	50% en 2018
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Affectation de RH
		Formation et sensibilisation
		Généralisation du 141
		Équipement des SAMU
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.20.2.2		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'Urgence Médicale de Proximité	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Le but recherché à travers ce programme est d'offrir à tous les citoyens, un accès à des soins de santé (en milieu primaire, pré-hospitalier et hospitalier) de qualité, sécurisés, au moment opportun et indépendamment de leur capacité de paiement	
Code	4000.20.2.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	DHSA/DUS	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 27 , 2014 : 46 ,2015 : 58
Élaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre d'UMP opérationnelles
	Mode de collecte des données de base	Supervision
	Services responsables de la collecte des données de base	DMS
	Service responsable de la synthèse des données	DUS
	Validation de l'indicateur	DUS
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Comptage cumulatif
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Correspondances de DMS
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur la prise en charge de proximité
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	RH
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	2015
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Affectation de RH, Formation en GSU
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.20.2.3		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de services d'accueil des urgences mis à niveau	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitalier et hospitalier	
Objectif du Programme	Le but recherché à travers ce programme est d'offrir à tous les citoyens, une prise en charge hospitalière urgente de qualité	
Code	4000.20.2.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	DHSA/Division des Urgences et Secours	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 5 , 2014 : 19 , 2015 : 21
Élaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de SAU mis à niveau
	Mode de collecte des données de base	Supervision
	Services responsables de la collecte des données de base	DMS
	Service responsable de la synthèse des données	DUS
	Validation de l'indicateur	DUS
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Comptage cumulatif
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Correspondances des DMS
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur la qualité du PEC au niveau des urgences hospitalières.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-RH -Vétusté des bâtiments -Retard dans l'exécution des marchés.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	48 en 2018
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Accompagnement des DMS
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.20.2.4		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'Héli SMUR opérationnels	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Le but recherché à travers ce programme est d'offrir à tous les citoyens, un accès à des soins de santé (en milieu primaire, pré-hospitalier et hospitalier) de qualité, sécurisés, au moment opportun et indépendamment de leur capacité de paiement	
Code	4000.20.2.4	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	SAMU	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 01 , 2014 : 03 , 2015 : 04
Élaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre d'Héli SMUR opérationnel
	Mode de collecte des données de base	Marchés adjugés
	Services responsables de la collecte des données de base	DRS/CHU
	Service responsable de la synthèse des données	DUS
	Validation de l'indicateur	DUS
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Comptage cumulatif
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	copies des résultats des marchés
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur l'amélioration des délais de PEC des urgences pré-hospitalières dans les zones à accès difficiles et les zones éloignées.
	Sens d'évolution souhaitée	A hausse
	Limites et biais connus	Budget RH Rareté des prestataires de service
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	4 en 2016
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Consolidation
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.20.2.5		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'ambulances acquises	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Le but recherché à travers ce programme est d'offrir à tous les citoyens, un accès à des soins de santé (en milieu primaire, pré-hospitalier et hospitalier) de qualité, sécurisés, au moment opportun et indépendamment de leur capacité de paiement	
Code	4000.20.2.5	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	DHSA/DUS	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 12 , 2014 : 133 , 2015 : 271
Élaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre d'Ambulances acquises
	Mode de collecte des données de base	Bon de livraison
	Services responsables de la collecte des données de base	DPAAG
	Service responsable de la synthèse des données	DPAAG/DUS
	Validation de l'indicateur	DPAAG
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Comptage cumulatif
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Dossier DPAAGD
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur la disponibilité et la rénovation du parc ambulancier
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Budget RH
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	200 en 2018
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Planification et répartition rationnelle
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.30.3.1		
Intitulé de l'indicateur	Taux d'hospitalisation	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge hospitalière	
Code	4000.30.3.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Hôpitaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 5,25% 2014 : 5,89%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : nombre de personnes hospitalisés durant l'année Dénominateur : l'effectif de la population
	Mode de collecte des données de base	Les données présentées par les hôpitaux dans chaque articles à la DHSA
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Les hôpitaux
	Service responsable de la synthèse des données	Service de Suivi et de l'Evaluation / Division des Hôpitaux à la DHSA
	Validation de l'indicateur	Service de Suivi et de l'Evaluation
	Mode de calcul	Utilisation des formulaires :
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le rapport des hôpitaux ou communiquées aux instances concernées (Ministère de l'Economie et des Finances)
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur les soins des malades hospitalisés et la réponse des hôpitaux publics aux besoins de la population
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites concernent principalement l'information
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Le premier semestre de l'année N+1
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire	Ces informations renseignent sur l'attractivité des hôpitaux publics qui est impactée par l'orientation de la population vers le secteur privé	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.30.3.2		
Intitulé de l'indicateur	Taux d'exécution du budget des SEGMA	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge hospitalière	
Code	4000.30.3.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Hôpitaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2013 : 68,4% 2014 : 71%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : montant des crédits engagés Dénominateur : montant des crédits
	Mode de collecte des données de base	Le budget présenté par l'hôpital à la DHSA
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Les hôpitaux
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Budgets / Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
	Validation de l'indicateur	Service des Budgets
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : Les crédits émis / les crédits ouverts
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le rapport des hôpitaux ou communiquées aux instances concernées (Ministère de l'Economie et des Finances)
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur la capacité de gestion des ressources attitudes
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Le premier semestre de l'année N+1
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire	Cet indicateur participe à l'ajustement de la formulation des besoins et l'évaluation des efforts fournis par les sous ordonnateurs délégués quant à l'utilisation rationalisée des dépensés ainsi qu'à l'évaluation des nouvelles mesures d'octroi de budget par le MEF.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.30.3.3		
Intitulé de l'indicateur	Taux de recouvrement des factures RAMED	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge hospitalière	
Code	4000.30.3.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Hôpitaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	-
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : montant de recouvrement des factures Dénominateur : montant total des factures des bénéficiaires du RAMED
	Mode de collecte des données de base	Les données sont recouvertes par les services concernés par les hôpitaux de la DHSA (la mise en œuvre est en cours)
	Services responsables de la collecte des données de base	Les hôpitaux
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Budgets / Division des Hôpitaux / Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
	Validation de l'indicateur	Service des Budgets / Division des Hôpitaux / Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
	Mode de calcul	Utilisation de la formule : montant de recouvrement des factures / montant total des factures des bénéficiaires du RAMED
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le rapport des hôpitaux ou communiquées aux instances concernées (Ministère de l'Economie et des Finances)
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet d'évaluer les efforts fournis pour améliorer les recettes et évaluer l'exécution du cercle du RAMED
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les personnes attendant leurs cartes de RAMED
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Le premier semestre de l'année N+1
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	
Commentaire	Cet indicateur est défini par les instances concernées (financiers) et comprend les charges des bénéficiaires du RAMED supportées par les hôpitaux	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.50.5.1		
Intitulé de l'indicateur	Taux de participation des hôpitaux au Concours Qualité	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Améliorer le Management de la qualité au niveau des structures de soins	
Code	4000.50.5.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires : unité de gestion qualité	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Biannuelle
	Dernières valeurs connues	2011 : 84% 2013 : 81%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : nombre des hôpitaux relevant du Ministère de la Santé participant aux Concours Qualité Dénominateur : total des hôpitaux relevant du Ministère de la Santé
	Mode de collecte des données de base	-
	Services responsables de la collecte des données de base	Rapport du Concours Qualité
	Service responsable de la synthèse des données	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires : Unité de gestion qualité
	Validation de l'indicateur	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Mode de calcul	Utilisation de formulaire :
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans le rapport du Concours Qualité
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur le développement des structures en parallèle avec l'approche Qualité accrédité par Ministère
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	- Certains hôpitaux spécialisés relevant des CHU participent sans être pris en compte dans le dénominateur - Le dénominateur peut changer en changeant la méthode d'explication et de comparaison
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	2007
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Selon le besoin
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 4000.50.5.2		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de structures inscrites à l'accréditation	
Programme	Programme 4 : Actions et prestations de soins primaires, pré hospitaliers et hospitaliers	
Objectif du Programme	Améliorer le Management de la qualité au niveau des structures de soins	
Code	4000.50.5.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	
Service utilisateur de l'indicateur	Unité de gestion qualité	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2014 : 6 hôpitaux psychiatriques 2015 : 28 hôpitaux généraux et 4 hôpitaux psychiatres
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre des structures inscrites à l'accréditation
	Mode de collecte des données de base	
	Services responsables de la collecte des données de base	Unité de gestion qualité
	Service responsable de la synthèse des données	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire / Direction de la Planification et des Ressources Financières
	Validation de l'indicateur	Unité de gestion qualité
	Mode de calcul	-
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Données publiées dans Santé en chiffres
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur renseigne sur l'engagement des centres de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	- Faible engagement du niveau régional et provincial - Donne peu d'informations concernant la nature des soins de santé et ses conformités aux normes
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	2014
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Peut être mis en œuvre après son approbation du projet de loi d'accréditation
Commentaire		



