



*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 26 mai au 6 juin 2002

**Thomas Bossert,  
Ecole de Santé Publique de  
Harvard**

### **Activités I.A.1.1**

#### **Liste de Distribution :**

Dr Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP  
Dr Ismaili 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 Saïda 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, Ministère de la Santé/DHSA  
M. Benelkadi, Ministère de la Santé/DRH  
Dr Mahjour, Ministère de la Santé/DELM  
Mme Meshak, 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 Omani, JSI/Maroc  
Mme Malika Laasri, JSI/Maroc  
Mme Sati Sayah, JSI/Maroc

**Soumis : le 24 juillet 2002**

*A*

## TABLES DE MATIERES

Acronymes .....	i
Executive summary .....	1
Résumé.....	2
Objectifs .....	3
Activités.....	3
I. Visite à Tanger-Tétouan .....	3
I.1. Observations sur l'autonomie hospitalière .....	3
I.2. Observations sur la gestion provinciale et régionale.....	7
I.3. Coordination régionale.....	7
I.4. Gestion de l'assurance qualité.....	8
I.5. Atelier/Formation de Tanger-Tétouan.....	8
II. Etude sur le capital social .....	9
III. Enquête sur "l'espace de décision" .....	9
IV. Divers .....	9
Annexes.....	10
Annexe 1 : Terme de référence du consultant .....	11
Annexe 2 : Calendrier de visite du consultant .....	13
Annexe 3 : Entretiens et personnes contactées .....	14
Annexe 4 : Proposition de note technique de l'atelier/formation sur les thèmes de la décentralisation .....	15
Annexe 5 : Note technique sur l'étude du capital social .....	18
Annexe 6 : Références bibliographiques.....	23

## 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'Équipement 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

## EXECUTIVE SUMMARY

Since 1996, the Ministry of Health has started an internal dialogue to define decentralization modalities, as well as a decentralized health services model. A series of meetings and workshops, gathering different decision makers of all health administration levels, were organized. These discussions were documented through several reports. The latest one is the report on the seminar held in Agadir during October 2001. As part of its objectives, *Progress* provides technical assistance to the decentralization process initiated by the MOH. Therefore, *Progress* activities aim to assist the MoH in the definition of roles and responsibilities at all level of the MoH management. *Progress* has developed in collaboration with MOH central and regional officials several activities to carry the decentralization process.

The objectives of this consultancy were:

- Support the preparation of the Tanger-Tétouan Workshop/Training on decentralization for regional coordinators and national directors
- Assess the capacities and activities at the province and regional level and the CHP and review the innovations in regional coordination in Tanger-Tétouan
- Prepare a proposal on applied research and interventions for social capital in rural and semi-urban communities
- Review preliminary results of survey of délégués on "decision space"

## RÉSUMÉ

Depuis 1996, le ministère de la Santé a entamé un dialogue interne pour définir les modalités de déconcentration, ainsi qu'un modèle de services de santé décentralisés. Une série de réunion regroupant différents décideurs de tous les niveaux de l'administration sanitaire, a été organisée. Ces discussions ont été documentées à travers plusieurs rapports ; le dernier en date étant le rapport du séminaire tenu à Agadir durant octobre 2002. Dans le cadre de ses objectifs, *Progress* fournit l'assistance technique pour accompagner la décentralisation des services de santé à travers le processus de déconcentration entamé par le ministère. Cependant, les activités *Progress* visent à assister le MS dans la définition des rôles et responsabilités à tous les niveaux de l'administration du MS. *Progress* a développé en collaboration avec les responsables des niveaux central et régional du MS plusieurs activités pour mener à bonne fin le processus de décentralisation.

Les objectifs de cette mission étaient :

- Appuyer la préparation de l'atelier/formation de Tanger-Tétouan sur la décentralisation destiné aux coordinateurs régionaux et directeurs nationaux.
- Évaluer les capacités et les activités aux niveaux provincial et régional et au CHP et passer en revue les innovations dans la coordination régionale à Tanger-Tétouan.
- Préparer une proposition sur la recherche appliquée et des interventions pour le capital social dans les communautés rurales et semi-urbaines.
- Examiner les résultats préliminaires de l'étude des délégués sur l'"espace de décision".

## OBJECTIFS

- Appuyer le développement de l'atelier/formation de Tanger-Tétouan sur la décentralisation destiné aux coordinateurs régionaux et directeurs nationaux.
- Évaluer les capacités et les activités aux niveaux provincial et régional et au CHP et passer en revue les innovations dans la coordination régionale à Tanger-Tétouan.
- Préparer une proposition sur la recherche appliquée et des interventions pour le capital social dans les communautés rurales et semi-urbaines.
- Examiner les résultats préliminaires de l'étude des délégués sur l'"espace de décision".

