

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ



المملكة المغربية
وزارة التنمية الاجتماعية
والأسرة والتضامن

Stratégie Nationale de la Prévention des Handicaps



“Comment assurer une égalité des chances pour tous, si les handicapés physiques sont marginalisés et écartés des domaines pour lesquels ils sont formés et préparés, alors que l’Islam, la religion de l’entraide et de la solidarité, appelle à prendre soin des faibles, à les aider à s’insérer dans la société pour en devenir des membres actifs et productifs?”

Discours du 48^{ème} Anniversaire de la Révolution du Roi et du Peuple
au Palais Royal de Rabat, Vendredi 20 août 1999

“Nous annonçons également la ratification par le Royaume de la Convention internationale sur la protection des personnes handicapées, et la préservation de leur dignité, réaffirmant ainsi la sollicitude toute particulière dont Nous entourons cette catégorie de nos citoyens.”

Message de SM le Roi à l’occasion de la célébration du 60^{ème} anniversaire de la Déclaration Universelle des droits de l’Homme
au Siège du CCDH, 10 décembre 2008

Editorial



Il est aujourd'hui communément admis que le développement social d'un pays, le Maroc en l'occurrence, passe nécessairement par la prise en compte, aux moments de la conception et de la mise en oeuvre des politiques, stratégies et programmes gouvernementaux des besoins et potentialités de toutes les composantes de la société.

Cette prise en compte doit tenir compte des besoins spécifiques notamment des groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants et les personnes en situation de handicap. C'est une condition essentielle pour assurer l'équité et l'égalité des chances et pour permettre à chacun et chacune, à égalité, d'être acteur et bénéficiaire des services publics.

Sa Majesté le Roi Mohammed VI, a annoncé le 10 décembre 2008, à l'occasion du 60ème anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'Homme, la ratification par le Maroc de la convention internationale pour la promotion des droits des personnes handicapées.

Il s'agit là de l'expression manifeste de la volonté politique claire du Maroc à aller dans le sens de l'intégration des droits des personnes handicapées en tant que droits humains fondamentaux.

Elle confirme les efforts déployés depuis plus d'une décennie, d'intégrer les questions relatives à l'handicap dans les politiques sociales nationales.

Le Ministère du Développement Social de la Famille et de la Solidarité, en tant que Ministère en charge de la promotion des droits des personnes handicapées est dépositaire de la mission de forger une vision nationale globale, intégrée et cohérente de cette problématique.

L'actuelle stratégie nationale pour la prévention de l'handicap, présentée dans ce document, se veut ainsi une première réponse à ce besoin et une feuille de route en vue de la mise en place de cet engagement national.

Elle constitue, de ce fait, un véritable outil d'intégration et de cohésion de l'ensemble des programmes, actions sectorielles et initiatives qu'elles émanent des secteurs gouvernementaux, des collectivités locales, de la société civile ou du secteur privé.

Une telle démarche contribuera, sans aucun doute, à l'optimisation de l'action publique et au renforcement des liens de partenariat et de coopération entre les différents intervenants.

La mise en oeuvre de cette stratégie contribuera à n'en point douter à la prévention de l'handicap mais aussi à une meilleure prise en charge de la situation des personnes à besoins spécifiques et à aboutir à une promotion réelle et pérenne des droits humains des personnes en situation de handicap.

Notre détermination est totale de mettre en oeuvre une politique volontariste et humaniste reposant sur les principes du développement inclusif qui fondent nos convictions, à savoir : droits humains, équité et égalité des chances, et participation non discriminatoire.

Il est indéniable, par ailleurs, que la mise en place de cette stratégie intervient dans un contexte de la dynamique créée par l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) lancé par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, le 18 mai 2005.

Un cadre de mobilisation d'envergure nationale dont la philosophie et les principes coïncident parfaitement avec les besoins des personnes handicapées. Il s'agit de lutter contre la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale en faisant de la personne humaine non seulement un bénéficiaire, mais aussi un acteur du développement.

Rabat, le 03 décembre 2008

Madame Nouzha Skalli

Ministre du Développement Social,
de la Famille et de la Solidarité

Sommaire

I - Introduction	9
II - Méthodologie poursuivie	10
III- Analyse de la situation selon les données de l'enquête nationale sur le handicap	12
IV- Restitution des Acquis	14
1- Acquis en matière de la santé de l'enfant	14
2- Acquis dans le domaine de la lutte contre les maladies	15
3- Acquis dans le domaine de la réhabilitation	17
4- Acquis dans le domaine de la prévention et de la sécurité routière	17
5- Acquis relatifs à la prévention des risques professionnels	21
6- Acquis dans le domaine législatif	24
V- La démarche stratégique	25
1- Au niveau national	25
2- Au niveau du Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité	26
2.1- Orientations Stratégiques de la prévention des Handicaps au sein du MDSFS	27
2.2- Propositions d'activités pour le MDSFS	28

VI- Le plan stratégique national de la prévention des handicaps	33
1- Prévention du handicap en rapport avec la période périnatale et néonatale	35
2- Prévention du handicap en rapport avec la période de la petite enfance	39
3- Prévention du handicap en rapport avec les maladies acquises	43
4- Prévention du handicap en rapport avec le vieillissement	46
5- Prévention du handicap en rapport avec la réhabilitation	49
6- Prévention du handicap en rapport avec les accidents de la circulation	52
7- Prévention du handicap en rapport avec les risques professionnels	54
8- Prévention du handicap en rapport avec les imprudences chez l'enfant	57
9- Prévention du handicap en rapport avec les missions du MDSFS	59
VII – Conclusion	61
VIII- Annexe	62

I - Introduction

Le défi énorme du Maroc d'aujourd'hui est d'assurer le bien être physique, mental et social du citoyen, lui garantir les conditions d'une vie digne et le préserver de toute cause et forme de désintégration et marginalisation, c'est pourquoi la prévention du handicap occupe une place de choix dans les priorités du développement.

C'est également parce que l'être humain est à la fois l'acteur et la finalité de toute oeuvre de développement que le Maroc a déployé des moyens considérables pour la mise à niveau du facteur humain à travers des programmes sectoriels visant l'amélioration des conditions de vie et la promotion socioéconomique du citoyen comme fondement d'une politique préventive de toute forme de déficience humaine et du handicap.

En effet, malgré les efforts déployés par les différents secteurs gouvernementaux, la situation du handicap au Maroc est préoccupante : 5,12% de la population en est atteinte et un ménage marocain sur 4 est concerné par le handicap. Les indicateurs de santé, la prévalence des accidents et blessures de toute nature le sont aussi.

Il est, également, difficile pour les personnes en situation de handicap, d'avoir accès, tant sur le plan physique qu'économique, aux soins de santé, aux médicaments essentiels et aux services de réhabilitation de bonne qualité, sur un pied d'égalité avec les autres citoyens.

Si jusqu'à maintenant la prévention des handicaps est perçue comme une composante principale des politiques sectorielles du pays; notamment celles de la santé, de l'emploi, de la sécurité routière, du développement social, de l'environnement...il est temps de mettre ces différentes potentialités en synergie à travers une stratégie nationale, intégrée et globale, de la prévention des handicaps.

II - Méthodologie poursuivie

Etape 1 :

Série d'entretiens auprès des responsables de programmes et de politiques sectorielles. L'objectif de ces entretiens fut de collecter un ensemble d'informations concernant les programmes et les initiatives existantes et développés, pour la prévention des handicaps, par les différents secteurs concernés.

Étape 2 :

Évaluation des aspects « santé » du programme national de Réadaptation à Base Communautaire (RBC) au niveau des régions sites de ce programme.

Etape 3 :

Consultation documentaire des politiques et stratégies sectorielles des différents départements visités.

Etape 4 :

Les données de l'évaluation du volet « santé » ont fait l'objet d'une analyse FFOM : forces, faiblesses, opportunités et menaces.

Etape 5 :

Les données des entretiens et de la consultation documentaire sont restituées comme acquis et orientations stratégiques sectorielles. Document élaboré par Pr Fatime Dehbi, consultante de l'OMS.

Etape 6 :

Organisation d'une rencontre de présentation du projet de la stratégie nationale de la prévention des handicaps aux différents acteurs nationaux concernés: départements gouvernementaux et associations.

Etape 7 :

Organisation d'un atelier de concertation sur le projet de la stratégie les 29, 30 et 31 mai 2007. L'objectif principal visé par l'atelier était l'enrichissement des orientations stratégiques nationales, des mesures préventives sectorielles en matière de la prévention des handicaps et des activités à entreprendre par le Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité.

Etape 8 :

Organisation d'un séminaire national de validation du projet de la stratégie nationale de la prévention des handicaps le 03 décembre 2008.

Ont participé à ces deux dernières rencontres les représentantes et les représentants des départements gouvernementaux, des établissements publics, les élus, les représentants des associations nationales oeuvrant dans le domaine du handicap, l'OMS, les experts et la presse.

Etape 9 :

Constitution d'une commission chargée d'introduire les recommandations du séminaire de validation de la stratégie nationale de la prévention des handicaps.

III- Analyse de la situation selon les données de l'Enquête Nationale sur le Handicap

Selon l'enquête nationale sur le handicap réalisée entre 2004 et 2006, est considérée comme étant en situation de handicap, toute personne dont les activités et/ou la participation sociale sont réduites, de façon permanente ou temporaire, stable ou évolutive, en raison de déficience(s) et / ou délimitation(s) fonctionnelle(s). Les facteurs personnels et environnementaux peuvent constituer des obstacles ou des facilitateurs à ses activités et sa participation sociale.

Selon la même enquête, les causes rationnelles du handicap déclarées par les personnes en situation de handicap sont comme suit :

- une maladie acquise dans 38.4% des cas,
- les problèmes d'origine héréditaire, congénitale et périnatale dans 22.8% des cas,
- une origine accidentelle dans 24.4% des cas,
- un problème de santé lié au vieillissement dans 14.4% des cas.

L'analyse causale des causes du handicap selon les différentes données épidémiologiques sont résumées comme suit :

1- Pathologies de la période périnatale

Les pathologies de la période périnatale sont représentées principalement par la prématurité, l'hypotrophie, l'infection néonatale, l'asphyxie néonatale, l'ictère néonatal, les malformations congénitales et les maladies métaboliques. A leur origine on retrouve principalement les carences nutritionnelles, les maladies infectieuses et la consanguinité.

2- Maladies acquises

La maladie acquise est essentiellement chez l'enfant d'origine infectieuse et carencielle et chez l'adulte d'origine cardiovasculaire, liée au diabète, au surpoids, à l'obésité et à la pathologie de santé mentale.

3- Accidents et traumatismes

Les types d'accidents déclarés par les personnes en situation de handicap sont multiples :

Accidents de la circulation routière, accidents de travail, opération ou suite à un traitement médical, accidents de sport ou de loisirs, violence sociale, violence intrafamiliale, intoxications, accidents scolaires...

