

RESOLUCIÓN DE SUBVENCIÓN NOMINATIVA

RESOLUCIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO POR LA QUE SE HACE EFECTIVA Y ESTABLECEN LAS CONDICIONES DE LA SUBVENCIÓN NOMINATIVA PREVISTA EN SUS PRESUPUESTOS EN BENEFICIO DE LA FUNDACIÓN ESTATAL, SALUD, INFANCIA Y BIENESTAR SOCIAL, F.S.P. (FCSAI) POR IMPORTE DE 500.000 €

Ref. expte.: 2021/SUN/0000500021

Procedimiento: Concesión directa de subvención prevista nominativamente en el Presupuesto de la AECID.

El artículo 22.2.a) de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (en adelante, Ley General de Subvenciones) establece que podrán concederse de forma directa las subvenciones previstas nominativamente en los Presupuestos Generales del Estado, en los términos recogidos en la normativa reguladora de estas subvenciones. De otra parte, el artículo 65.3 del Reglamento de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, aprobado por el Real Decreto 887/2006, de 21 de julio (en adelante, Reglamento de la Ley General de Subvenciones) señala que en el procedimiento para la concesión de las subvenciones previstas nominativamente en los presupuestos, el acto de concesión, o el convenio, tendrá el carácter de bases reguladoras de la concesión a los efectos de lo dispuesto en la Ley General de Subvenciones.

Por todo ello, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de 11/2020 de 30 de diciembre, de presupuestos Generales del Estado para el año 2021 y en los artículos 22.2 a) y 28.1 de la Ley General de Subvenciones, así como en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones, esta Presidencia, en uso de las facultades que le confiere el Estatuto de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (en adelante AECID), aprobado por Real Decreto 1403/2007, de 26 de octubre de 2007, ha dictado la presente Resolución por la que se hace efectiva y se establecen las condiciones que han de regir la subvención nominativa prevista presupuestariamente en beneficio de la Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P. (en adelante FCSAI domiciliada en la C/ Sinesio Delgado 6, 28029 de Madrid, por importe de 500.000 (quinientos mil) euros, de acuerdo con las cláusulas que se indican a continuación:

Primera. Objeto, beneficiario, cuantía y financiación.

1. La presente resolución tiene por objeto establecer las condiciones y compromisos aplicables a la subvención nominativa prevista en el Presupuesto de la AECID para el ejercicio 2021 en beneficio de la FCSAI (Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P.), domiciliada en la c/ Sinesio Delgado, 6 – Pabellón 6, 28029 de Madrid, España, con



CIF G82596701), por importe de 500.000 € (quinientos mil euros) con cargo a la siguiente aplicación presupuestaria: 12.302.04/143 A/443.00

2. Con carácter previo a la concesión, el beneficiario ha acreditado ante la Dirección de Cooperación con África y Asia el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 13 de la Ley General de Subvenciones, de conformidad con los artículos 18 al 29 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

Segunda. Objeto de la subvención, actividades a financiar y gastos subvencionables.

El objeto de la subvención será el acompañamiento de la Dirección de Hospitales y Centros de Salud de Marruecos (DHSA por sus siglas en francés) para la implementación y financiación de las actividades descritas en el Documento de Formulación que se acompaña como Anexo I y que integran el proyecto "Apoyo a la mejora del acceso a la atención y la organización de servicios de salud mediante el acompañamiento a la implementación de la medicina de familia y comunitaria en Marruecos (Averroes II)", así como gastos de funcionamiento o estructura de FCSAI, conforme al siguiente desglose:

Aplicación: 12.302.04/143 A/443.00 (gastos corrientes): 500.000 €

1º) GASTOS DEL PROYECTO A FINANCIAR (450.000 €):

Los gastos elegibles serán aquellos directamente vinculados con las actividades que se lleven a cabo para la obtención de los siguientes resultados:

- Resultado 1: Creación de un Comité de Expertos de Marruecos y de España, creado para apoyar y acompañar el desarrollo de la Medicina de Familia en Marruecos.
- Resultado 2: Refuerzo de las capacidades de los profesionales en los Centros de Salud seleccionados en las regiones de intervención.
- Resultado 3: Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Comunicación para facilitar la integración de las reformas necesarias para el desarrollo de la Medicina de Familia en Marruecos.

2º) GASTOS DE FUNCIONAMIENTO O ESTRUCTURA (50.000 €):

Se refiere a los gastos generales administrativos de la institución, de personal y de gestión para el desarrollo del Proyecto señalado anteriormente, pero no imputables directamente a ninguna de sus actividades.



Tercera. Plazo de ejecución.

El plazo de ejecución de las actividades objeto de la subvención será de 36 meses, comprendiendo del 1 de febrero de 2022 al 31 de enero de 2025.

Cuarta. Procedimiento de concesión.

1. El procedimiento se ha iniciado mediante solicitud presentada al efecto con fecha 15 de octubre de 2021, acompañada de la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 13 de la Ley General de Subvenciones, de conformidad con los artículos 18 al 29 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.
2. La instrucción del procedimiento corresponde a la Dirección de Cooperación con África y Asia de la AECID.
3. La competencia para la concesión de la subvención corresponde a la persona titular de la Presidencia de la AECID, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.1 de la Ley General de Subvenciones. Esta competencia ha sido delegada en el Director de la AECID por Resolución de la Presidencia de la AECID de 2 de julio de 2009 (BOE núm. 183 de 30 de julio).
4. La resolución de concesión de la subvención deberá ser notificada al beneficiario, de conformidad con lo establecido en el artículo 26 de la Ley General de Subvenciones.
5. A partir de la notificación de la presente resolución, el beneficiario deberá presentar por escrito ante la Dirección de Cooperación con África y Asia de la AECID, con fecha límite del 3 de diciembre de 2021, la aceptación de la subvención y el compromiso de reintegro cuando concurran las causas establecidas en la presente resolución.

La aceptación supone el sometimiento a las obligaciones que se derivan de la presente resolución, con los requisitos y condiciones fijados.

En caso de que el beneficiario no acepte la subvención en el plazo indicado, la presente resolución quedará sin efecto.

Quinta. Pago de la subvención.

1. El pago de la subvención se realizará una vez aceptada la resolución de concesión, mediante transferencia bancaria a la cuenta de la titularidad del beneficiario que se indique en la aceptación de la subvención.
2. Con carácter previo a la ordenación del pago, el beneficiario mediante la presentación de las certificaciones o declaraciones que, según los casos, determinan los art. 22 y 24 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones, deberá acreditar que se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social y que no es deudor por resolución de procedencia de reintegro, de conformidad con lo establecido en el artículo 34.5 de la Ley General de Subvenciones.
3. Dada la especial naturaleza de las actividades objeto de la presente subvención, el pago de la subvención se realizará en un solo pago anticipado, sin exigencia de garantías.



Sexta. Ejecución.

1. El beneficiario de la subvención será el responsable de llevar a cabo la ejecución de las actividades objeto de la subvención, por sí mismo o subcontratando su ejecución con terceros.

2. La actividad subvencionada que el beneficiario subcontrate con terceros no excederá del 50% del importe de la subvención.

En ningún caso podrán subcontratarse actividades que, aumentando el coste de la actividad subvencionada, no aporten valor añadido al contenido de la misma.

3. Cuando la actividad concertada con terceros exceda del 20 por ciento del importe de la subvención y dicho importe sea superior a 60.000 euros, la subcontratación requerirá la autorización previa de la AECID, debiendo celebrarse el contrato que se celebre por escrito. En el resto de casos, bastará la comunicación a la AECID de la actividad subcontratada.

En caso de que el importe del gasto subvencionable precise la celebración de un contrato cuyo importe supere las cuantías establecidas en el contrato menor en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, el contratante deberá solicitar como mínimo tres ofertas de diferentes proveedores, con carácter previo a la contracción del compromiso para la obra, la prestación del servicio o la entrega del bien, salvo que por sus especiales características no exista en el mercado suficiente número de entidades que los realicen, presten o suministren, o salvo que el gasto se hubiere realizado con anterioridad a la subvención. De las tres ofertas recibidas se deberá elegir, como regla general, la más ventajosa económicamente, debiéndose, en otro caso, justificar en una memoria la elección realizada.

No podrá fraccionarse un contrato con el objeto de disminuir la cuantía del mismo y eludir el cumplimiento de los requisitos exigidos en este apartado.

4. Ningún recurso económico derivado de la presente subvención podrá ponerse a disposición ni se concederá en beneficio de terceros, ya se trate de entidades, personas o grupos de personas, que la UE haya incluido en su lista de medidas restrictivas (véase EU Restrictive Measures www.sanctionsmap.eu).

5. Los contratistas quedarán obligados sólo ante el beneficiario, que asumirá la total responsabilidad de la ejecución de la actividad subvencionada frente a la AECID.

6. A efectos de lo previsto en el apartado anterior, los beneficiarios serán responsables de que en la ejecución de la actividad subvencionada concertada con terceros se respeten los límites que se establezcan en la normativa reguladora de la subvención en cuanto a la naturaleza y cuantía de gastos subvencionables, y los contratistas estarán sujetos al deber de colaboración previsto en el artículo 46 de esta ley para permitir la adecuada verificación del cumplimiento de dichos límites.



7. En ningún caso se podrá subcontratar la ejecución total o parcial de las actividades en los supuestos previstos en el artículo 29.7 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre.
8. En caso de incumplimiento de lo dispuesto en las cláusulas anteriores en materia de contratación, la AECID podrá declarar que los costes correspondientes no son elegibles para la ejecución de la acción.

Séptima. Compatibilidad con otras subvenciones.

1. La presente subvención será compatible con la obtención concurrente de otras subvenciones o ayudas otorgadas por otras Administraciones o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales.
2. De acuerdo con lo establecido en el artículo 14.d) de la Ley General de Subvenciones, la entidad deberá comunicar al órgano concedente de la subvención, la obtención de otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos, nacionales o extranjeros. Esta comunicación deberá efectuarse tan pronto como se conozca y, en todo caso, con anterioridad a la justificación de la aplicación dada a los fondos percibidos.
3. Recibida la comunicación prevista en el apartado anterior, el titular de la Presidencia de la AECID podrá modificar la cuantía concedida, una vez valorado el coste real de la actividad para la que se han obtenido los nuevos recursos. El importe de la subvención en ningún caso podrá ser de tal cuantía que, aisladamente o en concurrencia con otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos supere el coste total de la actividad subvencionada.
4. En virtud de lo dispuesto en el artículo 30.4 de la Ley General de Subvenciones, cuando las actividades hayan sido financiadas, además de con esta subvención, con fondos propios u otras subvenciones o recursos, deberá acreditarse en la justificación del gasto el importe, la procedencia y la aplicación de tales fondos a las actividades subvencionadas.

Octava. Obligaciones del beneficiario.

1. El beneficiario deberá cumplir las obligaciones generales que establecen el artículo 14 y concordantes de la Ley General de Subvenciones y en su Reglamento, y todas las que resultan de la presente resolución.
2. El beneficiario adoptará medidas razonables, de acuerdo con sus propios reglamentos y normas, para garantizar que se respetan los principios éticos de actuación recogidos en el Título II del Código ético de la AECID, aprobado el 30 de octubre de 2019 por el Consejo Rector de la AECID, disponible en la página web de la AECID (www.aecid.es).