Programme N°5 : Ressources humaines et renforcement des capacités du système de santé

I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n° 5 et de ses finalités générales

Le programme intitulé « gestion des ressources humaines et renforcement des capacités du système de santé » constitue le 5ème programme dans la matrice de programmation budgétaire arrêté par le ministère de la santé dans le cadre de la 2ème phase de préfiguration de la LOF, ce programme comporte la budgétisation de toutes les actions à caractère social en étroite liaison avec la gestion des ressources humaines dans sa dimension la plus large, il se compose de 6 principales actions :

La gestion de la carrière administrative des fonctionnaires et l'enveloppe budgétaire relative à la création d'emploi en vue de combler l'énorme besoin de ce département en ressources humaines ;

- Le développement des compétences et le renforcement des capacités à travers les actions de formation de base, la formation continu et l'accompagnement professionnel via toutes les institutions de formation dans l'objectif de garantir une meilleure prestation de l'offre des soins au profit du citoyen.
- L'élaboration de la politique sociale du ministère de la santé à travers le dialogue social avec les partenaires sociaux visant l'amélioration des conditions de travail ;
- L'instauration d'une nouvelle dynamique de gestion des ressources humaines axée sur l'efficacité et la mesure de la performance ;
- La modernisation de la gestion des ressources humaines via un système d'information intégré fiable et pertinent ;
- Le développement et l'accompagnement des organismes prenant en charge toutes les activités sociales et culturelles au profit des fonctionnaires et de leurs familles.

II. Responsable du programme budgétaire n° 5

- Le Directeur des ressources humaines du Ministère de la Santé.

III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n° 5

- L'inspection générale ;
- L'ensemble des directions de l'Administration Centrale.
- Les divisions rattachées au Secrétariat Général ;

IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n° 5

Objectif 1 : Doter toutes les structures sanitaires des ressources humaines suffisantes et qualifiées pour une meilleure offre de soins

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 1.1. Taux de couverture en Ressources Humaines	19,38 %	39,67 %	45,69 %	50,21 %	60 %	70 %
Indicateur 1.2. Pourcentage d'exécution des postes budgétaires créés annuellement en vertu de la LF	97,6%	98%	99%	100%	100%	100%
Indicateur 1.3. Le ratio des postes d'affectation des médecins et des infirmiers ouverts dans les zones rurales et défavorisées : -Nombre de poste ouvert des Médecins Nombre de poste ouvert des infirmiers	53,45% 74,07%	55% 76%	60% 78%	65% 80%	70% 85%	- -

L'objectif 2 : Assurer une formation de base continue, diversifiée et de qualité :

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 2.1. Nombre de lauréats des établissements de formation : -des ISPITS - d'ENSP	3173 48	3098 110	3100 110	2600 150	3000 200	3000 508
Indicateur 2.2. Le budget alloué par rapport au nombre de lauréats (coût du lauréat)	45000 par lauréat	-	19636 par lauréat	15428 par lauréat	15000 par lauréat	1500 par lauréat
Indicateur 2.3. Le nombre de fonctionnaires bénéficiaires des sessions de la formation continue	8301	8304	10515	12000	12000	

L'objectif 3 : Assurer des prestations sociales équitables et de qualité à tous les professionnels de santé

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 3.1. Pourcentage de la contribution des œuvres sociales par rapport au coût total engagé par les bénéficiaires pour le financement de l'opération pèlerinage	31%	35%	40%	45%	50%	50%
Indicateur 3.2. Le gain quotidien en matière d'utilisation de transport en commun du personnel de la santé	2,5dh/8dh 69%	2,5dh/8dh 69%	2,5dh/8dh 69%	2,5dh/8dh 69%	2,5dh/8dh 69%	2,5dh/8dh 69%
Indicateur 3.3. Nombre d'enfants des fonctionnaires de la santé bénéficiaires des colonies de vacance	431	420	580	580	580	580

V. Présentation des projets/actions relatifs au programme budgétaire n° 5

Action 5.1 : Administration générale

Le nombre des postes budgétaires programmés du Ministère de la Santé a connu une augmentation de 15% entre 2012 et 2013 puisqu'il a atteint respectivement 2 000 et 2 300 postes, cependant il a régressé à nouveau pour stagner au niveau de 2 000 postes. Ce nombre reste insuffisant pour répondre aux besoins grandissants du système de la santé et de la généralisation du système de RAMEL, d'autant plus que le déficit en ressources humaines s'accroît en raison de l'augmentation des départs en retraite qui atteindra 1 370 professionnels de la santé durant l'année 2015 et 1 526 en 2016.

Il faut signaler que les crédits du chapitre du personnel sont gérés directement par les services du Ministère de l'Economie et des Finances.

Il faut noter que dans le cadre de la mise en œuvre progressive des nouvelles dispositions de la loi organique des finances, les mécanismes qui permettront l'estimation des incidences financières de la masse salariale et sa répartition en fonction des programmes budgétaires sont en cours de préparation, prenant en compte la nature du secteur et ses spécificités.

Action 5.2 : Gestion de la carrière des ressources humaines :

- Etude sur l'attribution d'une prime de rendement en faveur du personnel des établissements de santé relevant du ministère de la Santé ;
- Révision de l'augmentation annuelle des montants de l'indemnité de la garde et l'astreint ;
- Motivation de personnel du ministère de la Santé participants dans la couverture sanitaire des manifestations ;

- Indemnisation pour le travail dans les zones enclavées ;
- Création d'un ordre national des infirmiers ;
- Elaboration d'une stratégie pour la prévention, la santé et la sécurité au travail.

Implémentation du système d'information intégré de gestion des ressources humaines SIRH

Dans le cadre de la modernisation de la gestion des ressources humaines et afin de répondre aux besoins du Ministère de la Santé relatifs à la gestion de toutes les catégories de personnel, le ministère de la Santé a entamé le développement d'un système d'information intégré pour la gestion de la carrière du personnel du ministère de la Santé, celui-ci offrira de nouvelles fonctionnalités et garantira une information précise en temps réel et ainsi qu'un rendement meilleur.

Planification et gestion des ressources humaines en partenariat avec l'Union Européenne

Ce projet vise à améliorer certains indicateurs quantitatifs et de qualitatifs du secteur de la santé, en particulier ceux relatifs aux soins de santé primaires et à la facilitation de leur accès.

Implémentation du Système de Gestion Electronique des Documents

Afin de moderniser la gestion des archives, le ministère de la santé a procédé à une réorganisation de la salle des archives et des dossiers ainsi qu'à l'archivage électronique. La réalisation de ce projet est prévue pour l'année 2015. Dans ce cadre, le cahier de charges est en cours de préparation et il est également prévu de préparer le coût financier du projet.

