

Article 42

L'Instance est subrogée, en vertu de la présente loi, dans tous les droits et les obligations de l'Instance centrale de prévention de la corruption.

A cet effet, sont transférés à l'Instance, les biens meubles et immeubles ainsi que les droits de propriété intellectuelle détenus à la date d'entrée en vigueur de la présente loi par l'Instance centrale de prévention de la corruption de même que la propriété de ses archives, documents et dossiers.

Sont également, transférés à l'Instance, les crédits budgétaires ouverts au nom de l'Instance centrale de prévention de la corruption ainsi que les fonds existant sur ses comptes bancaires, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Sont aussi transférés à l'Instance, tous les droits et obligations relatifs à l'ensemble des marchés d'études, de travaux et de fournitures, ainsi que tous les contrats et conventions conclus par l'Instance centrale de prévention de la corruption, avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

Le transfert mentionné dans les alinéas ci-dessus est exempté de tout paiement quelle que soit sa nature.

Chapitre VIII

Dispositions finales

Article 43

La présente loi entre en vigueur à compter de la date de nomination du président, des membres et du secrétaire général de l'Instance.

A partir de ladite date, la dénomination de « l'Instance nationale de la probité, de la prévention et de la lutte contre la corruption » remplace celle « d'Instance centrale de prévention de la corruption », dans tous les textes législatifs et réglementaires en vigueur. Le texte institutif de cette dernière est abrogé à compter de la même date.

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 6374 du 15 ramadan 1436 (2 juillet 2015).

Décret n° 2-14-562 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015) pris pour l'application de la loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins.

LE CHEF DU GOUVERNEMENT,

Vu la loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, promulguée par le dahir n° 1-11-83 du 29 rejab 1432 (2 juillet 2011) ;

Après délibération en Conseil de gouvernement réuni le 11 moharrem 1436 (5 novembre 2014),

DÉCRÈTE :

Chapitre premier

Objet et définitions

ARTICLE PREMIER. – Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation de l'offre de soins, le découpage sanitaire du territoire national ainsi que les modalités d'établissement de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins sur la base dudit découpage.

Les dispositions du présent décret ne s'appliquent pas aux :

- structures sanitaires régies par des textes législatifs et réglementaires spécifiques ;
- bureaux communaux d'hygiène et tout autre service sanitaire ayant pour mission exclusive de fournir des prestations de santé publique visant la prévention sanitaire collective.

ART. 2. – Pour l'application du présent décret, on entend par les expressions suivantes :

Installation de santé : le lieu où sont dispensés des soins de santé de manière légale et professionnelle. Elle peut être fixe sous forme d'un établissement de santé ou mobile sous forme des unités médicales mobiles ou des moyens de transport sanitaire ;

Etablissements médico-sociaux publics : les établissements de santé publics assurant une prise en charge médicalisée des personnes âgées, et de manière générale des personnes à besoins spécifiques ;

Installation de haute technologie : installation utilisée pour dispenser des soins dans une infrastructure ou une installation de santé, reposant sur une technologie et des techniques de pointe relevant des domaines des technologies de l'information, de la biotechnologie, de la robotique ou des nanotechnologies ;

Prestations d'hôpital de jour : prestations de soins et services hospitaliers qui peuvent être rendues dans la journée, sans hébergement, si l'état de santé du patient le permet ;

Lit hospitalier : lit réservé à des soins d'hospitalisation complète d'une nuitée au moins ;

Filières de soins : une organisation verticale hiérarchisée de la prise en charge des patients à travers des niveaux de recours aux soins organisés selon la nature de la morbidité et les protocoles thérapeutiques quand ils existent, avec un premier contact d'accès aux soins, représenté par les médecins généralistes pour le secteur privé et par les établissements de soins de santé primaires pour le secteur public ;

Réseau coordonné de soins : une organisation horizontale non hiérarchisée de la prise en charge des patients au sein du même territoire sanitaire, afin de renforcer la coordination d'une prise en charge médicale multidisciplinaire faisant intervenir des professionnels de la santé relevant du secteur public et/ou privé ;

Pôle d'excellence : pôle d'une spécialité médicale ou chirurgicale très avancée dans un mode de prise en charge médicale, ou dans une technique médicale donnée ;

Centre de référence interrégional : centre de soins relevant d'un établissement de santé qui dispense des prestations de soins et de services de santé dans un territoire sanitaire qui dépasse le bassin de desserte dudit établissement. Il peut s'agir d'une prise en charge dans un domaine de spécialité ou de groupe de spécialités médicales, ou de prestations de soins liées à un matériel biomédical lourd ou à une installation de haute technologie.

Chapitre II

De l'organisation de l'offre de soins

Section première. – Dispositions générales

ART. 3. – En application de l'article 10 de la loi-cadre n°34-09 susvisée, l'organisation de l'offre de soins, s'effectue conformément à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins prévus par le présent décret.