Novena. Medidas de difusión.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 18.4 de la Ley General de Subvenciones y en el artículo 31 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones, el beneficiario destacará la contribución de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo - Cooperación Española, mediante la utilización de su logotipo, en la realización de las intervenciones subvencionadas y en los documentos y actividades en los que se dé publicidad y difusión a dicha contribución.

Décima. Justificación: *Cuenta justificativa con aportación de justificantes de gasto.*

1. Con objeto de acreditar la realización de las actividades, el cumplimiento de las condiciones y la consecución de los objetivos previstos, la justificación de la subvención se realizará bajo la modalidad de cuenta justificativa con aportación de justificante de gasto, prevista el artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

2. El beneficiario deberá presentar la cuenta justificativa ante la Dirección de Cooperación con África y Asia, en el plazo de 6 meses desde la finalización del plazo de ejecución.

3. La cuenta justificativa contendrá la siguiente documentación:

1º. Una memoria de actuación justificativa del cumplimiento de las condiciones impuestas en la concesión de la subvención, con indicación de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos.

2º. Una memoria económica justificativa del coste de las actividades realizadas, que contendrá:

a) Una relación clasificada de los gastos e inversiones incurridos en la realización de cada uno de los programas/proyectos debidamente agrupados por su naturaleza, con identificación del acreedor y del documento, su importe, fecha de emisión y, en su caso, fecha de pago. En caso de que la subvención se otorgue con arreglo a un presupuesto, se indicarán las desviaciones acaecidas.

b) Las facturas o documentos de valor probatorio equivalente en el tráfico jurídico mercantil o con eficacia administrativa incorporados en la relación a que se hace referencia en el párrafo anterior y, en su caso, la documentación acreditativa del pago.



c) Certificado de tasador independiente debidamente acreditado e inscrito en el correspondiente registro oficial, en el caso de adquisición de bienes inmuebles.

d) Indicación, en su caso, de los criterios de reparto de los costes generales y/o indirectos incorporados en la relación a que se hace referencia en el apartado a).

e) Una relación detallada de otros ingresos o subvenciones que hayan financiado la actividad subvencionada con indicación del importe y su procedencia.

f) Contratos y cualquier otra documentación que contribuya a una mayor claridad de la justificación. En su caso, los tres presupuestos que, en aplicación del artículo 31.3 de la Ley General de Subvenciones, deba de haber solicitado el beneficiario.

g) Documentación justificativa de los tipos de cambio, si procede, y de los intereses bancarios producidos desde el abono de la subvención.

h) En su caso, la carta de pago de reintegro en el supuesto de remanentes no aplicados así como de los intereses derivados de los mismos.

4. Los gastos se justificarán con facturas y demás documentos de valor probatorio equivalente en el tráfico jurídico mercantil o con eficacia administrativa, en original o copia auténtica. No obstante, se aceptarán copias simples siempre que se acompañe de una declaración responsable del representante legal de la entidad donde se indique que la documentación presentada es fiel copia del original y que dicha documentación queda bajo custodia a posible requerimiento de la AECID u otra entidad pública que lo requiera.

Los justificantes originales presentados se marcarán con un sello-diligencia, indicando en el mismo la subvención para cuya justificación han sido presentados, así como el importe total o parcial del justificante financiado por la AECID que se imputa a la subvención, mediante la referencia "Pagado por la AECID -Cooperación Española".

5. El incumplimiento de la obligación de justificación o la justificación insuficiente de la misma, llevará aparejado el reintegro total o parcial de la subvención concedida.

6. Los intereses que puedan generar los fondos procedentes de la subvención depositados en una entidad bancaria serán reinvertidos en los mismos fines objeto de la subvención concedida, y estarán sujetos a la misma forma de justificación que dichos fondos.



Undécima. Modificación de la resolución.

1. Podrá modificarse la resolución de concesión de oficio o a instancia del beneficiario, como consecuencia de la alteración de las condiciones tenidas en cuenta para la concesión y, particularmente, si nuevas circunstancias afectan a la viabilidad de la ejecución de las actividades a financiar.

2. Toda modificación sustancial en los programas a financiar deberá ser autorizada por la AECID durante la fase de ejecución de la subvención. El resto de las modificaciones, consideradas no sustanciales, no precisarán autorización y sólo deberán ser comunicadas en el momento en que se produzcan a la AECID y descritas en las memorias técnica y económica de la justificación.

Se entenderá que son modificaciones sustanciales las variaciones entre programas que transformen significativamente el objetivo específico de la subvención, así como cualquier modificación superior al 10% de las partidas por programas/proyectos consignadas en la cláusula segunda, sin que sea posible incrementar por esta vía la cuantía establecida para la financiación de gastos de funcionamiento o estructura.

3. El procedimiento de autorización de las modificaciones a instancia del beneficiario será el siguiente:

a) El beneficiario solicitará la modificación de la Resolución aportando documentación que acredite suficientemente la concurrencia de las causas de modificación.

b) La solicitud se formulará con carácter inmediato a la aparición de las circunstancias que la justifiquen y, en todo caso, con anterioridad a la finalización del plazo de ejecución de la actividad.

Por el titular de la Presidencia de la AECID se dictará y notificará la resolución concediendo o denegando la modificación en el plazo de cuarenta y cinco días naturales desde la fecha de presentación de la solicitud. Transcurrido el plazo máximo establecido sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, se entenderá estimada la solicitud.

4. La modificación de la subvención no podrá suponer en ningún caso la asunción de compromisos financieros superiores a los inicialmente alcanzados en la resolución inicial.

Duodécima. Ampliación del plazo de justificación.

1. La AECID podrá conceder, de oficio o a petición de los interesados, una ampliación del plazo establecido para la presentación de la justificación, que no exceda de la mitad del mismo y siempre que con ello no se perjudiquen derechos de tercero, de conformidad con lo establecido en el artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones y en el artículo 32 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

2. Tanto la petición de los interesados como la decisión sobre la ampliación deberán producirse, en todo caso, antes del vencimiento del plazo de que se trate. En ningún caso



podrá ser objeto de ampliación un plazo ya vencido. Los acuerdos sobre ampliación de plazos o sobre su denegación no serán susceptibles de recurso, sin perjuicio del procedente contra la resolución que ponga fin al procedimiento.

3. El titular de la Presidencia de la AECID dictará y notificará la resolución concediendo o denegando la ampliación del plazo de justificación antes del vencimiento del plazo señalado.

Decimotercera. Comprobación y Seguimiento.

1. El beneficiario estará obligado a someterse a las actuaciones de comprobación y seguimiento de la subvención que efectúe la AECID y que estarán a cargo de la Dirección de Cooperación con África y Asia.

2. Además, el beneficiario estará obligado a someterse a las actuaciones de control financiero que correspondan a la Intervención General de la Administración del Estado, y las previstas en la legislación del Tribunal de Cuentas, al que facilitarán cuanta información les sea requerida al efecto.

3. El beneficiario presentará con periodicidad semestral un Informe técnico y económico sobre la marcha del proyecto.

Decimocuarta. Incumplimientos y reintegro.

1. Procederá el reintegro de las cantidades percibidas, así como la exigencia del interés de demora correspondiente, desde el momento del pago de la subvención hasta la fecha en que se acuerde la procedencia del reintegro, en los casos y en los términos establecidos en los artículos 37 a 43 de la Ley General de Subvenciones, y en los artículos 91 a 93 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

2. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17.3.n) de la Ley General de Subvenciones, se establecen los siguientes criterios para la graduación de los incumplimientos de las condiciones impuestas con motivo del otorgamiento de esta subvención:

a) Incumplimiento total de los fines para los que se otorgó la subvención: 100%.

b) Incumplimiento del plazo de ejecución de la actividad sin haberse autorizado la correspondiente prórroga: la fijación de la cantidad que deba ser reintegrada por el beneficiario se determinará en aplicación del principio de proporcionalidad, en función del grado de incumplimiento del plazo de ejecución de la actividad.

c) Justificación insuficiente o deficiente: la fijación de la cantidad que deba ser reintegrada por el beneficiario se determinará en aplicación del principio de proporcionalidad, en función de la insuficiencia de justificación o deficiencia de ésta.

En cualquiera de los supuestos de incumplimiento parcial, la fijación de la cantidad que deba ser reintegrada por el beneficiario se podrá modular teniendo en cuenta el hecho de que el cumplimiento se aproxime significativamente al cumplimiento total, y se acredite por el beneficiario una actuación inequívocamente tendente al cumplimiento de sus compromisos.



3. El procedimiento de reintegro se registrará por lo dispuesto en los artículos 41 a 43 de la Ley General de Subvenciones y en los artículos 94 a 101 del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

4. El órgano competente para exigir el reintegro de la subvención concedida será el titular de la Presidencia de la AECID, de conformidad con lo establecido en el artículo 41 de la Ley General de Subvenciones.

Decimoquinta. Régimen sancionador.

Las posibles infracciones que pudiesen ser cometidas por el beneficiario se graduarán y sancionarán de acuerdo con lo establecido en el título IV de la Ley General de Subvenciones y en el título IV del Reglamento de la Ley General de Subvenciones. Asimismo, se aplicarán los principios de la potestad sancionadora previstos en el capítulo III del Título Preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y las normas de procedimiento de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Decimosexta. Publicidad.

La concesión de esta subvención, con indicación de la entidad beneficiada, importe, finalidad y aplicación presupuestaria, será publicada en la Base de Datos Nacional de Subvenciones de España, de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley General de Subvenciones.

Decimoséptima. Confidencialidad y protección de datos.

1. La AECID y el beneficiario de la subvención mantendrán el estricto secreto profesional y la debida confidencialidad sobre los conocimientos, datos e información que adquieran acerca de la otra parte.

2. Ambas partes, en el ejercicio de las funciones previstas en la presente resolución, adecuarán sus actuaciones al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (RGPD, Reglamento general de protección de datos) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

En el caso de que, como se resultado del normal desarrollo del objeto de la subvención, se produzca alguna cesión de datos personales entre las partes, actuando ambas como Responsables del Tratamiento, estas se comprometen a:

- 1º. Registrar, cuando proceda, las actividades de tratamiento efectuadas.
- 2º. Aplicar las medidas de seguridad apropiadas en función del tipo de datos tratados.
- 3º. Informar a los afectados, cuando resulte de aplicación, del tratamiento de los datos que efectuarán en calidad de responsables.



4º. Atender de forma diligente y colaborar mutuamente para la correcta atención de las solicitudes de ejercicio de derechos que les sean presentadas.

Adicionalmente, las partes firmarán un Anexo “Cláusulas para intercambios de datos de responsable a responsable”, en el que se describa el tratamiento de datos autorizado por cesión y, en particular, la finalidad para la que los datos personales se comunican.

De la misma forma, si cualquiera de partes accediera a los datos de la otra parte en calidad de encargada del tratamiento, ambas partes se comprometen a la firma de un Anexo “Cláusula para encargados del tratamiento”, que contengan los requisitos establecidos en el artículo 28 del Reglamento general de datos.

3. Los datos personales de los representantes legales y personas de contacto incluidos en la presente resolución y/o facilitados a la AECID serán tratados por esta entidad en calidad de Responsable del Tratamiento con la finalidad de gestionar la relación establecida entre las partes.