Projet de Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Effectifs et des Compétences

Le Référentiel des Emplois et des Compétences constitue pour la Direction des Ressources Humaines la base pour préparer un projet de Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Effectifs et des Compétences moderne afin d'offrir de meilleurs services.

Projet de mise en place d'un observatoire des ressources humaines

Dans le cadre de la gestion de l'information relative aux professionnels de la santé au niveau national (les effectifs, les spécialités, les secteurs d'exercice, répartition géographique ...) la Direction des Ressources Humaines en coopération avec tous les acteurs du secteur de la santé nationale tâchera de créer un observatoire national des ressources humaines pour la santé, qui veillera sur le contrôle et la rationalisation de la gestion et l'encadrement de ces ressources au niveau national, il constituera également un élément fondamental dans la prise des décisions concernant la gestion des ressources humaines au niveau local, régional et national (statistiques nationales relatives à la santé, créer de nouvelles spécialités pour former des infirmières et des infirmiers, créer de nouvelles stratégies pour le recrutement et la formation ...) régionaux et nationaux.

Action 5.3 : Renforcement des capacités et formation continue:

• L'Elaboration d'un plan d'action de formation continue conformément aux priorités des objectifs soulignés par le Ministère de la Santé. Le nombre de bénéficiaires ainsi que le nombre de sessions de formation a déjà atteint 8221 dans les disciplines suivantes:

- Lutte contre les cancers ;
- Lutte contre les maladies cardiovasculaires ;
- Lutte contre le diabète ;
- Lutte contre les troubles mentaux ;
- Lutte contre l'insuffisance rénale chronique ;
- Lutte contre les maladies respiratoires ;
- Santé buccodentaire ;
- Maternité Sans Risques ;
- Santé de l'enfant ;
- Planification familiale ;
- Santé scolaire et universitaire ;
- Réhabilitation et la gériatrie ;
- Santé rurale ;
- Urgences.

• La mise en œuvre au cours des années 2014- 2015 d'un programme de renforcement des capacités des responsables du Ministère de la Santé dans les domaines suivants :

- Planification et évaluation des performances ;
- Gestion des projets ;
- Communication, leadership et coaching ;
- Gestion hospitalière et évaluation de la performance hospitalière ;
- Gestion de la circonscription sanitaire et gestion des programmes de santé ;
- Gestion financière et comptable et gestion de la maintenance.

• La création d'un portail électronique afin de faciliter l'accès aux Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Technique de Santé aux étudiants lauréats du baccalauréat, et afin de leur permettre de connaître de près ces instituts en ce qui concerne l'organisation et les spécialités. Aussi, ces étudiants ont la possibilité de déposer leurs dossiers de candidature à travers ce portail ;

• Renforcer les compétences techniques et manageriels des cadres et responsables centraux et régionaux ;

• Extension des locaux de l'ENSP en vue de s'adapter au nouveau statut (LMD) ;

• La mise en place d'une nouvelle filière « Médecine de famille et santé communautaire » ;

• La mise en place d'un Mastère International en santé public (public Health) ;

• Elaborer, mettre en œuvre et participer aux programmes de recherche, nationaux, régionaux ou internationaux, publics ou privés qui visent le développement des activités liées au domaine de la santé publique, la gestion des établissements de santé et les domaines connexes ;

• Contribuer à l'expertise en santé publique, en management de la santé et dans les domaines connexes ;

- Développer le E-Learning en matière de santé publique ;
- Formulation des programmes de santé publique.

Action 5.4 : les œuvres sociales

- Diversifier les activités sociales et culturelles au profit de tous les fonctionnaires du ministère de la santé à l'échelle nationale.
- Organiser des activités parallèles et dispenser des prestations sociales au profit du personnel de l'administration centrale.
- Signer des conventions avec les établissements bancaires en vue de faire bénéficier le personnel du ministère de la santé d'une tarification préférentielle.

VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°5 au titre de l'année 201

Désignation des projets ou actions du programme budgétaire n° 5	Budget Général	Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale	TOTAL
5.10 : Administration Générale	7 523 969 000			7 523 969 000
5.20 : Gestion de la Carrière des Ressources Humaines	8 500 000			8 500 000
5.30 : Renforcement des Capacités et Formation Continue	11 100 000	500 000		11 600 000
5.40 : Œuvres Sociales	56 000 000			56 000 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés à l'administration centrale	7 599 569 000	500 000	-	7 600 069 000
5.20 : Soutien aux Missions des Instituts de Formation aux Professions de Santé	42 429 000	-		42 429 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés aux régions	42 429 000	-	-	42 429 000
TOTAL	7 641 998 000	500 000	-	7 642 498 000