## ACTIVITES

### I. Visite à Tanger-Tétouan

Au cours de ma visite dans la région de Tanger-Tétouan, j'ai eu des entretiens avec trois délégués provinciaux (dont le coordinateur régional), un administrateur provincial, quatre directeurs d'hôpital, les directeurs de plusieurs CS et CSR, le Wali de Tétouan et deux ONG (voir ci-dessous la liste d'entretiens). Nous avons examiné leurs initiatives, leur perception des contraintes centrales sur leur capacité de performance et leurs conseils sur des réformes nécessaires. Nous avons également discuté des options pour un prochain atelier sur la décentralisation destiné aux coordinateurs régionaux et aux directeurs nationaux.

#### I.1. Observations sur l'autonomie hospitalière

Bien qu'une évaluation économique attentive soit nécessaire pour corroborer cette conclusion, il semble évident que le total des ressources attribuées au secteur hospitalier marocain est insuffisant. Le faible niveau général des dépenses dans le domaine de la santé comparé à d'autres pays similaires, conjugué à la louable décision historique de promouvoir les soins de santé primaire et d'allouer davantage de ressources budgétaires à ce secteur qu'aux hôpitaux, a eu pour conséquence une baisse croissante des ressources des services qui font face à la demande de plus en plus élevée d'une population qui passe par une transition épidémiologique et démographique. Ce contexte a eu un impact significatif sur l'efficacité de la décentralisation des hôpitaux.

Dans les hôpitaux autonomes SEGMA, la gamme de choix réels offerts aux directeurs d'hôpital est extrêmement limitée. Les directeurs d'hôpital n'ont aucun contrôle ni sur le personnel ni sur le budget salarial. Ils reçoivent une subvention fixe du budget central qui est basée sur leurs dépenses historiques et qui ne varie pas, et ce malgré des changements de la charge ou de la demande. On attend d'eux qu'ils collectent des fonds par la tarification, mais les prix sont fixés par une loi nationale et n'ont pas changé depuis 1967. Beaucoup d'exemptions de tarifs limitent les options de certains hôpitaux et altèrent l'offre de certains autres. S'ils contrôlent la planification et la fixation de leur budget "fonctionnel" (hors-salaire et hors-capital), les directeurs d'hôpital ne peuvent opérer aucun transfert d'une rubrique à l'autre en cours d'année. Cela n'est pas considéré comme un problème majeur puisqu'ils ont

tendance à dépenser dans toutes les rubriques jusqu'aux limites, mais c'est une restriction qui empêche la flexibilité au cours de l'année. Ils peuvent demander des fonds additionnels en cas d'urgence ou d'événements inattendus (comme une épidémie), mais ces fonds doivent être approuvés au niveau national. Une rubrique importante - pour les produits pharmaceutiques - a été centralisée ces dernières années : les achats sont effectués au niveau central et le système ne semble pas aussi souple et adapté aux besoins de l'hôpital que le système précédent où les hôpitaux pouvaient acheter localement les produits pharmaceutiques.

Les directeurs d'hôpital ont soulevé deux questions majeures : leur absence de contrôle sur les ressources humaines et les problèmes de collecte de fonds par les tarifs. Ils ont constaté que leur incapacité de recruter et de motiver le personnel adéquat pour leur établissement a limité leur efficacité en tant que directeurs. Ils se sont plaints de l'affectation fréquente par le ministère de personnel dont ils n'ont pas besoin (comme les chirurgiens additionnels inutiles alors qu'ils ont besoin d'obstétriciens ou d'autres spécialistes) et de la perte du poste lorsque le membre du personnel est transféré hors de leur province. Ils ne disposent ni d'un rôle à jouer dans les décisions sur les promotions ou les salaires ni de véritables moyens pour motiver le personnel et n'ont qu'un pouvoir limité pour sanctionner les mauvais travailleurs. L'incapacité d'imposer des règles contre l'exercice dans le secteur privé a été également mentionnée et tous ont suggéré que ces règles doivent être changées pour s'adapter à cette pratique et la rendre transparente.

Le manque de contrôle sur les tarifs constitue également un problème important. Bien que certains hôpitaux aient pu générer une part importante de leur budget fonctionnel (jusqu'à 50%), d'autres n'ont pas réussi à compléter leur subvention nationale. Si certaines questions de collecte de fonds par le biais des tarifs peuvent être dues à l'échec de la direction hospitalière à adopter des solutions entrepreneuriales, quelques rigidités empêchent les directeurs d'hôpital de réussir. Les hôpitaux offrant des services non payants (c.-à-d. la tuberculose, les maladies infectieuses) n'ont aucun mécanisme additionnel pour obtenir des subventions pour ces services. Ils sont obligés de fonctionner avec des budgets de plus en plus limités qui ne répondent pas à l'augmentation de la demande. Ils disposent aussi maintenant d'un incitatif pour réorienter leurs services dont certains seront payants - comme les services des patients - même s'il ne s'agit pas toujours pour eux des services les plus appropriés à offrir.

Il y avait également la crainte croissante qu'ils n'ont pas les qualifications et la souplesse de gestion qui sont nécessaires pour concurrencer les établissements privés sous les options éventuelles du projet d'assurance maladie obligatoire.