4- Handicap et vieillissement

La prévalence des handicaps augmente sensiblement avec l'âge. De 2,7% au sein de la population de moins de 15 ans, elle monte à 5,2% au sein de la tranche d'âge de 15 à 59 ans. Elle atteint les 21,4% au sein de la population de 60 ans et plus et dépasse les 31% chez les personnes de 70 ans et plus. Le vieillissement apparaît clairement comme une cause très importante de déficiences et de situations de handicap.

Cette analyse causale détermine clairement les principaux axes d'une politique de prévention primaire des situations de handicap dans notre pays.

IV- Restitution des Acquis

1- Acquis en faveur de la santé de l'enfant

En périnatalogie, une amélioration notable a été constatée en matière de couverture par la consultation prénatale, l'accouchement en milieu surveillé et la pratique de la césarienne. Cependant, les indicateurs restent en dessous de ceux requis. La couverture au niveau national par la consultation prénatale est de 68 %, celle de l'accouchement en milieu surveillé est de 63 %. Le taux de pratique de la césarienne est encore faible, de l'ordre de 5 %.

En faveur de la petite enfance, les efforts déployés en matière de promotion de l'allaitement maternel sont multiples et variés (activités d'IEC en faveur d'une bonne nutrition, le code de commercialisation des produits destinés à l'alimentation de l'enfant, le congé de maternité à plein salaire...). Cependant, on constate un net déclin de cette pratique au cours des dix dernières années. Le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois n'est que de 31 %.

Le programme national de vaccination assure gratuitement la vaccination contre la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, l'hépatite B, la rubéole et contre l'Hib. Aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré au pays depuis 1989 et le dossier du Maroc a été accepté en 2002 par la Commission de l'OMS pour la Certification de l'Eradication de la Poliomyélite. Récemment, vient d'être introduit le vaccin contre la rubéole chez la petite et la jeune fille.

Grâce aux activités de surveillance de la croissance et de lutte contre la malnutrition et aussi suite à l'amélioration des conditions d'hygiène, la prévalence de l'insuffisance pondérale est passée de 20 % en 1987 à 10 % en 2004. Cependant, le taux de malnutrition aiguë a connu une nette augmentation

passant de 4 % en 1997 à 9 % en 2004. Le Ministère de la Santé a adopté en 1997 la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) qui vise entre autres la promotion d'un développement physique et psychosocial harmonieux de l'enfant de même, une stratégie intégrée de lutte contre les carences en micronutriments a été mise en œuvre depuis l'an 2000.

Les stratégies d'information, d'éducation et de communication développées durant ces dernières décennies ont contribué à la promotion des prestations offertes et à l'amélioration des connaissances de la population en la matière pour produire un effet et un changement de comportement positif auprès des populations ciblées.

Ces stratégies ont privilégié les approches de proximité et des approches novatrices notamment en matière de mobilisation sociale dont l'impact s'est révélé très positif.

2- Acquis dans le domaine de la lutte contre les maladies

Le Maroc est actuellement en période de transition épidémiologique et le grand défi de la lutte et du contrôle des maladies est de définir une politique sanitaire contre la coexistence des deux groupes «maladies transmissibles et maladies non transmissibles» et que les orientations stratégiques s'accomplissent dans un esprit de régionalisation.

a- Lutte contre la cécité

Le Maroc a réalisé d'énormes progrès en matière de lutte contre la cécité grâce aux différentes activités de son programme mis en place depuis 1993. Actuellement la cécité occasionnée par le trachome est en voie d'élimination dans les provinces du sud. Par ailleurs, des campagnes de lutte contre les maladies oculaires ciblent la population pauvre et enclavée en particulier celles vivant dans le milieu rural.

Depuis Novembre 2004, le Maroc s'est engagé dans la stratégie de l'OMS «l'initiative vision 20/20- le droit à la vue». Cette initiative part du principe que 80% des cécités sont évitables. Il s'agit essentiellement de maladies connues et dont le traitement est connu et maîtrisé.

C'est le cas de la cataracte sénile, du trachome cécitant, de la rétinopathie diabétique, du glaucome, des vices de réfraction et enfin de la cécité de l'enfant.

b- Lutte contre les maladies chroniques

La création d'une structure centrale pour la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), l'inscription d'une ligne budgétaire supplémentaire pour les MNT dans le plan de développement économique et social en est un grand acquis. De même que l'existence de plusieurs stratégies plus ou moins traduites en actions pour lutter contre les MNT.

Les orientations stratégiques pour la lutte contre les maladies non transmissibles consistent d'une part à développer une intervention intersectorielle pour les maladies évitables, par la réduction des facteurs de risque dans la communauté et la prise en charge des personnes exposées, et d'autre part, à mettre en place une prise en charge intégrée des MNT regroupant les programmes déjà opérationnels et englobant au fur et à mesure ceux qui sont en cours d'élaboration. Enfin, elle consiste, à mettre en place un système national de surveillance des MNT tout en définissant, parallèlement aux maladies non transmissibles à facteurs de risque communs, une stratégie spécifique au secteur de la santé mentale et une politique concertée pour la santé au travail.

c- Lutte contre les maladies mentales et la toxicomanie

Les principales réalisations du programme national de lutte contre les maladies mentales (établi en 1974 et révisé en 2004) consistent en la mise en place d'une politique de santé mentale basée sur le

principe de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé de base et l'extension de la couverture psychiatrique par la création de services intégrés de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et par l'implantation des consultations ambulatoires dans les structures de santé de base. Elle consiste également à la mise en place d'organes de coordination prévus dans les textes de loi et leur opérationnalisation et le développement des ressources humaines.

3- Acquis dans le domaine de la réhabilitation

Dans le domaine de la réhabilitation, il existe quatre centres régionaux de rééducation et 52 services et antennes de rééducation, huit médecins physiques et de réadaptation et 305 kinésithérapeutes. Il existe également, 13 ateliers d'appareillage orthopédique et 47 orthoprothésistes, 23 unités d'orthophonie et 42 orthophonistes, 10 unités d'orthoptie et 11 orthoptistes, 6 unités de psychomotricité et 7 psychomotriciens. Pour la décennie à venir la priorité est accordée au développement des structures de rééducation et d'appareillage orthopédique, en vue de prendre en charge les malades et les personnes en situation de handicap en milieu hospitalier, le plus précocement possible, et leur assurer un suivi externe de proximité.

4- Acquis dans le domaine de la prévention et de la sécurité routière

a- au niveau de la sécurité routière

Au Maroc, avec une moyenne de 10 morts et de 114 blessés par jour et un coût équivalent à 2% du PIB, soit environ 11 milliards de dirhams par an, les accidents de la circulation constituent un vrai fléau pour notre pays. L'analyse des statistiques enregistrées entre 1996 et 2003 fait ressortir d'une part un nombre anormalement élevé d'accidents et de tués et d'autre part une forte progression d'année en année variant de 3 à 5% par an, de telle sorte que le nombre de tués a atteint 3878 tués en 2003.

Pour contrecarrer ce phénomène, le Gouvernement a élaboré une Stratégie Nationale Intégrée de la Sécurité Routière, étalée sur 10 ans, ayant comme objectifs :

- Inverser la tendance à la hausse du nombre annuel des tués et blessés graves ;
- Réduire, par la suite, d'une manière durable et continue le nombre de tués et blessés graves.

Cependant, et devant l'ampleur de l'insécurité routière au Maroc, et pour stabiliser le phénomène et activer la réalisation des objectifs de la stratégie, un Plan Stratégique Intégré d'Urgence de sécurité routière (PSIU I), étalé sur trois ans 2004-2006, a été élaboré et mis en œuvre à partir d'avril 2004, et ce dans l'objectif d'inverser rapidement la tendance précitée. Ce plan s'articule autour de 7 axes stratégiques comportant chacun des actions concrètes réalisables à court terme et à valeur ajoutée immédiate. Il s'agit de :

axe 1 : Coordination et gestion de la sécurité routière à haut niveau ;

axe 2 : Législation ;

axe 3 : Contrôle et sanction ;

axe 4 : Formation des conducteurs et examen du permis de conduire ;

axe 5 : Amélioration des infrastructures routières et voiries urbaines ;

axe 6 : Amélioration des secours dispensés aux victimes des accidents ;

axe 7 : Communication, sensibilisation et éducation routière.

Le PSIU a accordé à la communication une place centrale sinon stratégique pour la réussite de sa mise en œuvre. De ce fait, un nouveau rôle a été assigné au Comité National de Prévention des Accidents de la Circulation (CNPAC) pour assumer cette responsabilité. Il a été appelé à se repositionner pour recentrer son action et se concentrer sur sa mission principale de communication, d'éducation et de sensibilisation du public.

Au cours de la période Avril 2004 – Mars 2007 qui correspond à toute la période de mise en œuvre du PSIU I, les statistiques des accidents de la circulation enregistrées ont connu des résultats encourageant conformes aux objectifs fixés. En effet, si on compare les statistiques enregistrées durant cette période avec la même période auparavant, c'est-à-dire Avril 2001 – Mars 2004, on obtient les évolutions suivantes :

- Une augmentation de 0,64 % du nombre d'accidents ;
- Une diminution de 1,83 % du nombre de tués ;
- Une diminution de 16,79 % du nombre de blessés graves ;
- Une augmentation de 0,74 % du nombre de blessés légers.

Tenant compte de ces résultats encourageants et dans le cadre de la continuité des efforts consentis par le Gouvernement, un deuxième plan PSIU II couvrant la période 2008-2010 a été adopté sur la base des orientations qui ont été arrêtées à la lumière des enseignements tirés de l'évaluation faite du PSIU I 2004-2006, à savoir :

- Maintien de l'effort de coordination et de concertation au niveau national et régional ;
- Activation de l'approbation du nouveau code de la route ;

- Renforcement des actions de contrôle et des sanctions ;
- Poursuite de la réalisation des actions de contrôle technique, de l'enseignement de la conduite et de la signalisation routière ;
- Mise à niveau de la conduite professionnelle ;
- Poursuite de la réalisation des aménagements de sécurité routière en rase campagne ;
- Réalisation des aménagements légers de sécurité routière en ville ;
- Prise en considération de la problématique des accidents impliquant les usagers vulnérables en particulier les enfants ;
- Dotation des collectivités locales en crédits spécifiques dédiés au financement des actions de sécurité routière ;
- Réduction des délais d'intervention des secours ;
- Mise en place des indicateurs de suivi et d'évaluation de l'impact intermédiaire des actions de sécurité routière.

La traduction de ces orientations au niveau du nouveau plan se fera par la reconduction des 7 axes du PSIU I.

b- Au niveau du secteur de la santé

Des efforts importants, aussi bien sur le plan de la prévention primaire que sur le plan de la prévention secondaire, ont été entrepris, à savoir :

- Renforcement de la coordination : un Système d'Assistance Médicale Urgente (SAMU) a été mis en place pour faire face aux urgences médicales. Son implantation est prévue au niveau de 11 sites

couvrant tout le territoire national. A ce jour, 9 SAMU ont été équipés dont 2 sont opérationnels au niveau de la première phase (Rabat et Casablanca).