ART. 4. – L'offre de soins en mode fixe dans le secteur privé, qu'il soit à but lucratif ou non, est composée des établissements de santé, dont la liste est fixée à l'article 14 de la loi-cadre n° 34-09 précitée.

ART. 5. – L'offre de soins en mode fixe dans le secteur public est composée des quatre réseaux d'établissements de santé relevant du ministère de la santé ou placés sous sa tutelle, suivants :

- le réseau des établissements de soins de santé primaires (RESSP) ;
- le réseau hospitalier (RH) ;
- le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM) ;
- le réseau des établissements médico-sociaux publics (REMSP).

L'offre de soins en mode fixe dans le secteur public comprend, en outre, des structures spécialisées d'appui aux réseaux précités ainsi que des installations de santé mobiles, des équipements biomédicaux lourds et des installations de haute technologie.

ART. 6. – Les établissements de santé publics relevant des réseaux visés à l'article 5 ci-dessus, peuvent dispenser, outre les prestations rendues en mode fixe, d'autres prestations de soins et services en mode mobile pour répondre aux besoins de la population au moyen de :

- visites à domicile (VAD) ;
- unités médicales mobiles (UMM) ;
- caravanes médicales spécialisées (CMS) ;
- hôpitaux mobiles (HM).

Ces prestations peuvent, le cas échéant, être rendues par les établissements de santé privés, dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires applicables à ces établissements.

ART. 7. – L'offre de soins dans le secteur public est régie par le principe de gradation des niveaux de soins qui repose sur un système de référence et de contre référence, qui régule les parcours de soins des patients en dehors des situations d'urgence. Ce système peut être organisé à l'intérieur du même territoire de santé sous forme de réseaux coordonnés de soins, ou entre les territoires de santé sous forme de filières de soins.

ART. 8. – L'offre de soins d'urgence est organisée en urgences médicales de proximité (UMP), en urgences pré-hospitalières (UPH) et en urgences médico-hospitalières (UMH). Leur régulation est assurée par les services publics d'assistance médicale urgente (SAMU).

Section II. – Du découpage sanitaire du territoire national

ART. 9. – Conformément aux dispositions de l'article 22 de la loi-cadre n° 34-09 précitée, le territoire national est découpé en vertu de la présente section, en territoires de santé qui constituent des bassins de desserte de la population desservie par un ou plusieurs établissements ou installations de santé.

La délimitation des territoires de santé, se base sur la division administrative du Royaume, et peut être complétée le cas échéant, par un découpage spécifique fixé par le ministre de la santé en vue d'arrêter les territoires de santé les plus pertinents pour l'action sanitaire.

ART. 10. – Les territoires de santé sont constitués :

- des circonscriptions sanitaires ;
- des préfectures et provinces sanitaires ;
- des régions sanitaires ;
- des territoires de santé inter-régionaux.

Sous-section première. – De la circonscription sanitaire

ART. 11. – La circonscription sanitaire représente le territoire de base dans le découpage sanitaire pour la planification de l'offre de soins et la mise en œuvre des stratégies, des programmes et des plans d'actions sanitaires, dont l'ensemble des prestations de soins de santé primaires relatives à la prévention, à la promotion de la santé et aux modes de vie sains, ainsi qu'aux soins liés à l'accouchement, aux urgences de proximité et à la médecine générale, doit être disponible.

ART. 12. – La circonscription sanitaire peut être rurale ou urbaine.

La circonscription sanitaire rurale correspond au territoire d'un caïdat. La circonscription sanitaire urbaine correspond au territoire d'un arrondissement dans les communes soumises au régime d'arrondissements, ou au territoire de l'ensemble de la commune, lorsque celle-ci n'est pas découpée en arrondissements.

ART. 13. – Chaque circonscription sanitaire est découpée en deux ou plusieurs secteurs sanitaires.

Le secteur sanitaire correspond à l'aire de desserte d'un centre de santé.

Sous-section II. – Des préfectures et des provinces sanitaires

ART. 14. – Les préfectures et les provinces sanitaires correspondent respectivement aux ressorts territoriaux des préfectures et des provinces, définis par la réglementation en vigueur relative à la division administrative du Royaume.

ART. 15. – Chaque préfecture ou province sanitaire est découpée en deux ou plusieurs circonscriptions sanitaires.

L'offre de soins au niveau d'une préfecture ou province sanitaire comprend, en plus des prestations de soins de santé primaires, des prestations de réhabilitation et des prestations hospitalières de premier niveau.

La liste des prestations hospitalières du premier niveau, est fixée à l'annexe n° 1 du présent décret.

ART. 16. – La préfecture ou la province sanitaire constitue le champ d'intervention d'une délégation préfectorale ou provinciale relevant du ministère de la santé.