Les directeurs d'hôpital se sont souvent plaints de l'absence de définition précise de leurs rôles et fonctions et du manque de règles claires de coordination. Les directeurs d'hôpital que j'ai rencontrés semblaient avoir des perspectives différentes sur leurs rôles et sur celui du directeur du CHP. L'un a remarqué qu'il y avait une collaboration générale entre les directeurs d'hôpital et que la planification pour la région se faisait par consensus. D'autres ont constaté qu'il y avait peu de collaboration ou de consensus et que chaque directeur était livré à lui-même. Le directeur du CHP d'une province a dit que son rôle consistait seulement à rassembler les budgets et les commandes pharmaceutiques des autres directeurs et que ce n'était pas un rôle de coordination ou de création de consensus.

Ces observations soulèvent les remarques suivantes :

**Financement hospitalier.** En général, il apparaît que l'importante décision historique de promouvoir les soins de santé primaires a été relativement efficace pour l'allocation en de ressources financières significatives aux activités des centres de santé et des dispensaires et à la promotion de la santé. Si cette allocation budgétaire a contribué de manière importante à l'efficacité du système marocain pour améliorer les statistiques des soins de santé de base et réduire la fécondité, elle peut maintenant constituer une contrainte limitant la capacité du système à répondre aux besoins réels et à la demande de la population en matière de soins hospitaliers de qualité. Il est évident que même pour des objectifs nationaux majeurs comme la maternité sans risque, des investissements importants dans les hôpitaux et dans certaines spécialités sont indispensables.

La stratégie adoptée par le gouvernement national pour fixer des subventions aux niveaux historiques et encourager les hôpitaux à augmenter les recettes du budget de fonctionnement par des tarifs constitue une étape importante vers un système de financement plus durable. Elle a été quelque peu efficace dans les systèmes en voie de développement et les compétences de gestion pour la collecte et même pour évaluer et répondre à la demande réelle du marché. Cependant, un manque significatif de souplesse dans le programme de facturation limite la capacité de certains hôpitaux à générer efficacement des revenus (particulièrement ceux qui traitent les maladies chroniques et infectieuses) et semble avoir plutôt une mauvaise impulsion sur les soins de santé qui doivent être fournis gratuitement à la population-cible démunie. Si une subvention efficace dans un système de sécurité sociale peut traiter cette question, le système actuel souffre et a besoin de certaines activités réparatrices.

Il y a au moins deux stratégies possibles en ce qui concerne les tarifs : 1) Changer le programme de tarification actuel pour permettre une gamme de choix aux différents services et davantage de souplesse avec le temps. Cela peut requérir un changement juridique et être un long processus, mais cela devrait être fait de toute façon avant le système d'assurance. 2) Elaborer un mécanisme pour partager les recettes des tarifs hospitaliers d'une même région de sorte que ceux qui réussissent à collecter plus de recettes que d'autres soient requis de contribuer à une caisse commune qui réallouerait les fonds selon une formule basée sur le nombre de cas exempts de paiement servis par un hôpital.

L'autre stratégie importante pour le financement des hôpitaux est d'obtenir suffisamment d'appui au sein du gouvernement pour augmenter le niveau total de financement public des soins de santé et utiliser une grande partie de cette augmentation dans le secteur hospitalier.

**Gestion des ressources humaines.** Le second secteur essentiel à l'amélioration doit développer un système plus orienté vers le marché permettant l'allocation des ressources humaines, le développement des compétences de gestion des ressources humaines des directeurs d'hôpital et de leur personnel et un plus grand contrôle exercé par les directeurs d'hôpital sur le recrutement, la motivation, la promotion et la discipline du personnel. Si cette responsabilité peut être partagée avec les directeurs provinciaux et régionaux, il est important que les directeurs des hôpitaux obtiennent un contrôle significatif de la principale ressource dans leur

hôpital, contrôle sans lequel il ne faut pas s'attendre à une amélioration de leurs performances.