- Renforcement des compétences du personnel : un nouveau institut de formation des techniciens ambulanciers a démarré en 2005. La formation porte essentiellement sur les techniques de ramassage, de brancardage, de secourisme et de conduite sécurisante des ambulances. Depuis 2005, cet institut a formé 3 groupes de 75 personnes recrutées au niveau des SAMU.
- Réglementation du transport sanitaire : un nouveau projet de loi sur le transport sanitaire a été finalisé. Parallèlement à cette action, le Ministère de la Santé s'est engagé avec le département de l'Industrie, depuis février 2006, dans un processus de normalisation des ambulances.
- Mise à niveau du parc ambulancier : les équipements des ambulances médicalisées du Ministère de la Santé ont été renforcé (équipement de 31 ambulances en décembre 2004). En outre, il a été procédé à l'acquisition de 44 ambulances en 2005 et 44 autres en 2006 au profit des SAMU et des hôpitaux.

5- Acquis pour la prévention des risques professionnels

Le code de travail constitue le principal acquis. Il comporte un ensemble de mesures de protection des salariés en situation de handicap et des mesures préventives relevant de la prévention primaire et secondaire.

a -Mesures de protection des salariés en situation de handicap

Le code de travail affirme au niveau des articles 166, 169, 170 et 282 un ensemble de mesures pour protéger les salariés en situation de handicap, tel que l'attribution d'un travail qui correspond à son handicap, après une formation de réadaptation, et la mise en place des accessibilités nécessaires. Ces

mesures favorables ayant pour objectif d'assurer l'égalité effective dans les opportunités et le traitement entre les salariés en situation de handicap et les autres salariés.

Par ailleurs, un projet d'arrêté a été élaboré fixant la liste des postes de travail qu'on peut attribuer à une personne en situation de handicap et un pourcentage de postes que les entreprises qui emploient plus de 50 salariés doivent réserver aux personnes en situation de handicap.

b- Mesures préventives des déficiences handicapantes chez les salariés

Le code de travail comporte également un ensemble de mesures préventives relatives aux conditions de travail, l'état des locaux, des machines, des produits et substances utilisés, du droit à l'information, du respect des mesures d'hygiène et de sécurité, de la réglementation et des mesures législatives en cas de non respect des mesures retenues dans le code.. Un service médical du travail indépendant doit être créé auprès des entreprises lorsqu'elles occupent cinquante salariés au moins et quand elles effectuent des travaux exposant les salariés aux risques de maladies professionnelles, telles que définies par la législation relative à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

c- Lutte contre le travail des enfants

Le principal acquis dans ce domaine est la réalisation en 1999 d'un Plan d'Action National et des Plans Sectoriels de lutte contre le travail des enfants par le Ministère de l'Emploi et la Formation Professionnelle avec l'appui du Bureau International de Travail (BIT). Ils s'articulent autour de trois objectifs fondamentaux :

- prévenir de la mise précoce des enfants au travail ;
- retrait du travail des enfants de moins de 15 ans ;

- interdire les travaux dangereux dans l'immédiat et amélioration des conditions de travail des enfants en âge de travailler.

Signaler également, que suite à la ratification des conventions fondamentales de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) n° 138 sur l'âge minimum d'admission à l'emploi et n°182 sur les pires formes de travail des enfants, le Gouvernement a entrepris une série de réformes afin d'harmoniser la législation nationale avec les principes de ces deux conventions.

Ainsi, le code du travail a apporté des innovations importantes en matière de lutte contre le travail des enfants, entre autres:

- fixation de l'âge d'admission à l'emploi à 15 ans au lieu de 12 ans ;
- interdiction de l'occupation des enfants dans les travaux dangereux entre 15 et 18 ans ;
- renforcement des sanctions à l'encontre des contrevenants.

Par ailleurs, d'autres avancées juridiques ont eu lieu, notamment :

- l'adoption d'un décret fixant la liste des travaux dangereux;
- l'élaboration d'un projet de loi qui a pour finalité de fixer les conditions du travail et d'emploi des travailleurs domestiques en interdisant l'emploi des petites bonnes avant l'âge de 15 ans ;
- la préparation d'un projet de loi fixant les conditions de travail et d'emploi dans les activités à caractère purement traditionnel.

6- Acquis dans le domaine législatif

Le Maroc s'est engagé activement, depuis les années 80, dans un processus d'adoption des textes législatifs spécifiques en faveur des personnes en situation de handicap. Les premiers textes visaient essentiellement leur intégration sociale par la garantie de leur droit à l'éducation, la formation, l'emploi et les accessibilités. Il s'agit de la loi 05.81 du 6 mai 1982 relative à la protection sociale des personnes aveugle et des déficients visuels et la loi 07-92 du 10 septembre 1993 relative à la protection sociale des personnes handicapées.

En application de ces lois plusieurs textes réglementaires ont été adoptés. Il s'agit du:

- Décret n° 2-97-218 du 19 décembre 1997 portant application des deux lois de la protection sociale des personnes handicapées ;
- Décret n°2-01-409 du 29 mars 2002 fixant les conditions et les modalités d'emploi des crédits affectés à la couverture de certain frais d'acquisition des appareils et de prothèses alloués aux personnes handicapées ;
- Arrêté du premier ministre fixant la liste des postes réservés en priorité pour les personnes handicapées, ainsi que le quota de ses postes dans les administrations, les collectivités locales et les établissements publics. Ce quota est fixé à 7%.

Vu son importance, le législateur marocain a réservé une loi particulière à la question des accessibilités: loi n° 10-03 relative aux accessibilités du 12 mai 2003.

Parallèlement à cette législation spécifique, la question du handicap a été abordée par plusieurs codes et lois. Cette démarche a pour objectif de prendre en compte les spécificités des personnes

handicapées et de répondre à leurs besoins dans les domaines traités par ces textes : code de la famille, code de travail, code pénale, code de couverture médicale, les différents régimes de couverture sociale, loi des finances...

Cette dynamique législative s'est renforcée récemment par la ratification du Maroc de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées et du protocole facultatif.

Le Maroc œuvre également pour l'harmonisation de sa législation avec les dispositions de cette convention par l'élaboration, d'un projet de loi pour consolider les droits des personnes handicapées.

V - La démarche stratégique

1- Au niveau national

La démarche stratégique comprend plusieurs éléments essentiels. Il s'agit d'une démarche globale qui vise simultanément à:

- Mettre l'accent sur des programmes de promotion de la santé, de prévention des maladies et incapacités liées aux accidents et blessures au niveau de la population ;
- Cibler activement des groupes et des individus à risque au niveau des différents secteurs ;
- Traiter et soigner efficacement une proportion maximale de la population, tout en intégrant systématiquement la politique et l'action en vue de réduire les inégalités de santé.

C'est une démarche qui doit prendre le concept handicap dans son modèle bio psycho social.

Pour être efficace, une telle approche nécessite une action intégrée portant sur les facteurs de risque et leurs déterminants fondamentaux dans les différents secteurs.

1.1- Les valeurs

Cette stratégie s'intègre dans la politique-cadre de la santé pour tous de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui se fonde sur les valeurs essentielles d'équité, de solidarité et de participation.

1.2- La vision

Un Maroc recourant à la promotion de la santé et réussissant à éliminer, à tout âge de la vie, les maladies susceptibles d'être prévenues, les incapacités évitables, notamment celles liées aux accidents et blessures.

1.3- But de la stratégie

Contribuer au bien être physique, mental et social du citoyen marocain.

1.4- Objectifs de la stratégie

- Réduire de 20% le taux du handicap au Maroc d'ici 2015 ;
- Réadaptation des personnes handicapées ;
- Assurer l'intégration et la cohésion des programmes sectoriels relatifs à la prévention des handicaps ;
- Optimiser l'action gouvernementale en matière de la prévention des handicaps.

2- Au niveau du Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité (MDSFS)

Si la prévention primaire et secondaire de l'handicap relève essentiellement d'un ensemble de politiques sectorielles, la place du MDSFS est aussi essentielle en assurant le baromètre et le leadership central à ces deux niveaux. Elle est capitale au niveau de la prévention tertiaire.

Les orientations stratégiques comme les activités sont bâties sur les principes de la gestion horizontale, le travail en réseau et la recherche /développement (baromètre).

2.1- Orientations Stratégiques de la prévention des Handicaps au sein du MDSFS

Bien que la prévention primaire et secondaire des Handicaps relèvent essentiellement d'autres secteurs notamment le secteur de la santé, de l'emploi, de la sécurité routière....néanmoins le MDSFS a un rôle central à jouer au deux niveaux de prévention, notamment de coordination et de plaidoyer.

- *Prévention primaire*

- Coordonner avec le secteur de la santé la mise au point de stratégies pour prévenir le développement des déficiences handicapantes qui résultent de la pathologie de la période périnatale et des autres affections acquises durant la période néonatale ;
- Coordonner avec le secteur de la santé la mise au point de stratégies pour prévenir le développement des déficiences handicapantes qui résultent des maladies acquises pendant la petite enfance, chez l'adolescent, le jeune et l'adulte ;
- Coordonner avec le secteur de la prévention routière la mise au point des stratégies pour prévenir le développement des déficiences handicapantes qui résultent des accidents de la circulation ;
- Coordonner avec le secteur de travail la mise au point de stratégies pour prévenir le développement des déficiences handicapantes qui résultent des accidents de travail et des risques professionnels ;
- Coordonner avec le secteur de la santé la mise au point de stratégies pour prévenir le développement des déficiences handicapantes liées au vieillissement ;
- Coordonner avec les secteurs concernés la mise au point de stratégies pour prévenir le développement des déficiences handicapantes liées à la pollution de l'environnement.

- Prévention secondaire

- Coordonner avec le secteur de la santé la mise au point de stratégies pour promouvoir le dépistage, le diagnostic et le traitement précoces des déficiences chez les personnes de tout âge notamment chez ceux à risque ;
- Coordonner avec le secteur de la santé la mise au point de stratégies pour faciliter l'accès des personnes atteintes de maladies ou de déficiences handicapantes à des soins de santé et à une assistance psychologique adéquats.

- Prévention tertiaire

- Coordonner avec les différents partenaires (secteur de la santé, de l'éducation..) la mise au point de stratégies pour favoriser les mesures de réadaptation à base communautaire pour pouvoir inverser, réduire ou atténuer les déficiences et handicaps ;
- Coordonner avec le secteur de la santé la mise au point de stratégies pour créer des centres spécialisés sur les maladies handicapantes en favorisant une coopération étroite entre les différents partenaires et en regroupant les compétences et les informations issues de la recherche.

