



Progress

Projet de Gestion Régionale
des Services de Santé

C/O Ministère de la Santé, km 4,5 route de Casablanca,
Rabat, Maroc.
Tél : (212)37298423/31 Fax : (212)37690664

RAPPORT DE MISSION du 7 au 18 janvier 2002

Thomas Bossert, Ecole de Santé de Publique
de Harvard

Activités I.A.1.1

Liste de Distribution :

Dr Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP
Dr Ismaïli Alaoui, Ministère de la Santé/IG
Dr Mohamed Abou Ouakil, Ministère de la Santé/DP
Dr Zerrari, Ministère de la Santé/DP
M. Bouazza, Ministère de la Santé/DIEC
Dr Cherradi, Ministère de la Santé/DSS
Dr Saida Jroni, Ministère de la Santé/DHSA
Dr Nada Darkaoui, Ministère de la Santé/DHSA
Dr Ali Malki, Ministère de la Santé/DHSA
Dr Abdelali Belghiti, Responsable de l'UMER
M. Belkadi, Ministère de la Santé/DRH
Dr Mahjour, Ministère de la Santé/DELM
Mme Meshaq, Ministère de la Santé/DRC
M. Laaziri, Ministère de la Santé/DPRF
M. Idriss Zineddine, Ministère de la Santé/DPRF
M. Jilali Hazim, Ministère de la Santé/DPRF
Mme Asmae El Alami, Ministère de la Santé/DPRF
M. Laghmam, Ministère de la Santé/DEM
M. Ziani, Ministère des Affaires Générales
Dr Rachid Bekkali, Coordinateur Régional de Tanger-Tétouan
Dr M.A. Cherradi, Coordinateur Régional de Souss-Massa-Drâa
Délégués provinciaux des régions SMD et TT
M. Peter Kresge, USAID/Maroc
Mme Susan Wright, USAID/Maroc
M. Taoufik Bakkali, USAID/Maroc
M. Vincent Fauveau, FNUAP
Mme Lafrance, UNICEF
Dr Benamar, OMS
M. Miloud Kaddar, PAGSS
Dr Ktiri, CMS
Dr Theo Lippeveld, JSI/Boston
Dr Bruno Bouchet, URC/Bethesda
Dr Volkan Cakir, JSI/Maroc
Mme Boutaina El Omari, JSI/Maroc
Mme Malika Laasri, JSI/Maroc
Mme Sati Sayah, JSI/Maroc

Soumis : le 8 février 2002

A

TABLES DE MATIERES

Acronymes.....	1
Résumé.....	2
Objectifs	2
Activités.....	3
I. Atelier de Tanger	3
II. Etude de base sur "l'espace de décision" actuel au niveau provincial	3
III. Exercices sur Policy Maker.....	3
IV. Formule "basée sur les besoins".....	4
V. Voyage d'études en Pologne et en Roumanie	4
VI. Etude sur le capital social	4
Annexe 1 : Calendrier de visite.....	6
Annexe 2 : Note technique sur l'atelier de Tanger.....	7
Annexe 3 : Questionnaire sur la décentralisation au Maroc pour les délégués (en français).....	10
Annexe 4 : Exemple de cas marocain sur Policy Maker.....	19
Annexe 5 : Note technique sur la formule "basée sur les besoins" pour l'allocation des ressources financières aux provinces.....	27
Annexe 6 : Note technique sur le voyage d'études en Pologne et Roumanie.....	29
Annexe 7 : Note technique sur l'étude du capital social et les programmes de santé communautaire au Maroc.....	31

ACRONYMES

AQ	Assurance Qualité
CHP	Centre Hospitalier Provincial
CNS	Compte National de la Santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
DELM	Direction de l'Epidémiologie et Lutte contre les Maladies
DEM	Direction de l'Equipement et la Maintenance
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DP	Direction de la Population
DPM	Direction de la Pharmacie et de la Maintenance
DPRF	Direction de la Planification et Ressources Financières
DRC	Direction de la Réglementation et du Contentieux
DRH	Direction des Ressources Humaines
HSPH	Ecole de Santé de l'Université de Harvard
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
INH	Institut National d'Hygiène
JSI	John Snow Inc.
MS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementales
<i>Progress</i>	Projet de Gestion Régionale des Services de Santé
SEGMA	Service d'Etat Géré de Manière Autonome
SEIS	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire
SIAAP	Service d'Infrastructure des Actions Ambulatoires Provinciales
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SMD	Souss-Massa-Drâa
TT	Tanger-Tétouan
UE	Union Européenne
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

RESUME

Cette mission constituait une action de suivi à la mission d'octobre et à l'atelier d'Agadir. Elle comportait une visite à Tanger pour aider à préparer l'atelier de Tanger prévu pour février ou mars. Nous avons également préparé un projet de questionnaires pour les délégués et les directeurs des hôpitaux provinciaux afin d'établir une ligne de base sur "l'espace de décision" actuellement utilisé par ces responsables. Cette ligne de base nous aidera à développer une décentralisation à l'espace de décision plus large et à en superviser les avancements.

Avec les responsables, nous avons également abordé :

- la question des formules et des données nécessaires au développement des options ;
- les options d'un voyage d'études en Roumanie et en Pologne ;
- le projet de recherche appliquée sur le capital social, la santé et l'organisation communautaire destiné aux projets des ONG financés par *Progress* ;
- les plans de formation sur les méthodes d'application de Policy Maker pour promouvoir l'application des réformes de décentralisation.

Quatre notes techniques ont été préparées et distribuées : 1) une sur l'atelier de Tanger, 2) une sur la formule "basée sur les besoins" pour les allocations aux provinces, 3) une sur le voyage d'études en Roumanie et en Pologne, 4) une sur les études de recherche appliquées sur le capital social, la santé et l'organisation communautaire. Un exemple de "cas marocain" a été développé pour l'orientation et la formation sur Policy Maker et a été présenté à la DP et à l'USAID.

OBJECTIFS

Ces objectifs prolongent le soutien du HSPH au dialogue sur le processus de décentralisation et de régionalisation du ministère marocain de la santé. Ils figurent parmi les principales activités de *Progress* sur la réforme de la politique sanitaire au Maroc.

Les objectifs de la mission étaient :

- d'aider à la préparation d'un atelier à Tanger comme prolongement de l'atelier tenu à Agadir au mois d'octobre ;
- de préparer un questionnaire destiné aux délégués provinciaux pour obtenir une ligne de base sur la pratique réelle de "l'espace de décision" au niveau provincial ; cette ligne de base servira de moyen pour superviser les changements et promouvoir un plus grand éventail de choix au niveau des provinces ;
- de préparer une proposition pour un voyage d'études sur la décentralisation en Pologne et en Roumanie ;
- d'identifier les données nécessaires pour développer des options pour une formule "basée sur les besoins" pour l'allocation des budgets centraux aux provinces ;

- de développer des plans de formation sur les méthodes d'utilisation de Policy Maker pour identifier des stratégies destinées à promouvoir les politiques de décentralisation du ministère de la santé ;
- de rechercher des options pour étudier la contribution du capital social à l'amélioration de la santé dans les activités communautaires de *Progress*.

ACTIVITES

I. Atelier de Tanger

Avec Volkan Cakir, le directeur de *Progress*, j'ai assisté à la réunion de Tanger qui regroupait les coordinateurs régionaux et les délégués pour discuter du projet du prochain atelier des délégués provinciaux qui constituera un suivi de celui d'Agadir. Les participants ont montré leur intérêt pour cet atelier en émettant des propositions concrètes ; ils ont proposé que les délégués forment différents groupes de travail sur des questions spécifiques comme les ressources humaines et la gestion financière afin de discuter leurs perspectives sur les besoins de décentralisation dans ces domaines avec les directeurs du ministère de la santé. Nous avons débattu ces propositions avec les Drs Jroundi, Darkaoui et Belghiti et M. Belkadi. J'ai préparé une "note technique" sur l'atelier qui servira de base à la planification et à la discussion (Annexe 2).

II. Etude de base sur "l'espace de décision" actuel au niveau provincial

J'ai préparé avec M. Cakir deux projets de questionnaires relatifs au degré actuel de choix sur les principaux rôles joués par les délégués provinciaux, les coordinateurs régionaux et les directeurs des hôpitaux provinciaux. Ce questionnaire a été fondé sur une étude similaire à celle qui avait été faite par le HSPH au Nicaragua et une discussion détaillée des questions avec un focus group constitué par les délégués de la région de Tanger-Tétouan. Ces projets ont été distribués aux principaux responsables (Jroundi, Darkaoui, Belghiti, Belkadi et Tyane) et testés sur le terrain avec quelques délégués et directeurs d'hôpitaux (Annexe 3). Il est prévu que l'étude sera exécutée par des enquêteurs de l'INAS formés par M. Cakir et M. Akhchichine (un journaliste expérimenté). Les entretiens auront lieu lors de la prochaine réunion de délégués et dans d'autres rencontres pour les directeurs d'hôpitaux.