Si la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux ne peut pas être entièrement cernée dans ce rapport, il est important de prendre en considération plusieurs questions-clés. En premier lieu, la solution aux besoins des hôpitaux en ressources humaines ne peut être résolue par l'établissement de normes rigides de recrutement basées sur la population à servir. Il n'existe aucun système connu de système de recrutement efficace et efficient basé sur la population. Les hôpitaux doivent développer une gestion plus souple qui peut tenir compte de la demande réelle, des fournisseurs alternatifs et d'objectifs comme les besoins et la demande dans le futur. Les directeurs d'hôpital doivent par conséquent être formés à une gestion plus flexible des ressources humaines qui leur permette d'évaluer le "marché" pour leurs services et de répondre au changement des besoins et de la demande. Ils ont besoin des meilleurs systèmes d'information et des compétences pour analyser ces informations. En second lieu, le niveau central pourrait élaborer une série de lignes d'orientations pour offrir une gamme de choix dans la répartition et la mission des ressources humaines. Il devrait y avoir des limites supérieures et inférieures au nombre de membres du personnel généralisé et spécialisé affecté à un hôpital. Par exemple, les hôpitaux ne devraient pas être autorisés à augmenter de manière significative leur personnel dans les secteurs qui ne sont pas indispensables aux besoins des populations qu'ils servent (cette question pourrait être développée même pour les décisions centralisées relatives à la répartition des ressources humaines). Un directeur d'hôpital serait par exemple autorisé à recruter entre 3 et 5 chirurgiens pour un hôpital doté d'un certain nombre de lits. Au fur et à mesure que se développent les compétences de gestion des ressources humaines, ces lignes d'orientation pourraient être changées de sorte que les directeurs puissent demander du personnel plus ou moins nombreux en se basant sur une évaluation complexe du marché. Ces deux sujets exigeraient également que le système abandonne la perspective de "planification" des ressources humaines qui suppose que le centre détermine les besoins réels dans toutes les spécialités, contrôle l'éducation de ces médecins et s'engage ensuite à les recruter. Ce système n'est pas approprié à un système géré avec souplesse et compétitif du secteur privé. En troisième lieu, les directeurs d'hôpital doivent également avoir une plus grande influence sur leur personnel. Ils doivent disposer de mécanismes pour récompenser de meilleures performances et discipliner le personnel non performant. Un système de gestion basé sur des indicateurs de performances ne sera pas très efficace si les directeurs des hôpitaux ne peuvent pas garder leur personnel performant et avoir à leur disposition des incitatifs pour les performances et des sanctions pour l'absence de performance. Comme on le remarquera ci-dessous, la motivation peut résulter d'une satisfaction dans la réalisation du travail - comme dans un programme efficace de garantie de la qualité - ; cependant, dans le long terme, ces incitatifs nécessitent également un certain appui matériel.

**Rôles et responsabilités des directeurs d'hôpital.** Il serait utile de mieux définir les rôles et les responsabilités des directeurs d'hôpital et les relations entre les directeurs d'hôpital et le directeur du CHP. Une définition rigide n'étant pas fonctionnelle, il serait bon d'élaborer des lignes d'orientation et des manuels pour la gestion interne des hôpitaux et la coordination entre les hôpitaux. Les directeurs d'hôpital devraient être encouragés à tenir des réunions régulières avec le personnel

et à avoir des mécanismes réguliers de compte-rendu entre les membres du personnel. Le directeur de CHP devrait avoir un rôle de coordinateur entre les directeurs et disposer d'une autorité individuelle limitée (pour éviter les conflits d'intérêt et favoriser son hôpital) et de règles précises de prise de décision entre les directeurs (par exemple par consensus ou 2/3 de voix majoritaires). Le directeur devrait également avoir des réunions régulières de coordination et développer des mécanismes de subventions croisés entre les hôpitaux (voir ci-dessus).

## **I.2. Observations sur la gestion provinciale et régionale**

Dans la province de Tétouan, j'ai pu observer le modèle de gestion du Dr Bekkali qui constitue un important exemple à encourager dans d'autres provinces et régions. Le Dr Bekkali offre un modèle de conduite dynamique et énergique, peut-être difficile à adopter par certaines personnalités, mais de nombreuses activités et approches pourraient être utilisées dans d'autres provinces et régions.

Le Dr Bekkali a mis en application trois innovations majeures : 1) il a développé une approche consensuelle de la coordination régionale dans la région de Tanger-Tétouan ; 2) il a extrêmement bien réussi à obtenir des "partenaires" locaux (et internationaux par leur biais) un apport d'investissements additionnels et même un appui au budget de fonctionnement ; 3) il a consacré une partie importante de son temps et de son énergie à développer une méthodologie cohérente et usuelle de "garantie de la qualité" qui est utilisée dans tous les établissements de la province de Tétouan.

## **I.3. Coordination régionale**

Le système de coordination régionale dans la région de Tanger-Tétouan est, selon tous les participants, basé sur la collaboration et le consensus. Par exemple, la sélection du projet à financer par *Progress* a été faite de la manière suivante : chaque province avait présenté une proposition à financer ; les propositions ont toutes été examinées collectivement et l'octroi du financement s'est fait par consensus. Chaque province a dû justifier son projet en se basant sur les besoins et la disponibilité de sources alternatives de financement. Finalement, les quatre provinces ont obtenu davantage de ressources que la province du coordinateur régional. Cette approche a différé de l'approche d'Agadir qui consistait à allouer à chaque province la même part de financement (un mécanisme qui a également évité le conflit d'intérêt du coordinateur régional, mais qui n'a pas alloué les ressources selon les besoins et le financement alternatif). L'autre innovation consistait à choisir démocratiquement un délégué provincial pour le Secrétariat de la région de sorte que certaines responsabilités régionales puissent être partagées au-delà de la "province seule". Ces innovations peuvent être envisagées par d'autres coordinateurs régionaux comme des mécanismes pour encourager une plus grande collaboration et éviter les conflits d'intérêt impliqués par les coordinateurs régionaux qui sont également délégués provinciaux.