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.10.1.1		
Intitulé de l'indicateur	Taux de couverture en Ressources Humaines	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Doter toutes les structures sanitaires des ressources humaines suffisantes et qualifiées pour une meilleure offre de soins	
Code	5000.10.1.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines / Service des ressources financières	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2016 : 45,69% 2015 : 39,67% 2014 : 19,38%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Le nombre de postes budgétaires attribués dans le cadre de la loi de finances annuelle du MS besoin annuel en effectif Dénominateur : Le besoin annuel en effectif
	Mode de collecte des données de base	Base de données du Ministère de la Santé ; Budget annuel du Ministère de la Santé
	Services responsables de la collecte des données de base	Direction des Ressources Humaines
	Service responsable de la synthèse des données	Direction des Ressources Humaines / le service des prévisions et de suivi des postes budgétaires
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	$TCRH = \frac{\text{Le nombre de postes budgétaires attribués dans le cadre de la loi de finances annuelle du MS}}{\text{besoin annuel en effectif}} \times 100$
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Système informatique interne de la Direction des Ressources Humaines
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître le besoin des structures sanitaires en ressources humaines, afin de garantir la disponibilité des soins sanitaires de qualité en faveur du citoyen.
	Sens d'évolution souhaitée	En hausse
	Limites et biais connus	Cet indicateur est basé sur la proportion des postes spécifiés dans la loi des finances Ne permet pas de connaître la répartition géographique
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Donner à l'indicateur une dimension régionale afin de connaître les besoins des régions en matière des ressources humaines et connaître le niveau de la couverture locale.
Commentaire	Cet indicateur permet de renseigner sur le besoin nécessaire des structures sanitaires en ressources humaines en vue de garantir une offre de soins de qualité au profit du citoyen.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.10.1.2		
Intitulé de l'indicateur	Pourcentage d'exécution des postes budgétaires créés annuellement en vertu de la LF	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Doter toutes les structures sanitaires des ressources humaines suffisantes et qualifiées pour une meilleure offre de soins	
Code	5000.10.1.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	le service des prévisions et de suivi des postes budgétaires	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 :98% 2014 :97,6%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Numérateur : Nombre de poste budgétaires utilisés Dénominateur : Nombre des postes budgétaires créés annuellement
	Mode de collecte des données de base	Budget annuel du Ministère de la Santé Les données statistiques du service des prévisions et de suivi des postes budgétaires / les données statistiques de la trésorerie ministérielle du MS
	Services responsables de la collecte des données de base	Direction des Ressources Humaines / service des prévisions et de suivi des postes budgétaires
	Service responsable de la synthèse des données	Direction des Ressources Humaines / service des prévisions et de suivi des postes budgétaires
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Taux d'utilisation = (nombre de poste budgétaires utilisés / nombre des postes budgétaires créés annuellement)*100
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Le système informatique interne de la Direction des Ressources Humaines
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet de connaître la qualité de l'exécution de l'enveloppe budgétaire destiné aux recrutements annuels des différents cadres (médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques)
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	La décentralisation de la gestion des activités des ressources humaines ; Projet du système informatique intégré de la gestion des ressources humaines.
Commentaire	Cet indicateur permet de renseigner sur la qualité d'exécution de l'enveloppe budgétaire consacrée annuellement aux recrutements des différents cadres (Médical, Paramédical, Administratif et Technique).	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.10.1.3		
Intitulé de l'indicateur	Le ratio des postes d'affectation des médecins et des infirmiers ouverts dans les zones rurales et défavorisées	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Doter toutes les structures sanitaires des ressources humaines suffisantes et qualifiées pour une meilleure offre de soins	
Code	5000.10.1.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	Bureau des prévisions des effectifs et des compétences OU Bureau des besoins des emplois et des compétences	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	Pour les médecins Pour les infirmiers : 2016 : 60% 78% 2015 : 55% 76% 2014 : 53,45% 74,07%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	
	Mode de collecte des données de base	Bureau des prévisions des effectifs et des compétences Le site officiel du MS / Direction des Ressources Humaines
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Direction des Ressources Humaines Les services relevant de La Division de Gestion du Personnel
	Service responsable de la synthèse des données	Bureau des prévisions des effectifs et des compétences
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Taux des postes ouverts annuellement dans les zones rurales et défavorisées = (Nombre des postes ouverts annuellement dans les zones rurales et difficilement accessible / total des postes ouverts)
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Le système informatique interne de la Direction des Ressources Humaines
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur reflète l'engagement du MS concernant le renforcement sanitaire du milieu rural.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'amélioration des conditions de travail dans les zones rurales et défavorisées ; Projet de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.20.2.1		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de lauréats des établissements de formation : -des ISPITS - d'ENSP	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Assurer une formation de base continue, diversifiée et de qualité	
Code	5000.20.2.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	Le service de la formation de base / Direction des Ressources Humaines Le service de la formation de base / l'Ecole Nationale de Santé Publique	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre de lauréats
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	Pour les ISPITS : Pour l'ENSP : 2016 : 3100 110 2015 : 3098 110 2014 : 3173 48
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre de lauréats des établissements de formation (ISPITS, ENSP) ; Les effectifs des étudiants en formation dans les différents établissements de formation.
	Mode de collecte des données de base	Récapitulatifs des rapports statistiques périodiques des ISPITS (DRH/ Service de Formation de Base).
	Services responsables de la collecte des données de base	Le service de la formation de base de Direction des Ressources Humaines Le service de la formation de base de l'Ecole Nationale de Santé Publique
	Service responsable de la synthèse des données	Le service des prévisions et de suivi des postes budgétaires
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Nombre des lauréats des établissements de formation du Ministère de la Santé
	Modalités de conservation des données,	Le système informatique des instituts de formation relevant du Ministère de la Santé
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur est général, il ne spécifie pas les différentes spécialités de formation
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	C'est un indicateur global qui ne spécifie ni les différentes spécialités de formation, ni la répartition géographique de l'affectation des lauréats.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration de l'indicateur	Lier l'indicateur à la spécialité et le lieu prévu d'affectation.
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.20.2.2		
Intitulé de l'indicateur	Le budget alloué par rapport au nombre de lauréats (coût du lauréat)	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Assurer une formation de base continue, diversifiée et de qualité	
Code	5000.20.2.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	Le service de la formation de base / l'Ecole Nationale de Santé Publique	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Le Dirham
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2014 : 45 000 DH par lauréat 2013 : 37 895 DH par lauréat
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre des lauréats formés annuellement. Le budget général alloué à la formation.
	Mode de collecte des données de base	Unité de formation initiale / ENSP
	Services responsables de la collecte des données de base	Direction des Ressources Humaines Service de la formation de base
	Service responsable de la synthèse des données	Le service des prévisions et de suivi des postes budgétaires
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Le coût du lauréat= Nombre de lauréats formés annuellement budget global alloué à la formation
	Modalités de conservation des données,	La base de données du Service de la formation de base
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Permet de renseigner sur le coût par étudiant, l'objectif étant une maîtrise des coûts de la formation sans impacter sa qualité.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Absence de ligne budgétaire allouée uniquement à la rubrique Formation de Base.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'augmentation du budget alloué à la formation continue afin de permettre à l'établissement de former le plus grand nombre de lauréats.
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.30.2.3		
Intitulé de l'indicateur	Le nombre de fonctionnaires bénéficiaires des sessions de la formation continue	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Assurer une formation de base continue, diversifiée et de qualité	
Code	5000.30.2.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre de bénéficiaires
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 10 515 bénéficiaires 2014 : 8 304 bénéficiaires 2013 : 8 301 bénéficiaires
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Nombre des bénéficiaires des différentes sessions de formation organisé au profit des fonctionnaires de la Santé.
	Mode de collecte des données de base	Bilans des réalisations des activités de la formation continue de la Division de Formation /DRH.
	Services responsables de la collecte des données de base	Direction des Ressources Humaines / Division de la Formation / l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
	Service responsable de la synthèse des données	Direction des Ressources Humaines / Division de la Formation
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Nombre de bénéficiaires des différentes sessions de formation continue organisées au profit des professionnels de la santé
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Le système informatique relatif à la gestion des sessions de formation du Ministère de la Santé et de l'Ecole Nationale de Santé Publique.
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur ne permet pas d'évaluer l'opérationnalisation sur le terrain du savoir acquis pendant les sessions de formation. Ne prend pas en considération la dynamique du personnel formé et les éventuels changements de fonction de certains bénéficiaires de la formation continue.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	C'est un indicateur quantitatif qui ne traduit pas la valeur ajoutée de la formation et le degré d'apprentissage
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Prévoir d'autres plans de formation
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.40.3.1		
Intitulé de l'indicateur	Pourcentage de la contribution des œuvres sociales par rapport au coût total engagé par les bénéficiaires pour le financement de l'opération pèlerinage	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Assurer des prestations sociales équitables et de qualité à tous les professionnels de santé	
Code	5000.40.3.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	L'association des œuvres sociales du Personnel de l'administration (l'AOSPAC)	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 35% 2014 : 31%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	le montant total déboursé par l'AOSPAC pour la contribution au financement de l'opération pèlerinage ; Le coût total supporté par les bénéficiaires.
	Mode de collecte des données de base	La Direction des Ressources Humaines (Service des Affaires Sociales) L'AOSPAC
	Services responsables de la collecte des données de base	Service des Affaires Sociales / La Direction des Ressources Humaines ; L'AOSPAC
	Service responsable de la synthèse des données	L'AOSPAC
	Validation de l'indicateur	La Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Le montant total déboursé par l'AOSPAC pour la contribution au financement de l'opération pèlerinage / Le coût total supporté par les bénéficiaires (76 pèlerins). $946\ 000 / 3\ 035\ 100 = 31\%$
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Les dossiers annuels relatifs à l'opération pèlerinage
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Ce pourcentage permet de renseigner sur le taux de financement du ministère de la santé (par le biais de l'AOSPAC) de l'opération pèlerinage au profit de son personnel
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'augmentation des crédits alloués à ce chapitre dans le budget de l'Association.
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.40.3.2		
Intitulé de l'indicateur	Le gain quotidien en matière d'utilisation de transport en commun du personnel de la santé	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Assurer des prestations sociales équitables et de qualité à tous les professionnels de santé	
Code	5000.40.3.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	L'association des œuvres sociales du Personnel de l'administration (l'AOSPAC)	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 69% 2014 : 69%
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	La cotisation journalière du transport du personnel ; Le prix des billets aller-retour journalier du transport public le moins cher.
	Mode de collecte des données de base	L'AOSPAC - Ministère de la Santé
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	L'AOSPAC
	Service responsable de la synthèse des données	L'AOSPAC
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Le ratio de gain = cotisation journalière transport personnel (2.5Dhs)/ prix des billets aller-retour journalier du transport public le moins cher (bus) (8Dhs).
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	-
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Ce ratio indique que la cotisation journalière de transport coûte trois fois moins chère que le prix billets aller-retour journalier dans le transport public le moins cher (si le prix de billet du bus reste constant).
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	L'AOSPAC œuvre pour l'ajout d'une nouvelle ligne concernant les habitants de la ville Tamesna.
Commentaire		