III. Exercices sur Policy Maker

L'accord est quasi unanime pour qu'un "comité de suivi pour le processus de décentralisation" soit formé et contribue à développer un plan pour la promotion des changements de politiques souhaité par le ministère dans ce domaine. Les membres de ce comité devront être choisis par les autorités du ministère de la santé mais devront probablement comprendre les Drs Jroundi, Darkaoui, Belghiti et Tyane, M. Belkadi, M. Lassri et Mme Meshaq.

Il a été décidé que ce comité reçoive une demi-journée d'orientation sur le processus de plaidoyer et sur les applications du logiciel Policy Maker. Un sous-groupe de ce comité et/ou des techniciens sélectionnés seront formés lors d'une séance de trios

jours sur les détails opérationnels du logiciel Policy Maker. M. Cakir et moi-même avons passé en revue le logiciel et préparé un projet initial de cas marocain qui sera utilisé lors des sessions de formation. Cette activité se déroulera lors de ma prochaine visite.

Un "Cas marocain" élaboré sous le logiciel Policy Maker et basé sur la promotion du "Plan A" de décentralisation a été préparé en français et sera utilisé pour les démonstrations du programme Policy Maker dans les orientations et les activités de formation. Il a été présenté à la DP et à l'USAID au cours de la visite (Annexe 4).

IV. Formule "basée sur les besoins"

Nous avons rencontré M. Idriss Zineddine, économiste et chef du Service de l'économie sanitaire, Direction de la planification et des ressources financières pour discuter les questions de l'application de la formule "basée sur les besoins" pour l'allocation des budgets aux provinces afin d'améliorer les inégalités apparentes de la distribution actuelle. Nous avons également abordé les tentatives précédentes et diverses questions techniques sur la valeur à attribuer à différents facteurs. M. Idriss Zineddine a accepté de nous aider à obtenir les principales sources de données sur les enquêtes sur les ménages et sur la population ainsi que les données socio-économiques et financières. Toutes ces informations seront utilisées par l'équipe d'économistes du HSPH pour développer une série de propositions optionnelles basées sur les données existantes. Un processus d'introduction par étapes progressives de la formule sera également développé (Annexe 5).

V. Voyage d'études en Pologne et en Roumanie

Nous avons élaboré avec M Cakir une note technique sur un voyage d'études de 10 jours en Pologne et en Roumanie destiné à 12 responsables pour obtenir des informations concrètes sur les expériences de décentralisation dont les enseignements seront vraisemblablement d'une grande portée pour le Maroc (Annexe 6).

VI. Etude sur le capital social

Nous avons discuté la proposition d'étude sur le capital social avec l'USAID et les Drs Jroundi, Darkaoui et Belhiti et élaboré une note technique relative à cette proposition (Annexe 7).

ANNEXES

- Annexe 1 : Calendrier de visite
- Annexe 2 : Note technique sur l'atelier de Tanger
- Annexe 3 : Questionnaire pour les délégués (en français)
- Annexe 4 : Exemple de cas marocain sur Policy Maker
- Annexe 5 : Note technique sur la formule "basée sur les besoins"
- Annexe 6 : Note technique sur le voyage d'études
- Annexe 7 : Note technique sur l'étude du capital social

ANNEXE 1 : CALENDRIER DE VISITE

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7 janvier	8	9	10	11	12	13
	Arrivée à Aéroport Casa à 15:30	9:00 Briefing USAID 10:00 Réunion Dr Ismaili Alaoui 11:00 Réunion Dr Tyane 16:00 Réunion Dr Belghiti Alaoui 18:00 Réunion M. El Idrissi	12:00 Réunion de travail à Tanger avec les délégués de la région TT	9:00 Réunion de travail avec Volkan Cakir	16:00 Réunion de travail avec M. Belkadi, DRH	
	<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>
14	15	16	17	18	19	20
11:00 Réunion Dr Jrondi	Préparation de la table ronde de Tanger	Préparation des activités: 1. Formules 2. Voyage d'étude Réunion avec Dr Belghiti	Débriefing USAID 15:00 Réunion avec Dr Belghiti Débriefing MS 18:00 Réunion avec Mme Meshaq	Départ sur les USA		
<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>	<i>Nuit à Rabat</i>			

ANNEXE 2 : NOTE TECHNIQUE SUR L'ATELIER DE TANGER

Contexte et objectifs

Cet atelier est prévu comme un suivi à l'atelier d'Agadir d'octobre 2001. En effet, le ministère de la santé a entamé depuis 1996 une série d'évènements pour réfléchir sur un modèle de déconcentration approprié au département dans le cadre de la politique de régionalisation. Le prochain atelier est conçu pour rassembler les délégués et l'ensemble des coordinateurs régionaux afin de discuter de l'état actuel de la régionalisation et de la décentralisation et des options pour les futures politiques dans ce secteur. L'atelier se veut être informatif et formatif. C'est une occasion pour les responsables du niveau central du ministère de la santé d'avoir des échanges fructueux avec les délégués et ainsi de passer en revue les progrès du processus de régionalisation démarré en 1996. L'atelier constituera une occasion de discuter des implications sur la décentralisation des efforts actuels de réflexion générale du ministère de la santé et de contribuer à la Charte de Déconcentration à l'échelle du gouvernement. L'atelier sera également, à travers des groupes de travail, une opportunité formative pour détailler et passer en revue des fonctions spécifiques qui peuvent être décentralisées comme les ressources humaines, la gestion financière, l'organisation de services et la planification stratégique. Par ailleurs, le leadership peut être un sujet de présentation important pour l'audience.

Activités

L'atelier aura lieu dans la région de Tanger-Tétouan et l'ensemble des directeurs du ministère de la santé concernés, les coordinateurs régionaux et certains délégués provinciaux y seront invités. Les documents de référence de l'atelier comprendront : le premier rapport de consultation de Tom Bossert (version révisée), le rapport d'Agadir, les comptes nationaux de la santé.

La première journée sera consacrée à une présentation des concepts de décentralisation et à l'état actuel du processus. La deuxième journée démarrera avec une présentation sur le leadership suivie des groupes de travail examineront les questions spécifiques des ressources humaines, de la gestion financière, de l'organisation de services et la planification stratégique.

Il est souhaitable que l'inauguration de l'atelier se fasse par le plus haut niveau possible afin de réitérer l'importance de l'initiative de la décentralisation, ainsi que le lien avec de la Charte de Santé. Pour orienter les discussions et fournir un cadre de travail commun, une brève présentation des concepts de la "déconcentration", "délégation de pouvoir" et "espace de décision" sera faite sur la base du rapport de mars du consultant de *Progress*, Thomas Bossert de l'université de Harvard. Un exposé sur l'état actuel de la Charte de Déconcentration apportera un éclaircissement sur la portée et les limites de l'impact de cette dernière sur le processus de déconcentration du MS. Il est préférable que la présentation soit faite par la personne qui représente le ministère de la santé à la commission du gouvernement sur la déconcentration.

Nous proposons à ce que les questions de gestion financière soient discutées en trois parties. D'abord une présentation sur le processus de globalisation budgétaire. Celle-ci sera ensuite suivie d'une présentation sur la question générale des formules basées sur les besoins qui a été présentée dans l'atelier d'Agadir. Enfin un examen du processus actuel de la contractualisation.

La gestion de ressources humaines peut être abordée par un exposé sur les contraintes et opportunités pratiques actuels, à l'instar de la présentation fait par M Ben El Kadi durant l'atelier d'Agadir.

Les questions relatives à l'organisation des services de santé et la planification stratégique, ainsi que les activités d'appui (logistiques, maintenance, observatoire, etc.) contribueront probablement à soulever des questions pratiques, ainsi qu'à trouver des réponses réalistes. Chaque exposé sera suivi d'une discussion d'une demi-heure et d'une séance plénière de clôture.

La matinée de la seconde journée peut démarrer par une présentation succincte sur la théorie et les pratiques du leadership. Cette présentation permettra aux délégués de réagir sur la relation entre le leadership et la déconcentration.