*Collecte de fonds auprès des partenaires.* Avec des budgets nationaux réduits et des restrictions qui limitent les revenus des tarifs, la principale autre source de financement pour les provinces est d'obtenir l'aide du partenariat. Le Dr Bekkali a été extrêmement efficace dans cette forme de collecte de fonds et l'efficacité de sa

coordination régionale et de sa gestion locale dépendaient en partie de la réussite de cette collecte de fonds. Il a essentiellement travaillé avec les ONG locales et les particuliers pour obtenir des fonds pour financer la construction et transformer des centres de santé - qui sont maintenant basés sur un même modèle et sont incroyablement propres et accueillants - et l'achat de nouveaux équipements (y compris le matériel clinique et informatique). Il a également réussi à obtenir le soutien espagnol pour transformer un vieux bâtiment en nouvelle maternité pour le CHP. Cette aide a permis de créer un établissement distinct qui gère même la maternité avec du personnel extra-santé. Il a d'autres projets de construction de laboratoires et d'installations diverses. Ses sources extérieures de financement lui permettent également d'assurer la formation et des séminaires pour le personnel. Il est certain que son succès lui a fourni des ressources matérielles qui jouent un rôle important pour motiver le personnel de ses établissements. Travailler avec des partenaires implique également des activités de collaboration, par exemple entre les centres de soin de jour de plusieurs ONG et le personnel des centres de santé qui assurent l'éducation sanitaire. Il serait utile que le Dr Bekkali partage certaines de ses expériences de collecte de fonds avec d'autres délégués pour leur suggérer les méthodes et les approches qui se sont révélées efficaces.

#### **1.4. Gestion de l'assurance qualité**

Le Dr Bekkali a mis en application un programme d'assurance qualité utilisant les méthodes-clés aujourd'hui promues par la plupart des programmes de qualité. Il a montré que cette approche peut être efficace pour motiver sensiblement le personnel et résoudre certains problèmes de qualité si elle est appliquée de manière cohérente avec d'importants investissements en temps et en leadership. Il a développé le programme sur cinq ans et dispose aujourd'hui d'un système usuel et cohérent qui est utilisé par tous les établissements de santé. Pour être efficace, ce programme a nécessité d'importants investissements à tous les niveaux de formation, un suivi constant, des réunions régulières du personnel pour développer et mettre en application chaque cycle de résolution des problèmes, des réunions provinciales régulières des directeurs de service pour présenter les résultats entre eux et organiser des concours de prix entre établissements. Chacun des quatre établissements que j'ai visités était au moins dans son deuxième cycle de résolution des problèmes assurance qualité et le personnel était extrêmement bien au courant, adepte de la méthodologie et fier de ses réalisations. Cette approche a été manifestement une solution pour motiver le personnel et l'encourager à assumer plus de responsabilités dans leurs établissements de santé. Si la plupart des délégués provinciaux, directeurs d'hôpital et directeurs nationaux connaissent les techniques d'assurance qualité et que de nombreux programmes les ont adoptées, il serait utile que les délégués et les directeurs visitent le programme de Tétouan et en discutent les détails pour savoir comment ce programme a été développé et mis en application et quels sont les facteurs qui semblent avoir été essentiels à son évident succès.

#### **1.5. Atelier/Formation de Tanger-Tétouan**

Au cours des discussions à Tanger, Tétouan et Rabat, nous avons développé l'approche décrite dans la note technique jointe. Il a été estimé que le programme de formation devrait se concentrer sur ce que les délégués pourraient maintenant faire

sans changement des lois ou des règlements, mais que la formation et les discussions devraient également s'orienter vers un consensus sur des changements à moyen et à long terme dans les secteurs de la gestion des ressources humaines, le budget et les finances ainsi que la gestion et le leadership. Avec la composante de la formation, nous avons convenu que l'atelier devrait durer au moins cinq jours, mais que l'atelier central devrait durer trois jours autour d'un week-end où les coordinateurs régionaux et les directeurs nationaux se réuniraient au sujet d'au moins deux principaux thèmes (les ressources humaines et les budgets); un programme de formation additionnel de deux jours sur le leadership et la gestion sera également élaboré pour les délégués. La date de l'atelier devra être discutée avec les directeurs pour déterminer la période la mieux appropriée par rapport aux élections, aux vacances et à l'installation du nouveau gouvernement.

## **II. Etude sur le capital social**

J'ai rencontré Susan Wright, Taoufik Bakkali et Peter Kresge du bureau de l'USAID au Maroc pour discuter d'un projet de recherche appliquée sur le capital social à coordonner avec d'autres projets de l'USAID. J'ai proposé de travailler sur le projet dans le cadre des activités actuelles de *Progress* pour aider à la conception du projet, y compris à celle du questionnaire pour l'étude des lignes de base (qui sera mise en application par un autre projet) et contribuer à l'élaboration des interventions pour la santé et d'autres activités de développement qui résulteraient de la définition commune des priorités. Voir ci-joint la note technique sur le capital social.