Outre les missions qui lui sont confiées par arrêté du ministre de la santé, la délégation préfectorale ou provinciale contribue à l'élaboration du schéma régional de l'offre de soins et assure la coordination entre les établissements de santé publics et privés implantés dans son ressort territorial, notamment dans le cadre du partenariat.

Sous-section III. – Des régions sanitaires

ART. 17. – Les régions sanitaires correspondent au ressort territorial des régions, tel que défini par la réglementation en vigueur relative à la division administrative du Royaume.

ART. 18. – Chaque région sanitaire est composée de deux ou plusieurs préfectures et provinces sanitaires.

L'offre de soins au niveau d'une région sanitaire comporte, en plus des prestations de soins du niveau provincial ou préfectoral, les prestations hospitalières du deuxième niveau dont la liste est fixée à l'annexe n° 1 du présent décret.

La région sanitaire peut abriter des ressources, des installations, des équipements ou des établissements de santé à vocation interrégionale.

ART. 19. – La région sanitaire constitue le champ d'intervention de la direction régionale de la santé relevant du ministère de la santé.

La direction régionale de la santé assure la coordination entre les établissements de santé publics et privés implantés dans son ressort territorial, notamment dans le cadre du partenariat.

Sous-section IV. – Des territoires de santé inter-régionaux

ART. 20. – Le territoire de santé inter-régional correspond au bassin de desserte d'une infrastructure, d'un équipement, d'une installation de santé ou d'une installation de haute technologie rendant des prestations à caractère interrégional, notamment les prestations hospitalières du troisième niveau et les prestations fournies par les pôles d'excellence ou les centres de référence interrégional.

La liste des prestations hospitalières du troisième niveau est fixée à l'annexe n° 1 du présent décret.

Chapitre III

De l'offre de soins dans le secteur public

Section première. – Du réseau des établissements de soins de santé primaires

ART. 21. – Le réseau des établissements de soins de santé primaires est constitué des établissements suivants :

- les centres de santé ruraux et urbains de premier niveau ;
- les centres de santé ruraux et urbains de deuxième niveau ;
- les dispensaires ruraux lorsqu'ils existent.

Il comprend en outre, des structures spécialisées d'appui aux établissements précités.

ART. 22. – Le centre de santé rural de premier niveau est l'établissement de soins de santé primaires de premier contact en milieu rural.

Le centre de santé rural de premier niveau est placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major. Il offre des prestations de santé préventives, curatives et promotionnelles qui comprennent, en plus de la surveillance épidémiologique notamment, les prestations suivantes :

- les consultations de médecine générale ;
- les soins infirmiers ;
- le suivi de la santé de la mère et de l'enfant ;
- le suivi des maladies chroniques ;
- le suivi de la santé des jeunes et des adolescents y compris la santé scolaire ;
- les prestations d'information et d'éducation pour la santé.

La création et le lieu d'implantation de chaque centre de santé rural de premier niveau sont décidés dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins.

Lorsque le territoire de desserte du centre de santé rural de premier niveau est étendu, il est possible de créer en plus dudit centre, un ou deux dispensaires ruraux qui lui sont rattachés et qui sont placés chacun sous la responsabilité d'un(e) infirmier(e).

La création et le lieu d'implantation de chaque dispensaire rural sont décidés dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins.

ART. 23. – Le centre de santé rural de deuxième niveau est placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major. Il offre outre, les prestations fournies par le centre de santé rural de premier niveau notamment, les prestations suivantes :

- les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) ;
- les analyses biologiques de base requises pour le suivi de la santé des femmes enceintes et des malades chroniques ;
- les examens d'échographie obstétricale.

Lorsque le centre de santé rural de deuxième niveau est implanté dans le chef-lieu d'un cercle administratif ne disposant pas de structure hospitalière publique, le centre est doté d'un module d'accouchement de 4 à 8 lits et offre en plus :

- des prestations d'urgence médicale de proximité ;
- des soins bucco-dentaires ;
- des consultations de santé mentale.

ART. 24. – Le centre de santé urbain de premier niveau est l'établissement de santé de premier contact en milieu urbain.

Le centre de santé urbain de premier niveau est placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major, et il offre des prestations de santé préventives, curatives et promotionnelles qui comprennent, en plus de la surveillance épidémiologique notamment, les prestations suivantes :

- les consultations de médecine générale ;
- les soins infirmiers ;
- le suivi de la santé de la mère et de l'enfant ;
- le suivi des maladies chroniques ;
- le suivi de la santé des jeunes et des adolescents y compris la santé scolaire ;
- les prestations d'information et d'éducation pour la santé.

La création et le lieu d'implantation de chaque centre de santé urbain de premier niveau sont décidés dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins.