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 5000.40.3.3		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'enfants des fonctionnaires de la santé bénéficiaires des colonies de vacances	
Programme	Programme 5 : Ressources Humaines et renforcement des capacités du système de Santé	
Objectif du Programme	Assurer des prestations sociales équitables et de qualité à tous les professionnels de santé	
Code	5000.40.3.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines	
Service utilisateur de l'indicateur	L'AOSPAC	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Chiffre
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 420 enfants bénéficiaires 2014 : 431 enfants bénéficiaires
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	L'effectif total des enfants bénéficiaires des colonies de vacances abstraction faite de la destination et de la période choisies
	Mode de collecte des données de base	L'AOSPAC - Ministère de la Santé
	Services responsables de la collecte des données de base	L'AOSPAC
	Service responsable de la synthèse des données	L'AOSPAC
	Validation de l'indicateur	Direction des Ressources Humaines
	Mode de calcul	Ce nombre indique l'effectif total des enfants bénéficiaires abstraction faite de la destination et de la période choisies. La tendance à la hausse est justifiée non pas par l'augmentation de la capacité d'accueil qui est de 420, mais par le fait qu'à partir de 2016 le mois de ramadan reculera de 11 jours et la période estivale sera prolongée d'avantage ce qui permettra d'organiser 3 périodes au lieu de 2 actuellement à El Jadida et Immouzzar-Kandar.
	Modalités de conservation des données,	-
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Bien que cet indicateur soit basique et simple, il est très révélateur quant à l'efficacité de l'opération estivale et son caractère d'intérêt général pour les enfants du personnel.
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	-
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	L'année en cours
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Un plus grand nombre d'enfants bénéficiera des colonies de vacances, vu qu'à partir de 2016 le mois de ramadan reculera de 11 jours et la période estivale sera prolongée d'avantage ce qui permettra d'organiser 3 périodes au lieu de 2 actuellement à El Jadida et Immouzzar-Kandar.
Commentaire		

Programme 6 : Infrastructure sanitaire et patrimoine

I. Résumé de la stratégie du programme budgétaire n° 6 et de ses finalités générales

La stratégie du programme définit le cadre de l'action pour les années à venir dans la volonté d'améliorer l'offre de soins de santé et de lutter contre les inégalités d'accès aux soins de santé par :

- la construction d'établissements sanitaires (hôpital, centre de santé, centres d'hémodialyse, ...) répartis équitablement sur le territoire national et permettant d'offrir une solution de proximité des soins ;
- le renforcement des plateaux techniques hospitaliers ;
- la modernisation du patrimoine immobilier (réhabilitation de bâtiments anciens et inadaptés, extension de locaux pour s'adapter au niveau d'activité au regard des orientations prises dans le cadre de la nouvelle répartition de l'offre de soins) ;
- le recours aux technologies modernes ;
- la favorisation de la formation et de la recherche, à travers la construction d'Instituts de Formation mais aussi de Centres de Simulation au niveau des nouveaux Centres Hospitaliers Universitaires ;
- la continuité des soins à travers un parc national d'équipements maintenu et un patrimoine immobilier entretenu et sécurisant.

Elle s'inscrit dans le plan d'actions du Ministère de la Santé 2012-2016 (18 actions).

II. Responsable de programme du programme budgétaire n° 6

- Le directeur des Equipements et de la Maintenance (DEM)

III. Acteurs de pilotage du programme budgétaire n° 6

- Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF) ;
- Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires (DHSA) ;
- Direction de la Population (DP) ;
- Direction de l'Epidémiologie et Lutte contre les Maladies (DELM) ;
- Division des affaires générales et du parc auto
- Direction des Ressources Humaines (DRH)
- Division du Parc Auto et des Affaires Générales (DPAAG)

IV. Objectifs et indicateurs de performance du programme budgétaire n° 6

Objectif 1 : Mettre en place une offre de soins de santé pré-hospitalière et hospitalière équilibrée et mieux répartie sur le territoire national

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 1.1. Nombre d'établissements hospitaliers achevés et mis en fonctionnement	06	02	11	16	18	53
Indicateur 1.2. Nombre d'établissements hospitaliers de niveau tertiaire achevés et mis en fonctionnement	01	-	01	-	02	04
Indicateur 1.3. Nombre de centres d'hémodialyse équipés en matériel et équipements de dialyse	8	12	9	10	10	49
Indicateur 1.4. Nombre d'hôpitaux mobiles	1	-	1	-	-	2

Objectif 2 : Mettre en place une offre de soins de santé primaires, équilibrée et mieux répartie sur le territoire national

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 2.1. Nombre d'établissements de soins de santé de base achevés et mis en fonctionnement	63	65	80	50	50	308

NB : La valeur cible représente le cumul des réalisations durant les années 2014-2018

Objectif 3 : Renforcement et modernisation des plateaux techniques

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 3.1. Nombre d'établissements hospitaliers ayant connu un renforcement et/ou un renouvellement d'équipements de nouvelle technologie	22	29	29	30	30	140
Indicateur 3.2. Nombre d'établissements hospitaliers équipé d'un scanner	03	02	09	10	10	34

Objectif 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte, par la disponibilité des équipements

Désignation des Indicateurs	Réalisation 2014	Prévision 2015	Prévision 2016	Prévision 2017	Prévision 2018	Valeur Cible
Indicateur 4.1. Taux de disponibilité du parc national des équipements biomédicaux	93 %	95%	96%	97%	98%	98%

V. Présentation des actions relatives au programme budgétaire n° 6

Action 6.10 (Services communs) Administration centrale et projets spécifiques

Il s'agit d'opérations correspondantes aux bâtiments de l'administration centrale :

- La construction et l'équipement de l'Annexe au Ministère de la Santé ;
- L'aménagement des bâtiments de l'administration centrale ;
- L'équipement des bâtiments de l'administration centrale

Action 6.20 (Services communs) Gestion du patrimoine immobilier

- Le patrimoine des établissements publics de santé est particulièrement important. Il est réparti sur l'ensemble du territoire national. Un constat d'un parc immobilier (hôpitaux, formations sanitaires, ...) globalement vieillissant et peu entretenu.
- Objectif : améliorer de manière significative, l'état des bâtiments.
- Mise en place d'une stratégie dont l'objectifs finale est d'améliorer de manière significative, l'état des bâtiments via:
 - l'amélioration de la connaissance du patrimoine,
 - la mise en place d'un programme d'entretien pérenne,
 - un programme de rattrapage du déficit d'entretien,
 - l'implantation de nouveaux outils de gestion
- le meilleur équilibre entre la maintenance effectuée en interne et sa sous-traitance au secteur privé.
- Gestion des contrats de bail de bâtiments administratifs

Action 6.30 (Services communs) Renforcement et modernisation du plateau technique, des équipements et des installations

- Actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge du patient en assurant :
 - le renforcement des plateaux techniques et la fourniture d'équipements hospitaliers ;
 - la modernisation des infrastructures hospitalières par la fourniture d'équipements hospitaliers de technologie récente et d'installations techniques (sécurisation) ;
- Actions sur la formation des utilisateurs sur des technologies nouvelles.



Action 6.40 (Services communs) Programme de lutte contre les disparités territoriales et sociales dans le monde rural

- Le programme de lutte contre les disparités territoriales et sociales dans le monde rural, doté de 55,8 milliards de Dirhams, est géré par le Ministère de l'Agriculture. (Fonds pour le Développement rural et des zones de montagnes).
- Le projet sera déployé dans les régions sur une durée de 07 ans, 2016-2022, pour réduire les poches de pauvreté.
- Le programme touche tous les secteurs. L'essentiel du financement est focalisé sur les infrastructures de bases.
- Le Ministère de la Santé alignera son plan d'investissement sur les priorités du programme de lutte contre les disparités territoriales et sociales dans le monde rural à travers la construction et l'équipement d'établissements de soins de santé de base ainsi que des logements pour Médecin et pour Infirmier.