## **III. Enquête sur "l'espace de décision"**

L'enquête auprès des délégués pour évaluer leur perception du degré de "l'espace de décision" qu'ils exercent; a été effectuée pendant la visite de janvier et mise à jour par Volkan après examen avec d'autres responsables du ministère de la santé. Elle a été distribuée aux coordinateurs régionaux dans l'atelier de Settat en avril et envoyée à tous les autres délégués. Quasi tous les délégués ont remis le questionnaire et les données ont été saisies avant ma visite. Malheureusement, la personne chargée de la saisie des données a eu quelques problèmes de santé inattendus et n'a pas pu fournir les résultats préliminaires pendant ma visite. Nous travaillerons sur l'analyse par courrier électronique et disposerons d'un rapport qui sera présenté à l'atelier de Tanger-Tétouan.

## **IV. Divers**

J'ai assisté à la séance initiale d'une réunion pour préparer la conférence nationale sur assurance qualité et j'ai fait quelques commentaires sur les objectifs et les questions clés de la conférence.

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Terme de référence du consultant**

**Annexe 2 : Calendrier de visite du consultant**

**Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées**

**Annexe 4 :**

**Annexe 5 :**

**Annexe 6 : Références bibliographiques**

## ANNEXE 1 : TERME DE REFERENCE DU CONSULTANT

<b>Nom du consultant :</b>	Tom Bossert
<b>Nature de consultation :</b>	Assistance Technique
<b>Activité du Plan d'Action :</b>	Activité I.A.1.1
<b>Dates de consultation :</b>	27 mai au 6 juin, 2002
<b>Responsables de l'Activité:</b>	MS (centre) : Dr Tyane, Dr Jrondi (DHSA), Dr Belghiti (UMER) MS (régions): Dr Bakkali (TT), Dr Cherradi (SMD) USAID: Susan Wright, Taoufik Bakkali JSI: Volkan Cakir, Boutaina El Omari

---

### *Introduction :*

Depuis 1996, le ministère de la Santé a entamé un dialogue interne pour définir les modalités de déconcentration, ainsi qu'un modèle de services de santé décentralisés. Une série de réunion regroupant plusieurs représentants de tous les niveaux de l'administration sanitaire, a été organisée. Ces discussions ont été documentées à travers plusieurs rapports ; le dernier en date étant le rapport du séminaire tenu à Agadir durant octobre 2002. Dans le cadre de ses objectifs, *Progress* fournit l'assistance technique pour accompagner la décentralisation des services de santé à travers le processus de déconcentration entamé par le ministère. Cependant, les activités *Progress* visent à assister le MS dans la définition des rôles et responsabilités à tous les niveaux de l'administration du MS. *Progress* a développé en collaboration avec les responsables des niveaux central et régional du MS plusieurs activités pour mener à bonne fin le processus de décentralisation.

### **Objectifs de la consultation :**

La présente consultation a pour but de fournir une assistance technique pour :

1. Travailler sur l'analyse du questionnaire sur les délégués ;
2. Préparer le séminaire de Tanger sur la décentralisation prévu pour l'automne 2002.

### **Tâches spécifiques:**

Durant son séjour, le consultant aura à :

1. Assister dans la préparation de l'atelier sur la régionalisation qui sera tenu en automne 2002. L'objectif de l'atelier est de contribuer dans la discussion interne sur les rôles et responsabilités des responsables du niveau régional ;
2. Planifier le cours de renforcement de capacités qui sera assuré par les responsables du niveau régional. Les besoins pour un tel cours ont été identifiés durant l'atelier d'Agadir. Quatre thèmes ont été choisis : a) gestion des ressources financières, b) gestion des ressources humaines, c) planification stratégique et d) leadership.
3. Analyser les résultats de l'enquête d'information de base du degré actuel de décentralisation utilisant l'approche « espace de décision » ;

4. Revoir l'intérêt des décideurs du MS pour le développement des formules d'allocation aux provinces et régions ;
5. Planifier une étude de recherche appliquée aux programmes communautaires dans le cadre de *Progres* ;
6. Présenter un rapport de consultation lors des réunions de débriefing avec les représentants du MS et de l'USAID.
7. Soumettre le rapport final au plus tard deux semaines après la fin de la consultation (copies informatique et éditée sont exigées).

## ANNEXE 2 : CALENDRIER DE VISITE DU CONSULTANT

<i>Lun</i>	<i>Mar</i>	<i>Mer</i>	<i>Jeu</i>	<i>Ven</i>	<i>Sam</i>	<i>Dim</i>
<b>27 mai</b> 11h30 Arrivée des USA          Nuit à Rabat <b>3 juin</b>	<b>28 mai</b> 8h30 réunion de briefing avec l'USAID Départ pour Tanger - Réunion avec les délégués de FBM et TA - Réunion avec les directeurs des hôpitaux de Tanger - Rencontre avec le Conseil Régional.          Nuit à Tanger <b>4 juin</b>          16h00 Débriefing avec l'USAID          Nuit à Rabat	<b>29 mai</b>          Départ pour Tétouan          Réunion avec le coordinateur régional.          Réunion avec les cellules régionales          Nuit à Tétouan <b>5 juin</b>          11h30 Départ pour les USA	<b>30 mai</b>          Rencontre avec le Wali.          Retour à Rabat          Nuit à Rabat	<b>31 mai</b>          Réunion avec l'USAID          Nuit à Rabat	<b>1 juin</b>          Nuit à Rabat	<b>2 juin</b>          Nuit à Rabat
9h00 réunion avec Mme Meshak  10h30 réunion avec M. Benelkadi  15h00 Réunion avec Belghiti  Réunion avec Dr Jrondi  Réunion avec M. Laziri  Nuit à Rabat						