La base que legitima el tratamiento de los datos personales es la existencia de un interés legítimo de la AECID, de acuerdo con el artículo 19 de la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

Los datos personales podrán ser comunicados a terceros (i) en respuesta a peticiones realizadas en aplicación de la normativa de transparencia vigente, siempre que resulte estrictamente necesario, y (ii) como resultado de auditorías y requerimientos de información de Administraciones Públicas y organismos e instituciones internacionales debidamente justificados. En todos estos supuestos, siempre que sea posible, se facilitará información anonimizada.

Los datos personales serán conservados para su consulta durante un plazo mínimo de seis años desde que finalice la relación con la AECID, pasando a formar parte transcurrido dicho periodo del archivo definitivo de la AECID, de acceso restringido.

Los afectados podrán ejercer los derechos reconocidos por la normativa de protección de datos aplicable, incluyendo los de acceso, rectificación, supresión y oposición, a través de los siguientes medios:

- Correo postal: AECID (Responsable del Tratamiento de datos personales), Registro General de la AECID, Av. Reyes Católicos, nº 4, de Madrid (C.P. 28040), España.
- Correo electrónico: datos.personales@aecid.es
- Registro electrónico:
https://sede.administracion.gob.es/PAG_Sede/ServiciosElectronicos/RegistroElectronicoComun.html



En todo caso, podrá ponerse en contacto con el Responsable del Tratamiento a través de cualquiera de los medios indicados en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La Agencia Española de Protección de Datos pone a disposición de los afectados formularios para el ejercicio de sus derechos.

El representante que, por cualquier motivo, deba facilitar datos personales de un tercero se obliga a informar a este del contenido de la presente cláusula y de la comunicación de sus datos a la AECID.

Decimoctava. Régimen jurídico aplicable.

Esta subvención se regirá, además de por lo particularmente dispuesto en esta resolución, por lo previsto en la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y en el Reglamento de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, aprobado por Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, salvo en lo que afecte a los principios de publicidad y concurrencia; por Ley de 11/2020 de 30 de diciembre, de presupuestos Generales del Estado para el año 2021; por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas; por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y por lo dispuesto en las demás disposiciones legales, reglamentarias y convencionales que resulten de aplicación.

Esta resolución pone fin a la vía administrativa, pudiendo ser recurrida en reposición en el plazo de un mes ante el órgano concedente, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, o directamente en vía contencioso-administrativa, mediante la interposición de un recurso contencioso-administrativo ante los Juzgados Centrales de lo Contencioso-administrativo, en el plazo de dos meses, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 9.1.c) y 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Madrid, fechado y firmado electrónicamente

La Presidenta de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

P.D. (Resolución de 2 de julio de 2009, BOE núm. 183 de 30 de julio)

El Director de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

P.S. (artículo 18 del Estatuto de la AECID, aprobado por Real Decreto 1403/2007, de 26 de octubre).

El Director de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera

Fernando Jiménez-Ontiveros Diego



FORMULATION DU PROJET

**“Appui á l’amélioration de l’accès aux soins et de
l’organisation des services de santé á travers
l’accompagnement du développement de la santé de
famille et communautaire au Maroc (Averroès 2)”**

Información de Firmantes del Documento

JIMENEZ-ONTIVEROS DIEGO, FERNANDO
DIRECTORS DE COOPERACION MULTILATERAL HORIZONTAL Y FINANCIERA (DIRECCION DE COOPERACION MULTILATERAL
HORIZONTAL Y FINANCIERA)

25/11/2021 09:31 (CET) Sello de tiempo

URL de validación: <https://ptfirma.aecid.es/ptvalida>

CSV : i6D7Pi6zLD7ghAgKZZR7Ca6R463bQyBS/IFJ58nvEMA=



TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	3
2. Aspects généraux de l'intervention	3
3. Planification	5
3.1. Domaine stratégique de l'intervention	5
3.2. Origine de l'initiative et actions à mettre en oeuvre	6
3.3. Participants	9
3.4. Problématique à traiter	12
3.5. Solution proposée	13
4. Cadre des résultats	14
4.1. Domaine sectoriel	14
4.2. Logique générale de l'intervention (chaîne de résultats)	15
4.3. Logique horizontale : indicateurs et sources	20
4.4. Logique verticale : analyse des risques	23
4.5. Chronogramme	24
4.6. Budget	24
5. Exécution, suivi et évaluation	28
5.1. Méthodologie d'exécution	28
5.2. Système de suivi, d'évaluation et de reddition de comptes	28
6. Durabilité, complémentarité et gestion de la sécurité	29
6.1. Durabilité	29
6.2. Complémentarité avec d'autres interventions	30
6.3. Gestion de la sécurité	31



1. INTRODUCTION

L'intégration de l'approche médecine de famille et médecine communautaire dans la stratégie nationale des soins de santé primaires constitue une opportunité importante pour le renforcement des soins de santé primaires (SSP) et le développement d'une nouvelle génération des Établissements de Soins de Santé Primaires au Maroc.

Le présent projet "**Appui à l'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services de santé à travers l'accompagnement du développement de la santé de famille et communautaire au Maroc (Averroès 2)**" est conçu pour consolider les acquis du projet de renforcement de la performance des Soins de Santé Primaires au Maroc « Averroès », financé par l'AECID dont le montant s'élevait à 700 000 €, et qu'a été conçu pour assurer l'intégration du concept de médecine de famille dans la pratique professionnelle au niveau de dix centres de santé au niveau de deux régions sanitaires Marocaine.

L'objet de ce document est de donner des informations détaillées du projet Averroès 2 qui vise des objectifs de niveau intermédiaires avec plusieurs résultats directs qui convergent vers l'amélioration des soins de santé primaires et par conséquent l'amélioration de la santé de la population en particulier la plus vulnérable. La présente formulation répond à une logique de planification axée sur les résultats et ce en se référant au modèle proposé pour les interventions appuyer par l'AECID.

Aussi, cet appui de l'AECID confirme l'engagement commun du Maroc et de l'Espagne à développer un modèle de coopération plus efficace en particulier dans le domaine de la santé, en accordant une attention particulière à la redevabilité et à la transparence.

2. ASPECTS GÉNÉRAUX DE L'INTERVENTION

• INTITULÉ DE L'INTERVENTION :

Appui à l'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services de santé à travers l'accompagnement du développement de la santé de famille et communautaire au Maroc (Averroès 2).

• BUDGET :

- a) Coût total de l'intervention : 500.000€
- b) Contribution de l'AECID (budget du projet à financer): 500.000€
- c) La contribution du ministère de la Santé : Le ministère de la Santé du Maroc fournira les ressources humaines, les infrastructures et l'équipement (des centres de santé, de l'ENSP et de l'ISPITS), ainsi que l'appui des structures administratives et de gestion (DPRF, DRS et Délégation du MS) et les frais de fonctionnement de toutes ces structures.
- d) La valeur de la prestation est due au fur et à mesure de l'exécution des activités programmées dans le projet sur la base des prestations réellement exécutées.
- e) Le montant est consacré à :
 - L'accompagnement et au renforcement des compétences : Cours, séminaires, ateliers, suivi, échanges et stages en Espagne et au Maroc. En tout moment, les activités seront adaptés au contexte covid-19.
 - La coordination et gestion du projet
 - L'évaluation et l'audit externe



- **ZONE GÉOGRAPHIQUE :**

La zone de intervention seront les provinces de Ben Msik (region Casablanca-Settat) et Tétouan et Larache (région Tanger-Tetouan-Alhucemas), ainsi que la region Marrakech-Safi.

Les critères de choix des provinces et des préfectures sont la prédisposition exprimée par une délégation de la santé à s'engager à mettre en place les éléments considérés comme fondamentaux et préalables au projet, à savoir : l'équipement du centre de santé , la réorganisation pour adopter l'approche santé de Famille et Communautaire, l'affectation d'une personne d'accueil au niveau des centres de santé pilotes chargée de l'allocation de patients aux professionnels de santé et l'existence d'un médecin spécialiste en Médecine de Famille formé à l'ENSP (cette dernière est fortement souhaité).

- **BÉNÉFICIAIRES :**

Description générale des bénéficiaires directs/finaux (cf. point 2.3).

- **RÉSUMÉ DE L'INTERVENTION :**

Afin d'améliorer les prestations de soins au niveau des Etablissements des Soins de Santé Primaires, le ministère de la Santé du Maroc via la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires a lancé plusieurs projets en partenariat avec ses partenaires techniques et financiers.

En 2016 un projet intitulé : « Projet de Renforcement de la Performance des Soins de Santé Primaires au Maroc « Averroès » financé par l'AECID dont le montant s'élevait à 700 000 €, et qu'a été conçu pour assurer l'intégration du concept de médecine de famille dans la pratique professionnelle au niveau de dix centres de santé au niveau de deux régions sanitaires Marocaine a été réalisé avec succès.

En fait, l'évaluation externe a montré que la nouvelle génération de Centre de Santé promu par ce projet a réussi à changer complètement le paysage et le paradigme de dispensation des soins de santé primaires au niveau des centres de santé (CS) pilotes qui ont commencé à offrir aux patients des soins globaux, continus et intégrés ce qui a impacté positivement l'image de ces CS et a généré un sentiment de satisfaction aussi bien chez les prestataires et la population.

Le nouveau projet « Appui à l'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services de santé à travers l'accompagnement du développement de la santé de famille et communautaire (Averroès 2) » vise la consolidation de ces acquis et l'extension de la pratique de médecine de médecine de famille à d'autres centres de santé à l'horizon de sa généralisation au niveau national.

Les principales activités programmées dans ce projet sont orienté vers le renforcement des compétences managériales et cliniques des professionnelles de la santé et l'accompagnement des reformes pour l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires dispensés aux niveaux des centres de santé.

Aussi, ce projet créera un réseau de collaboration stable entre les professionnels de santé du Maroc et de l'Espagne pour le développement de la santé de famille et communautaire au Maroc.

Afin d'atteindre l'objectif escompté, trois sous-objectifs ont été conçus à savoir :



- La création d'un comité des experts Maroc-Espagnol pour le développement de la médecine de famille pour entamer un dialogue stratégique.
- Le renforcement des compétences managériales et cliniques des professionnels de la santé.
- L'élaboration d'un plan de communication autour de la médecine de famille et sa mise en œuvre.

Les principaux résultats attendus sont :

- Une feuille de route pour le développement de la santé de famille au Maroc.
- La pratique de la santé de famille est étendue aux 20 autres centres de santé (30 en total).
- Les compétences des professionnels sont renforcées pour entamer la généralisation de la pratique de la santé de famille au Maroc.

Les activités programmées sont principalement l'organisation de sessions de formation en ligne et en présentiel, des visites de Benchmark aux structures de santé des deux pays ainsi que des réunions d'évaluation et de partage d'expériences entre les professionnels marocains et Espagnoles.

- **DÉLAI D'EXÉCUTION :**

36 mois.

- **ENTITÉ BÉNÉFICIAIRE :**

Le ministère de la Santé du Maroc (Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, DHSA).