ART. 25. – Le centre de santé urbain de deuxième niveau est placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major.

Outre les prestations fournies par le centre de santé urbain de premier niveau, le centre de santé urbain de deuxième niveau assure notamment les prestations suivantes :

- les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB), y compris 4 à 8 lits d'accouchement au besoin ;
- les analyses biologiques de base requises pour le suivi de la santé des femmes enceintes et des malades chroniques.

Lorsque le centre de santé urbain de deuxième niveau est implanté dans le chef-lieu de la commune de rattachement ne disposant pas de structure hospitalière publique, il offre en outre :

- des prestations d'urgence médicale de proximité ;
- des soins bucco-dentaires ;
- des consultations de santé mentale.

ART. 26. – Les établissements de soins de santé primaires, ruraux et urbains, sont appuyés par des structures spécialisées qui assurent les activités relevant des programmes sanitaires. Ces structures spécialisées comprennent les établissements de santé suivants :

- les centres de référence pour la santé reproductive (CRSR) ;
- les centres de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires (CDTMR) ;
- les laboratoires de santé publique (laboratoires de diagnostic épidémiologique et d'hygiène du milieu).

D'autres structures spécialisées d'appui, peuvent être mises en place, par arrêté conjoint du ministre de la santé et du ministre chargé des finances, et ce en fonction des besoins de la population et de l'organisation de l'offre de soins.

Section II. – Du réseau hospitalier

ART. 27. – Le réseau hospitalier est composé des établissements de santé suivants :

- les hôpitaux préfectoraux et provinciaux ;
- les hôpitaux régionaux ;
- les formations hospitalières relevant des centres hospitaliers créés sous forme d'établissements publics ;
- les hôpitaux psychiatriques ;
- les centres régionaux d'oncologie ;
- les centres d'hémodialyse.

Le réseau hospitalier comprend en outre des structures spécialisées pour appuyer les établissements de santé précités.

Lorsque la superficie d'une province sanitaire est étendue, son réseau hospitalier peut être renforcé par la création d'hôpitaux de proximité.

Lorsque la taille d'une préfecture sanitaire est importante, son réseau hospitalier peut être renforcé par la création de cliniques de jour.

ART. 28. – Les établissements relevant du réseau hospitalier visés à l'article 27 ci-dessus, assurent, chacun selon son objet, les missions suivantes :

1/ dispenser les prestations de soins et les services de santé visés à l'article 11 de la loi-cadre précitée n° 34-09, dans les conditions prévues par le même article ;

2/ concourir aux actions visées à l'article 13 de la loi-cadre précitée n° 34-09, dans les conditions prévues par le même article.

En fonction de son objet, chaque établissement relevant du réseau hospitalier, participe, dans le cadre des missions qui lui sont dévolues, aux actions d'assistance médicale urgente, en partenariat avec les acteurs concernés.

ART. 29. – Les établissements relevant du réseau hospitalier peuvent offrir des prestations dites « hôpital de jour » dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé.

ART. 30. – Les établissements relevant du réseau hospitalier font partie de la filière de soins et constituent, à ce titre, des établissements de recours et d'appui pour le réseau des établissements de soins de santé primaires.

ART. 31. – Les établissements relevant du réseau hospitalier sont organisés en fonction du bassin de desserte de la population en :

- Centres hospitaliers provinciaux et préfectoraux (CHP) ;
- Centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- Centres hospitaliers interrégionaux (CHI).

ART. 32. – Chaque centre hospitalier provincial ou préfectoral se compose de l'ensemble des établissements hospitaliers relevant du ministère de la santé implantés dans son ressort territorial, y compris les hôpitaux de proximité ou les cliniques de jour. Il dispense les prestations de soins hospitaliers de premier niveau.

ART. 33. – Chaque centre hospitalier régional se compose de l'ensemble des établissements hospitaliers relevant du ministère de la santé implantés dans le chef-lieu de la région. Il dispense les prestations de soins hospitaliers de deuxième niveau. Il peut comporter un ou plusieurs pôles d'excellence ou centres de référence à vocation interrégionale ou nationale.

ART. 34. – Les centres hospitaliers interrégionaux sont composés des établissements relevant des centres hospitaliers à vocation interrégionale. Ils dispensent les prestations de soins hospitaliers de troisième niveau.

Ils comportent un ou plusieurs pôles d'excellence ou centres de référence à vocation interrégionale ou nationale.

ART. 35. – Chaque centre hospitalier visé à l'article 31 ci-dessus, doit préparer un document dénommé « projet d'établissement hospitalier (PEH) » qui définit, pour une durée déterminée, les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la formation, de la gestion et du système d'information.