**2002**

## ANNEXE 3 : ENTRETIENS ET PERSONNES CONTACTEES

### Rabat

Dr Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP  
Dr Saida Jroni, Ministère de la Santé/DHSA  
Dr Nada Darkaoui, Ministère de la Santé/DHSA  
Dr Abdelalil Belghiti, Ministère de la Santé/DHSA  
M. Mouhamad Belkadi, Ministère de la Santé/DRH  
M. Mustafa Azamat, Ministère de la Santé/DPRF/SEIS  
M. Zinneddine Idriss, Ministère de la Santé/DPRF/SES  
Mlle Asma Alami, Ministère de la Santé/DPRF/SES  
Mme Meshak, Ministère de la Santé/DRC  
Mme Susan Wright, USAID/Maroc  
M. Taoufik Bakkali, USAID/Maroc  
Dr Volkan Cakir, JSI/Maroc

### Tanger

Dr Bendeli, Délégué de la Province de Tanger  
Dr Cherrat, Délégué de la Province Fahs Beni Makada  
Dr El Janati, Directeur du CHP Tanger  
Dr Kassoui, Directeur de l'hôpital Al Kortobi  
Dr Fellous, Directeur de l'hôpital Duc De Tovar  
Dr Koualla, Médecin Chef du SIAAP Tanger  
Mme Sati Sayah, JSI/Maroc

### Tétouan

M. Rharrabi, Wali de Tétouan  
Dr Rachid Bekkali, Coordinateur régional de Tanger-Tétouan  
Dr Belahcen Jawad, Directeur du CHP Tétouan  
M. Miloudi Asouali, Administrateur-économiste provincial Tétouan  
Dr Masmoudi, Directeur du CS Mdiq  
Dr Mokitnezha, Directeur du CSR Beukauch  
Dr Miloudi, Directeur du CS M'hannech  
Mme Amina, ONG "Siyda Houra"  
Mme Hakina, ONG "Syda Houra"  
Mme Asmae Benabdellah, Ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfance

## **ANNEXE 4 : PROPOSITION DE NOTE TECHNIQUE DE L'ATELIER/FORMATION SUR LES THEMES DE LA DECENTRALISATION**

**Octobre 2002**

### **Objectifs**

Développer davantage un consensus spécifique entre les directeurs nationaux, les coordinateurs régionaux et les administrateurs sur les rôles, les responsabilités, l'"espace de décision" et les capacités indispensables aux processus actuels et futurs de décentralisation.

### **Activités**

Donner une synthèse des résultats des enquêtes sur l'"espace de décision " au niveau de la province, de la région (et si disponible, des hôpitaux).

L'atelier/séminaire se concentrera ensuite sur trois principaux sujets d'intérêt :

- Questions budgétaires (budget global, indicateurs de performance, règles d'allocation, collecte de fonds auprès des partenaires).
- Ressources humaines (administration, répartition, incitatifs, motivation).
- Gestion et leadership (planification stratégique, assurance qualité, communication, négociation et résolution de conflits).

L'atelier/formation assurera à chacun des principaux thèmes :

- Un programme de formation générale sur les activités et les compétences qui peuvent être actuellement exercées dans le cadre des normes et règles en vigueur du ministère de la santé et des lois et règlements actuels.
- Une occasion pour les délégués d'échanger des expériences dans ce domaine.
- Le développement du consensus à moyen et long terme sur la taille de l'espace de décision qui sera autorisée pour chacun des principaux thèmes ainsi que l'élaboration des lignes d'orientation.
- La planification d'un processus de formation pour le développement de capacités répondant aux nouvelles responsabilités.

### **Soucis**

La durée de l'atelier devra être assez longue pour donner le temps à la formation, à l'échange d'idées et d'expériences entre les délégués, l'examen de futures options et le développement d'un consensus pour les trois principaux thèmes. Cependant, il devrait également être assez court afin que tous les délégués régionaux, administrateurs, directeurs d'hôpital et directeurs nationaux intéressés puissent y assister.