- **TYPE D'INTERVENTION :**

Modèle Administratif de Gestion : Subvention en espèce à l'entité espagnole de santé publique spécialisée, la Fondation d'État, Santé, enfance et protection sociale, F.S.P. (FCSAI), pour accompagner le Ministère de la Santé dans la mise en œuvre des activités détaillées dans cette formulation.

- **PROGRAMME RÉGIONAL OU THÉMATIQUE :**

Le projet AVERROES II s'inscrit dans l'action de coopération bilatérale entre l'Espagne et le Maroc, et suivi le MAP et le plan de la coopération espagnole (2018-2021)

3. PLANIFICATION

3.1. Domaine stratégique de l'intervention

- **DOMAINE STRATÉGIQUE :**

- Ce projet contribue à l'atteinte de l'Objectif Stratégique du V Plan Directeur de la Coopération Espagnole 2018-2021 : Contribuer à la couverture sanitaire universelle
- ODD 3.8, LA. 3.8.A. Renforcer les Systèmes Nationaux de Santé



- Ainsi qu'aux résultats de développement du Maroc : "Amélioration de l'accès aux soins de santé et de l'organisation des services de santé" et ce, à travers le secteur d'activité stratégique du Document Cadre de Partenariat-Pays Maroc-Espagne "Promouvoir des systèmes de cohésion sociale mettant l'accent sur les services sociaux de base, et notamment Droit humain à la Santé : Équité et couverture universelle".

- **COHÉRENCE AVEC LES POLITIQUES DU PAYS PARTENAIRE :**

Ce projet contribue à l'atteinte des résultats de développement du Maroc "Amélioration de l'accès aux soins de santé et de l'organisation des services de santé" et ce, à travers le secteur d'activité stratégique du Document Cadre de Partenariat-Pays Maroc-Espagne "Promouvoir des systèmes de cohésion sociale mettant l'accent sur les services sociaux de base, et notamment le Droit humain à la Santé : Équité et couverture universelle". L'appui sera fourni pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé et l'organisation des services.

En fait, l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires (but du projet) contribuera à l'atteinte de l'Objectif de développement Durable 3 relatif à la santé et le bien être particulièrement la cible 8 dudit objectif relative à la couverture sanitaire universelle.

En plus, le projet contribue à la mise en œuvre des recommandations élaborées lors du Forum National des soins de santé primaires qui s'est organisé en 2019 à Rabat notamment celles relatives à l'extension et la généralisation de la pratique de la médecine de famille.

- **COHÉRENCE AVEC LES PRINCIPES HUMANITAIRES FONDAMENTAUX ET AUTRES PRIORITÉS TRANSVERSALES DE LA COOPÉRATION ESPAGNOLE**

Ce projet contribue à l'atteinte de l'Objectif Stratégique du V Plan Directeur de la Coopération Espagnole 2018-2021 ainsi qu'aux résultats de développement du Maroc "Amélioration de l'accès aux soins de santé et de l'organisation des services de santé" et ce, à travers le secteur d'activité stratégique du Document Cadre de Partenariat-Pays Maroc-Espagne "Promouvoir des systèmes de cohésion sociale mettant l'accent sur les services sociaux de base, et notamment Droit humain à la Santé : Équité et couverture universelle".

3.2. Origine de l'initiative et actions mises œuvre

- **ORIGINE DE L'INITIATIVE :**

L'origine du projet est basée sur deux documents principaux :

Le Plan Santé 2025¹ se base sur trois piliers déclinés en 25 axes intégrés, articulés autour de 125 actions. Ces piliers sont :

- Pilier 1 : Organiser et développer l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé
- Pilier 2 : Renforcer les programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies
- Pilier 3 : Améliorer la gouvernance et optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources

¹ <http://www.draatafilalet.ma/images/Publications-pdf/Plan-de-sant%C3%A9-2025.pdf>



La Stratégie Sectorielle de la Santé 2012-2016² est conçue sur la base de la Constitution 2011 visant l'équité, l'accès aux droits aux soins et la participation de la citoyenneté. Notamment, les articles 31, 34 et 154 sont relatifs à l'égal accès au droit aux soins de santé, à la couverture médicale et à l'organisation de services publics sur la base de l'égal accès de la citoyenneté à la couverture équitable et la continuité de prestations.

Les acquis reconnus au Maroc dans le secteur de la santé sont notamment la consécution des OMD 4 et 5 et les progrès réalisés en santé de la mère et de l'enfant, en fait et selon la 6ème Enquête nationale de santé et famille (2017), le taux de mortalité maternelle (TMM) est de 72,6 par 100.000 naissances vivants (nv)

Parmi les principaux défis du secteur de la santé on trouve la persistance de disparités entre le milieu rural et urbain et entre régions (le TMM en milieu rural est de 111,1 par 100.000 nv contre le TMM urbain qu'est de 44,6), les problèmes d'accès aux soins de santé, la pénurie de ressources humaines (1,51 professionnels de santé par 1.000 habitants alors que la recommandation de l'OMS est fixé à 4,45) et l'insuffisance de budget (5.69% alors que l'OMS recommande entre le 10 et 12%).

La Stratégie Sectorielle de la Santé 2012-2016 est déclinée en 7 axes stratégiques. La première est « l'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services » est celle dont le présent projet prévoit contribuer. Cet axe prétend répondre aux dysfonctionnements et insuffisances dès que connaissent les établissements de santé de base, notamment l'inadéquation entre l'offre et la demande, le manque de liens fonctionnels et de coordination entre les différents niveaux et le non-respect de la filière de soins, ce projet vise à contribuer à la mise en œuvre la stratégie du ministère de la santé, à travers la réorganisation des filières de soins et le développement de la médecine de famille.

Aussi, pour faire face aux défis liés aux transitions que connaît le Maroc, notamment démographiques (vieillesse et comorbidité), épidémiologiques (problèmes aigus et chroniques,) et psycho-sociaux (pauvreté, obésité, isolement, etc.) il est nécessaire de développer un modèle de soins de santé fondée sur la santé de Famille et Communautaire, la continuité des services de santé à tous les niveaux de soins et la couverture sanitaire universel, afin d'améliorer la qualité des soins de santé et la satisfaction des professionnels et des citoyens. (Document Définition des caractéristiques d'un modèle de centre de santé. Domaine d'intervention 1.2. Projet Averroès « Renforcement de la performance des soins de santé primaire au Maroc » (code AECID 13SPE/0400159)

• IDENTIFICATION :

Les phases de pré-identification, identification et formulation ont été menées de façon conjointe entre la DHSA et le bureau technique de la coopération (OTC) espagnole à Rabat. La logique de l'intervention a été définie par le ministère de la Santé, notamment à travers la Division de Soins Ambulatoires de la DHSA et en concertation avec la Direction de la Planification et les Ressources Financières et le Secrétariat Générale.

² <https://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>



Comme mentionné préalablement (2.1. Alignement), la thématique fait partie des priorités du MS, la DHSA est l'institution responsable du développement et la mise en œuvre de l'axe 1) L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services au niveau national.

L'exécution du projet, tiendra compte des procédures et des décrets développés en matière de santé et la régionalisation avancée.

Étant donné que le présent projet est une continuation du projet Averroès 1, dont l'objectif est le développement **d'un réseau de collaboration stable entre professionnels** de santé de Maroc et d'Espagne pour le renforcement de compétences dans le développement de la santé de la famille au Maroc, l'exécution des activités du projet Averroès 1 sont une source d'information directe qui il faut prendre en considération avec la participation aux activités programmées dans ce projet par les professionnels des centres de santé, des responsables des délégations provinciales du Ministère de la Santé, des responsables des directions régionales de la santé, ainsi que la division des soins ambulatoires à la DHSA, les ISPTIS et professionnels enseignant de l'ENSP.

Le ministère de la Santé a tenu des réunions avec le Bureau Technique de la Coopération Espagnole au Maroc (OTC) et aussi des autres actions notamment :

- Les réunions avec M. le Secrétaire Général, le 5 mai 2016 et 18 avril 2017.
- La participation au Comité sur la Réforme du Système de Santé, le 11 mai 2017 sous la présence de M. le Secrétaire Général.
- Les réunions techniques avec différentes directions générales du ministère de la Santé, et notamment la DHSA, ainsi que l'ENSP et les directions régionales de la santé aux zones d'intervention.
- Les rapports sur les soins de santé primaires au Maroc ; les visites effectuées à la province de Ben Msik, site d'intervention du projet Renforcement de la performance des soins de santé primaire au Maroc (dossier n° 2013/SPE/0400159) - Averroès 1-, dans le cadre du suivi et le partage avec les équipes de soins ; la visite à la province de Settat, site d'intervention du programme REDRESS-P pour l'amélioration de soins de santé primaires et financé par la AFD ; les ateliers de validation avec les professionnels des centres de santé pilotes concernant les domaines d'intervention sur le modèle de centre de santé et la réorganisation de filières, la formation sur le modèle de CSFC auprès des spécialistes en santé de famille et communautaire (participants de l'ENSP).
- Des entretiens avec l'Ecole Andalouse de Santé Publique et l'équipe de consultants participants au projet Averroès 1.
- Des réunions effectuées avec les groupes de coordination de santé, notamment avec les représentants de l'Union Européen, les agences des Nations Unis, Banque Mondiale et autres agences bilatérales travaillant dans le domaine de la santé.
- La visite de la délégation du ministère de la Santé du Maroc à Madrid du 23-27 mai 2016.
- Les réunions et le partage d'information entre l'AECID et le représentant du ministère de la Santé à la DHSA durant toute la durée d'exécution du projet Averroès 1.
- Des autres actions de identifications pour bien ciblé la collaboration avec FCSAI



3.3. PARTICIPATION DES POPULATIONS IMPLIQUÉES :

- **Participants**

Après la présentation des résultats de l'évaluation du projet Averroès 1, les résultats du concours qualité des centres de santé, les visites de benchmark effectuées aux centres de santé pilotes de Ben M'Sik, la DHSA a été sollicité par les responsables (directeurs régionaux de la santé, délégués provinciaux du ministère de la santé) ainsi que les prestataires de soins (médecins de famille, médecins généralistes, infirmiers chef des CS) pour les accompagner à implanter l'approche de santé de famille dans les centres de santé relevant de leur territoire.

Aussi, la DHSA a identifié les besoins exprimés par les prestataires et les solutions proposées pour répondre à leurs demandes afin d'améliorer les prestations des soins de santé primaires.

- **BÉNÉFICIAIRES DIRECTS :**

Le collectif cible du projet est, d'un côté, les **usagers des soins** et services de santé du secteur public dans les régions d'intervention de la Coopération Espagnole au Maroc, et notamment les usagers de **30 centres (10 Averroès I+ 20 Averroès II) de santé pilotes**. Les effets sur la population au moyen et long terme seraient l'amélioration et la satisfaction de l'accès aux services de soins de qualité.

Les **associations à vocation sanitaire** ouvrant dans les territoires des centres de santé sélectionnés seront impliquer dans la mise en œuvre d'un plan de communication qui sera élaboré pour faciliter l'intégration des changements nécessaires pour le développement de la médecine de famille et communautaire dans les établissements des soins de santé primaires.