2.2 - Proposition d'activités pour le MDSFS

1- Prévenir les handicaps en encourageant un environnement politique favorable

- Intégrer les politiques autour de la question du handicap et de sa prévention ;
- Renforcer le partenariat : Définir les missions et attributions des différents partenaires locaux, régionaux et nationaux ;

- Soutenir le cadre législatif en faveur d'une approche communautaire pour la prévention et la prise en charge des déficiences et des handicaps ;
- Développer et affecter les ressources humaines ;
- Mobiliser et coordonner les ressources financières.

2- Prévenir l'handicap en encourageant un mode de vie et un environnement sain

Promouvoir l'accès à une éducation sanitaire visant l'ensemble de la population, et particulièrement les jeunes, concernant les risques associés au mode de vie (par exemple alimentation, manque d'exercice physique, consommation de drogues, tabagisme, accidents de la route et en milieu professionnel).

3- Prévenir l'handicap en encourageant une communauté solidaire

- Fournir des services complémentaires essentiellement en activités d'information d'éducation et de communication (IEC) et l'accompagnement parental ;
- Organiser le travail en équipes multisectorielles et en réseau aux niveaux local, régional et national ;
- Coordonner avec les différents secteurs pour favoriser une communauté solidaire à leur niveau (en milieu de travail, aux seins des institutions, école, associations, ..).

4- Prévenir l'handicap en réorientant l'organisation des prestations

- Coordonner avec les différents secteurs pour renforcer l'organisation et l'équipement des équipes de soins de première ligne pour assurer correctement les activités de prévention, de dépistage précoce, d'accompagnement parental ainsi que les prestations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation possibles techniquement à proximité de la population ;

- Coordonner avec les différents secteurs pour renforcer l'organisation et l'équipement des équipes de soins au niveau provincial et régional pour améliorer les prestations de diagnostic, d'évaluation, de traitement, appareillage et en aides techniques et pour faciliter la référence ;
- Coordonner avec les différents secteurs pour renforcer le système de management en faveur d'une meilleure maîtrise du risque professionnel ;
- Introduire la composante information éducation communication (IEC) dans l'activité de prévention et de prise en charge des personnes en situation de handicap.
- Garantir la qualité : grâce à des mesures d'incitation et surtout à l'introduction de l'approche qualité dans les pratiques professionnelles aux niveaux communautaire, provincial et régional ;
- Se servir des systèmes d'information : Instaurer un système de support documentaire (information, communication, suivi / évaluation, dossier patient / personne en situation de handicap) ;
- Promouvoir la continuité et la coordination.

5- Prévenir l'handicap en renforçant les aptitudes personnelles

Développer une stratégie de sensibilisation et de renforcement des capacités des différents intervenants, notamment pour les professionnels de santé, les agents du programme de Réadaptation à Base Communautaire (RBC), les instituteurs, les équipes de l'hygiène scolaire, d'assistance sociale, les professionnels de travail et de la sécurité routière.

Les domaines de renforcement des capacités sont comme suit :

- Facteurs de risque et déterminants de la santé ;
- Handicap : prévention, dépistage précoce, évaluation, prise en charge, orientation et accompagnement parental ;
- Approche communautaire et travail en réseau : gestion de l'intersectorialité, du partenariat et de la participation communautaire ;
- Techniques de conseil aux personnes en situation de handicap et leurs familles ;
- Constituer un pouls de formateurs dans les différents champs de la prévention des handicaps ;
- Garantir la qualité : grâce à des mesures d'incitation et surtout à l'introduction de l'approche qualité durant les différentes formations.

VI- le plan stratégique national de la prévention des handicaps (2009-2015)

1- Prévention du handicap en rapport avec la période périnatale et néonatale

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
Objectif spécifique Réduire la prévalence du handicap lié à la période périnatale et néonatale	Incidence des cas du handicap liés à la période périnatale et néonatale	Enquête nationale	Le développement socio-économique continu
Objectifs intermédiaires 1. Promouvoir l'examen prénuptial et améliorer la qualité de suivi de la grossesse, de la prise en charge de l'accouchement et du nouveau-né et développer le dépistage néonatal. 2. Développer un partenariat en matière de santé de la mère et de l'enfant. 3. Améliorer les connaissances du grand public pour ce qui est des risques de survenue du handicap lié à la grossesse et à l'accouchement. 4. Adapter l'organisation des services de santé aux besoins de la mère et du nouveau-né 5. Constituer une base de données relative au handicap lié à la période périnatale et néonatale 6. Mettre en place des mesures législatives en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né 7. Assurer une gestion optimale du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalité maternelle diminuée des 3/4 en 2015. - Mortalité péri natale et néo natale tardive réduite des 2/3 en 2015. - 80% des professionnels de santé respectent les protocoles. - Délais de la prise en charge dus à un déficit de coordination réduits de 50% - Le système d'information traite les indicateurs de santé préconisés par l'OMS à partir du 31/12/2009. - Les données locales sont recueillies, traitées et analysées à partir du 31/12/2009. - Un carnet de l'enfant de 0 à 18 ans est mis en place à partir du 31/12/2009. - Un carnet de santé de la mère utilisé à partir du 31/12/2009. - La durée moyenne de séjour post partum est supérieure à 24 heures à partir du 31/12/2010. - Une permanence sanitaire est assurée dans les chefs lieux de circonscription sanitaire et les hôpitaux locaux au profit de l'enfant à partir du 31/12/ 2009 dans les zones défavorisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête nationale - Relevé systématique à travers la collecte de données locales 	<ul style="list-style-type: none"> L'infrastructure sociale et économique est adéquate. La population est alphabétisée.

Résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
<p>1. Le bilan prénuptial est réalisé et la qualité du suivi de la grossesse, de la prise en charge de l'accouchement et du nouveau-né et du dépistage néonatal améliorée.</p> <p>2. Un partenariat en matière de la santé de la mère et de l'enfant est développé.</p> <p>3. Le grand public est sensibilisé et informé sur les risques de survenue du handicap liés à la grossesse et à l'accouchement.</p> <p>4. L'organisation des services de santé est adaptée aux besoins de la mère et du nouveau-né.</p> <p>5. Une base de données relative à l'handicap liée à la période néonatale est constituée</p> <p>6. Des mesures législatives sont entreprises en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né.</p> <p>7. Assurer une gestion optimale : suivi et évaluation</p>	<p>- Le bilan prénuptial est réalisé dans 100 % en 2011.</p> <p>- La consultation prénuptiale est augmentée de 10 % par an</p> <p>- Réduire de 80 % en 2015 la proportion des enfants infectés par le VIH et 80% des femmes enceintes aient accès aux services d'IEC et de dépistage VIH à l'occasion de la consultation prénuptiale.</p> <p>- L'accouchement en milieu surveillé est augmenté de 10% au niveau national et de 20% par an dans les zones mal desservies.</p> <p>- Augmentation de la couverture de la consultation post natale de 50 % en 2011.</p> <p>- 80% de carnets de santé de l'enfant sont dûment remplis à partir de 2011.</p> <p>- 80% de carnets de santé de la mère sont dûment remplis à partir de 2011.</p> <p>- Le taux de référence et de contre référence est augmenté de 50% à partir de 2010.</p> <p>- Délais de PEC dus à un déficit de coordination réduite de 50% à partir de 2010.</p> <p>- Le système d'information traite les indicateurs de santé relatifs au handicap lié à la période périnatale et néonatale dès 2010.</p> <p>- Les données locales sont recueillies, traitées et analysées à partir de 2009.</p> <p>- Un carnet de l'enfant de 0 à 18 ans est mis en place à partir de 2009.</p> <p>- La durée moyenne de séjour post partum est supérieure à 24h à partir de 2009.</p> <p>- Une permanence sanitaire est assurée dans les chefs lieux de circonscription sanitaire et les hôpitaux locaux au profit de la mère et de l'enfant à partir de 2009 dans les zones défavorisées.</p>	<p>- Registres médicaux</p> <p>- Programme PCIME</p> <p>- Registres médicaux</p> <p>- Sondage</p> <p>- Circulaire</p> <p>- Rapport</p> <p>- Registres médicaux</p> <p>- Document des protocoles</p> <p>- Liste de diffusion</p> <p>- Sondage</p> <p>-Registres médicaux</p> <p>-Système de santé</p> <p>-Rapport des données locales</p> <p>-Carnet de l'enfant</p> <p>-Carnet de la mère</p> <p>-Registres médicaux</p> <p>-Programme des permanences</p>	<p>Les différents intervenants coordonnent leurs actions et adhèrent à la stratégie</p> <p>Les pouvoirs publics tiennent leurs engagements</p> <p>Les professionnels de santé sont impliqués</p>

Activités

Encourager une politique publique favorable

- 1- Étendre la couverture médicale pour couvrir les bilans de dépistage anté et néonatale.
- 2- Appliquer une politique de régionalisation des soins avec des moyens adaptés permettant le transfert dans les conditions optimales de la mère en cas de menace d'accouchement prématuré et du nouveau-né en cas de complications vers un centre hospitalier spécialisé.
- 3- Revoir le cadre législatif pour ce qui est de l'interruption thérapeutique de la grossesse en présence d'anomalies foetales pourvoyeuses du handicap lourd.
- 4- Instaurer un programme national de dépistage néonatal à titre pilote en vue de le généraliser secondairement.

Renforcer les capacités humaines

- 1- Améliorer la formation des professionnels de santé aux techniques de dépistage des nouveau-nés à risque et leur prise en charge (une approche médicosociale).
- 2- Insérer dans les manuels de formation formelle et non formelle un module sur la prévention du handicap.
- 3- Élaborer une stratégie nationale de communication en matière de prévention du handicap (sensibilisation et information).
- 4- Instaurer un système d'information pour la collecte des données relatives à l'handicap lié à la période péri et néonatale (registre des malformations, ...).
- 5- Promouvoir la recherche en matière du handicap lié à la période périnatale et néonatale : connaître l'incidence des différentes affections et évaluer la qualité de la prise en charge .

Réorienter les services

- 1- Définir les priorités en matière de couverture sanitaire
- 2- Desservir mieux les zones enclavées
- 3- Améliorer la PEC du couple mère et nouveau-né et dépister les nouveau-nés à risque
- 4- Actualiser et adapter les protocoles de dépistage et de prise en charge du nouveau-né à risque en vue d'assurer une prise en charge intégrée et précoce
- 5- Instaurer un système de référence et de contre référence.

Créer les milieux favorables

- 1- Organiser sur l'ensemble du territoire un réseau cohérent de maternités disposant d'une unité de périnatalogie et à proximité d'un service de réanimation néonatale et de néonatalogie.
- 2- Assurer la permanence et la continuité des soins.
- 3- Constituer une base de données des acteurs concernés par la question du handicap : départements gouvernementaux, Société civile, Organismes internationaux, secteur privé, collectivités locales...
- 4- Mettre en oeuvre des outils de contractualisation axés sur les réalisations.
- 5- Mettre en place des mécanismes de coordination de suivi et d'évaluation
- 6- Instaurer un dossier médical standardisé dûment rempli (qualité des données).