Action 6.50 (Services communs) Programme de mise à niveau des infrastructures et des équipements sanitaires

- Il s'agit d'un programme qui vise à remettre à niveau les infrastructures et le parc des équipements des hôpitaux publics.
- Le projet sera déployé dans les 12 régions sur une durée de 03 ans.
- L'essentiel du financement, soit 900 millions de Dirhams par an, portera sur l'amélioration de l'attractivité des hôpitaux publics et des conditions de prise en charge du patient en assurant :
- le développement de la capacité d'accueil (via des travaux d'aménagement, d'entretien et de réhabilitation des bâtiments hospitaliers et de leurs installations techniques) ;
- le renforcement et le renouvellement des plateaux techniques ;
- la disponibilité et le maintien des équipements.

Action 6.10 (Régions sanitaires) Administration régionale et locale

Il s'agit d'opérations correspondantes aux bâtiments administratifs relevant des régions sanitaires :

- Construction, extension, aménagements bâtiments administratifs (siège de directions régionales de la santé, siège de délégations provinciales, SIAAP, ...).

Action 6.20 (Régions sanitaires) Etablissements de soins de santé primaire

Il s'agit d'opérations correspondantes aux formations sanitaires relevant du réseau de soins de Santé de Base :

- Construction, extension, aménagement et équipements de FSSB, divers catégorie ;
- Construction de logements Médecin et logements Infirmier.

Action 6.30 (Régions sanitaires) Etablissements de soins pré-hospitalières et hospitaliers

Il s'agit d'opérations physiques correspondantes aux formations sanitaires relevant du réseau hospitalier (CHU, CHR, CHP, HL,...) :

- Construction, extension, aménagement et équipements d'établissements hospitaliers, divers catégorie.
- Mise à niveau des Urgences hospitalières : Mise aux normes architecturales et fonctionnelles avec un plateau technique adéquat et renforcé

Action 6.40 (Régions sanitaires) Structures d'appui aux programmes et actions de santé

Il s'agit d'opérations physiques correspondantes aux programmes de santé tels que :

- Constructions et équipements d'établissements dans le cadre du programme Santé mentale,
- Construction et équipements d'établissement dans le cadre du programme Cancer ;
- Construction et équipements de centres d'hémodialyse ;
- Acquisition des équipements dans le cadre des programmes de santé (programme 2, programme4)

En matière d'appui au plan santé rurale et stratégie mobile

- La mise en place d'un nouveau programme de couverture sanitaire mobile pour les soins hospitaliers : les hôpitaux mobiles (HM) et les caravanes médicales spécialisées (CMS). Objectifs :

- Améliorer l'égalité de l'offre de soins avec une répartition équitable ;
- Améliorer l'égalité de l'accès aux soins pour toute la population dont celle située dans des zones enclavées et/ou à conditions météorologiques difficiles et celle ne pouvant se déplacer vers un établissement hospitalier.

Action 6.50 (Régions sanitaires) Instituts de formation aux professions de santé

Il s'agit d'opérations physiques correspondantes au réseau d'établissement de formation :

- Construction, extension, aménagement et équipements d'ISPITS ;
- Extension, aménagement et équipements de l'ENSP.

Action 6.60 (Régions sanitaires) Maintenance du patrimoine immobilier, des équipements et des installations techniques

Il s'agit d'une activité qui consiste à assurer la maintenance courante du patrimoine (biens immobiliers ou équipements) au moyen d'interventions curatives ou préventives sur les locaux et les installations techniques et équipements qui s'y trouvent (réfection partielle, remise à niveau, maintien de la performance des installations et des équipements).

VI. Récapitulatif des crédits prévisionnels par projets ou actions relatifs au programme budgétaire n°6 au titre de l'année 201

Désignation des projets ou actions du programme budgétaire n° 5	Budget Général	Recettes propres des SEGMA relevant du MS	CAS Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale	TOTAL
6.10 : Administration Centrale et projets spécifiques	20 567 600			20 567 600
6.20 : Gestion du patrimoine immobilier	4 618 661			4 618 661
6.30 : Renforcement et Modernisation du Plateau Technique, des Equipements et des installations	0			0
6.40 : Programme de lutte contre les disparités territoriales et sociales dans le monde rural	100 000 000			100 000 000
6.50 : Programme de mise à niveau des infrastructures et des équipements sanitaires	900 000 000			900 000 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés à l'administration centrale	1 025 186 261	-	-	1 025 186 261
6.10 : Administration régionale et locale (au niveau de toutes les régions)	639 820			639 820
6.20 : Etablissements de Soins de Santé Primaire (au niveau de toutes les régions)	73 073 890			73 073 890
6.30 : Etablissements de soins pré hospitaliers et hospitaliers (au niveau de toutes les régions)	344 694 623			344 694 623
6.40 : Structures d'appui aux programmes et actions de santé (au niveau de toutes les régions)	23 227 755			23 227 755
6.50 : Instituts de Formation aux Professions de Santé (au niveau des régions concernées)	19 532 647			19 532 647
6.60 : Maintenance du patrimoine immobilier, des équipements et des installations techniques (au niveau de toutes les régions)	3 367 022			3 367 022
6.70 : Construction et Equipement des Centres hospitaliers Universitaires (au niveau des régions concernées)	3 000 000			3 000 000
6.80 : Programmes de développement dans le cadre des conventions de partenariats (au niveau des régions concernées)	60 158 417			60 158 417
6.90 : Programmes de développement dans le cadre des conventions de partenariats (au niveau des régions concernées)	18 524 000			18 524 000
Total des crédits inscrits dans les articles affectés aux régions	546 218 174	-	-	546 218 174
TOTAL	1 571 404 435	-	-	1 571 404 435