Bénéficierons aussi de ce projet, les **médecins généralistes** (formés ou non en médecine de famille) exerçant dans les centres de santé aussi bien les centres de santé pilotes du projet Averroès 1 que les autres centres qui bénéficieront de ce projet dans les régions d'intervention et en différents milieux (rural et urbain) ainsi que les gestionnaires de soins de santé primaires.

En fait, ce projet vise le **renforcement des compétences des médecins généralistes des centres de santé notamment dans la gestion et l'organisation du centre de santé**, la coordination et gestion de ressources humaines, la gestion de l'équipement et gestion de stocks des médicaments ; la planification et l'élaboration des rapports, la participation aux rencontres provinciales, régionales et nationales ; le suivi des programmes verticaux et la consultation médicale et paramédicale des patients.

Fait partie aussi des bénéficiaires, le **personnel infirmier**, formés dans les ISPITS – filière santé de famille et communautaire ou non formé qui exercent dans les 10 Centres de santé pilotes du projet « Averroès 1 » et les 20 nouveaux CS ciblé pour le présent projet (30 centres en total)

Ces professionnels participeront à des activités de formation en Espagne et au Maroc avec les professionnels espagnols sur l'organisation de soins de santé primaires ; ainsi qu'aux activités de communication sur les changements et nouvelles approches entamés par le ministère de la Santé au niveau de centres d'intervention. En tout moment, les activités seront adaptés au contexte covid-19.



Bénéficerons également du projet , **les enseignants de la médecine de famille et communautaire à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) et aux Instituts Supérieures des Professions infirmières et techniques de santé (SPITS)** -filiale santé de famille et communautaire- ainsi que les professionnels chargés d'accueillir les étudiants en Médecine de Famille / médecine Communautaire (MFC) dans les lieux de stage (centres de santé et hôpitaux) qui doivent développer des techniques d'enseignement de qualité pour l'intégration des changements suscités.

Ces professionnels vont participer, à travers le comité maroco-espagnol, aux ateliers de concertation, aux séminaires et activités de formation, pour l'extension de la **mise en place du centre de santé modèle basée** sur la santé de famille et communautaire élaboré dans le projet Averroès 1. Ainsi que dans la mise en œuvre d'un plan de communication pour faciliter l'intégration des changements nécessaires pour le développement de la santé de famille et communautaire.

Finalement et afin de collaborer à la concrétisation de la Constitution de 2011, les engagements de Maroc dans les pactes internationaux et la Stratégie Sectorielle de Santé, entre autres, justifient l'approche de « démocratie sanitaire » nécessite l'implication de tous les acteurs en particulier les **sociétés savantes, les associations professionnelles et les associations de défense du droit à la santé**. La participation de ces acteurs dans le projet contribue à mettre en œuvre les changements entamés par le MS, dans la recherche d'alliances et la construction d'une vision et valeurs communes.

Ces bénéficiaires seront impliqués par le projet à travers les séminaires et ateliers de concertation.

- **BÉNÉFICIAIRES FINAUX :**

Les bénéficiaires finaux (ou indirects) sont les usagers des centres de santé pilotes indépendamment de leurs sexes, de leurs âges ou de leurs milieux de résidence, ces usagers bénéficient gratuitement de toutes les prestations prodiguées dans les 30 centres de santé pilotes.

En moyen un centre de santé au Maroc desserve 16 000 habitants, mais une population peut bénéficier des prestations d'un centre de santé même si elle ne fait pas partie de sa zone de desserte vu qu'il y a des centres de santé non médicalisés.

La population par région, dans la zone d'intervention est la suivante³ :

- Tanger -Tétouan- Al Hoceima : 3 813 854 habitants, parmi eux 1 444 430 vivent dans le milieu rural dont 726548 sont des femmes.

³ PROJECTIONS DE LA POPULATION DES REGIONS ET DES PROVINCES 2014-2030, HCP
https://www.hcp.ma/region-drta/PROJECTIONS-DE-LA-POPULATION-DES-REGIONS-ET-DES-PROVINCES-2014-2030_a59.html



- Grand Casablanca-Settat : 7 408 213 habitants, parmi eux 1 742 066 vivent en milieu rural, soit le 24% dont 876 260 sont des femmes.
- Région de Sous Massa : 2 896 152 habitants, parmi eux 1 115 034 vivent en milieu rural dont 560 862 sont des femmes.
- Région Marrakech-Safi : 4 774 413 habitants, parmi eux 2 670 334 vivent en milieu rural dont 1 343 178 sont des femmes.

En plus des régions de Grand Casablanca-Settat et Tanger -Tétouan- Al Hoceima, pourrions être intégrées d'autres régions et ce selon la décision de Ministère de la Santé en fonction des critères déjà mentionnés, tels que l'engagement exprimé par une délégation de santé à la mise à disposition des éléments considérés fondamentaux et préalables au projet, dont l'équipement du CS pour la consultation clinique et l'organisation basée sur la SFetC, l'affectation d'une personne d'accueil chargée de l'allocation de patients aux professionnels de santé ainsi que la motivation du personnel du centre à entamer les changements pour améliorer les prestations dispensées.

• PARTENAIRES LOCAUX :

Le Ministère de la Santé du Maroc, à travers la Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires (DHSA), est responsable de développer les politiques d'organisation des services de santé pour assurer le droit à la santé et la réorganisation des mécanismes de coordination de soins et le développement de la santé de famille.

La DHSA garantit l'orientation adéquate et la prise de décision tout au long du cycle du projet. Les régions sanitaires des zones d'intervention ainsi que les délégations provinciales du ministère de la Santé contribueront toute au long de l'exécution du projet pour l'atteinte des objectifs fixés.

• AUTRES ACTEURS IMPLIQUÉS :

Les Directions régionales de santé des régions d'intervention et les Délégations provinciales.

Les facultés de médecine, les Instituts supérieurs de professions infirmières et techniques de la santé (ISPITS) et l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) participent aux activités en tant que centres de formation des professionnels en MFetC. Ce sont des acteurs de référence dans la formation de la spécialité et doivent participer dans les comités d'appui ainsi qu'aux activités de formation.

Finalement, des représentants du Gouvernement et des ministères de l'Economie et Finances, de l'Enseignement supérieur, ainsi que les départements jugés utiles dans l'accompagnement de la réforme du système de santé.

Les collectivités locales peuvent appuyer les actions programmées dans le projet au fur et à mesure de son exécution.



3.3. Problématique à traiter

Le Ministère de la Santé poursuit les efforts de renforcement des soins et services de santé à travers le développement de la Médecine de Famille et les soins primaires de santé. Dans le cadre de la coopération conjointe entre le Maroc et l'Espagne, le projet de coopération bilatéral Renforcement de la performance des soins de santé primaire au Maroc (dossier n° 2013/SPE/0400159) – Averroès 1- qui vient d'être achevé, avait soulevé les principaux problèmes des soins et services de la santé primaires. D'un côté, une consultation pour analyser **la situation des établissements de soins de santé primaires et la proposition d'un modèle de centre de santé basé sur les principes de la médecine de famille a été réalisée en 2016 avec l'appui de l'OMS**. D'un autre côté, **une consultation réalisée par l'Ecole andalouse de santé publique, pour la définition des caractéristiques d'un modèle de centre de santé basé sur la Médecine de famille et communautaire pour le Maroc**.

Les problèmes détectés sont :

- Le budget est insuffisant pour le développement d'un panier de services et soins de qualité en médecine de famille.
- La multiplicité des programmes sanitaires et la non-intégration de ceux-ci dans les centres de santé.
- La formation de base de médecins généralistes (MG) est fortement basée sur le volet hospitalier, les facultés de médecine n'offrent pas une formation spécifique pour les MG et n'ont pas la capacité pour s'adapter à la demande du MS au court et à moyen terme. L'Ecole Nationale de Santé Publique est sollicitée par le MS pour la formation des MG (6.600 professionnels), le MS trouve des difficultés pour réaliser cet objectif.
- La prise en charge des patients par le MG n'est pas adaptée au contexte socioéconomique du patient (communication, participation... etc.)
- Le taux de référence aux soins de santé spécialisés (hospitaliers) est trop élevé et il n'y a pas de référence contre référence avec l'hôpital de référence (problème dans la gestion des références)
- Les centres de santé ont du mal à gérer les lux importants des patients ce qui entrave la continuité et le bon suivi de ces patients.
- Les centres de santé sont très peu équipés pour la pratique clinique, les espaces sont exigus et le bâtiment vétuste (l'intimité et la confidentialité sont souvent compromises).
- Le système d'information est obsolète et inefficace.
- La non-satisfaction de la qualité des soins aussi bien des usagers que des prestataires.
- L'approche médecine de famille vise une prise en charge de qualité de la majorité des problèmes de la santé au niveau le plus proche de la personne (accessibilité physique) gratuitement (accessibilité financière) avec une prise en charge centrée sur la personne (prise en charge bio-psycho-sociale).

Le modèle de Centre de santé basé sur la Médecine de Famille et Communautaire de référence est celui défini par l'organisation Mondiale des médecins de famille - WONCA EUROPE- à travers 13 caractéristiques :

1. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.



2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé pour la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
4. Elle réalise la promotion de l'autonomie des patients (empowerment).
5. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
6. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
7. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
8. Elle gère simultanément les deux problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
9. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, ce qui peut nécessiter une intervention urgente.
10. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
11. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
12. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
13. Les MFC sont spécialisés dans ce domaine.

3.4. Solution proposée

La médecine de famille est une médecine de proximité orientée vers la communauté dont l'acteur principal est le médecin généraliste qui exerce au niveau du centre de santé. La qualité de l'offre de soins visée par cette approche est un garant de réussite de tout système de santé en particulier dans des pays en voie de développement qui souffrent de nombreux freins d'accès aux soins d'ordre géographique, économique et culturel.

Afin de développer et d'étendre la pratique de médecine de famille à d'autres centres de santé, le ministère de la Santé propose les éléments clés suivants :

- **La mise en place d'un comité Maroc-Espagnole des experts pour développer de la santé de famille et santé communautaire (composantes organisationnelles et fonctionnelles) au Maroc pour entamer un dialogue stratégique.**
- **L'amélioration de compétences managériales et cliniques des professionnels chargés d'implanter la pratique de la santé de famille dans les centres de santé.**
- **L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication pour faciliter l'intégration des changements nécessaires pour le développement de la médecine de famille au Maroc.**



4. CADRE DES RÉSULTATS

4.1. Domaine sectoriel

Marqueur du Comité d'aide au développement

CSE/SNPC	% budget (si possible)	ODD auquel le projet contribue	Cible ODD	Ligne d'action VPD
CAD: 121 -Santé, général		ODD 3	Cible1,2,4,7 8 Cible 3.8	
CRS : 12110 - Politique de la santé et gestion administrative				
CSE : 1211000 Politique de la Santé et gestion administrative				

Marqueur	Non ciblé	Significatif	Principal	
Développement participatif / bonne gouvernance / droits humains	☐	☐	x ☐	
Durabilité environnementale	x ☐	☐	☐	
Égalité des genres	☐	☐	x ☐	
Commerce et développement	x ☐	☐	☐	
Diversité culturelle /Populations autochtones	☐	x ☐	☐	
santé sexuelle et reproductive et santé infantile	☐	☐	x ☐	
Marqueurs de la Convention de Rio	Non ciblé	Significatif	Principal	Principal et à l'appui d'un programme d'action
Biodiversité	x ☐	☐	☐	
Désertification	x ☐	☐	☐	☐
Atténuation du changement climatique	x ☐	☐	☐	
Adaptation au changement climatique	x ☐	☐	☐	
Marqueur	Autres objectifs	Ciblé		
Co-développement	☐	x ☐		



4.2. Logique générale de l'intervention (chaîne de résultats)

- **OBJECTIF GÉNÉRAL (OG) :**

L'objectif global est le renforcement du Système National de Santé et de développer la pratique de la santé de famille et la santé communautaire au Maroc. A noter que les approches genre, diversité culturelle et environnemental seront intégrées.