Le projet d'établissement hospitalier doit être compatible avec les objectifs du schéma régional de l'offre de soins (SROS), et déterminer les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement dont chacun des établissements hospitaliers le composant doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres hospitaliers créés sous forme d'établissements publics, le projet d'établissement hospitalier est établi par le directeur du centre hospitalier en coordination avec les directeurs des établissements hospitaliers composant ledit centre, et en concertation avec le délégué préfectoral ou provincial et le directeur régional de la santé.

ART. 36. – Le réseau hospitalier est appuyé par les structures spécialisées suivantes :

- le centre national et les centres régionaux de transfusion sanguine et d'hématologie ;
- l'institut national d'hygiène ;
- le centre national antipoison et de pharmacovigilance ;
- le centre national de radioprotection.

Section III. – Du réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM)

ART. 37. – Le réseau intégré des soins d'urgence médicale a pour mission de permettre aux malades, blessés, femmes enceintes et parturientes en état de détresse, une assistance médicale urgente, soit par le conseil, soit par l'orientation vers la structure sanitaire adaptée ou par la prise en charge médicale avec un moyen de transport sanitaire adapté et dans les meilleurs délais.

ART. 38. – L'offre de soins d'urgence médicale organisée dans le cadre du réseau intégré des soins d'urgence médicale, comprend les prestations suivantes :

1. les Urgences Médicales de Proximité (U.M.P), assurées par les centres de santé de deuxième niveau implantés dans les chefs-lieux de cercles ;

2. les Urgences Pré-hospitalières (UPH), assurées par les moyens de transport de secours de base, les services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) et les services médicaux héliportés (HELISMUR) ;

3. les Urgences Médico-hospitalières, qui comprennent :

- les urgences médico-hospitalières de base assurées par les centres hospitaliers préfectoraux ou provinciaux ;
- les urgences médico-hospitalières complètes assurées par les centres hospitaliers régionaux ;
- les urgences médico-hospitalières spécialisées assurées par les centres hospitaliers interrégionaux.

La liste des fonctions d'urgences médicales assurées dans le cadre des trois modes précités est fixée à l'annexe 2 du présent décret.

Section IV. – Du réseau des établissements médico-sociaux publics

ART. 39. – Les prestations de soins fournies dans le cadre du réseau des établissements médico-sociaux publics peuvent être rendues avec ou sans hébergement.

ART. 40. – Le réseau des établissements médico-sociaux publics est composé des :

- centres dits espaces « santé-jeunes » ;
- centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie ;
- centres d'appareillage orthopédique ;
- centres d'addictologie ;
- centres médico-universitaires ;
- centres de soins palliatifs.

Cette liste peut être modifiée ou complétée par arrêté du ministre de la santé.

ART. 41. – Les établissements médico-sociaux publics sont créés dans le cadre des schémas régionaux de l'offre de soins, soit par le ministère de la santé, soit en partenariat avec d'autres acteurs publics ou privés.

Chapitre IV

Des normes et des modalités de création et d'implantation des infrastructures et des installations sanitaires

ART. 42. – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 23 de la loi-cadre n° 34-09 précitée, la carte sanitaire est établie pour une durée de 10 ans, par arrêté du ministre de la santé, visé par le ministre chargé des finances, après avis de la commission nationale de l'offre de soins instituée en vertu du chapitre V du présent décret.

La carte sanitaire doit être évaluée tous les 5 ans et révisée le cas échéant, conformément à la même procédure, en cas de changements majeurs des données ayant servi à son élaboration. Les services concernés du ministère de la santé tiennent la base de données de la carte sanitaire selon les modalités fixées par arrêté du ministre de la santé.

ART. 43. – La projection de la création et de l'implantation des infrastructures et des installations de santé, ainsi que des équipements biomédicaux lourds dans le cadre de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins, doit avoir lieu en fonction du nombre de la population du territoire de santé concerné et des caractéristiques épidémiologiques, géographiques, socio-économiques et des orientations des plans d'aménagement relatives audit territoire.

ART. 44. – Sous réserve du découpage sanitaire prévu par le présent décret, la création et l'implantation des infrastructures et des installations publiques relevant du réseau des établissements de soins de santé primaires doivent répondre aux besoins de la population, selon les critères suivants :

- un centre de santé rural de premier niveau : pour une population minimale de desserte de 7.000 habitants ;
- un centre de santé rural de deuxième niveau : pour une population minimale de desserte de 25.000 habitants ;
- un centre de santé urbain de premier niveau : pour une population minimale de desserte de 25.000 habitants ;
- un centre de santé urbain de deuxième niveau : pour une population minimale de desserte de 50.000 habitants.

ART. 45. – La création et l'implantation des infrastructures et des installations publiques relevant du réseau hospitalier doivent respecter le découpage sanitaire.