Nous proposons également que lors de la matinée de la deuxième journée, les participants soient divisés en quatre groupes de travail, chaque groupe étant dirigé par un responsable du niveau central: ressources humaines, gestion financière, organisation de services et planification stratégique. Ces groupes de travail, de part leur composition et le brassage des responsables du niveau central et périphérique, seront une opportunité pour faire des propositions concrètes pour des changements de politique qui seront présentées au cours de la séance plénière de l'après-midi. Un "accord de Tanger " fera la synthèse des propositions des groupes de travail et de la séance plénière.

Programme proposé

1ère journée

Ouverture

Charte de déconcentration --

Présentation des concepts de décentralisation --

Globalisation du budget--

Déjeuner

Formules de répartition des ressources--

Contractualisation--

Ressources humaines --

Organisation de services --

2ème journée

Leadership : pratiques et théorie

Groupes de travail sur :

Gestion financière – Président : DPRF

Ressources humaines – Président : DRH

Organisation de services – Président : DHS A

Planification stratégique : DP-DELM

Leadership -- INAS

Déjeuner

Séance plénière – Décision et accord

Proposition pour les participants :

DP

DELM

DRC

DHSA

DRH

DPRF

Inspection générale

INH

CNTS

DEM

DPM

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SUR LA DECENTRALISATION AU MAROC POUR LES DELEGUES (EN FRANÇAIS)

Objectif

Dans un effort de mieux développer un plan de régionalisation et de décentralisation en accord avec les plans de réorganisation du gouvernement national, ce questionnaire est conçu pour aider à comprendre les relations actuelles entre le ministère de la santé d'une part et les délégués provinciaux et les coordinateurs régionaux d'autre part. Il établira une ligne de base à la gamme actuelle des choix et capacités au niveau des provinces et des régions pour que nous puissions développer un processus approprié de décentralisation et mieux gérer le processus de changement.

Nous espérons que ce questionnaire prendra seulement une demi-heure à 45 minutes. Les réponses seront assemblées pour montrer les pourcentages des délégués provinciaux et les personnes ne seront pas identifiées dans les rapports finaux. Il est important de répondre en termes de pratique réelle et pas nécessairement selon les règles officielles ou la gamme "prévue" de choix.

Caractéristiques individuelles

1. Nom (converti en numéro pour préserver l'anonymat)
2. Délégation (converti en numéro pour préserver l'anonymat)
3. Date.
4. Formation de base et plus – énumérer les diplômes et spécialités _____

5. Toute formation additionnelle de plus de deux semaines – cours à l'étranger, cours du soir, etc.
Intitulé du cours Durée Dates

6. Durée dans le poste actuel _____ mois
7. Durée dans le poste de délégué _____ années

Répondre aux questions suivantes en vous basant sur votre expérience de l'année écoulée. Il y a peut-être des différences entre votre poste actuel et les postes précédents que vous avez occupés en 2001. Si oui, prière de répondre d'abord aux questions sur votre province actuelle ; vous serez ensuite invité dans les questions suivantes à décrire toutes les différences que vous avez ressenties avec votre poste précédent.

Si vous êtes également coordinateur régional, prière de répondre d'abord aux questions concernant votre province actuelle. Dans la dernière partie, des questions concernant votre région vous seront adressées. à ces questions seulement pour votre province (excepté la série consacrée aux régions).

Espace de décision en gestion financière

Budget national

1. Qui participe au processus de préparation du budget annuel dans la délégation(s)?
 - a. seulement le délégué
 - b. le délégué et l'administrateur économe
 - c. le délégué, l'administrateur économe, le médecin chef du SIAAP
 - d. le délégué, l'administrateur économe, le médecin chef du SIAAP et le directeur de l'hôpital
 - e. le délégué, l'administrateur économe, le médecin chef du SIAAP et le directeur de l'hôpital et le médecin chef des circonscriptions sanitaires

- f. autre (expliquer) _____
- 1.a. Si le processus était différent dans la province où vous étiez en 2001, expliquer les différences SVP _____
2. Pouvez-vous allouer des ressources budgétaires avec des priorités locales (autres que les priorités centrales du ministère de la santé) dans votre processus de programmation du budget ? Par exemple si vous voulez budgétiser davantage pour les services d'urgence qui n'ont pas été une priorité du MS, pouvez-vous le faire ?
Oui ___ Non ___ Parfois ___
3. Vos priorités locales sont-elles retenues une fois que le budget est approuvé ? Oui ___ Non ___ Parfois ___
4. Une fois que le budget provincial est approuvé, quels processus utilisez-vous pour allouer les budgets de fonctionnement aux différents circonscription sanitaire de la province ?
- le délégué décide seul de l'allocation
 - le délégué décide de l'allocation avec le directeur de l'hôpital, le médecin chef du SIAAP et/ou l'administrateur économe
 - un comité (ou une commission) constituée par le médecin chef, le médecin chef SIAAP, le directeur de l'hôpital et/ou l'administrateur économe, et le délégué
 - autre (expliquer) _____
- 4.a. si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP _____
5. Quel critère, s'il y en a un, avez-vous établi pour attribuer les ressources financières aux différentes circonscriptions sanitaires et postes ?
- budget historique plus augmentations (ou moins diminutions)
 - changements dans le nombre des services assurés
 - analyse détaillée des variations dans les tendances de morbidité basées sur les données épidémiologiques
 - allouer davantage aux régions les plus pauvres ou aux localités rurales
 - aucun critère uniforme n'a été établi, nous décidons au cas par cas et utilisons différents critères pour chaque cas
 - autre (expliquer) _____
- 5.a. si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP _____
6. Une fois que le budget provincial est approuvé, quel processus utilisez-vous pour allouer les budgets de fonctionnement aux différents hôpitaux gérés par régie de la province ?
- le délégué décide seul des allocations
 - le délégué décide des allocations avec le directeur de l'hôpital de la province,
 - un comité (ou une commission ?) constitué par les médecins chefs des hôpitaux et/ou l'administrateur économe, et le délégué
 - autre (expliquer) _____
- 6.a. si le processus était différent dans la province où vous étiez précédemment en 2001, expliquer SVP _____
7. Quel critère, s'il y en a un, avez-vous établi pour attribuer les ressources financières aux différents hôpitaux gérés par régie ?
- budget historique plus augmentations (ou moins diminutions)
 - changements dans le nombre de services fournis
 - analyse détaillée des variations dans les tendances de morbidité basées sur les données épidémiologiques
 - aucun critère uniforme n'a été établi, nous décidons au cas par cas et utilisons différents critères pour chaque cas
 - autre (expliquer) _____
- 7.a. si le processus était différent dans une province où vous étiez précédemment en 2001, expliquer SVP _____
8. Comment le délégué participe-t-il aux allocations internes du budget des hôpitaux SEGMA de la province ?
- le délégué n'y participe pas – les directeurs des hôpitaux SEGMA prennent toutes les décisions d'allocation interne

- b. le délégué et le directeur de l'hôpital SEGMA ou CHP prennent les décisions d'allocation interne ensemble
 - c. un "comité de gestion d'hôpital" (comprenant le délégué, l'administrateur économe et directeur du CHP) est constitué au niveau provincial pour réviser les propositions d'allocation du budget du directeur de l'hôpital SEGMA
 - d. autre (expliquer) _____
9. La subvention de l'hôpital SEGMA a-t-elle été influencée par les fonds propres générés par l'hôpital de revenus ?
- a. oui, notre augmentation de revenus a été complétée par une augmentation de la subvention
 - b. oui, la subvention a été réduite parce que les fonds propres de l'hôpital SEGMA ont augmenté
 - c. oui, la subvention a été augmentée parce que les fonds propres ont baissé
 - d. non, la subvention n'a pas changé par rapport aux propres sources de revenus
 - e. autre (expliquer) _____
10. Avez-vous été informé des nouvelles procédures pour la budgétisation globale et la contractualisation ? Oui___ non___
- 10.a. Si oui, pensez-vous que vous avez plus ou moins de contrôle sur votre budget dans le nouveau système ?
11. Si vous n'avez pas dépensé tous les fonds alloués dans une ligne budgétaire de fonctionnement, qu'avez-vous fait ?
- a. rendu les fonds au MS
 - b. plaider à priori auprès du MS au ministère de la santé pour transférer les fonds dans une ligne pour de nouvelles dépenses
 - c. plaider ad-hoc auprès du ministère de la santé pour transférer les fonds après avoir effectué de nouvelles dépenses
 - d. autre (expliquer) _____
- Si vous répondez par "b" ou "c" avez-vous généralement été autorisé à faire les transferts? Oui___ Non___ ou seulement parfois___
- 11.a. si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