- **OBJECTIF SPÉCIFIQUE (OS) :**

L'objectif spécifique est d'améliorer l'accès et la qualité des services primaires de santé, et de créer un réseau de collaboration entre les professionnels de santé du Maroc et d'Espagne pour le renforcement de compétences afin de développer la santé de famille au Maroc.

- **RÉSULTATS (PRODUITS) (R) :**

R1 : Un comité de pilotage Maroc-Espagnol est constitué pour appuyer et accompagner le développement de la Santé de famille et communautaire (composante organisationnelle et fonctionnelles) au Maroc.

R2 : Les compétences des professionnels de santé sont renforcées pour développer l'approche de santé de famille au Maroc (composantes managériales et cliniques).

R3 : Un plan de communication autour de la santé de famille est élaboré et mis en œuvre auprès des différents acteurs dans les zones d'intervention.

- **ACTIVITÉS PRINCIPALES :**

R1 : Un comité Maroc-Espagnol est constitué pour le développement de la santé de famille et communautaire au Maroc.

A1. 1 : Organiser 1 atelier pour la conception d'un plan d'accompagnement de la mise en œuvre du projet.

En tout moment, les activités seront adaptés au contexte covid-19. L'atelier se déroule on-line, pendant une durée de 2 jours et y participent 6 personnes. Les participants sont 4 professionnels de départements de santé de Maroc impliqués dans la composante organisationnelle et 2 représentants de la fondation Espagnole chargé de l'exécution du projet.

Cet atelier permettra d'identifier le rôle du comité tout au long du projet ainsi que les besoins et les thématiques prioritaires à développer dans les séminaires et les sessions de formation programmées dans le projet. La base du travail du comité sera fondée sur les documents produits dans le projet Averno 1, ainsi que sur la stratégie des soins de santé primaires du Maroc.



A l'issue de cet atelier, un livrable sera livré et qui contient :

- Le rôle détaillé des parties prenantes du projet et les modalités de sa mise en œuvre.
- Un rapport sur les besoins et les thématiques prioritaires à développer dans les séminaires et les sessions de formation programmées dans le projet.
- Un plan de suivi de la mise en œuvre du projet.

A1.2 : Organiser 1 séminaire de réflexion sur les grandes lignes de développement de la médecine de famille au Maroc pour la élaboration d'une feuille de route de mise en place de la pratique de cette approche. (AT livrable).

En tout moment, les activités seront adaptés au contexte covid-19. Y participera à ce séminaire, 20 professionnels marocains et 6 espagnoles pour exposer l'expérience marocaine et espagnole et les éléments d'amélioration des soins de santé primaires, à travers le développement de la santé de famille et communautaire. La mobilisation de la société civile marocaine et les associations professionnelles est essentielle. Une thématique dans ce sens est à développer pour définir le rôle de ces associations dans les soins de santé primaires et le développement de la santé de famille et communautaire. Les participants se pencheront sur le développement des axes stratégiques d'extension et de généralisation de la pratique de médecine de famille.

Cette commission veillera à ce que l'approche genre, la diversité culturelle et la gestion environnementale soient intégrés dans le programme de ce séminaire.

Un livrable sera élaboré à l'issue de ce séminaire.

- La stratégie de développement de la santé de famille.
- Le plan d'accompagnement des régions sanitaire pour l'élaborations des plans d'action régionaux relatifs à l'implantation de la pratique de la santé de famille au niveau des établissements de soins de santé primaires.

A1.3: Evaluer l'état des lieux actuel de la pratique de santé de famille (AT livrable) :

L'évaluation consiste à analyser l'état des lieux relatif à :

- La pratique de la santé de famille et santé communautaire dans les ESSP.
- La formation des médecins de famille au niveau de l'ENSP.
- La formation des infirmiers au niveau des ISPITS.
- Les projets en cours et l'intégration de l'approche de santé de famille dans les politiques du Ministère de la santé.

Un rapport détaillé sur ces aspects ainsi que des recommandations opérationnelles pour développer la santé de famille/ santé communautaire seront élaboré à la fin de l'évaluation.

A1.4: Evaluer le programme de formation des infirmiers en santé de famille/santé communautaire (AT livrable)

L'évaluation consiste à l'analyse du programme de formation et l'élaboration de recommandations pour l'amélioration de la formation en question aussi bien théorique que pratique.



A1.5 : Organiser des ateliers de suivi par le comité d'experts/ formateurs (composante organisationnelle et implantation de la SFet C) dans 30 CS et réaliser des missions d'accompagnement par des medecin de famille pour l'implantation de la pratique de la santé de famille et communautaire.

Une évaluation mixte (suivi et formation) après un délai de 12 mois de la mise en fonctionnement des CSFC est réalisée. L'objet est d'analyser la situation après l'implantation du modèle de CS (point fortes et faibles) et des recommandations pour amélioration de la capacité des CSFC et des professionnels de santé, y compris un plan de formation. Les approches genre, diversité culturelle et environnemental seront considérées.

Une commission des membres du comité, effectueront des visites aux CSFC pour supervision/formation et analyse. Les CSFC choisi sont les 10 centres de santé pilotes du projet Avernoès et 20 autres choisis par le MS (30 total)

Un rapport sera élaboré et validé à la fin de l'atelier.

R2 : Les compétences des professionnels de santé sont renforcées dans les régions d'intervention (composantes managériales et cliniques)

A2.1 : Organiser des sessions de formation en Espagne.

La formation aura lieu en Espagne ce qui permettra la rencontre entre les professionnels espagnols avec leurs homologues des services centraux du Ministère de Santé du Maroc et de personnes sélectionnées par le ministère de santé dans les régions et provinces impliqués dans le développement des soins de santé primaires, notamment ceux des nouvelles zones d'intervention.

Le contenu et la méthodologie ont été proposés lors de l'atelier de création du comité. La formation inclue le volet accessibilité des femmes et leur autonomie sa leur propre santé. L'approche diversité culturelle et gestion environnementale seront pris en considération dans les modules de la formation.

Bénéficierons de ce cours un numero déterminer des participants, en partant de la possibilité de conjuguer des formations on-line et presentiel dont le profil professionnel est médecin et/ou infirmier, professionnel enseignant dans le domaine de la gestion de soins, responsables des délégations et directions régionales. Les modalités de formations (cours, séminaires, rencontre ou visites) et la durée seront établie para la plan de plan d'accompagnement de la mise en œuvre du projet.

A2.2 : Organiser 2 cours de formation au Maroc.

Les cours seront dispensés au Maroc et y participe un formateur espagnol spécialiste dans la santé de famille et communautaire et expert dans l'organisation et gestion de soins de santé primaires (possibilité de participation on-line). Ces cours sont une continuation du premier et permettent d'approfondir sur des aspects très pratiques et indispensables pour le développement du modèle de CSFC et sur des éléments identifiés dans l'atelier de création du comité : prise en charge des principales pathologies qui surviennent dans les régions ; système et protocoles de référence et de contre référence avec l'Hopital de reference ; collecte de données et système d'information sanitaire



La formación incluye l'importance de l'accessibilité des femmes et leur autonomie sur leur propre santé. L'approche diversité culturelle et gestion environnementale seront considérés dans le dessin de la formation.

Ces cours sont destinés aux une número aproximative des 40 participants dont le profil professionnel est : médecin et/ou infirmier, professionnel enseignant dans le domaine de la gestion de soins, responsables des délégations et directions régionales, et notamment ceux de zones d'intervention que n'ont pas bénéficié de la formation lors du projet Averroès 1. La durée de la formation est de 4 jours.

A2.3 : Organiser 8 sessions de formation de 5 cours chacune.

Ces sessions vont se focaliser sur la composante organisationnelle et la composante clinique auprès des professionnels médicaux et paramédicaux des 30 CS d'intervention. Au total, seront donnés 40 cours. Les cours seront réalisés au Maroc et les critères de choix de la thématique sont identifiés par le comité Maroc-Espagnole. Les cours vont renforcer les capacités professionnelles de santé nécessaires à réorganiser les centres de santé.

Les thématiques traiteront entre autres : circuit d'accès aux soins de santé primaires ; inscription des patients auprès des équipes de soins ; l'implantation d'un dossier médical de famille électronique opérationnel dans les centres de santé pilotes ; travail par agenda, visite à domicile, entretien clinique et autres sujets identifier par le comité d'experts.

L'indicateur de réalisation de cette activité est le taux des professionnels de santé formés par rapport à celui programmé.

A2.4 : Elaborer et dispenser un module relatif au rôle des ESSP dans la lutte contre la Covid-19 et la gestion des urgences de santé publique de portée internationale.

En s'inspirant de l'expérience marocaine et espagnole et les leçons tirées de la gestion de la pandémie covid-19, un module de formation relatif à la gestion des urgences à portée internationale en l'occurrence celle du Covid-19 sera élaboré et dispenser aux professionnelles des centres de santé pilotes.

A2.5 : Organiser un atelier de renforcement des capacités sur la pratique de médecine de famille au profit des enseignants responsables de la filière de santé de famille/santé communautaire au niveau des ISPITS au niveaux national.

A l'issue de l'évaluation du programme de formation des infirmiers en santé de famille/santé communautaire, des sessions de formation au profit des enseignants coordonnateurs de la filières santé de famille/santé communautaires sur la mise en œuvre des recommandations relatives à l'amélioration dudit programme de formation.



R3 : Un plan de communication est élaboré et mis en œuvre.

A3.1 Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour de la pratique de santé de famille/santé communautaire dans les régions d'intervention (AT livrable)

Afin de démystifier l'approche santé de famille/santé communautaire et faire adhérer tous les acteurs potentiels - en particulier le personnel de la santé- au développement de la SF/SF, un plan de communication sera élaboré et mis en œuvre dans les régions d'intervention.

A3.2 : Organiser 2 réunions pour présenter aux décideurs du ministère de la Santé l'état d'avancement et les recommandations du comité d'experts.

L'intérêt est de faire connaître aux décideurs du Ministère de la santé du niveau central et des régions d'intervention, des avancés et les difficultés de l'implantation du modèle de centre de santé basé sur la médecine de famille et communautaire ainsi que sur la formation en cette spécialité. Les éléments de réussites et les défis à soulever afin de mieux réussir le modèle.

Les réunions profiteront de la présence de 2 professionnels espagnols et l'intérêt sera de promouvoir une vision commune sur le développement de la santé de famille et communautaire.