Le nombre de lits hospitaliers à prévoir est défini, au niveau régional, en fonction du nombre de la population conformément à la formule suivante :

$$L = \frac{P \times TA \times DMS}{365 \times TOM}$$

Où :

- L : désigne le nombre de lits à prévoir ;
- P : désigne l'effectif de la population à desservir ;
- TA : désigne le taux d'admission qui est fixé à 7 % ;
- DMS : désigne la durée moyenne de séjour hospitalier qui est fixée à 5 jours ;
- TOM : désigne le taux d'occupation moyen qui est fixé à 80 %.

La création et l'implantation d'un hôpital provincial ou préfectoral exige, en plus du respect de découpage sanitaire, une population minimale de 200.000 habitants. En dessous de cette taille, et selon les besoins de la population, un hôpital de proximité peut être créé si la population de desserte est de 70.000 habitants au moins.

ART. 46. – La création et l'implantation d'un centre hospitalier interrégional a pour objet de desservir au moins

deux régions sanitaires ou couvrir une population de plus de 2 millions d'habitants.

ART. 47. – Pour l'application des dispositions de l'article 25 de la loi-cadre n°34-09 précitée, les schémas régionaux de l'offre de soins sont établis par les directions régionales de la santé concernées, pour une période de 5 ans, après avis des commissions régionales de l'offre de soins compétentes instituées en vertu du chapitre V ci-dessous.

Les schémas régionaux de l'offre de soins peuvent être révisés, selon la même procédure, en cas de changements des normes ou des modalités d'implantation des infrastructures et des installations de santé dans la carte sanitaire ayant des effets sur les schémas régionaux.

Les schémas régionaux de l'offre de soins sont approuvés par des arrêtés du ministre de la santé.

ART. 48. – En application des dispositions de l'article 27 de la loi-cadre n° 34-09 précitée, la création de toute installation de haute technologie, l'implantation des équipements biomédicaux lourds ainsi que de tout système de régulation des services d'assistance médicale urgente sont soumis au respect de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins, prévus par le présent décret.

La création ou l'implantation d'un des dispositifs visés à l'alinéa précédent, sera soumise à autorisation conformément à la législation et à la réglementation y relatives.

La liste des équipements biomédicaux lourds et des installations de haute technologie et des établissements de santé publics dans lesquels ils sont implantés est fixée à l'annexe n° 3 du présent décret. Cette liste peut être modifiée ou complétée par arrêté du ministre de la santé.

ART. 49. – En application du deuxième alinéa de l'article 23 de la loi-cadre n° 34-09 précitée, la carte sanitaire détermine les ressources humaines selon les besoins et les spécialités conformément aux normes et critères de programmation des besoins des établissements de santé publics en ressources humaines fixés par arrêté du ministre de la santé. Les postes budgétaires sont fixés conformément aux dispositions des lois des finances.

Chapitre V

De la commission nationale et des commissions régionales de l'offre de soins

ART. 50. – En application de l'article 30 de la loi-cadre n° 34-09 précitée, il est institué une commission nationale et des commissions régionales de l'offre de soins, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont déterminées par le présent chapitre.

ART. 51. – La commission nationale de l'offre de soins est présidée par le ministre de la santé ou, la personne désignée par lui à cet effet.

Outre son président, la commission comprend les membres suivants :

- deux représentants de l'autorité gouvernementale chargée de l'intérieur, dont le directeur général des collectivités locales ou son représentant ;
- un représentant de l'autorité gouvernementale chargée des finances ;

- un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'aménagement du territoire ;
- un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'enseignement supérieur ;
- un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'équipement ;
- un représentant du haut-commissariat au plan ;
- l'inspecteur du service de santé des Forces Armées Royales ou son représentant ;
- le président du conseil national de l'ordre national des médecins ou son représentant ;
- le président du conseil national de l'ordre des pharmaciens ou son représentant ;
- le président du Conseil national de l'Ordre des médecins dentistes ou son représentant ;
- les directeurs des centres hospitaliers, créés sous forme d'établissements publics ;
- l'inspecteur général et les directeurs de l'administration centrale du ministère de la santé.

La commission nationale de l'offre de soins peut inviter à assister à ses réunions, à titre consultatif, toute personne dont la participation est jugée utile.

ART. 52. – La commission nationale se réunit à l'initiative de son président et sur sa convocation.

Elle est tenue de se prononcer par avis sur le projet de la carte sanitaire, dans un délai maximum de (60) jours à compter de la date de sa saisine.

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents et en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. Les travaux et avis de la commission nationale sont consignés dans des procès-verbaux signés par le président.

Le secrétariat de la commission nationale est assuré par la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires relevant du ministère de la santé.

ART. 53. – Chaque commission régionale de l'offre de soins est présidée par le wali de la région concernée ou son représentant.