12. Par rapport aux autres provinces de votre région, pensez-vous que vous recevez le même budget de fonctionnement par tête___, plus___ ou moins___ ?
13. La distribution actuelle du budget de fonctionnement dans votre région vous semble-t-elle juste ?
- a. oui, nous sommes tous sous-financés mais le partage est équitable
 - b. oui, nous recevons plus mais nous avons de plus grands besoins que les autres provinces de la région
 - c. oui, nous recevons moins mais nous avons moins de besoins que les autres provinces de la région
 - d. non, nous avons de plus grands besoins que les autres provinces et devrions recevoir plus
 - e. non, nous avons de plus petits besoins que les autres provinces et devrions recevoir moins
 - f. non, toutes les provinces ont des besoins similaires, par conséquent les budgets par tête devraient être les mêmes.
 - g. autre (expliquer) _____
- 13.a. si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

14. Le ministère de la santé vous assure-t-il du schéma directeur et une formation suffisantes pour la planification de votre budget et la gestion de vos finances ? Oui___ Non___ Expliquer

15. Disposez-vous de personnel suffisant avec la formation appropriée pour préparer/exécuter vos budgets ? _____
Expliquer _____

16. Pensez-vous disposer de la formation et de l'expérience suffisantes pour exécuter votre budget ?
Oui___ Non___

17. Pensez-vous disposer de la formation et de l'expérience suffisantes pour gérer un budget plus souple ? moins de restrictions sur les transferts entre les chapitres et avec un audit à posteriori?
 Oui ___ Non ___ Expliquer (si oui, quelle formation avez-vous reçue ou si non, de quoi avez-vous besoin) _____

Autres sources de financement

1. Votre (vos) province(s) a-t-elle reçu des dons d'autres organismes en 2001 ? (Faites une estimation approximative de la valeur du don en Dh)
 Municipalités _____ Combien en Dh
 Gouvernement provincial _____ Combien en Dh
 ONG locales _____ Combien en Dh
 ONG internationales _____ Combien en Dh
 Donateurs internationaux (USAID, UE, Espagnols, etc.) _____ Combien en Dh
 Autres _____ Combien en Dh
2. Quelles sont les activités (santé maternelle et infantile, planification familiale, VIH/SIDA, tuberculose, équipement hospitalier et construction, autres) qui ont été financées par ces sources ?

3. Qui a pris les décisions sur la façon dont les fonds ont été utilisés ?
 a. La source de financement _____
 b. Le délégué _____
 c. L'équipe de la délégation _____
 d. Négociations entre le délégué et la source de financement _____
 e. Autre (expliquer) _____
- 3.a. si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

Ressources humaines

1. Avez-vous transféré du personnel à l'intérieur de la province selon votre propre initiative l'année passée ? (inclure la province actuelle et précédente) oui non
2. Si oui, à quels postes et combien de personnes ?
 Poste _____ Nombre _____
 Poste _____ Nombre _____
 Poste _____ Nombre _____
 Poste _____ Nombre _____
3. Qui a pris la décision de muter du personnel ?
 a. le délégué seul
 b. le délégué avec le médecin chef du SIAAP ou le directeur de l'hôpital et/ou l'administrateur économe
 c. l'initiative venait en général des membres du personnel eux-mêmes
 d. l'initiative venait parfois du ministère de la santé au niveau central
 e. autre (expliquer) _____
- 3.a. si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

4. Quelle était la raison la plus courante de la mutation ?
 a. des besoins en personnel dans le nouveau poste
 b. problèmes relationnels de travail dans le poste précédent
 c. création d'un nouveau poste
 d. autre _____
- 4.a. si le processus était différent dans une province où vous étiez précédemment en 2001, expliquer SVP

5. Avez-vous pris des mesures disciplinaires à l'égard du personnel à l'intérieur de la province selon votre propre initiative au cours de l'année passée ? (province actuelle et précédente)

6. Si oui, quels postes et combien ?
- | | |
|-------------|--------------|
| Poste _____ | Nombre _____ |
7. Qui a pris la décision des mesures de discipline ?
- le délégué seul
 - le délégué avec le médecin chef du SIAAP ou le directeur et/ou l'administrateur économiste de l'hôpital
 - l'initiative venait en général des membres du personnel eux-mêmes
 - l'initiative venait parfois du ministère de la santé au niveau central
 - une commission provinciale de discipline pour les fonctionnaires (donner le nom exact)
 - autre (expliquer) _____
- 7.a. si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

8. Quelle était la raison la plus courante de la mesure disciplinaire ?
- problèmes relationnels avec d'autres membres du personnel
 - peu de motivation
 - mauvaise qualité de service
 - autre _____
- 8.a. si le processus était différent dans votre province précédente en 2001, expliquer SVP

9. Estimer le temps que vous avez consacré à régler des problèmes de ressources humaines dus à des retards de traitement de dossiers (par exemple, mutations d'une province extérieure, changements de salaires, vacances de poste, recrutement) siège du MS _____ % de votre semaine de travail
- 9.a. Si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

10. Votre personnel peut-il gérer les dossiers administratifs du personnel de la province? Oui ___ Non ___
Si non, de quelle formation ou capacités a-t-il besoin ?
- 10.a. Si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

11. Avez-vous demandé le renvoi ou la mutation d'un membre du personnel dans une autre province au cours de l'année écoulée ? Oui ___ Non ___
- 11.a. Ces demandes ont-elles abouti ? Oui ___ Non ___ Certaines ont abouti, d'autres pas _____
- 11.b. Si le processus était différent dans une autre province où vous étiez en 2001, expliquer SVP

12. Si vous étiez autorisé à recruter votre propre personnel pour la délégation, cela vous permettrait-il d'améliorer votre capacité à réaliser vos objectifs ? Oui ___ Non ___
13. Avez-vous reçu une quelconque formation en gestion de ressources humaines ? Oui ___ Non ___.
- 13.a. Si oui, décrire le programme de formation _____
- 13.b. Disposez-vous de la formation/expérience suffisante pour recruter plus de personnel approprié ?
Oui ___ Non ___
14. Avez-vous un département de ressources humaines au niveau provincial? Oui ___ Non ___
15. Combien de personnes travaillent-elles sur la gestion des ressources humaines dans votre délégation ? _____
16. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous rencontré des représentants de syndicats ?

17. Quels ont été les principaux sujets de discussion avec les syndicats ?
- mutation de personnel dans la province
 - programmes, rotations et vacances
 - problèmes de santé
 - plaintes sur les conditions de travail
 - autres (expliquer) _____
18. Avez-vous réussi à résoudre les problèmes avec les syndicats sans demander l'intervention du niveau central ?
- J'ai souvent réglé les problèmes au niveau provincial
 - Je n'ai demandé l'aide du siège du MS que dans de rares cas
 - J'ai souvent dû demander l'aide du niveau central parce que les problèmes dépassaient ma capacité à les résoudre
 - Autre (expliquer) _____

Organisation des services

1. En 2001, avez-vous (ainsi que votre équipe provinciale) lancé de nouveaux programmes ou de nouvelles manières d'offrir des prestations qui existaient déjà ou qui étaient demandées par les directions du MS ? Oui ___ Non ___
- 1.a. Si oui, prière de décrire le nouveau programme ou la nouvelle organisation _____

2. Si vous considérez qu'une requête programmatique du niveau central est inadéquate pour les priorités locales, que faites-vous (activités requises comme la vaccination, la malaria, la tuberculose, la planification familiale, le VIH/SIDA) ?
- je ne peux rien faire d'autre qu'exécuter la demande
 - je vais parfois à Rabat et essaye de les faire changer d'avis
 - j'ignore parfois la demande
 - il m'arrive de ne faire qu'une partie de la demande
 - j'ajoute mes priorités aux activités requises
 - autre (expliquer) _____
3. Combien de fois vous et votre personnel provincial recevez-vous des directives, circulaires et instructions téléphoniques de l'administration centrale pour des programmes prioritaires ?
- Fréquemment (une fois par semaine)
 - Modérément (une fois par mois)
 - De temps à autre (une fois tous les 3 mois)
 - Rarement ou jamais
4. Quel effet ces directives ont-elles sur les activités que vous avez planifiées ?
- causer des changements majeurs des plans
 - causer des changements modérés des plans
 - causer des changements mineurs des plans
 - elles ne nécessitent aucun changement des plans
5. Les directives sont-elles raisonnables et aident-elles à résoudre les problèmes? Oui ___ Non ___
- 5.a. Si oui, expliquer _____