A3.3 : Organiser 2 réunions pour présenter aux professionnels de santé du Ministère de la santé l'état d'avancement et les recommandations (composantes organisationnelles et de formation)

L'intérêt est de faire connaître aux professionnels de la santé du niveau central; des directions régionales et provinciales et ces établissements de santé de soins de santé primaires et hospitalier de zones d'intervention, les éléments clés de la médecine de famille et communautaire et les pistes de développement de cette discipline au Maroc.

Les réunions profiteront de la présence de professionnels marocains leaders et formés dans le modèle. L'intérêt sera de promouvoir une vision et des valeurs communes sur les soins de santé primaires et le développement de la santé de famille et communautaire.

A3.4: Organiser 2 réunions pour présenter aux associations à vocation sanitaire et les organisations sociales et professionnelles, l'état d'avancement et les recommandations du développement de la santé de famille et communautaire.

L'intérêt est de faire connaître aux associations à vocation sanitaire et les organisations sociales et professionnelles des zones d'intervention les objectifs du projet, la problématique autour de la situation des soins de santé primaires et le modèle de centre de santé basé sur la médecine de famille et communautaire.

Les réunions profiteront de la présence de professionnels espagnols spécialistes en la matière. L'intérêt sera de partager de discuter la vision du Ministère de la Santé dans l'organisation des soins de santé primaires et le développement de la santé de famille et communautaire.





4.3. Logique horizontale : indicateurs et sources

	Indicateur	Situation de départ (au début de l'intervention)	Cibles intermédiaires ⁴	Cibles à la fin de l'intervention
Objectif global: Amélioration des soins de santé primaires au Maroc via l'implantation de la santé de famille				
Objectifs Spécifiques Créer un réseau de collaboration entre les professionnels de santé du Maroc et d'Espagne pour le renforcement de compétences afin de développer la santé de famille au Maroc.				

⁴ Pour les interventions d'une durée de plus de 18 mois, indiquer les cibles intermédiaires.





R1 : Constitution d'un comité Maroco-Espagnole pour le développement de la santé de famille/santé communautaire au Maroc	Un Comité maroco-espagnole constitué. * Organiser 1 atelier pour la concept d'un plan d'accompagnement de la mise en œuvre du projet. * Organiser 1 séminaire de réflexion sur les grandes lignes de développement de la médecine de famille au Maroc pour l'elaboration d' une feuille de route de mise en place de la pratique de cette approche (AT livrable) * Evaluer l'état des lieux actuel de la pratique de santé de famille (AT livrable) *Evaluer le programme de formation des infirmiers en santé de famille/santé communautaire (AT livrable) * Organiser des ateliers de suivi par le comité d'experts/ formateurs (composante organisationnelle et implantation de la SFet C) dans 30 CS et réaliser des missions d'accompagnement par medecin de famille pour l'implantation de la pratique de la santé de famille et communautaire	Aucun Comité n'est constitué. Un plan de m.e.o du projet est élaboré Aucune feuille de route d'implantation de la pratique de SF/SC n'est élaborée L'état des lieux non évalué Le programme de formation des infirmiers en SF/SC jamais évalué Aucune atelier de evaluation est tenu	Un Comité maroco-espagnol est constitué. 50 % des activités programmées sont réalisées Une feuille de route d'implantation de la pratique de SF/SC est élaborée l'état des lieux actuel de la pratique de santé de famille est évalué Le programme de formation des infirmiers en SF/SC est évalué Un atelier de suivi-évaluation à mi-parcours du projet et des formations sont tenu	Un Comité maroco-espagnol est constitué. 100 % des activités programmées sont réalisées Une feuille de route d'implantation de la pratique de SF/SC est élaborée l'état des lieux actuel de la pratique de santé de famille est évalué Le programme de formation des infirmiers en SF/SC est évalué Des formations sont tenu
	R2 : Les compétences des professionnels de santé sont renforcées dans les régions d'intervention (composante	*Organiser une session de formation en Espagne au profit de professionnels.	Aucune formation est dispensée	Des professionnels de santé ont bénéficié d'une formation en Espagne.





managériales et cliniques).	*Organiser 2 cours de formation au Maroc au profit professionnels de santé. *Organiser 8 sessions de formation de 5 cours chacune. *Elaborer et dispenser un module relatif au rôle des ESSP dans la lutte contre la Covid-19 et la gestion urgences de santé publique de portée internationale *Organiser un atelier de renforcement des capacités sur la pratique de médecine de famille au profit des enseignants responsables de la filière de santé de famille/santé communautaire au niveau des ISPITS.	Aucune formation est dispensée Aucune formation est dispensée Aucune formation sur le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le Covid-19 n'est réalisée Aucune formation est dispensée	Des professionnels de santé ont bénéficié d'une formation en SF/SC 30 professionnels de santé ont bénéficié d'une formation en SF/SC Une formation sur le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le Covid-19 et la gestion des Urgences à PI est réalisée Une formation est réalisée.	Des professionnels de santé ont bénéficié d'une formation en SF/SC 60 professionnels de santé ont bénéficié d'une formation en SF/SC Une formation sur le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le Covid-19 et la gestion des Urgences à PI est réalisée au profit du PS des 30 CS Une formation est réalisée.
R3 : Un plan de communication est élaboré et mis en œuvre.	Plan de communication élaboré 6 de réunions réalisées sur le modèle CSFC auprès des PS, décideurs des DRS et DSM et SC.	Aucun plan de communication n'est disponible 0 réunions de communication réalisées.	Un plan de communication est élaboré; 2 de réunions réalisées.	Plan d'action est élaboré et mis en œuvre dans les régions d'intervention; 6 de réunions réalisées.





4.4. Logique verticale : analyse des risques

		Risques identifiés	Actions correctrices ou mesures d'atténuation
Réalisation de l'objectif spécifique		1. Les procédures administratives ne favorisent pas la correcte exécution du projet. 2. La DHSA est disponible pour planifier et actualiser la planification du projet. 3. Les instances de surveillance nationale et les procédures administratives ne bloquent pas la réalisation des activités. 4. Les mécanismes stables de communication entre les différents acteurs nationaux (MEF, Secrétariat Général du MINSA, DHSA, ENSP, ISPITS, DPRF, DRHF, DRS, DMS) sont développés. Aussi, entre les acteurs impliqués espagnols et marocains. 5. Les experts sont disponibles à participer aux activités tout au long du projet. 6. Les professionnels impliqués sont spécialistes MFetC. Les professionnels impliqués ont une longue expérience dans le Système national de santé espagnol. 7. Les professionnels au Maroc participent de façon active aux changements proposés du modèle de CS. 8. Les partenaires potentielles (administration publique des régions et provinces et société civile et citoyenneté) sont sensibles aux modèles de CS.	1. La durée du projet prévoit les délais nécessaires pour réalisation des procédures administratives. 2. L'unité de gestion externe assure la communication efficace avec la DHSA. 3. L'unité de gestion est chargée de communiquer avec le MEF périodiquement sur l'état d'avancement du projet. 4. L'unité de gestion s'occupe de la dynamisation des expertes. 5. L'unité de gestion est chargée d'identifier les experts. 6. Les activités du plan de communication favorisent les changements de comportement. 7. Les activités du plan de communication favorisent la sensibilisation des partenaires.
Réalisation des activités et résultats		Les risques identifiés sont communs à toutes les activités, et sont les suivants : - Possibles restructurations du MS au niveau des responsabilités et fonctions des directions centrales, régionales et provinciales. - Changement de lieu de travail du personnel médical ou administratif. - Manque de disponibilité de personnel pour les formations	L'unité de gestion est chargée de maintenir une communication efficace avec l'ensemble des acteurs par niveau d'intervention (départements concernés à la DHSA, ENSP, DRS et DMS) et les informer sur l'état d'avancement et de la planification.





		Manque de temps pour la mise en place effective avec tous les outils des centres de santé d'intervention, et notamment l'équipement médico technique et informatique nécessaire, l'installation du dossier médical informatisé, un médecin formé par l'ENSP sur la SFetC et du personnel assurant l'accueil des patients leurs distribution aux équipes de soins.	L'unité de gestion s'occupe d'informer les participants et les impliquer de façon active. Le comité de suivi coordonne et suit l'exécution des activités.
--	--	---	--

4.5. Chronogramme (Echéancier)

	ANNÉE 1				ANNÉE 2				ANNÉE 3				ENTITÉ RESPONSABLE DE CHAQUE ACTIVITÉ	RÔLE DANS L'EXÉCUTION
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
Produit 1					◆									
A1.1														
A1.2														
A1.3														
A1.4														
Produit 2									◆					
A2.1														
A2.2														
A2.3														
A2.4														
Produit 3												◆		
A3.1														
A3.2														
A3.3														
A3.4														
Etc.														



Projet d'appui à l'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services de santé à travers l'accompagnement du développement de la santé de famille et communautaire (Averroès 2)		
Objectif général :	Appuyer le Ministère de la Santé du Maroc dans le développement de la santé de famille et communautaire.	
Objectifs spécifiques et Produits attendus:	Activités	Coût total (Euro) AECID
Produit 1 : Constitution d'un comité Maroco-Espagnole pour le développement de la santé de famille/santé communautaire au Maroc	A1.1 Organiser 1 atelier pour la conception d'un plan d'accompagnement de la mise en œuvre du projet.	0,00
	A1.2 : Organiser 1 séminaire de réflexion sur les grandes lignes de développement de l'approche santé de famille/santé communautaire pour l'élaboration de une feuille de route de mise en place de la pratique de cette approche. (AT livrable)	20 000,00
	A1.3: Evaluer l'état des lieux actuel de la pratique de santé de famille (AT livrable)	15 000,00
	A1.4: Evaluer le programme de formation des infirmiers en santé de famille/santé communautaire au niveau des ISPITS (livrable)	15 000,00
	A1.5 : Organiser des ateliers de suivi par le comité d'experts/ formateurs (composante organisationnelle et implantation de la SFet C) dans 30 CS et réaliser des missions d'accompagnement par medecin de famille pour l'implantation de la pratique de la santé de famille et communautaire	30 000,00
	S/S Total P1	80. 000.00
Produit2: Les compétences des professionnels de santé sont renforcées dans les régions	A2.1 : Organiser 1 cours de formation en Espagne sur la pratique de la santé de famille/ santé communautaire.	175 000,00
	A2.2 : Organiser 2 cours de formation au Maroc.	
	A2.3 : Organiser 8 sessions de formation de 5 cours chacune	



d'intervention (composante organisationnelle et de formation de la SF/SC).	A2.4 : Elaborer et dispenser un module relatif au rôle des ESSP dans la lutte contre la Covid-19 et la gestion des urgences de santé publique de portée internationale	10 000,00
	A2.5: Organiser un atelier de renforcement des capacités sur la pratique de médecine de famille au profit des enseignants responsables de la filière santé de famille/santé communautaire au niveau des ISPITS au niveaux national	15 000,00
	S/S Total P2	200 000
Produit 3 : Un plan de communication est élaboré et mis en œuvre	A3.1 : Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour de la pratique de la santé de famille/ santé Communautaire dans les régions d'intervention (AT/ livrable)	30 000,00
	A3.2 : Organiser 2 réunions pour présenter aux décideurs du ministère de la Santé l'état d'avancement et les recommandations du comité d'experts.	10 000,00
	A3.3 : Organiser 2 réunions pour présenter aux professionnels de santé du Ministère de la santé l'état d'avancement et les recommandations (composantes organisationnelles et de formation)	10 000,00
	A3.4 : Organiser 2 réunions pour présenter aux associations à vocation sanitaire et les organisations sociales et professionnelles, l'état d'avancement et les recommandations du développement de la santé de famille et communautaire.	10 000,00
	S/S Total P3	60 000
Personnel		100.000
Dépenses coordination et gestión du projet FCSAI		50.000
Audit		2.000,0
Evaluation externe finale		8.000,00
TOTAL		500.000,0



Información de Firmantes del Documento

JIMENEZ-ONTIVEROS DIEGO, FERNANDO
DIRECTORS DE COOPERACION MULTILATERAL HORIZONTAL Y FINANCIERA (DIRECCION DE COOPERACION MULTILATERAL
HORIZONTAL Y FINANCIERA)

25/11/2021 09:31 (CET) Sello de tiempo

URL de validación: <https://ptfirma.aecid.es/pf/valida>

CSV : i6D7Pi6zLD7ghAgKZZR7Ca6R463bQyBS/IFJ58nvEMA=



5. EXÉCUTION, SUIVI ET ÉVALUATION

5.1. Méthodologie d'exécution

Un point focal responsable du projet sera désigné au niveau de la DHSA.