Activités (suite)

Renforcer l'approche communautaire

- 1- Renforcer la mise en oeuvre des approches communautaires développées par le Ministère de la Santé et faire intégrer le volet handicap.
- 2- lancer des campagnes de sensibilisation sur l'importance de consultation périnatales au niveau du monde rural et de la périphérie urbain
- 3- Établir des conventions pour assurer la diffusion des messages éducatifs sur les télévisions et les radios
- 4- Mettre en place des mécanismes de coordination opérationnels pour ce qui est du dépistage et de la prise en charge précoce du handicap.
- 5- Déterminer le degré de convergence de chacun des acteurs par rapport aux réalisations du plan d'action
- 6- Sensibiliser les professionnels de santé et les familles sur l'importance et l'utilité du carnet de santé de la mère et de l'enfant et la nécessité de veiller à la qualité des données.

2- Prévention du handicap en rapport avec la période de la petite enfance

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
<p>Objectif spécifique</p> <p>Réduire la prévalence du handicap lié à la période de la petite enfance</p>	<p>Incidence des cas du handicap liés à la période de la petite enfance</p>	<p>Enquête nationale</p>	<p>Le développement économique et social est continu</p>
<p>Objectifs intermédiaires</p> <p>1. Améliorer la qualité du suivi médical de l'enfant durant la petite enfance et de la prise en charge des épisodes morbides.</p> <p>2. Développer un partenariat en matière de santé de la mère et de l'enfant.</p> <p>3. Améliorer les connaissances du grand public pour ce qui est des soins de l'enfant, les signes d'une déficience et les mesures de prévention du handicap.</p> <p>4. Adapter l'organisation des services de santé aux besoins de la mère et de l'enfant.</p> <p>5. Constituer une base de données relative à l'handicap lié à la petite enfance.</p> <p>6. mettre en place des mesures législatives en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.</p> <p>7. Assurer une gestion optimale du projet.</p>	<p>- Mortalité des enfants de moins de 5 ans diminuée des 2/3 en 2015</p> <p>- Le taux d'insuffisance pondérale à la naissance réduit d'un 1/3 à la fin 2015</p> <p>- La mortalité due à l'insuffisance rénale aigue, aux maladies diarrhéiques et aux maladies de carence nutritionnelle réduites de 80 % à partir 2011.</p> <p>- Le taux de prévalence des accidents de la vie réduit de 3/4 en 2015</p>	<p>Evaluation mi parcours</p> <p>Enquête nationale</p>	<p>L'infrastructure sociale et économique est adéquate.</p> <p>La population est alphabétisée.</p>

Résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
<p>1. Qualité du suivi médical de l'enfant, du dépistage et de prise en charge du handicap et des enfants malades améliorés</p> <p>2. Un partenariat en matière de la santé de la mère et de l'enfant développé.</p> <p>3. Le grand public est sensibilisé et informé sur les soins de l'enfant à domicile et les risques de survenue du handicap, les signes d'alarme et les mesures préventives.</p> <p>4. L'organisation des services de santé est adaptée aux besoins de l'enfant</p> <p>5. Une base de données relatives à l'handicap liée à la période de la petite enfance est constituée</p> <p>6. Des mesures législatives sont entreprises en faveur de la santé de l'enfant</p> <p>7. Une gestion du projet optimisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 80% de taux de couverture par les visites médicales systématiques (VMS) de l'enfant de moins de 5 ans retenues dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire en 2011. - Les visites médicales systématiques à la naissance, du 8^{ème} jour, du 9^{ème} et 24^{ème} mois sont obligatoires à compter de 2010. (certificats médicaux). - Un carnet de santé de l'enfant de 0 à 18 ans est mis en place et disponible à partir de 2009. - 80% de carnets de santé de l'enfant sont dûment remplis à la salle de naissance et lors des examens systématiques à compter de 2010. - Le taux de référence et de contre référence est augmenté de 50 % à compter de 2010. - La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) est élargie de 05 Provinces/an - Les protocoles de la PCIME sont diffusés à partir de 2009. - 70% des professionnels de santé respectent les protocoles et les examens systématiques à compter de 2010. - Délais de PEC dus à un déficit de coordination réduits de 50% - Le système d'information traite les indicateurs de santé préconisés par l'OMS à partir de 2010.. - Les données locales sont recueillies, traitées et analysées dans un délai de 5 jours à compter de 2010.. - Permanence sanitaire est assurée dans les chefs lieux de circonscription sanitaire et les hôpitaux locaux au profit de l'enfant à partir de 2010.dans les zones défavorisées. - Formation spécifique de tout le personnel intervenant est améliorée, de nouvelles branches de formation spécialisée sont créées et le nombre de personnel spécialisé est augmenté chaque année - 50% des familles sensibilisées sur les causes du handicap lié à la période périnatale, néonatale et la période de la petite enfance 	<ul style="list-style-type: none"> - Registres médicaux - Programme PCIME - Registres médicaux - Sondage - Circulaire - Rapport - Registres médicaux - Document des protocoles - Liste de diffusion - Sondage - Système de santé - Rapport des données locales - Carnet de santé de l'enfant - Programme des Permanences 	<ul style="list-style-type: none"> - Les différents intervenants coordonnent leurs actions et adhèrent à la stratégie - Les pouvoirs publics tiennent leurs engagements - Les professionnels de santé sont impliqués - Les autres acteurs et intervenants sont impliqués

Activités

Encourager une politique publique favorable

- 1- Mettre en place un cadre législatif pour réglementer le bilan prénuptial (dépistage du VIH,.....)
- 2- Revoir le cadre législatif du travail des assistantes sociales.
- 3- Définir les priorités en matière de couverture sanitaire
- 4- Élaborer une stratégie d'IEC sur la problématique de l'handicap.
- 5- Appliquer une politique de régionalisation des soins au profit des enfants à besoins spécifiques et leurs familles et développer des centres régionaux de référence et de formation continue : approche intégrée et psychosociale.
- 6- Maintenir les efforts en vue de lutter contre les troubles dus aux carences en micronutriments : iode ++
- 7- Maintenir les efforts en matière de vaccination
- 8- Prolonger le congé de maternité à 6 mois

Renforcer les capacités humaines

- 1- Adapter la formation de base et continue du personnel de la santé et des assistantes sociales en matière de la prise en charge des enfants handicapés
- 2- Organiser des campagnes de sensibilisation pour valoriser l'image des personnes à besoins spécifiques au sein de la société et des familles.
- 3- Généraliser l'approche d'éducation parentale et y intégrer le volet prévention du handicap.
- 4- Veiller au respect des droits de l'enfant à besoins spécifiques conformément à la convention des droits de l'enfant : bien être, éducation et protection.

Réorienter les services

- 1- Desservir mieux les zones enclavées et répartir équitablement l'infrastructure sanitaire et le personnel médical opérant sur l'ensemble du territoire
- 2- Introduire d'autres antigènes dans le cadre du programme national d'immunisation : vaccin contre le pneumocoque, vaccin contre le Rotavirus.....
- 3- Actualiser et adapter les protocoles de soins destinés aux enfants à besoins spécifiques
- 4- Assurer la continuité des soins et instaurer un système de référence et de contre référence.
- 5- Optimiser la gestion des moyens de diagnostic et de traitement
- 6- Améliorer la PEC de la petite enfance : suivi médical et prise en charge des enfants malades pour une détection et une prise en charge précoces des enfants à risques
- 7- Renforcer le dépistage dans le cadre de la santé préscolaire et orienter les enfants à besoins spécifiques
- 8- Étendre la couverture médicale pour couvrir les bilans de dépistage et de diagnostic et de prise en charge de certains types du handicap
- 9- Différer l'inscription à l'état civil en cas d'ambiguïté sexuelle en vue de disposer du délai nécessaire pour asseoir le diagnostic et éviter à l'enfant et à sa famille des préjudices socio psychologiques.

Activités (suite)

Créer les milieux favorables

- 1- Mettre en place des structures de proximité pour la prise en charge psychosociale et éducative des enfants à besoins spécifiques et de leurs familles
- 2- Instaurer un système d'information adéquat
- 3- Instaurer un dossier médical standard pour les enfants en situation de handicap
- 4- Constituer une base de données des acteurs concernés par la problématique du handicap.

Renforcer l'approche communautaire

- 1- Renforcer la mise en oeuvre des approches communautaires développées par le Ministère de la Santé et faire intégrer le volet handicap (approche communautaire PCIME, mutuelle communautaire..).
- 2- Déterminer le degré de convergence de chacun des acteurs par rapport aux réalisations du plan d'action
- 3- Établir des conventions pour assurer la diffusion des messages éducatifs sur les ondes de la TV et radio,
- 4- Mettre en place des mécanismes de coordination opérationnels pour ce qui est du dépistage et de la prise en charge précoce du handicap.
- 5- Identifier et codifier les circuits de soins pour les enfants à besoins spécifiques
- 6- Valoriser et assurer la disponibilité du carnet de santé de l'enfant auprès des professionnels de santé et des familles et les sensibiliser sur son importance et utilité .

3- Prévention du handicap en rapport avec les maladies acquises

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
<p>Objectif spécifique</p> <p>Contribuer à la réduction de la proportion des maladies acquises engendrant des handicaps</p>	Incidence des cas du handicap liés aux maladies acquises.	Enquête nationale	
<p>Objectifs intermédiaires</p> <p>1. Promouvoir la prévention, le dépistage, la détection précoce des maladies chroniques (cancer, diabète, HTA, Rhumatisme Articulaire Aigu(RAA)</p> <p>2. promouvoir la prise en charge des maladies chroniques engendrant l'handicap pathologies cardiovasculaires , santé mentale,santé au travail</p> <p>3-Réduire la prévalence des maladies transmissibles induisant l'handicap</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'angines traitées - Nombre de nouveaux cas de RAA - Nombres d'atteintes cardiaques - Prévalence du diabète - Prévalence de HTA - Nombre de campagnes de sensibilisation relative à la lutte contre l'HTA. -Prévalence des maladies mentales. - Incidence du cancer - Elimination du trachome d'ici 2010. - l'incidence de la tuberculose - Nouveaux cas de tuberculose/an - nouveaux cas de VIH/an - nombre de cas d'intoxication réduit d'une année à une autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan de déclaration trimestrielle du RAA. - Enquête nationale sur les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires - Enquête nationale - Registres de cancer en population - relevés systématiques locaux - Etudes Surveillance épidémiologique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Implication de tous les intervenants -L'intégration des Actions est obligatoires. -Coordination des actions des différents intervenants -Amélioration de l'infrastructure sociale et économique. -Alphabétisation de La population. -Réussite de toutes les composantes de la stratégie nationale reste une nécessité.
<p>Résultats attendus</p> <p>1-les handicaps en rapport avec les maladies acquises sont réduits</p> <p>2- la prise en charge intégrée des pathologies acquises engendrant l'handicap est améliorée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer la prévalence des maladies acquises - Assurer la prise en charge intégrée des pathologies acquises. 	<p>Etudes</p> <p>supervision</p>	

Activités

Encourager une politique publique favorable

- 1- Mettre en place et faire respecter un cadres législatif et réglementaires afin de :
 - Limiter la publicité, le parrainage et la promotion portant sur des produits responsables du handicaps (tabac, certaines boissons et aliments, ..).
 - Exiger un étiquetage nutritionnel clair et compréhensible pour le consommateur (en arabe,....)
 - Renforcer la lutte antitabac : application de la loi anti-tabac, augmentation du prix du tabac...
 - Coopérer avec les différents intervenants pour la promotion du mode de vie sain (alimentation, environnement, activité physique, etc...)
 - Augmenter les taxes sur des produits toxiques et polluants (tabac, etc..) et attribuer les fonds pour améliorer les services de prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.
 - Sensibiliser sur les risques des produits de contrebande et autres produits nocifs
 - Veiller à l'application des dispositions interdisant le tabac dans les lieux publics
- 2- Appuyer les mesures d'accompagnement au niveau politique et législatif en matière de partenariat et de mobilisation des fonds.
- 3- Réviser les textes en vigueur en rapport avec les maladies chroniques
- 4- Mettre en oeuvre la Couverture Médicale de Base et la Réforme Hospitalière, afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins des maladies acquises.