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 6000.10.1.1		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'établissements hospitaliers achevés et mis en fonctionnement	
Programme	Programme 6 : Infrastructure sanitaire et Patrimoine	
Objectif du Ministère	Mettre en place une offre de soins de santé pré-hospitalière et hospitalière équilibrée et mieux répartie sur le territoire national	
Code	6000.10.1.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre d'établissements hospitaliers
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 02 , 2014 : 06
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Marchés de travaux Marchés d'acquisition des équipements
	Mode de collecte des données de base	Les données sont communiquées par le maître d'ouvrage du projet de construction hospitalière qui peut être la Direction régionale de la santé ou la délégation provinciale ou la maîtrise d'ouvrage déléguée, en ce qui concerne les travaux et selon le cas, les équipements. Généralement, à l'exception des projets de conventions si cela est précisé et du projet « Maroc Santé III », la DEM effectue les achats d'équipements pour les projets de construction.
	Services responsables de la collecte des données de base	SABEM (Services d'Approvisionnement, des Bâtiments, des Equipements et de la Maintenance) des directions régionales de la Santé
	Service responsable de la synthèse des données	Division du Bâtiment et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Comptages manuels : un établissement hospitalier dont les travaux de construction sont terminés et les équipements livrés et installés, représente un établissement hospitalier achevé et mis en fonctionnement.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 05 ans Règles : inventaire du patrimoine immobilier et des équipements Responsables de la conservation des données de base : Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et les biais de l'indicateur sont définis à travers la cartographie des risques de réalisation d'un projet pouvant toucher, entre autres : La gestion financière (restriction budgétaire,) ; La conduite du projet par le maître d'ouvrage (peu d'expérience dans le domaine,) ; Les capacités des maîtres d'œuvre et des entreprises (défaillance, ...) ; Les préalables à la réalisation du projet (disponibilité du terrain,).
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Fin de chaque année
	Plan d'amélioration de l'indicateur	-
Commentaire	-Basé essentiellement sur l'état d'avancement actuel des études et/ou travaux et des restrictions budgétaires de 2013 ; -Tenant compte de la morasse budgétaire 2015 et de la lettre de cadrage du Chef de Gouvernement ; -Abstraction d'éventuelles crises budgétaires (restriction budgétaire 2017 et 2018, sachant que la coupure budgétaire de 2014 a été reconduite en 2015 et 2016) ; -Peut être modifié selon la nouvelle Loi Organique des Finances (LOF) ; -Tenant compte que tous ces projets sont gérés au niveau local (certains projets partagés entre la direction régionale et la province, ou entre deux provinces).	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 6000.10.1.2		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'établissements hospitaliers de niveau tertiaire achevés et mis en fonctionnement	
Programme	Programme 6 : Infrastructure sanitaire et Patrimoine	
Objectif du Ministère	Mettre en place une offre de soins de santé pré-hospitalière et hospitalière équilibrée et mieux répartie sur le territoire national	
Code	6000.10.1.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre d'établissements hospitaliers de niveau tertiaire
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2014 : 01
	Nature des données de base	Marchés de travaux Marchés d'acquisition des équipements
	Mode de collecte des données de base	Les données sont communiquées par le maître d'ouvrage du projet de construction hospitalière qui peut être la Direction régionale de la santé ou la délégation provinciale ou la maîtrise d'ouvrage déléguée, en ce qui concerne les travaux et selon le cas, les équipements. Généralement, la DEM effectue les achats d'équipements pour les projets de construction.
	Services responsables de la collecte des données de base	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Service responsable de la synthèse des données	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Comptages manuels : un établissement hospitalier de niveau tertiaire dont les travaux de construction sont terminés et les équipements livrés et installés, représente un établissement hospitalier de niveau tertiaire achevé et mis en fonctionnement. Cet établissement peut être un CHU ou un établissement hospitalier d'un CHU existant.
Elaboration de l'indicateur	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 05 ans Règles : inventaire du patrimoine immobilier et des équipements Responsables de la conservation des données de base : Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et les biais de l'indicateur sont définis à travers la cartographie des risques de réalisation d'un projet pouvant toucher, entre autres : · La gestion financière (restriction budgétaire,) ; · La conduite du projet par le maître d'ouvrage ; · Les capacités des maîtres d'œuvre et des entreprises (défaillance, ...) ; · Les préalables à la réalisation du projet (disponibilité du terrain,).
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	La fin de chaque année
	Plan d'amélioration de l'indicateur	-
Commentaire	-Basé essentiellement sur l'état d'avancement actuel des études et/ou travaux et des restrictions budgétaires de 2013, -Tenant compte de la morasse budgétaire 2015 et de la lettre de cadrage du Chef de Gouvernement 2016 ; -Abstraction d'éventuelles crises budgétaires (restriction budgétaire 2017 et 2018, sachant que la coupure budgétaire de 2014 a été reconduite en 2015 et 2016) ; -Peut être modifié selon la nouvelle Loi Organique des Finances (LOF).	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 6000.10.1.3		
Intitulé de l'indicateur	Nombre de centres d'hémodialyse équipés en matériel et équipements de dialyse	
Programme	Programme 6 : Infrastructure sanitaire et Patrimoine	
Objectif du Ministère	Mettre en place une offre de soins de santé pré-hospitalière et hospitalière équilibrée et mieux répartie sur le territoire national	
Code	6000.10.1.3	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance	
Service utilisateur de l'indicateur	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre de centres d'hémodialyse équipés en matériel et équipements de dialyse
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 12 , 2014 : 8
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Marchés de travaux Marchés d'acquisition des équipements
	Mode de collecte des données de base	Les données sont communiquées par le maître d'ouvrage du projet de construction, d'extension ou de renouvellement d'équipements de dialyse du centre d'hémodialyse. Généralement, la DEM effectue les achats d'équipements pour les projets de construction, d'extension ou de renouvellement d'équipements de dialyse.
	Services responsables de la collecte des données de base	Division du Bâtiment et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Service responsable de la synthèse des données	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Comptages manuels : Un centre d'hémodialyse ayant connu une création, une extension ou un renouvellement de ses équipements représente un centre d'hémodialyse équipé en matériel et équipements de dialyse qui sont livrés et installés.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 05 ans Règles : inventaire du patrimoine immobilier et des équipements Responsables de la conservation des données de base : Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et les biais de l'indicateur sont définis à travers la cartographie des risques de réalisation d'un projet pouvant toucher, entre autres : · La gestion financière (restriction budgétaire,) ; · La conduite du projet par le maître d'ouvrage ; · Les capacités des maîtres d'œuvre et des entreprises (défaillance, ...) ; · Les préalables à la réalisation du projet (disponibilité du terrain,).
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	La fin de chaque année
	Plan d'amélioration de l'indicateur	-
Commentaire	-Basé essentiellement sur l'état d'avancement actuel des études et/ou travaux et des restrictions budgétaires de 2013, -Tenant compte de la morasse budgétaire 2015 et de la lettre de cadrage du Chef de Gouvernement 2016 ; -Abstraction d'éventuelles crises budgétaires (restriction budgétaire 2017 et 2018, sachant que la coupure budgétaire de 2014 a été reconduite en 2015 et 2016) ; -Peut être modifié selon la nouvelle Loi Organique des Finances (LOF) ; Tenant compte que tous ces projets sont gérés au niveau local (certains projets partagés entre la direction régionale et la province, ou entre deux provinces).	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 2000.50.1.4		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'hôpitaux mobiles mis en fonctionnement	
Programme	Programme 2 : Santé reproductive, Santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques	
Objectif du Ministère	Améliorer l'égalité de l'offre de soins avec une répartition équitable et l'égalité de l'accès aux soins pour toute la population dont celle située dans les zones enclavées ou à conditions météorologiques difficiles et ne pouvant pas se déplacer vers l'hôpital	
Code	2000.50.1.4	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance (DEM)	
Service utilisateur de l'indicateur	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre d'hôpitaux mobiles
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	1
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Le marché d'acquisition d'un hôpital mobile
	Mode de collecte des données de base	Les documents du marché d'acquisition d'un hôpital mobile (paiement des décomptes, procès-verbaux de réception,...)
	Services responsables de la collecte des données de base	DEM
	Service responsable de la synthèse des données	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Comptages manuels : Un marché d'acquisition d'un hôpital mobile soldé représente un hôpital mobile installé et mis en fonctionnement
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 05 ans Règles : inventaire des équipements composant l'hôpital mobile Responsables de la conservation des données de base : Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et les biais de l'indicateur sont définis à travers la cartographie des risques de réalisation d'un projet pouvant toucher, entre autres : · La gestion financière (restriction budgétaire, budget de fonctionnement de l'hôpital mobile,) ; · Les capacités des entreprises (défaillance,) ; · Les préalables à la réalisation du projet (disponibilité du terrain - 1^{er} site d'installation,).
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	fin 2016
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire	✓ 1 ^{ère} expérience du Ministère de la Santé en 2014 : · 9 sites d'implantation désignés avec une couverture médicale projetée de 71 communes non n'ayant pas d'hôpital ; · Population attendue : 800 000 personnes ; · Nombre d'homme jour de travail en une année : 7 965 jours.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 6000.10.2.1		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'établissements de soins de santé primaire achevés et mis en fonctionnement	
Programme	Programme 6 : Infrastructure sanitaire et Patrimoine	
Objectif du Ministère	Mettre en place une offre de soins de santé primaires, équilibrée et mieux répartie	
Code	6000.10.2.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance	
Service utilisateur	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre d'établissements de soins de santé de base achevés et mis en fonctionnement
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 65 , 2014 : 63
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Marchés de travaux Marchés d'acquisition des équipements
	Mode de collecte des données de base	Les données sont communiquées par le maître d'ouvrage du projet de construction de la formation sanitaire qui peut être la Direction régionale de la Santé ou la délégation provinciale, en ce qui concerne les travaux et selon le cas, les équipements. Généralement, à l'exception des projets de conventions si cela est précisé ou pour une autre raison, la DEM effectue les achats d'équipements pour ces projets de construction.
	Services responsables de la collecte des données de base	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Service responsable de la synthèse des données	Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Comptages manuels : Un établissement de soins de santé de base dont les travaux de construction sont terminés et les équipements livrés et installés, représente un établissement de soins de santé de base achevés et mis en fonctionnement
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 05 ans Règles : inventaire du patrimoine immobilier et des équipements Responsables de la conservation des données de base : Division des Bâtiments et de l'Architecture et Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et les biais de l'indicateur sont définis à travers la cartographie des risques de réalisation d'un projet pouvant toucher, entre autres : · La gestion financière (restriction budgétaire,) ; · La conduite du projet par le maître d'ouvrage ; · Les capacités des maîtres d'œuvre et des entreprises (défaillance, ...) ; · Les préalables à la réalisation du projet (disponibilité du terrain,).
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	La fin de chaque année
	Plan d'amélioration de l'indicateur	-
Commentaire	-Basé essentiellement sur l'état d'avancement actuel des études et/ou travaux et des restrictions budgétaires de 2013, -Tenant compte de la morasse budgétaire 2015 et de la lettre de cadrage du Chef de Gouvernement 2016 ; -Abstraction d'éventuelles crises budgétaires (restriction budgétaire 2017 et 2018, sachant que la coupure budgétaire de 2014 a été reconduite en 2015 et 2016) ; -Peut être modifié selon la nouvelle Loi Organique des Finances (LOF) ; -Tenant compte que tous ces projets sont gérés au niveau local (certains projets partagés entre la direction régionale et la province, ou entre deux provinces) ; - Les formations sanitaires rurales sont accompagnées de logements Médecin et/ou Infirmier.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 6000.30.3.1		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'établissements hospitaliers ayant connu un renforcement et/ou un renouvellement d'équipements de nouvelle technologie	
Programme	Programme 6 : Infrastructure sanitaire et Patrimoine	
Objectif du Ministère	Renforcement et modernisation des plateaux techniques hospitaliers	
Code	6000.30.3.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance	
Service utilisateur de l'indicateur	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre d'établissements hospitaliers équipés
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 29 2014 : 22
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Marchés d'acquisition des équipements
	Mode de collecte des données de base	Procès-verbaux de réception des équipements installés et mis en fonctionnement
	Services ou organismes responsables de la collecte des données de base	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Service responsable de la synthèse des données	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Comptages manuels, à partir des marchés soldés d'acquisition d'équipements dans le cadre du programme de modernisation
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 05 ans Règles : inventaire des équipements Responsables de la conservation des données de base : Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et les biais de l'indicateur sont définis à travers la cartographie des risques de réalisation d'un projet pouvant toucher, entre autres : · La gestion financière (restriction budgétaire,) ; · Les capacités des sociétés d'équipements (défaillance, ...).
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	La fin de chaque année
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire	.	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 6000.30.3.2		
Intitulé de l'indicateur	Nombre d'établissements hospitaliers équipé d'un nouveau scanner	
Programme	Programme 6 : Infrastructure sanitaire et Patrimoine	
Objectif du Ministère	Renforcement et modernisation des plateaux techniques	
Code	6000.30.3.2	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance	
Service utilisateur de l'indicateur	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	Nombre d'établissements hospitaliers équipés d'un nouveau scanner
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 02 2014 : 03
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Marchés d'acquisition des équipements
	Mode de collecte des données de base	Procès-verbaux de réception des équipements installés et mis en fonctionnement
	Services responsables de la collecte des données de base	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Service responsable de la synthèse des données	Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Comptages manuels, à partir des marchés soldés d'acquisition de scanners ; Un établissement hospitalier qui a été bénéficiaire d'un scanner ou d'un renouvellement de scanner.
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Durée : 05 ans Règles : inventaire des équipements Responsables de la conservation des données de base : Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	-
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Les limites et les biais de l'indicateur sont définis à travers la cartographie des risques de réalisation d'un projet pouvant toucher, entre autres : · La gestion financière (restriction budgétaire,) ; · Les capacités des sociétés d'équipements (défaillance, ...).
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	La fin de chaque année
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	-
Commentaire	-	