Outre son président, chaque commission comprend les membres suivants :

- les gouverneurs des préfectures et provinces de la région ou leurs représentants ;
- le président du conseil de la région ou son représentant ;
- un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'aménagement du territoire au niveau de la région ;
- le Président du conseil régional de l'Ordre national des médecins ou son représentant ;
- le Président du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens d'officines ou son représentant ;
- le Président du conseil régional de l'Ordre des médecins dentistes ou son représentant ;

- le directeur d'un Centre hospitalier, créé sous forme d'établissement public, dont le siège se trouve au niveau de la région ;
- deux représentants de l'administration centrale du ministère de la santé désignés par le ministre de la santé ;
- le directeur régional de la santé ;
- les délégués du ministère de la santé aux préfectures et provinces relevant de la région.

Chaque commission régionale peut inviter à assister à ses réunions, à titre consultatif, toute personne dont la participation est jugée utile.

Le secrétariat de la commission régionale est assuré par la direction régionale de la santé.

ART. 54. – Chaque commission régionale de l'offre de soins se réunit à l'initiative de son président et sur sa convocation.

Elle est tenue de donner son avis sur le projet de schéma régional de l'offre de soins de la région, dans un délai maximum de (60) jours à compter de sa saisine.

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents et en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. Les travaux et avis de la commission sont consignés dans des procès-verbaux, signés par son président, dont une copie est envoyée au président de la commission nationale de l'offre de soins.

Chapitre VI

Dispositions transitoires et finales

ART. 55. – Dans le texte du décret n° 2-12-98 du 22 rabii II 1436 (15 mars 2012) instituant une indemnité de responsabilité au profit de certains fonctionnaires du ministère de la santé, les dénominations « centre de santé rural de premier niveau », « centre de santé rural de deuxième niveau », « centre de santé urbain de premier niveau » et « centre de santé urbain de deuxième niveau » se substituent respectivement aux appellations « centre de santé communal », « centre de santé communal avec module d'accouchement », « centre de santé urbain » et « centre de santé urbain avec module d'accouchement ».

ART. 56. – Sont abrogées les dispositions du décret n° 2-06-656 du 24 rabii I 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière, contraires à celles prévues par le présent décret.

ART. 57. – Le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie et des finances et le ministre de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015).

ABDEL-ILAH BENKIRAN.

Pour contresigner :

Le ministre de l'intérieur,

MOHAMED HASSAD.

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

MOHAMMED BOUSSAID.

Le ministre de la santé,

EL HOUSSAINE LOUARDI.

*

* *

Annexe n° 1

Panier des prestations hospitalières par niveaux d'intervention

Niveaux de soins hospitaliers		Niveau 1		Niveau 2	Niveau 3
Territoire de santé		Province/préfecture		Région	Inter-Régional
Prestations		HP	CHP	CHR	CHI
Urgences	UMHB	x	x	x	x
	UMHC			x	x
	UMHS				x
	Soins intensifs	x	x	x	x
	Réanimation polyvalente		x	x	x
	Réanimation obstétricale				x
	Réanimation néonatale				x
Chirurgie générale/viscérale		x	x	x	x
Médecine générale		x	x	x	x
Gynécologie-obstétrique		L'obstétrique seulement	x	x	x
Pédiatrie		x	x	x	x
Anesthésie réanimation			x	x	x
Cardiologie			x	x	x
Dermatologie-vénérologie-léprologie			x	x	x
Gastro-entérologie			x	x	x
Néphrologie			x	x	x
Ophtalmologie			x	x	x
Oto-rhino-laryngologie			x	x	x
Pneumo-phtisiologie			x	x	x
Réhabilitation			x	x	x
Stomatologie			x	x	x
Chirurgie maxillo-faciale					x
Psychiatrie			x	x	x
Traumato-orthopédie				x	x

Endocrinologie		x	x	x
Chirurgie pédiatrique			x	x
Médecine interne			x	x
Neurochirurgie			x	x
Neurologie			x	x
Oncologie			x	x
Rhumatologie			x	x
Urologie			x	x
Chirurgie réparatrice et plastique				x
Maladies infectieuses				x
Chirurgie cardio-vasculaire				x
Chirurgie thoracique				x
Chirurgie traumatologique				x
Chirurgie vasculaire				x
Chirurgie viscérale				x
Hématologie			x	x

UMHB : Urgences médico-hospitalières de base

UMHC : Urgences médico-hospitalières complètes

UMHS : Urgences médico- hospitalières spécialisées

* * *

Annexe n° 2

Les fonctions de soins d'urgence médicale

Les fonctions de soins d'urgence médicale sont définies selon le niveau de l'offre de soins existante, de l'absence de structure hospitalière, de la population desservie et de la distance vers l'hôpital de référence.