Renforcer les capacités humaines

- 1- Renforcer la formation continue et le développement des compétences des professionnels de santé en matière de prévention et de lutte contre les maladies acquises engendrant l'handicap (personnel médical et paramédical, assistantes sociales,...)
- 2- Renforcer la Formation du personnel de soins à l'IEC ...
- 3- Augmenter l'effectif nécessaire impliqué dans le diagnostic et le contrôle des maladies chroniques engendrant l'handicap ;
- 4- Incorporer des connaissances fondamentales sur la prévention des maladies dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé car les modèles de soins curatifs sont encore souvent privilégiés.

Réorienter les services

- 1- Accompagner les patients (éducation thérapeutique) pour une meilleure observance du traitement
- 2- promouvoir la prise en charge intégrée des pathologies chroniques engendrant l'handicap dans les différents établissements (structures de soins de santé primaires, hôpitaux, centres de soins d'urgence, etc.)
- 3- Renforcer la promotion du mode de vie sain au niveau des différentes structures de soins aux différents niveaux
- 4- Concevoir les services de santé de façon à accroître l'équité et l'accessibilité pour les groupes marginalisés et vulnérables
- 5- Introduire la démarche assurance qualité à tous les niveaux de soins.
- 6- Mettre en place des procédures de fonctionnement adéquat des structures de prise en charge des pathologies chroniques engendrant l'handicap
- 7- Optimiser le fonctionnement du système de référence et contre référence
- 8- Mettre en place un plan d'action de prise en charge des maladies acquises engendrant un handicap
- 9- Conception, production et diffusion d'émissions audiovisuelles et renforcement des relations avec les médias locaux et régionaux (radio, tv, presse)

Activités

Créer les milieux favorables

- 1- Mettre à niveau les établissements de soins, les laboratoires, le plateau technique et la dotation en médicaments
- 2- Créer et équiper de nouveaux centres anticancéreux
- 3- Faire face à l'augmentation prévue des besoins en matière de prise en charge des maladies acquises
- 4- Créer des Centres Médico- Psychologiques pour Toxicomanes , pour enfants en souffrance psychologique et centres régionaux pour malades difficiles (autisme) ;
- 5- Multiplier et renforcer les services spécialisés (Centres d'écoutes ; clubs de jeunes ...) pour faire face aux problèmes des jeunes
- 6- Décentraliser la création d'infrastructure sanitaire à travers tout le territoire
- 7- Impliquer davantage les collectivités locales pour lancer des campagnes d'hygiène et de nettoyage

Renforcer l'approche communautaire

- 1- Développer l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé (éducation par les pairs , personnes relais/ MC à tous les niveaux , tous les milieux de vie pour tous les âges aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain
- 2 - Développer des projets de soutien des malades dans leur communauté (Mutuelle communautaires,)
- 3 - Développer des projets pour Consolider la prévention primaire et secondaire au profit des adolescents et les jeunes
- 4- Favoriser la coopération multisectorielle pour la promotion de modes de vie saine et pour le développement local sans omettre le milieu rural
- 5 - Encourager la création de réseaux communautaires ;
- 6 - Lutter contre la discrimination à l'égard des personnes atteintes d'incapacités et de maladies à long terme (Hyper Tension Artérielle, diabète, santé mentale ;...).

Recherche et développement

- 1- Encourager la recherche en tenant compte des priorités nationales
- 2- Encourager la coopération internationale dans le domaine de la recherche
- 3- Renforcer le système de surveillance épidémiologique au niveau régional et provincial
- 4- Mener des enquêtes régulièrement, à l'échelle nationale pour évaluer la prévalence des facteurs de risque des maladies acquises
- 5- Créer des registres de cancer: Rabat, Agadir, Oujda ...
- 6- Accroître les connaissances sur les liens entre les déterminants sociaux et l'état de santé.
- 7- Coordonner les actions des différents intervenants : Ministère de la santé, secteur privé, associations et fondations oeuvrant dans le domaine,
- 8- Partager les informations lors de l'élaboration des politiques en facilitant la communication entre les différents partenaires et en développant les compétences en matière d'utilisation et d'évaluation de l'information sanitaire.
- 9- Coordination de l'ensemble des programmes de santé autour d'un programme national et intégré d'IEC.

4- Prévention du handicap en rapport avec le vieillissement

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
Objectif spécifique Réduire la prévalence de l'handicap lié au vieillissement	La prévalence de l'handicap liée au vieillissement est réduite de 20% d'ici 2015.	Enquête nationale	Développement économique et social
Objectifs intermédiaires 1. Réduire la prévalence des maladies chroniques liée au vieillissement. 2. Améliorer la prise en charge sociale des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - Le % des personnes âgées bénéficiant d'une couverture sociale est augmenté de 50% d'ici 2015. - Etablissements de protection sociale (EPS) dotées d'accessibilité et des équipements pour personnes âgées - Encadrement médical et soins de santé assurés - Espérance de vie augmentée 	Enquête nationale Visites des EPS Livret de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des partenaires notamment les associations de bienfaisance et le personnel de santé - Population alphabétisée
Résultats attendus 1. les maladies chroniques liées au vieillissement sont réduites 2. la prise en charge sociale des personnes âgées est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> - L'incidence des maladies chroniques liées au vieillissement est réduite de 20% d'ici 2015. - Le % des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge sociale est augmenté de 50% d'ici 2015 	Enquête nationale	

Activités

Encourager une politique publique favorable

- 1- Mettre en oeuvre la Couverture Médicale de Base et la Réforme Hospitalière, en vue d'améliorer l'accès et la qualité des soins destinés à la population de manière générale, y inclus les personnes âgées ;
- 2- Renforcer les mécanismes de financement des soins destinés aux personnes âgées
- 3- Améliorer la coordination entre les différents intervenants (contractualisation) ;
- 4- Promouvoir les droits des personnes âgées (élaboration d'une charte) ;
- 5- Définir et réglementer clairement les attributions et les responsabilités du personnel de santé et des bénévoles en matière de gériatrie
- 6- Etablir les normes nécessaires pour la création et la gestion des maisons d'accueil pour les personnes âgées
- 7- Créer un fond pour les personnes âgées
- 8- Faire bénéficier les associations des personnes âgées des dons et des saisies douaniers et inciter le secteur privé à investir dans le troisième âge

Renforcer les capacités humaines

- 1- Réaliser des études épidémiologiques en vue d'identifier les problèmes et les besoins de cette catégorie de la population en soins et services de santé ;
- 2- Instituer la spécialité en gériatrie au niveau des Facultés de Médecine et de Pharmacie
- 3- Renforcer la formation continue du personnel médical et paramédical en gériatrie ;
- 4- Assurer la formation des assistants (familles, société civile ...)
- 5- Encourager la recherche académique relative à la problématique des personnes âgées
- 6- Renforcer le rôle des assistantes sociales et institutionnaliser leur statut

Réorienter les services

- 1- Mettre en place des unités de prise en charge de court séjour au niveau des services hospitaliers régionaux et provinciaux ;
- 2- Réaliser une étude de faisabilité et d'utilité pour la mise en place des centres d'accueil Médicalisés
- 3- Mettre en place des espaces de loisirs et d'activité physique
- 4- Renforcer les centres d'accueil sociaux
- 5- Favoriser l'investissement dans les projets intéressant les personnes âgées
- 6- Renforcer les séances de thérapie au niveau des unités hospitalières (sensibilisation sur les risques...)
- 7- Obliger la réservation des sièges d'avant pour les personnes âgées dans les moyens de transport communs

Créer des milieux favorables

- 1- Recrutement du personnel médical et paramédical spécialisé
- 2- Améliorer l'accessibilité aux soins et aux structures d'aide;
- 3- Promouvoir une prise en charge intégrée et globale des personnes âgées.