Fiche signalétique de l'indicateur de performance 6000.10.4.1		
Intitulé de l'indicateur	Taux de disponibilité du parc national des équipements biomédicaux	
Programme	Programme 6 : Infrastructure sanitaire et Patrimoine	
Objectif du Ministère	Améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte, par la disponibilité des équipements.	
Code	6000.10.4.1	
Maître d'ouvrage de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance	
Service utilisateur de l'indicateur	Service de la Maintenance de la Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM	
Description de l'indicateur	Unité de mesure	%
	Périodicité de la mesure	Annuelle
	Dernières valeurs connues	2015 : 95% , 2014 : 93 %
Elaboration de l'indicateur	Nature des données de base	Il s'agit d'un ratio. La disponibilité de l'équipement dépend à la fois de la fiabilité (MTBF / nombre de défaillances), de maintenabilité (MTTR / rapidité pour réparer ou remettre en état) et de la logistique de maintenance (procédures d'entretien et de réparation, moyens en personnel, stock de composants ...). Pour un parc d'équipements biomédicaux (équipements dits lourds et/ou vitaux), une pondération est effectuée donnant le taux de disponibilité du parc en question.
	Mode de collecte des données de base	Fiches historiques des interventions sur les équipements (rapports d'intervention curative, préventive,...) ; Rapports d'activités des SABEM ; GMAO installée au niveau des CRIMH qui dépendent des SABEM des directions régionales de la Santé).
	Services responsables de la collecte des données de base	SABEM des directions régionales de la Santé (01 SABEM par DRS)
	Service responsable de la synthèse des données	Service de la Maintenance de la Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux de la DEM
	Validation de l'indicateur	Direction des Equipements et de la Maintenance
	Mode de calcul	Il s'agit d'une pondération des taux de disponibilités des parcs des équipements biomédicaux des 16 régions qui seront également une pondération des taux de disponibilité des équipements relevant du parc régional. Pour un équipement : $Td.eq(\%) = MTBF / (MTBF + MTTR)$ Avec : · MTBF : temps moyen de fonctionnement entre pannes · MTTR : temps moyen jusqu'à réparation (temps de réparation + temps d'attente entre la panne et le début de la réparation) Pour un parc régional d'équipements : $Td.reg(\%) = (\sum_{n=1}^N (Td.eqn)) / N$ Avec : N = le nombre total d'équipements Pour le parc national d'équipements : $Td(\%) = (\sum_{n=1}^{16} (Td.regn)) / 16$
	Modalités de conservation des données, en prévision d'un audit	Règles : Bonnes pratiques de maintenance biomédicales, Organisation du système de traçabilité des interventions sur les équipements (ex : Fiches historiques par équipements, ...). Durée : tout au long de la vie de l'équipement Responsables de la conservation des données de base : · Les responsables de la conservation des données de base sont les SABEM des DRS (Données régionales). · Le Service de la Maintenance conserve les données nationales.
Modalités d'interprétation de l'indicateur	Modalités d'interprétation	Cet indicateur constitue un réel vecteur de communication institutionnel sur l'activité de maintenance au sein du Ministère de la Santé
	Sens d'évolution souhaitée	A la hausse
	Limites et biais connus	Non exploitation de l'outil GMAO installée essentiellement au niveau des CRIMH qui dépendent des SABEM des directions régionales de la Santé.
Plan de construction ou d'amélioration de l'indicateur	Date de livraison de l'indicateur	Fin de l'année
	Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur	Généralisation au niveau des ateliers provinciaux de maintenance de l'outil GMAO et son exploitation par les équipes techniques de maintenance Réduction du délai d'intervention et de réparation
Commentaire	Cet indicateur englobe à la fois le délai d'intervention, qui peut être amélioré par un certains nombres de leviers organisationnels, ainsi que le temps de remise en service qui lui dépend d'autres paramètres tels que la disponibilité des pièces de rechange, le niveau de compétence des agents techniques d'intervention, ...	