6. Avez-vous lancé de nouveaux programmes d'amélioration de la qualité ? Oui ___ Non ___
- 6.a. Si oui, ces programmes ont-ils été promus par le MS ou les avez-vous développés sur votre propre initiative ? MS ___ Propre initiative _____
- 6.b. Avez vous continué l'élargissement des activités AQ, en l'absence de l'appui du niveau central
7. Prévoyez-vous vos besoins d'approvisionnement en médicaments ? Oui ___ Non ___
8. Avez-vous été formé pour la prévision des besoins d'approvisionnement en médicaments ? Oui ___ Non ___

9. Quel pourcentage (approximatif) de médicaments que vous avez commandés l'an passé a été fourni par la Pharmacie Centrale ? _____%
10. Quel pourcentage (approximatif) des médicaments que vous avez reçus étaient des médicaments dont vous ne vouliez pas ou que vous n'aviez pas demandés ? _____%
11. Comment distribuez-vous les médicaments aux établissements de la province?
- conformément à la distribution historique.
 - les mêmes quantités à chaque centre
 - conformément à un processus de prévision établi au niveau de chaque établissement ajusté pour les médicaments actuels fournis à la province
 - par un comité constitué par les médecins-chefs des centres
 - autre (expliquer) _____
12. Combien de fois par mois en moyenne devez-vous demander aux autorités centrales du MS de fournir de l'aide pour l'entretien de l'équipement médical tombé en panne ?
- Jamais, nous le faisons nous-mêmes
 - Environ une fois par mois
 - Entre 1 à 5 fois par mois
 - Plus de 5 fois par mois
 - Outre "b", "c" ou "d" nous assurons nous-mêmes une partie de l'entretien du matériel.
13. Quand vous avez fait une demande d'entretien au niveau central, obtenez-vous une réponse ?
- Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
14. S'il existe une quelconque différence entre votre province actuelle et la précédente en 2001 dans la manière avec laquelle vous gérez l'organisation des services de santé, expliquer cette différence _____
-

Planification stratégique et opérationnelle

- Avez-vous été formé en planification stratégique (par opposition à la planification opérationnelle) ? Oui o non
- Avez-vous été formé en planification opérationnelle ? Oui o non
- Avez-vous été impliqué dans le processus d'élaboration du plan quinquennal et stratégie sectorielle en 1998 ? Oui non
- Vos plans actuels sont-ils influencés par le plan stratégique quinquennal ?
 - non, je ne suis pas au courant du plan stratégique quinquennal
 - non, la situation a tellement changé que le plan quinquennal n'est plus valide
 - non, nos plans opérationnels sont basés essentiellement sur ce qui a été réalisé l'année précédente
 - oui, nos plans opérationnels s'alignent davantage sur le plan stratégique
 - oui, nous avons procédé à certains changements dans le plan opérationnel, mais une grande partie de ce plan est encore basée sur ce qui a été réalisé l'année précédente
 - autre (expliquer) _____
- Avez-vous participé à un autre processus de planification stratégique au cours des deux dernières années ? Oui ___ Non ___
 - Si oui, décrire brièvement le processus (par exemple, processus appuyé par un donateur, initiative locale et multisectorielle) _____
- Avez-vous plus changé votre plan opérationnel cette année que vous ne l'avez fait l'année dernière ?
 - Plus cette année,
 - moins,
 - la même chose

7. Avez-vous coordonné vos plans opérationnels avec d'autres provinces de la région cette année ?
 - 7.a. Davantage cette année,
 - 7.b. moins,
 - 7.c. aucune coordination

8. S'il y a une quelconque différence entre votre province actuelle et une autre province où vous étiez en 2001 dans votre méthode de planification stratégique et opérationnelle, expliquer la différence _____

9. Au milieu ou à la fin de l'année, procédez-vous à une évaluation sur la réalisation des activités et objectifs du plan opérationnel ?
 - a. oui, nous faisons une évaluation en milieu et/ou fin d'année des réalisations planifiées
 - b. non, nous ne faisons jamais d'évaluation
 - c. non, nos évaluations ne sont pas basées sur la révision des réalisations planifiées
 - d. autre (expliquer) _____

Gouvernance et participation locale

1. Coordonnez-vous avec les élus locaux/collectivités locales ? oui o non
 - 1.a. Sur quelle base ? quotidienne__ hebdomadaire__ mensuelle__
 - 1.b. Sur quels (quelles) sujets/activités ? _____
 - 1.c. Comment décririez-vous vos relations avec le Conseil local ?
 - Excellentes
 - Très bonnes
 - Bonnes
 - Moyennes
 - Légèrement conflictuelles
 - Très conflictuelles

2. Coordonnez-vous avec l'autorité locale ? oui o non
 - 2.a. Sur quelle base ? quotidienne__ hebdomadaire__ mensuelle__
 - 2.b. Sur quels (quelles) sujets/activités ? _____
 - 2.c. Comment décririez-vous vos relations avec le gouverneur ?
 - Excellentes
 - Très bonnes
 - Bonnes
 - Moyennes
 - Légèrement conflictuelles
 - Très conflictuelles

3. Coordonnez-vous avec les ONG locales ? oui o non
 - 3.a. Sur quelle base ? quotidienne__ hebdomadaire__ mensuelle__
 - 3.b. Sur quels (quelles) sujets/activités ? _____
 - 3.c. Comment décririez-vous vos relations avec les ONG ?
 - Excellentes
 - Très bonnes
 - Bonnes
 - Moyennes
 - Légèrement conflictuelles
 - Très conflictuelles

4. S'il existait des différences dans votre manière de travailler avec les organisations et les autorités locales dans la province où vous étiez précédemment, expliquer SVP _____

5. Estimez vous que vous avez fait tout le possible dans le cadre de la politique actuelle du MS pour promouvoir des partenariats avec les organisations locales ? Oui__ Non__
Expliquer _____

Priorités pour le futur espace de décision

Selon vous, lesquelles des fonctions suivantes seraient les plus importantes pour avoir plus de choix au niveau provincial. Énumérer par ordre d'importance, 1 étant le plus important et 8 étant le moins important :

- a. ____ plus de contrôle du budget de fonctionnement par contrôle a posteriori et capacité de déplacer un pourcentage limité (disons environ 15%) d'un chapitre à un autre.
- b. ____ plus de contrôle du budget d'investissement en augmentant la limite d'investissement local à Dh
- c. ____ capacité de choisir des cadres du personnel dans la délégation provinciale
- d. ____ capacité de recruter et de renvoyer tout le personnel de la province
- e. ____ capacité de gérer tous les problèmes liés aux dossiers recrutement, retraite, etc. au niveau provincial
- f. ____ capacité d'établir des priorités provinciales qui annulent celles des directions centrales pour l'organisation des services
- g. ____ capacité d'acheter localement des médicaments à partir d'une liste limitée
- h. ____ capacité d'avoir des fonds provinciaux locaux alloués au budget provincial de la santé

Réservé aux coordinateurs régionaux

1. Avez-vous un plan stratégique régional ? Oui o non
2. Si oui, avez vous adapté les plans provinciaux par rapport au plan régional ? Oui o non
Comment ? _____
3. Avez-vous un dépôt régional de médicaments ? oui o non
4. Avez-vous un centre régional de maintenance ? oui o non
5. Avez-vous un observatoire régional d'épidémiologie ? oui o non
6. Si vous avez répondu oui à une des questions 3 à 5, prenez-vous plus de décisions qu'auparavant en ce qui concerne la maintenance régionale, les dépôts, les maladies priorités ? oui o non
Exemples _____

7. Coordonnez-vous avec le Wali/Gouverneur ? oui non
Sur quelle base ? quotidienne____ hebdomadaire____ mensuelle____
8. Si vous étiez coordinateur régional dans votre précédent poste en 2001, prière de décrire toute différence avec votre poste actuel pour les questions ci-dessus (plus de précision)

9. Vous êtes-vous réunis avec les autres délégués de votre région ? Oui _____ Non _____
 - 9.a. Si oui, combien de fois ?
 - a. une fois par mois
 - b. une fois par trimestre
 - c. une fois par semestre
 - d. une fois par an

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE CAS MAROCAIN SUR POLICY MAKER

PolicyMaker: Step-by-Step

- 1. Policy:** Define and analyze the content of your policy. Identify the major goals of the policy, and specify a mechanism that is intended to achieve each goal. Determine whether the goal is already on the agenda.
- 2. Players:** Identify the most important players and analyze their positions, power, and interests, and assess the policy's consequences for the players. Also, analyze the networks and coalitions among the players.
- 3. Opportunities and Obstacles:** Assess the opportunities and obstacles that affect the feasibility of your policy, by analyzing conditions within specific organizations and in the broader political environment.
- 4. Strategies:** Design strategies to improve the feasibility of your policy, by using expert advice provided in the program. Then, evaluate your strategies, and create alternative strategy packages as potential action plans.
- 5. Impacts:** Estimate the impacts of your strategies on the positions, power, and number of mobilized players--the three factors that affect the feasibility of your policy. Compare the future and current Position Maps and Feasibility Graphs to show the impacts of your strategies. Monitor the implementation of your strategies and compare the results to your predictions.