Activités

4. Tenir compte des besoins des personnes âgées en matière de médicament et aides techniques
5. Créer de nouveaux métiers et de nouveaux profils d'intervenants à domicile
6. Mettre en place d'un numéro vert national au profit des personnes âgées au niveau des urgences

Renforcement de l'approche communautaire

1. Promouvoir la participation communautaire des familles et des associations; collectivités locales ...
2. Favoriser l'interaction et le sentiment d'appartenance ;
3. Consolider l'appui familial par la sensibilisation du large public;
4. Développer des stratégies d'auto assistance et d'entraide :la consultation par les pairs
5. Renforcer les liens entre les personnes âgées et les jeunes dans le cadre d'événements ou d'activités continues ; programmes inter générations qui peuvent avoir des effets positifs sur la santé et le bien-être des personnes âgées ce qui contribue à réduire leur risque d'isolement et de solitude.
6. Sensibiliser à l'activité physique et à la promotion de modes de vie actifs ;
7. Etablir des liens entre les personnes âgées et le système de soins professionnels surtout en milieu rural (l'équipe mobile)
8. Créer un réseau de tous les intervenants dans le domaine des personnes âgées
9. Sensibiliser et informer le grand public sur la problématique de cette population et sur l'importance de la cohésion sociale

5- Prévention du handicap en rapport avec la réhabilitation

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
Objectif spécifique Renforcer les actions de réhabilitation	La couverture en matière de réhabilitation est améliorée de 40% d'ici 2015.	Système d'information	
Objectifs intermédiaires 1. Mettre en place d'un cadre réglementaire favorable à la prise en charge des personnes handicapées ; 2. Renforcer les compétences des professionnels de santé en matière de prise en charge des personnes handicapées ; 3. Améliorer l'offre de soins en matière de prise en charge des handicapés ; 4. Mettre en place une stratégie pour le développement de l'approche communautaire en matière de prise en charge de l'handicap.	- Le cadre réglementaire est mis en place d'ici 2012 ; - Le taux de couverture national par les professionnels de santé spécialisé dans la prise en charge des handicapés est amélioré de 30% d'ici 2015 ; - Le taux de couverture par des structures de réhabilitation est augmenté de 40% d'ici 2015 ; - La stratégie pour le développement de l'approche communautaire en matière de prise en charge des personnes handicapées est élaborée et mise en œuvre d'ici 2015.	Textes réglementaires Système d'information Système d'information Document de stratégie	
Résultats attendus 1. Le cadre réglementaire pour la prise en charge des personnes handicapées est mis en place ; 2. Les actions de réhabilitation sont renforcées ; 3. La qualité de prise en charge des personnes handicapées est améliorée ; 4. L'organisation des services de rééducation et de réhabilitation est améliorée ; 5. Les approches communautaires en matière de prise en charge des personnes handicapées sont développées.	- Les textes réglementaires sont élaborés et diffusés ; - Le taux de couverture national par les professionnels de santé spécialisé en matière de prise en charge des personnes handicapées est augmenté de 30% d'ici 2015 ; - Le nombre de projets communautaire développé par an d'ici 2015 ; - Le cadre organisationnel des services de rééducation et de réhabilitation est mis en place.	Textes réglementaires Système d'information	

Activités

Encouragement d'une politique publique favorable

- 1- Renforcer les budgets nécessaires pour développer les capacités en rééducation fonctionnelle.
- 2- Mettre en place des décrets d'application relatifs aux lois relatives à la protection sociale des personnes handicapées ; et aux accessibilités.
- 3- Mesures d'accompagnement au niveau politique, législatif en matière de partenariat et de mobilisation des fonds.

Renforcement des capacités

- 1- Renforcer la formation de base et la formation continue en kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, orthoptie et en appareillage orthopédique ;
- 2- Renforcer la formation de base et la formation continue en médecine physique et de réadaptation ;
- 3- Introduire un module sur la prise en charge des personnes handicapées dans le cursus de formation au niveau des facultés de médecine et de pharmacie et au niveau des filières spécialisées des Instituts de Formation aux Carrières de Santé ;
- 4- Créer de nouvelles filières de formations telles que l'ergothérapie, la psychologie clinique, la podologie, l'appareillage auditif... ;
- 5- Intégrer des modules de formation spécifiques à l'handicape pour les médecins généralistes dans les commissions de formation continue au niveau des facultés de médecine ;
- 6- Augmenter les effectifs des étudiants dans ces disciplines.

Création des milieux favorables

- 1- Mettre en place des unités de prise en charge de court séjour au niveau des services hospitaliers régionaux et provinciaux pour les personnes en situation de handicap
- 2- Réaliser une étude de faisabilité et d'utilité pour la mise en place des centres d'accueil médicalisés
- 3- Mettre en place des espaces de loisirs et d'activité physique
- 4- Renforcer les centres d'accueil sociaux et création de centres de rééducation spécialisés

Réorganisation des services

- 1- Améliorer l'accessibilité architecturale et de communication aux services de santé au profit des personnes handicapées ;
- 2- Mettre à niveau sur le plan réaménagement des locaux, certains centres de rééducation et d'appareillage orthopédique ;
- 3- Renforcer les centres régionaux de rééducation et de réadaptation spécialisés et en doter les régions qui en sont dépourvues ;
- 4- Mettre à niveau le plateau technique des centres de rééducation et d'appareillage orthopédique existant ;
- 5- Renforcer les services existants en personnel spécialisé en rééducation fonctionnelle ;
- 6- Elargir la couverture des ateliers d'appareillage orthopédique dans les régions dépourvues et dans les provinces lointaines ;
- 7- Soutenir et redynamiser les ateliers d'appareillage existants ;
- 8- Assurer l'équité sur l'ensemble du territoire marocain et déconcentration des infrastructures au niveau régional, provincial et local
- 9- Instaurer une culture d'entretien, maintenance et de gestion régulière du potentiel d'accueil existant et à édifier (centres de rééducation)

Activités

Renforcement de l'approche communautaire

- 1- Mettre en place une stratégie d'information, de communication et de sensibilisation pour la promotion de la santé des personnes handicapées ;
- 2- Promouvoir l'implication du secteur privé dans la prise en charge des soins de santé des personnes handicapées et à investir dans les projet de rééducation fonctionnelle ;
- 3- Encourager la création d'entreprises nationales pour la fabrication des aides techniques pour les handicapés.
- 4- Renforcer, étendre et redynamiser le programme national de Réadaptation à Base Communautaire en vue d'assurer l'équité en matière de réadaptation ;
- 5- Plaidoyer et développer le partenariat avec les départements publics à caractère social et les ONG nationales et internationales ;
- 6- Soutenir et appuyer le tissu associatif oeuvrant dans le domaine du handicap ;
- 7- Promouvoir la participation communautaire ;
- 8- Améliorer les soins par le développement des techniques de réhabilitation et de réinsertion en responsabilisant toutes les structures nationales multisectorielles et celles de la société civile.

Activités

Encourager une politique publique favorable

- 1- Maintenir la coordination et la gestion du dossier de la sécurité routière à haut niveau
- 2- Gérer l'exposition au risque par une politique adaptée des transports et d'organisation de l'espace
- 3- Moderniser et renforcer le contrôle routier
- 4- Renforcer l'arsenal juridique dans le domaine de la sécurité routière
- 5- Renforcer les mesures de prise en charge des victimes après l'accident (lieu de l'accident, transport et à l'hôpital)
- 6- Renforcer les activités IEC dans le domaine de la prévention des accidents de la circulation
- 7- Développer la recherche en matière de sécurité routière.

Renforcer les capacités humaines

- 1- Formation en disciplines liées à la sécurité routière notamment l'analyse statistique, conception routière, soins traumatologiques, urbanisme, planification régionale
- 2- Renforcer la formation de base et la formation continue en urgentologie, en réanimation (médecins, infirmiers et ambulanciers)

Créer des milieux favorables

- 1- Mettre en place des aménagements en infrastructures routières qui répondent aux besoins des usagers et aux règles de sécurité
- 2- prévoir des pistes cyclables (pour bicyclettes et motocycles)

Réorienter Les services

Créer de nouveaux services et renforcer les services existants spécialisés en sécurité routière en équipement et en personnel spécialisé

Renforcer l'action communautaire

- 1- Impliquer les structures communautaires dans le processus de prévention des accidents de la circulation (société civile, acteurs économiques, collectivités locales..)
- 2- Créer des projets communautaires de promotion de la sécurité routière en milieu rural et dans les quartiers

7- Prévention du handicap en rapport avec les risques professionnels

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
<p>Objectif spécifique Réduire la prévalence du handicap lié aux risques professionnels</p> <p>Objectifs intermédiaires</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Adopter une stratégie nationale sur la prévention des risques professionnels 2- Elaborer une cartographie des risques professionnels 3- Prendre les mesures préventives relevant de la prévention primaire et secondaire liés aux conditions de travail, aux risques professionnelles, aux questions d'hygiène, de sécurité et de santé au travail, telles que retenues dans le code de travail; 4- Renforcer les capacités du personnel chargé de l'inspection et du contrôle de la législation du travail dans le domaine de l'hygiène et la sécurité au travail et dans la lutte contre le travail des enfants 5- Instaurer une stratégie de prévention et de sensibilisation en faveur de la population active non couverte par la législation du travail en vigueur notamment, les secteurs de l'artisanat, de l'agriculture et de la pêche maritime; 6- Prendre les mesures visant à assurer l'égalité dans les opportunités et le traitement entre les salariés en situation du handicap et les autres salariés; 7- Assurer des formations de réadaptation socio-professionnelle au profit des salariés en situation du handicap; 8- Prendre les mesures de lutte contre le travail des enfants de moins de 15 ans 9- Améliorer les conditions de travail des enfants de 15 à 18 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidence des cas du handicap lié aux risques professionnels - Nombre d'entreprises ayant appliquées ces mesures en augmentation - Mesurer le degré d'application des dispositions relatives à la protection des salariés avec handicap prévues par le code du travail 	<p>Enquête nationale sur le handicap</p> <p>Rapports systématiques des syndicats et de la CGEM</p> <p>Études et enquêtes réalisées par le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle</p>	<p>Lutte contre le travail informel et les activités informelles</p> <p>Ressources humaines et financières suffisantes</p> <p>Application de la loi</p>

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
<p>Résultats attendus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les salariés sont protégés contre tout risque professionnel 2. Les entreprises employant 50 salariés et plus disposent de services médicaux du travail et de comités de sécurité et d'hygiène 3. Les salariés en situation du handicap sont protégés par des mesures législatives qui leur assurent l'égalité de traitement et d'opportunités 4. Les enfants de moins de 15 ans sont retirés de toute forme de travail 5. Les conditions de travail des enfants de 15 à 18 ans sont améliorées 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect de la durée minimum que le ou les médecins de travail doivent consacrer aux salariés - 10% des enfants de moins de 15 ans en situation de travail sont retirés chaque année - 10% des enfants de plus de 15 ans bénéficient chaque année de l'éducation non formelle et/ou de la formation professionnelle - 20% d'enfants travaillant dans les pires formes de travail sont retirés chaque année 	<p>Bilan annuel du PANE</p> <p>Rapports périodiques des inspecteurs du travail</p> <p>Dossiers dûment remplis par les médecins du travail</p>	<p>Application de la loi</p>

Activités

Encourager une politique publique favorable

- 1 Harmoniser la politique «santé/sécurité» avec les autres politiques de l'entreprise (qualité, environnement, production, gestion...).
- 2 Faire de l'identification et de l'évaluation des risques un élément majeur de la politique «santé/sécurité» au travail.
- 3 Assurer l'application des textes de lois en vigueur dans le domaine du travail et notamment ceux interdisant le travail des enfants de moins de 15 ans
4. Etendre la couverture sociale aux autres catégories de travailleurs non encore couverts, notamment dans les secteurs de l'artisanat, de la pêche maritime et de l'agriculture.
5. Activer le projet de loi relatif au travail de la petite fille domestique.

Renforcement des capacités humaines

- 1 Former des personnes-ressources, internes ou externes aux entreprises, habilitées à réaliser des diagnostics et à fournir des spécifications techniques et organisationnelles sur l'identification des risques professionnels et proposer des mesures pour y remédier (personnel de la santé exerçant au niveau des entreprises)
- 2 Intégrer la formation en évaluation des risques et en promotion de la sécurité dans le cursus de formation de base.
- 3 Augmenter l'effectif des professionnels de santé spécialisés en santé de travail.
4. Reconversion des ingénieurs en ingénieurs de sécurité au travail chargés du contrôle de l'application de la législation du travail dans le domaine d'hygiène et de la sécurité
5. Organiser des rencontres et manifestations pour l'échange d'expériences en matière de prévention des risques professionnels.