1. LES URGENCES MEDICALES DE PROXIMITE (UMP)

Ce sont des soins d'urgences médicales prodigués dans les centres de santé ruraux et urbains du deuxième niveau implantés dans les chefs-lieux des circonscriptions sanitaires et distants des hôpitaux de référence. 7 fonctions de soins d'urgence sont préconisées à ce niveau (F1 à F7) :

- F1** : Permanence 24/24 (*Garde ou Astreinte*) ;
- F2** : Diagnostic clinique des détresses vitales ;
- F3** : Gestes et manœuvres de premier secours : *massage cardiaque, aspiration/libération des voies aériennes supérieures, Oxygène, pose d'une perfusion, pose d'un garrot compressif, sonde vésicale, administration parentérale de médicaments vitaux (antalgique, sédatif, antispasmodique, antibiotique, etc.), suture de plaie simple, mise en condition de l'urgent pour son transfert à un niveau supérieur* ;
- F4** : Contention provisoire et immobilisation de fractures par attelles (*minerves, attelles*)
- F5** : Surveillance du patient (*salle d'observation*) ;
- F6** : Examen biologique de base : 3 paramètres (*Automate*) : NFS, Glycémie, urée ;
3 paramètres (*Bandelettes réactifs*) albuminurie, glucoserie, acétonurie ;
- F7** : Transfert sanitaire simple 24/24.

2. LES URGENCES MEDICO-HOSPITALIERES DE BASE (UMHB)

Elles sont prodiguées au niveau des CHP. En plus des fonctions **UMP** précitées, on trouve **5 autres fonctions** à ce niveau (F8 à F12).

- F8** : Gestes de ressuscitation et de réanimation (F3 + Déchoquage cardio-vasculaire, sédation, intubation/ventilation, Sonde gastrique, monitoring)
- F9** : Examen complémentaire de Base : (F6 + Echographie, ionogramme, bactériologie, immunologie) ;
- F10** : Transfusion ;
- F11** : Hospitalisation ;
- F12** : Intervention chirurgicale (Bloc opératoire).

3. LES URGENCES MEDICO-HOSPITALIERES COMPLETES (UMHC)

Elles sont prodiguées au niveau des Hôpitaux Régionaux et Centres Hospitaliers interrégionaux. En plus des fonctions des **UMHB**, on trouve les 4 autres fonctions suivantes à ce niveau :

- F13** : Fonction de réanimation hospitalière polyvalente (prise en charge complète des défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital) ;
- F14** : Examens complémentaires complets : (F11 + TDM/IRM, explorations fonctionnelles ou invasives, virologie, etc.) ;
- F15** : Transfert SMUR en plus de F9 ;
- F16** : Régulation des appels médicaux.

* * *

Annexe n° 3

Liste des équipements biomédicaux lourds et des installations de haute technologie

Désignation	Niveau 1		Niveau 2	Niveau 3
	Hôpital de proximité	Hôpital provincial ou préfectoral	Hôpital régional	Centre hospitalier interrégional
Installation radiologique pour examens standards	X	X	X	X
Installation radiologique télécommandée	X	X	X	X
Unité de radiologie panoramique	X	X	X	X
Unité de mammographie	X	X	X	X
Générateur d'hémodialyse	X	X	X	X
Scanographe		X	X	X
Arceau chirurgical mobile		X	X	X
Échodoppler 4D			X	X
Laveur-désinfecteur de grande capacité			X	X
Lithotriptideur extracorporel			X	X
Appareil de circulation sanguine extracorporelle			X	X
Laser			X	X
Stérilisateur à vapeur d'eau de grande capacité			X	X
Stérilisateur au peroxyde d'hydrogène vaporisé (stérilisateur à basse température) grande capacité			X	X
ostéodensitométrie			X	X
Automate d'analyses médicales haute cadence			X	X
TPS (Système de planification et de traitement)			X	X
Stérilisateur à l'oxyde d'éthylène grande capacité			X	X

Stérilisateur au formaldéhyde grande capacité			X	X
Système d'angiographie			X	X
IRM (Imagerie par résonance magnétique)			X	X
Unité médicale de traitement hyperbare			X	X
Laveur-désinfecteur de chariots (cabine de lavage)				X
Projecteur de source à haut débit de dose (HDR)				X
Machine de Circulation Extra Corporelle (CEC) (Machine Cœur-poumon)				X
Simulateur			X	X
Salle de cathétérisme				X
Accélérateur linéaire de particules			X	X
Cyberknife				X
Spectromètre RMN (Résonance Magnétique Nucléaire) pour usage médical				X
Gamma knife				X
TEP-Scan (Tomographie à émission de positron couplé à un scanner)				X
TEP-IRM (Tomographie à émission de Positron couplé à un IRM)				X
Gamma-caméra TEMP (Tomographie à émission Mono-Photonique) [SPECT]				X
Gamma-caméra TEMP-TDM (Tomographie à émission Mono-Photonique couplé au scanner) [SPECT-CT]				X