Summaries, Notes, and Reports

Help

Close Current Project

Exit

PolicyMaker: Decentralisation au Maroc - [Content Table]

File Step-by-Step Maps/Tables Tools Help

Policy Players Opportunities Strategies Impacts Summaries

Policy Content Define Content Positions per Player Feasibility Content Position Map Content

Goal	Priority	Mechanism	On Agenda	Indicator	Nt.
Decentralisation a travers l'elargissement de l'eventail de choix de decisions devolus au niveau provincial et le renforcement de la	High	Plan A: maitrise amelioree dans la gestion financiere et les ressources	Bureaucrac	Enquete sur l'eventail de choix	<input type="checkbox"/>

Sort by:

Priority: Low  High

PolicyMaker: Decentralisation au Maroc - [Position Map: Current Positions of Players]

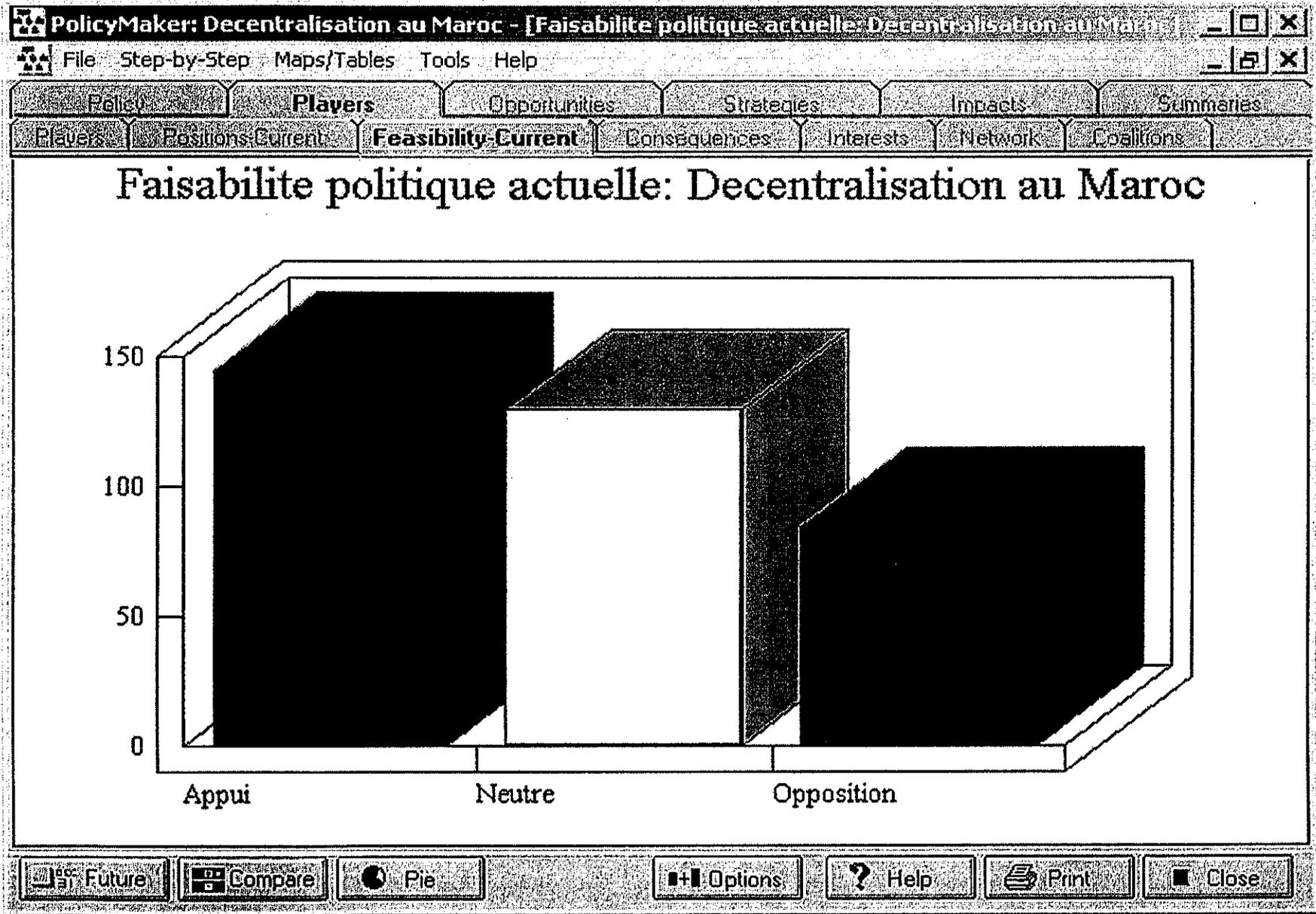
File Step-by-Step Maps/Tables Tools Help

Policy Players Opportunities Strategies Impacts Summaries

Players Positions-Current Feasibility-Current Consequences Interests Network Coalitions

Position Map: Decentralisation au Maroc (Current Positions)

High Support	Medium Support	Low Support	Non-mobilized	Low Opposition	Medium Opposition	High Opposition
Progr DHS DP USAID DirDRC Delegates	DirRH	Ministre W&G	GP R&TV ParOp Press Palais		MinInt DirMS	MinFin



PolicyMaker: Decentralisation au Maroc - [Strategy Table]

File Step-by-Step Maps/Tables Tools Help

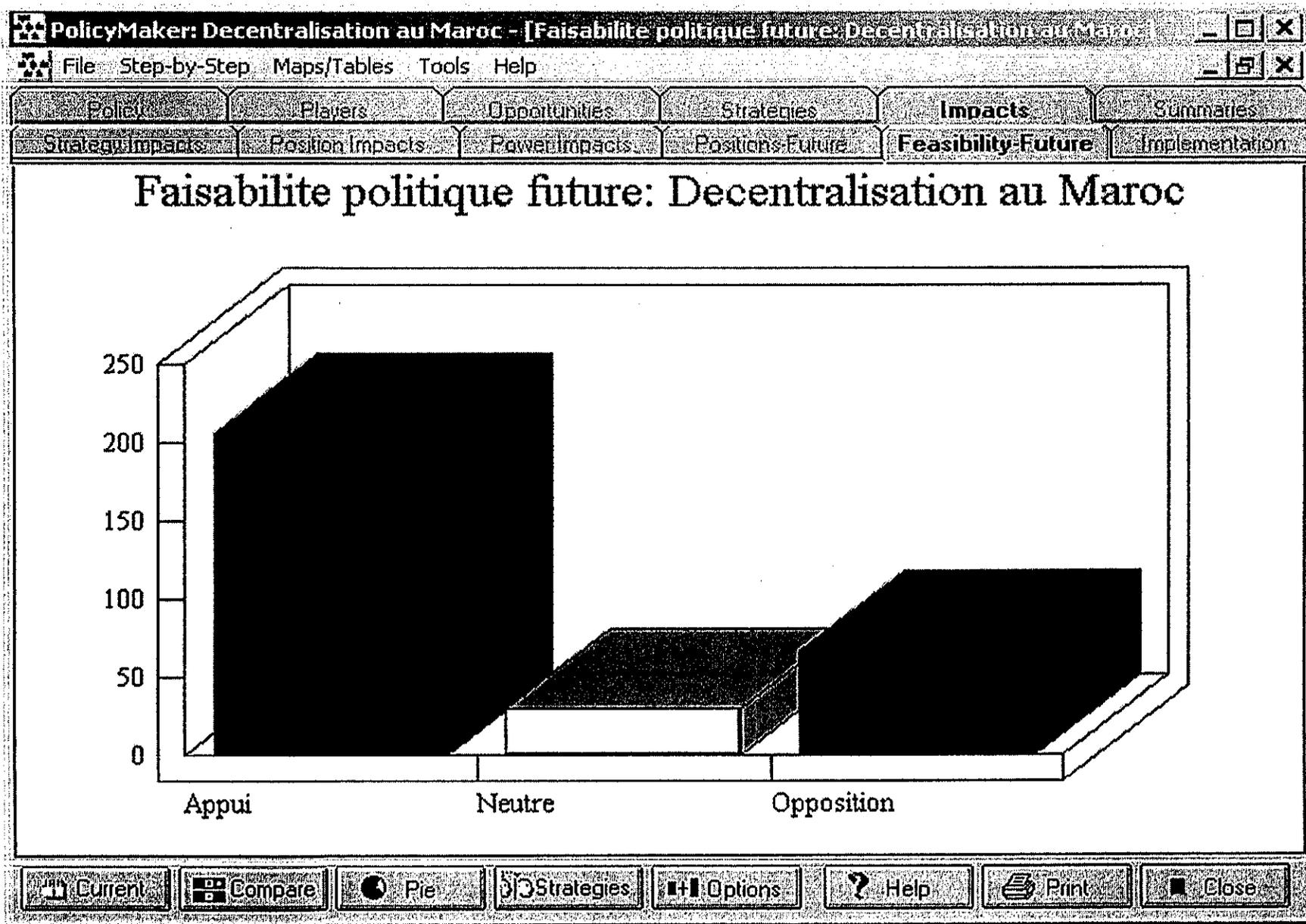
Policy Players Opportunities Strategies Impacts Summaries