Créer des milieux favorables

- 1 Intégrer la prévention des accidents professionnels dès la conception des lieux, des équipements, des postes et des méthodes de travail
- 2 Intégrer la gestion de la santé et de la sécurité au travail dans toutes les fonctions de l'entreprise (achats, études, production...).
3. Utiliser des équipements de protection collective et individuelle
4. Créer des centres de réadaptation socioprofessionnelle de proximité des accidentés de travail.

Réorienter les services

- 1 Développer des centres d'expertise en santé de travail;
- 2 Développer le système de réseau pour renforcer les compétences et pour l'échange et le partage d'information et la formations communes.

Renforcer l'action communautaire

- 1 Développer des actions IEC auprès des salariés, des employeurs, des clients, de la société civile des médias et des décideurs sur les risques et les mesures de sécurité.
- 2 Mettre en place un réseau visant à consolider l'expertise par le partage d'expérience, les efforts et les résultats
- 3 Initier des projets communautaires de promotion de la santé et de sécurité en milieu de travail spécifique à chaque secteur notamment l'Agriculture, l'Artisanat, le Commerce, l'Industrie, en tenant compte des réalités sociales et environnementales (urbains, périurbain et rural

8 - Prévention du handicap en rapport avec les imprudences chez l'enfant

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
Objectif spécifique Réduire la prévalence du handicap lié aux imprudences chez l'enfant	Réduire la prévalence du handicap lié aux imprudences chez l'enfant		
Objectifs intermédiaires 1- Promouvoir la prévention des handicaps causés par les accidents domestiques et les accidents de la vie courante 2- Généraliser la prise en charge des enfants handicapés	- Pourcentage des enfants victimes des accidents domestiques et de la vie courante - Pourcentage des enfants pris en charge	Enquête nationale	
Résultats attendus 1- Campagne de sensibilisation relative à la prévention des handicaps causés par les imprudences de l'enfant réalisées 2- Un plan opérationnel de prise en charge des enfants handicapés élaboré et réalisé	- Une campagne de sensibilisation par an	- Rapport - Document de plan	

Activités

Encourager une politique publique favorable

- 1- Prendre les dispositions nécessaires (lois, réglementation,...) pour renforcer l'interdiction de tous les produits pouvant causer accidents et blessures chez l'enfant dans les lieux de vie de l'enfant (jouets dangereux....)
- 2- Instaurer des mesures pour le suivi et le contrôle des lieux de vie de l'enfant

Renforcer les capacités humaines

- 1- Formation des éducateurs, enseignants, le personnel en charge de garder les enfants
- 2- Formation des professionnels de santé des structures de soins de base à la prise en charge des imprudences à enfant

Créer des milieux favorables

- 1- Mettre en place et renforcer les mesures de sécurité dans les locaux et espaces de vie de l'enfant (domicile, école, crèches, entourage en milieu rural sécurité des puits, stockage des pesticides...)
- 2- Généraliser le passage des piétons et de limite de vitesses devant les écoles)
- 3- Renforcer les espaces de jeux et de loisirs pour enfants

Réorienter les services

- 1- Réorganiser les structures de soins de santé de base en vue de faciliter la prise en charge de proximité des enfants victimes d'imprudences de toute nature (intoxications, noyades, électrocution, brûlures, morsures de scorpion,..) et dans tous les milieux urbain et rural
- 2- Assurer les moyens de transport des victimes des accidents dans les régions enclavées
- 3 - Réactualiser le programme de lutte contre les chats et chiens errants

Renforcer l'action communautaire

- 1- Mener des activités IEC auprès des parents, des enfants, des écoles...
- 2- Encourager la création de projets communautaires au sein des écoles et des lieux de vie des enfants pour la lutte contre les imprudences chez l'enfant
- 3- Développer la recherche par des études et des enquêtes à l'échelle nationale

9- Prévention du handicap en rapport avec les missions du Ministère du Développement Sociale, de la Famille et de la Solidarité (MDSFS)

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/ risques
<p>Objectif spécifique</p> <p>Assurer l'efficacité et l'efficience du processus de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la prévention des handicaps (SNAPH)</p>	80% au moins des objectifs de la SNAPH réalisés en 2015	Rapport du suivi et de l'évaluation de la SNAPH	Insuffisance en ressources humaines et financières
<p>Objectifs intermédiaires</p> <p>1- Mise en place d'un cadre institutionnel et juridique relatif à la question de la prévention des handicaps</p> <p>2- Assurer la mobilisation de tous les acteurs nationaux pour la réalisation des objectifs tracés par la SNAPH</p> <p>3- Assurer la coordination entre les différents intervenants</p> <p>4 - Contribuer à l'optimisation des initiatives des intervenants</p>	<p>- Cadre institutionnel et juridique favorable d'ici 2010</p> <p>- 100% des Conventions de partenariat signées</p> <p>- 100% des Projets de coopérations élaborées</p>	<p>- Enquête et rapports de suivi</p> <p>- Document de convention</p>	Insuffisance en ressources humaines et financières
<p>Résultats attendus</p> <p>1- Textes juridiques relatifs à la prévention des handicaps adoptés</p> <p>2- Institutions et instances chargées de la prévention des handicaps créées</p> <p>3- Conventions entre acteurs nationaux mises en œuvre</p> <p>4- Réseaux oeuvrant dans le domaine de la prévention des handicaps créés</p> <p>5- Recherches et études sur la prévention des handicaps réalisées</p>	<p>- Nombre de textes juridiques adoptés</p> <p>- Nombre d'institutions créés</p> <p>- Nombre de conventions de partenariats mises en œuvre</p> <p>- Nombre de réseaux créés</p> <p>- Nombre des études réalisées et diffusées</p>	<p>- Bulletin Officiel</p> <p>- Rapports</p> <p>- Rapport de suivi des conventions</p> <p>- Document d'étude</p>	Insuffisance en ressources humaines et financières

Activités

Gestion horizontale

- 1- Adapter le cadre juridique national aux conventions internationales
- 2- Intégrer la question de la prévention du handicap dans le rôle des comités techniques provinciaux
- 3- Créer un comité interministériel chargé du suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la prévention des handicaps
- 4- Inciter les départements concernés à créer des cellules chargés de la question de la prévention des handicaps
- 5- Veiller à la mise en oeuvre de la stratégie nationale de l'intégration de l'approche genre dans les programmes et les politiques publiques
- 6- Accorder la priorité aux projets de prévention des handicaps et d'intégration sociale des personnes handicapées dans les programmes INDH.
- 7- Développer des actions de coopérations internationales en matière de prévention et d'intégration sociale
- 8- Inciter les départements formateurs à intégrer la notion de la prévention dans les cursus de formation et les programmes scolaires formel et non formel ainsi que des programmes d'alphabétisation
- 9- Coordonner entre tous les départements concernés pour l'élaboration d'un programme intégré (IEC) relatif à la prévention du handicap.
- 10- Extension du programme RBC au niveau du territoire marocain.
- 11- Appliquer les dispositions de la loi 14-05 relative aux conditions de création et de gestion des centres de protection sociale.

Réseautage

- 1- Inciter tous les acteurs intervenant dans le domaine de la prévention à s'organiser en réseaux physique et virtuel
- 2- Prévoir des subventions aux réseaux d'associations qui travaillent dans le domaine de la prévention
- 3- Optimisation des initiatives existantes par la mise en liens des acteurs oeuvrant en ce domaine.
- 4- Formation des acteurs en réseaux par rapport à la mission et aux objectifs tracés
- 5- Mobiliser tous les acteurs au niveau local pour la mise en œuvre des activités de prévention.
- 6- Renforcer les capacités des associations d'appui au programme RBC

Recherche et développement

- 1- Elaboration d'un guide d'orientation au profit des associations oeuvrant dans le domaine de la prévention
- 2- Création des bureaux sociaux dans les quartiers, chargés de l'orientation, l'information et l'accompagnement des familles ;
- 3- Coordonner les efforts pour développer un système d'information géographique relatif à la question de la prévention du handicap
- 4- Organisation d'atelier et des séminaires d'informations et d'échanges d'expériences nationales et internationales entre les intervenants
- 5- Suivi et évaluation du programme RBC.
- 6- Assurer la formation des acteurs non encore impliqués dans le programme RBC
- 7- Capitalisation des expériences des assistants sociaux et renforcement de la formation des acteurs sociaux

VII- Conclusion

En conclusion, la stratégie nationale est globale, fondée sur les facteurs de risque et les déterminants de la santé. Elle met l'accent sur des programmes de promotion de la santé, de promotion de la sécurité, de prévention des maladies et incapacités liées aux accidents et blessures au niveau de la population. Elle cible activement des groupes et des individus à risque au niveau des différents secteurs.

Parallèlement, la stratégie assure le traitement et les soins efficaces à la population tout en intégrant systématiquement la politique et l'action en vue de réduire les inégalités de santé.

Dans cette stratégie de promotion de la santé et de promotion de la sécurité, l'approche communautaire est requise. Celle-ci est fondée sur le principe de la participation communautaire quelque soit la population ciblée : enfants, jeunes, adultes au travail ou personnes âgées et quelque soit le lieu d'intervention : milieu de travail, structure de santé, école, maison de jeunes, association de quartier... Elle est également fondée sur le partenariat et le respect de ses exigences : concertation, conventionnement, et enfin sur le développement des capacités.

Les plans d'actions à développer doivent être construits selon des axes stratégiques de promotion de la santé et de promotion de la sécurité : communication, sensibilisation, développement des capacités, réglementation, recherche et enfin soutien à la communauté.

Les moyens pour y parvenir sont multiples : le renforcement de la structure organisationnelle existante dans le domaine de la prévention des handicaps par l'injection d'autres ressources, la création du comité de pilotage interministériel, la création d'une cellule centrale de communication tournée vers l'action et la création et la mise en place d'un système réseautique régional tourné vers l'action.

VIII- Annexe

Ont contribué à l'élaboration de la stratégie nationale de la prévention des handicaps :

1- Les départements gouvernementaux :

- Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité
- Ministère de la Santé
- Ministère de l'Intérieur
- Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- Ministère des Finances
- Ministère de l'Agriculture et des Pêches Maritimes
- Ministère de la Communication
- Ministère de la Jeunesse et des Sports
- Comité Nationale de la Prévention des Accidents de la Circulation
- Entraide Nationale
- Agence Nationale d'assurance Maladie
- Centres Hospitaliers Universitaires
- Facultés de Médecine et de Pharmacie

2- Organisation Mondiale de la Santé

3- Associations nationales actives ouvrant dans le domaine du handicap

4- Experts nationaux et personnes ressources