Le comité d'experts Maroc-Espagnole arrête la liste définitive des activités à programmer dans le projet (nombre et thématiques des sessions de formations, nombre de visites de Benchmark, nombre de réunion d'évaluation et de coordination) ainsi que la budgétisation de ces activités pendant la activité (1.1 Organiser 1 atelier pour la conception d'un plan d'accompagnement de la mise en œuvre du projet).

La DHSA en coordination avec les responsables régionaux est chargé d'organiser et de coordonner l'exécution des activités programmées en veillant à communiquer au bureau de la Coopération Espagnole à Rabat tous les contrats, les livrables validés, les rapports d'évaluation pour solliciter leur approbation ou leur non-objection.

L'avis de la coopération espagnole sera sollicité pour tout changement ou modification exceptionnels relatifs aux délais ou aux résultats attendus du projet. Le bureau de la coopération espagnole participe aux réunions programmées dans le projet.

Il serait intéressant, le cas échéant, de mentionner sous cette rubrique les conclusions, les améliorations et les enseignements tirés de l'exécution, de la méthodologie suivie, des procédures utilisées, etc., dans le cadre d'interventions antérieures sur lesquelles s'appuie le projet.

Dans tous les cas, il convient de mentionner les méthodes et les techniques à utiliser pour la mise en œuvre des activités proposées, ainsi que les processus engagés pour obtenir les résultats attendus. En d'autres termes : décrire les procédures prévues pour l'exécution.

5.2. Système de suivi, d'évaluation et de reddition de comptes

Un protocole administratif sera signé entre AECID, FCSAI et le ministère marocain de la Santé comment l'instrument de gestion de la relation entre les trois entités. Dans ledit protocole seront établis les responsabilités de chaque partie, la forme de révision du protocole lui-même et la gestion en cas de désaccord.

Les rapports et les procès-verbaux de réalisation des activités doivent être validés par les responsables de la DHSA (le point focal du projet et le directeur de la DHSA) et par les responsables des délégations provinciales aux niveaux des zones d'intervention.

Le modèle administratif de Gestion sera une subvention unique en nature dont la gestion sera assurée par une entité espagnole de santé publique spécialisée, la Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P. (FCSAI).

La Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P. (FCSAI) est tenu à :

- Communiquer au Bureau de la Coopération Espagnole à Rabat, avant leur publication, les rapports d'activités, les comptes rendus des réunions, les rapports d'évaluation, ainsi que les contrats, pour solliciter leur approbation ou leur non objection.



- Présenter au Bureau de la Coopération Espagnole à Rabat les documents de paiement pour approbation.
- Convoquer les Comités, élaborer et remettre les rapports techniques et financiers du projet, ainsi que les procès-verbaux semestriels présentés au Comité de Suivi.
- Solliciter des modifications exceptionnelles relatives aux délais ou aux résultats.
- Décrire les mécanismes prévus pour le **suivi interne** de l'exécution technique et budgétaire de l'intervention, en particulier les outils de suivi qui seront mis en place, leur périodicité, les instances ou unités chargées de sa réalisation.

Une **évaluation externe de l'intervention** est programmée au terme de l'exécution du projet ainsi qu'un **audit comptable** pour vérifier que la justification présentée par la Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P. (FCSAI) est conforme aux exigences et aux normes établies.

Les principaux résultats et des enseignements tirés de l'intervention susceptibles d'être appliqués à des contextes analogues seront diffusés par le Ministère de la Santé aux différents collaborateurs après l'évaluation du projet.

6. DURABILITÉ, COMPLÉMENTARITÉ ET GESTION DE LA SÉCURITÉ

6.1. Durabilité

Le projet est intégré dans la stratégie nationale de santé en cours et dans la nouvelle stratégie en cours d'élaboration, notamment 1) L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services et l'axe orienté à améliorer le service rendu aux citoyens, notamment en renforçant les Soins de Santé Primaires pour réduire les iniquités dans l'accès aux soins de santé. Aussi, aux Hautes Orientations de Sa Majesté (discours d'ouverture de la première session de la première année législative de la dixième législature le 14 Octobre 2016)

L'exécution et le suivi du projet sont assurés par le Ministère de la santé, à travers la DHSA en coordination, via les comités de suivi, avec d'autres directions et départements du Ministère pour assurer la dynamique interne du Ministère. La DHSA et son équipe, compte largement avec les capacités institutionnelles pour aboutir aux objectifs du projet et promouvoir l'implication et engagements d'autres départements du ministère.

Étant donné que la gestion par projets est une augmentation dans la charge de travail de la Division de soins ambulatoires à la DHSA et a son Unité de gestion administratif (UAF), a faible nombre de ressources humains, la gestion du projet sera assuré par un bureau de consultation externe à travers une Unité de gestion espagnole.

Les activités formulées prétendent le renforcement de compétences, le partage d'une vision et valeurs sur une organisation de soins de santé primaires efficace et l'accompagnement des expériences réussites espagnoles dans le développement de la santé de famille au Maroc. Et ce à travers des espaces de production et partage dont les professionnels marocains vont créer leurs propres outils adaptés au contexte Marocain.

Aussi, le point de départ du projet et l'engagement des délégations de santé et régions intéressés par la santé de famille et communautaire, et ce à travers la mise à disposition de CS des équipes médico techniques, informatiques et le personnel nécessaire.

Le modèle de centre de santé basé sur la santé de famille et communautaire assure certains éléments clés pour le succès dans l'accessibilité de la citoyenneté: les soins de santé sont focalisés sur la personne, les hommes et les femmes ont des besoins spécifiques pour promouvoir leur santé et des stratégies différentes pour affronter la maladie, l'approche genre sera s'intégrée, la personne aura un professionnel / une équipe de professionnels



de santé tout au long de la vie, la formation des usagers et la communauté pour l'autonomie du patient et de le responsabiliser sur sa propre santé, l'implication de partenaires potentiels dans l'intérêt de développer le sens de la solidarité et protection communautaire.

Le projet ne comporte pas un besoin en système technologique sophistiqué. Le dossier médical informatisé, condition préalable pour les CS d'intervention, un système d'information est en cours de développement dans le projet Averroès 1 avec l'appui des ingénieurs de la DRS de Grand Casablanca-Settat. Peut-être utilise aussi le support papier qu'informatique.

Les facteurs environnementaux de la santé sont respectés par la réglementation du Ministère de la santé. Aussi, ces facteurs seront promus dans les activités de formation, séminaires et ateliers sur l'organisation des CS.

Les activités du projet prévoient le renforcement des compétences des médecins spécialisés et le développement des instances marocaines dans le leadership pour mener des changements adéquats dans les pratiques des soins de santé primaires. Ce leadership, et surtout après évaluation des CS, est très utile pour la durabilité du projet, contribuera à la diffusion de valeurs de la SFetC. Ces centres seront site de stages et de référence pour les étudiants en la spécialité médecine de famille.

L'implication de la population cible et la société civile dans le plan de communication et dans le planning de formation est essentielle.

Le projet prévoit l'obtention de 3 résultats :

1. La création d'un comité d'experts (marocain et Espagnol) pour accompagner l'extension des CS basés sur la MF et C pendant la durée du projet.
2. Le renforcement des compétences des professionnels de santé.
3. La mise en œuvre d'un plan de communication.

Ces résultats, à travers les différentes activités, vont permettre de développer une vision et valeurs communes sur les soins de santé primaires au Maroc et le développement de la médecine de famille et communautaire ; des capacités développées par les professionnels de santé marocains pour élargir le modèle à 20 CS choisies par le Ministère de la Santé ; et le développement de partenariats potentielles pour mettre en marche des changements sur la réforme du système de santé entamé par le Ministère, à travers le plan de communication.

Autrement, le projet ne prévoit pas des investissements matériels qui puissent nécessiter un transfert, à part des outils de formation.

6.2. Complémentarité avec d'autres interventions

Dans la démarche de Réforme du Système de Santé (RSS) et en vue de dynamiser les soins de santé primaires, les partenaires techniques et financières du Ministère de la Santé développent des programmes et des projets qui visent cette réforme, notamment Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, tuberculose et le paludisme en collaboration avec Initiative 5% et ONU Sida et le projet Investir dans le renforcement du système de santé pour une efficacité et pérennité des programmes VIH et TB ; l'Union Européenne et le Programme d'appui budgétaire II ; la Banque Mondiale et le Programme pour résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales ; l'UNICEF ; le FNUAP ; l'OMS et le projet Appui au Renforcement des Soins de Santé Primaires au Maroc ; l'Agence Française de Développement visant formuler un appui sur le système d'information ; l'AECID à travers le projet Averroès -Renforcement de la performance des soins de santé primaire au Maroc (code 13SPE/0400159) qui vient d'être achevé.

30



Le projet « Extension de la mise en place du PMS au niveau des régions sanitaires » avec l'appui du Fond Mondial s'inscrit dans une vision globale et intégrée pour le renforcement des soins de santé primaires. En effet, la mise en place du PMS constitue, d'une part, un pilier de l'implantation de la médecine de famille au niveau des ESSP et d'autre part, un levier pour la concrétisation du chantier stratégique de la continuité des services lancé par Monsieur le Ministre de la santé.

6.3. Gestion de la sécurité

Sécurité sur le terrain : dans les régions confrontées à des situations de violence et d'insécurité ou de menaces contre la santé, préciser les mesures envisagées pour assurer la sécurité du personnel, y compris dans le domaine de la formation et de l'acquisition de compétences.

Protocole de sécurité de l'organisation : indiquer si l'organisation chargée de l'exécution de l'intervention dispose d'un protocole de sécurité et insérer le lien vers le site web correspondant.

Dans les critères de classement, il faudra évaluer si les critères transversaux ont été pris en compte (si cela s'avère pertinent) : genre, impact environnemental, diversité, droits humains.

En tout moment le projet suivra le protocole COVID-19 établis pour des autorités

Personnel du BTC étant intervenu dans la formulation	Approuvé par le coordinateur général/la coordinatrice générale
Noms et fonctions	Date, nom et signature