Strategy Design Strategy Evaluation **Strategy Table** Strategy Packages

Action	Impacted Players	Problem	Prob.	Benefit	Nt.
Mobiliser le leadership politique: Persuader les politiques et élus pour obtenir un appui clair en faveur de la politique de	Ministre de la Sante, Palais, DHSA, Direction de la Population.		50%		<input type="checkbox"/>
Rechercher des objectifs communs: Rencontrer et explorer avec les opposants des objectifs et mecanismes communs, et ainsi reduire	Ministre de la Sante, Palais, DHSA, Direction de la Population.		25%		<input type="checkbox"/>
Supprimer les Objections: Persuader les partisans/allies a consolider leur position en changeant leur politique pour lever les objectifs et	Ministre de la Sante, Palais, DHSA, Direction de la Population.		75%		<input type="checkbox"/>

Sort by:

Probability of Success
0: 100%



ANNEXE 5 : NOTE TECHNIQUE SUR LA FORMULE "BASEE SUR LES BESOINS" POUR L'ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIERES AUX PROVINCES

Contexte

Les comptes nationaux de la santé montrent qu'il existe des disparités considérables par tête d'habitant des allocations du budget national de la santé vers les provinces. Il y a une variation allant de 1,83 Dh dans le Gharb-Chrarda à 68,58Dh à Oued Eddahab. Ces variations laissent penser que l'allocation du budget historique ne procure sans doute pas des ressources équitables basées sur les besoins de santé de la population. Les comparaisons par tête d'habitant ne sont qu'un indicateur initial des inégalités puisque les allocations budgétaires devraient être ajustées pour mieux refléter les besoins des différentes populations. Il y aurait des différences en ce qui concerne l'état de santé et la demande démographique, la dispersion de la population, les coûts des services, les conditions socio-économiques, etc. qui devraient influencer sur les besoins budgétaires des différentes provinces. L'idée d'une formule d'allocation de ressource basée sur les besoins est un acquis au sein du ministère. De plus, elle a été discutée lors de l'atelier d'Agadir durant lequel les participants ont rappelé l'intérêt pour le développement d'options pour des formules et pour un procédé en vue de leur mises en application.

Il y a une expérience internationale considérable sur le développement de formules basées sur les besoins. Les Anglais ont un modèle très sophistiqué qui dépend d'un ensemble complexe de données fiables. Les Sud Africains ont adapté le modèle anglais à leur contexte de pays moins développé, mais il reste encore basé sur l'existence de données importantes. Ces modèles utilisent des indicateurs alourdis de tendances de morbidité, de données socio-économiques et démographiques. Cependant, il n'y n'existe aucun critère clair pour l'attribution des poids aux facteurs inclus dans les formules. Au Nicaragua, le HSPH aide le gouvernement à développer une formule basée sur les besoins dans un pays disposant de données fiables limitées. Nous développons aussi une approche innovatrice en assignant des poids basés sur les estimations des coûts pour des populations et des groupes économiques différents. Cette approche peut être modifiée et utilisée au Maroc en se basant sur la disponibilité d'une série de données fiables.

Il est important de noter que l'exécution des formules est un processus complexe et difficile. Si certaines provinces peuvent gagner de nouvelles ressources, d'autres se sentiront menacées si la formule signifie une réduction de leurs ressources. Etant donné que le budget de la santé au Maroc est faible par rapport aux pays similaires, il faudrait admettre que le processus de redistribution des ressources devrait essayer de laisser du temps aux ajustements. Plusieurs options sont disponibles, y compris l'assurance qu'aucune province ne recevra moins qu'elle ne reçoit actuellement et que la formule sera utilisée uniquement pour augmenter le budget dans les provinces ayant été identifiées comme n'ayant pas couvert leurs "besoins".

Activités

Pour développer une formule au Maroc, la première étape consiste à examiner les sources de données existantes comportant des informations fiables sur les principales variables au niveau des provinces. Nous avons rencontré les cadres du

service de l'économie sanitaire, de la Direction de la planification et des ressources financières et avons passé en revue la disponibilité de données pour les facteurs qui pourraient être inclus dans la formule.

Données financières : Les données du CNS sont disponibles sur les dépenses du MS au niveau provincial, ainsi que des informations supplémentaires sur les hôpitaux nationaux de chaque province. D'autres données sur les dépenses du secteur public sont négligeables au niveau provincial.

Dépenses du secteur privé de la santé : Il n'existe pas de données fiables sur les dépenses des ménages au niveau provincial pour estimer les dépenses du secteur privé. L'une des options est d'utiliser les données sur les ménages (Papchild) disponibles au niveau régional qui pourrait être utilisées avec d'autres données provinciales pour estimer les dépenses au niveau provincial. La seconde option serait d'utiliser les données relativement fiables concernant le nombre de médecins privés dans chaque province. Le Maroc exige des médecins de choisir entre le secteur public et le secteur privé et les médecins privés doivent être enregistrés au niveau de l'ordre régional des médecins.

Indice de pauvreté et revenus municipaux : Il y a un indice de pauvreté disponible à la Direction de la Statistique. Il se peut cependant que les données ne soient valides qu'au niveau régional (question d'échantillonnage). Les données sur les revenus des communes (municipalités) sont aussi disponibles au niveau de la direction des collectivités locales du ministère de l'intérieur et peuvent être obtenues par la voie officielle. Ces données pourraient être agrégées au niveau provincial pour fournir des informations sur la richesse des provinces.

Santé et données démographiques : L'Annuaire Statistique du Maroc 2000 et Santé en chiffres 2000 disposent de données sur l'âge, le sexe, l'urbanisation et la mortalité par province. Les données sur la malnutrition et la morbidité sont également disponibles au niveau de la DPRF/SEIS.

Données sur l'accès aux établissements de santé : Des données sur les populations situées dans un rayon de 10 km (?) des établissements de santé sont disponibles au niveau de la DPRF/SEIS.

Coûts des activités : Il n'existe actuellement pas de données sur les différents coûts des services ; les prix et tarifs qui sont facturés pour les services ont été fixés dans les années 50 et uniquement ajustés par décret du gouvernement. Cependant, il y a eu un appel d'offres pour l'étude des coûts de morbidité et le coût effectif des interventions et les résultats pourraient être obtenus avant la fin de l'année.

Variation de l'indice des prix : L'Annuaire Statistique contient des indicateurs de prix par province mais il y a peu de variation dans le secteur formel.

Niveaux d'éducation : Des indicateurs des niveaux d'éducation peuvent être trouvés à la Direction de la Statistique.

Étapes suivantes

Il faut continuer la collecte de données et l'équipe de recherche de HSPH commencera à établir une base de données qui peut être utilisée pour développer des options de formules pour une présentation préliminaire au printemps 2002.

ANNEXE 6 : NOTE TECHNIQUE SUR LE VOYAGE D'ETUDES EN POLOGNE ET ROUMANIE

Il a été décidé de réorienter les plans initiaux pour un voyage d'études dans des pays dont les enseignements seraient mieux adaptés pour la décentralisation du secteur santé au Maroc qu'une visite aux Etats-Unis.

Nous proposons la Pologne et la Roumanie, deux pays de taille similaire à celle du Maroc, dotés de systèmes centralisés selon le modèle français et récemment décentralisés, et ainsi offrant des leçons contrastantes qui seront appropriées pour le Maroc.

Les Polonais ont sensiblement augmenté le contrôle local de leur système de santé au niveau des "voivoid" (provinces), comtés et municipalités. Ils ont transféré à ces niveaux locaux les ressources humaines et certains budgets pour la prévention et la promotion ; ils ont également lancé des accords entre payeurs et fournisseurs, la privatisation de certains services publics, la location d'équipements publics à des fournisseurs privés. Après avoir créé un système de sécurité sociale pour remplacer le système budgétaire, ils ont créé des bureaux régionaux autonomes d'assurance qui sont aussi dans une certaine mesure décentralisés.

La Roumanie, quant à elle, a également augmenté le contrôle local de son système de santé au niveau des "judets" (provinces), comtés et municipalités. Ils ont transféré à ces niveaux locaux les ressources humaines et certains budgets pour la prévention et la promotion ; ils ont également lancé des accords entre payeurs et fournisseurs, la privatisation de certains services publics, la location d'équipements publics à des fournisseurs privés. Après avoir créé un système de sécurité sociale pour remplacer le système budgétaire, ils ont créé des bureaux régionaux autonomes d'assurance qui sont aussi dans une certaine mesure décentralisés.

Planning et coordination

12 fonctionnaires du ministère de la santé participeraient à ce voyage d'études d'une durée de 10 jours : 6 directeurs, 2 coordinateurs régionaux, 2 délégués provinciaux et 2 élus. Ces fonctionnaires seraient divisés en deux équipes -- une pour la Pologne et une pour la Roumanie.

Le HSPH a eu une collaboration continue de six ans en Pologne avec l'Institut de santé publique de l'université de Jagellonian à Cracovie. A travers cette collaboration, nous avons travaillé avec le siège du ministère à Varsovie et les gouvernements des villes de Cracovie et de Wroclaw. Le HSPH et l'Institut avaient organisé un voyage d'études pour des étudiants du HSPH et le corps enseignant de l'Institut et des responsables du gouvernement de la ville ont accepté d'aider à organiser un voyage d'études pour six fonctionnaires marocains. Plusieurs enseignants de la faculté et certains responsables parlent français et des interprètes peuvent être engagés pour cette mission.

Le voyage d'études pourrait commencer à Cracovie avec une présentation sur le système polonais par la faculté de l'université de Jagellonian, dont l'ancien vice-ministre de la santé, le Dr Andrej Riz. L'équipe visiterait ensuite la municipalité de Cracovie, le Voivoidship (siège de la province), la Caisse de sécurité sociale ainsi

que les établissements sanitaires locaux. Une visite sera effectuée aux mêmes institutions à Wroclaw où la municipalité a lancé des activités innovatrices de santé publique et a démarré la privatisation de quelques équipements publics. Enfin le voyage inclurait une visite à Varsovie pour rencontrer les responsables du ministère de la santé et de la Caisse de sécurité sociale.

En Roumanie le JSI a un vaste programme en cours et pourrait fournir la logistique locale ainsi que l'accès aux responsables.

Le voyage serait suivi d'un séminaire dans lequel les deux équipes passeraient en revue leurs résultats et prépareraient des séminaires supplémentaires pour d'autres fonctionnaires marocains sur les enseignements tirés de leur mission.

ANNEXE 7 : NOTE TECHNIQUE SUR L'ETUDE DU CAPITAL SOCIAL ET LES PROGRAMMES DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU MAROC

Contexte

Au cours de ces dernières années, une attention considérable a été accordée aux concepts de "capital social" : les rapports de confiance, les réseaux sociaux, les associations civiles et de volontaires qui se sont avérés être liés à différentes pratiques démocratiques, à l'équité et aux actions générales du gouvernement (Putnam 1993, 2000). Des études de la Harvard School of Public Health ont également montré un rapport fort entre les indicateurs de capital social et les indicateurs de l'état de santé. (Kawachi, 2000). Il est évident que le capital social est bon pour la santé des individus et l'exécution efficace des programmes communautaires. S'il y a eu beaucoup d'études sur les rapports entre le capital social, l'état de santé et les programmes utiles, très peu d'efforts en revanche ont été faits pour analyser comment les programmes communautaires pourraient stimuler la création ou l'augmentation de capital social. Nous sommes souvent laissés avec l'impression que, sans capital social, il n'est pas intéressant d'essayer de lancer des programmes sociaux.

En l'absence de bonnes études disponibles, l'une des suggestions pour établir du capital social met en relief la façon dont les gouvernements locaux et les associations civiles pourraient travailler ensemble pour renforcer la participation de la communauté aux activités qui pourraient améliorer leur état de santé. La littérature sur l'organisation communautaire pour des objectifs de santé met l'accent sur une série d'activités qui pourraient renforcer le capital social, y compris celle qui consiste à permettre à des associations locales d'établir des priorités spécifiques pour des activités de collaboration (Israël, 1995). Si nous avons la preuve empirique de l'efficacité de certaines formes d'organisation communautaire et de leurs effets sur l'état de santé, le rôle du capital social dans ce processus a été très peu abordé.

L'organisation communautaire dans les programmes de santé au Maroc

Progress appuie actuellement des programmes d'organisation communautaire d'ONG dans la région SMD. Certaines informations laissent penser que les programmes les plus efficaces sont mis en application dans les communautés ayant des liens historiques avec des associations sociales plus coopératives. Il s'agit des communautés qui ont développé plusieurs éléments qui pourraient être considérés comme du "capital social".

Cette note technique propose une étude simple pour établir une base d'information sur le degré de capital social qui existe dans plusieurs communautés où les programmes des ONG fonctionnent actuellement. En utilisant une méthodologie de recherche d'opérations, l'étude choisirait les communautés connues pour avoir un niveau plus élevé de capital social pour les comparer à des communautés similaires par certains traits (taille, région, richesse et programmes santé communautaire en cours) mais ayant de bas niveaux de capital social. Cette étude évaluerait le degré de participation sociale dans les associations de volontaires, les perceptions de

confiance et de méfiance envers différents organismes de la société civile et les établissements publics et la densité des réseaux sociaux de communication et de collaboration. Elle permettrait également de collecter l'information sur l'état de santé actuel de chaque communauté. L'analyse de cette ligne de base servirait d'abord à établir un lien entre le degré de capital social et l'état de santé de la population pour voir si les résultats de certaines autres études internationales sont également trouvés au Maroc.

Les résultats de cette première analyse seraient utilisés pour aider les ONG dans leurs stratégies et *Progress* qui appuie ces programmes communautaires. Nous ferons appel aux expériences des autres pays sur des activités qui se sont révélées efficaces dans les communautés à faible capital social (comme les communautés noires et hispaniques aux USA) pour développer de nouvelles approches à l'organisation communautaire au Maroc. Ces nouvelles approches pourraient être développées avec l'assistance technique du département d'épidémiologie sociale du HSPH. L'objectif serait de développer des approches aux programmes de santé communautaire qui abordent à la fois les questions de santé et de capital social.

Une étude de suivi après au moins une année d'exécution des nouvelles stratégies évaluerait les changements du degré de capital social et de l'état de santé qui pourraient avoir découlé des nouveaux programmes. A travers cette deuxième étude, nous déterminerions l'efficacité des nouvelles approches pour surmonter le manque initial de capital social dans certaines communautés.

La contribution de *Progress* à cette activité serait de concevoir et de mettre en application les deux études et de développer, avec la coopération des ONG, de nouvelles stratégies conçues pour favoriser à la fois la santé et le capital social. Les ONG mettraient en application les stratégies avec leurs propres ressources et *Progress* superviserait l'exécution pour fournir des données sur l'exécution réelle des interventions proposées.

Les résultats seraient diffusés par *Progress* et les ONG.

Références

Isreal, Barbara et al. "Evaluation of Health Programs: Current Assessment and Future Directions," *Health Education Quarterly* (22,3) 364-389. (1995)

Kawachi, Ichiro and Lisa Berkman, "Social Cohesion, Social Networks, Social Support, and Health," in Lisa Berkman and Ichiro Kawachi, eds. *Social Epidemiolog.* Oxford: Oxford University Press, 2000.

Putnam, Robert D. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community.* New York: Simon and Schuster, 2000

_____. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy.* Princeton: Princeton University Press, 1993.