La qualité de la formation devra être extrêmement élevée et les formateurs des sessions devront être soigneusement choisis afin qu'ils puissent fournir des informations et une formation générale sur :

- les besoins et compétences actuels (comme l'administration des ressources humaines ou les procédures budgétaires globales actuelles) qui renseigneraient les délégués et les administrateurs sur les principes généraux et les compétences-clés aptes à améliorer les performances dans le contexte des politiques, normes et lois existantes ;
- une idée des besoins en formation plus spécifiques et continus qu'ils devront eux-même suivre ainsi que le reste de leur personnel ;
- de futures options de changement dans les responsabilités et l'"espace de décision" (par exemple quelles seront les directives, les compétences et la formation nécessaires aux délégués et aux directeurs d'hôpital s'ils sont responsables du recrutement, licenciement et transfert de tout le personnel sous leur responsabilité et qu'un marché du travail est établi pour remplacer l'actuel système dirigé de l'offre ? ou quelles seront les qualifications et conseils nécessaires pour le processus budgétaire des hôpitaux si un système de sécurité sociale permettant la concurrence entre les établissements publics et privés est appliqué ?) ;

Des discussions avec les directeurs nationaux des ressources humaines, financières et juridiques devraient établir les domaines actuellement à l'étude pour élargir l'"espace de décision" dans des circulaires du ministère de la santé.

L'expérience des principaux délégués régionaux devrait être passée en revue pour choisir des expériences-références à exposer dans l'atelier.

### **Programme possible**

Mardi 7 octobre

Matin Introduction/Objectifs/Revue des concepts et historique du processus  
Présentation des résultats de l'enquête  
Discussion des résultats

Après-midi : Introduction aux larges futures options dans trois domaines :

1. Options de financement pour l'amélioration des performances, l'efficacité et l'équité
2. Options ressources humaines pour un marché du travail plus ouvert et des affectations plus flexibles aux niveaux de la province et de l'établissement, incitatifs pour les régions défavorisées
3. Gestion et leadership dans les marchés compétitifs

Mercredi 8 octobre

Matin Ressources humaines

1. Formation sur les processus administratifs planifiés
2. Echange d'expériences-références ?
3. Formation sur les principaux thèmes de l'évaluation de la promotion

Après-midi Ressources humaines (suite)

1. Formation sur les thèmes de répartition des ressources humaines dans des marchés du travail plus ouverts
2. Discussion des lignes d'orientation préliminaires et de leur processus d'élaboration
3. Discussion et recommandations sur les politiques de ressources humaines à moyen et long terme

#### Jeudi 9 octobre

##### Matin Finances et budget

1. Formation sur le budget global et les indicateurs de performances pour les provinces et les hôpitaux
2. Discussion du cas du CHP de Tanger
3. Echange d'expériences-références sur la collecte de fonds auprès du partenariat

##### Après-midi Finances et budget (suite)

1. Formation sur les options du budget hospitalier dans un environnement compétitif d'assurance sociale
2. Discussion des lignes d'orientation préliminaires et de leur processus de développement
3. Discussion et recommandations sur les politiques financiers et budgétaires pour le moyen et le long terme

#### Vendredi 10 octobre

##### Matin Leadership et gestion

1. Motiver le personnel par les méthodes d'assurance qualité
2. Visite de terrain aux centres de santé et à l'hôpital

##### Après-midi Leadership et gestion (suite)

1. Echange d'expériences avec d'autres délégués et directeurs d'hôpital
2. Discussion des lignes d'orientation préliminaires et de leur processus de développement
3. Discussion et recommandations sur les politiques de ressources humaines pour le long et moyen terme

#### Samedi 11 octobre

##### Matin Renforcement de l'appui politique pour des recommandations à moyen et long terme

1. Discussion des principaux acteurs sur les changements de politiques
2. Développement de stratégies possibles pour le plaidoyer et le lobbying

##### Après-midi Session plénière et accord sur les recommandations de Tanger/Tétouan

## ANNEXE 5 : NOTE TECHNIQUE SUR L'ETUDE DU CAPITAL SOCIAL

### Contexte

Les événements du 11 septembre sont venus accroître les raisons de s'intéresser à l'efficacité des programmes sociaux et de la bonne gouvernance chez les populations marginalisées, particulièrement dans le contexte de pays où les idéologies extrémistes ont réussi à mobiliser le mécontentement. Si ce souci n'est pas toujours la seule raison de promouvoir des programmes efficaces et la bonne gouvernance dans des régions pauvres et désavantagées, il apporte un nouvel argument pour identifier les manières les plus appropriées et les plus efficaces d'améliorer les chances de vie et de bien-être social des habitants de ces communautés.

Au cours de ces dernières années, une attention considérable a été consacrée aux concepts du "capital social" : le rapport de confiance, les réseaux sociaux, les associations civiles et bénévoles qui se sont avérées être liées à différentes pratiques démocratiques, à la pauvreté, à l'équité et aux performances générales du gouvernement (Putnam 1993, 2000 ; James, et al 2001 ; Warren, et al 2001 ; Hardin, 2001). Des études ont montré certains liens entre le capital social et les conséquences sociales comme la violence, la réussite dans l'éducation, le comportement de santé et l'état de santé. Un travail récent de la Harvard School of Public Health a également montré des liens solides entre les indicateurs du capital social et les indicateurs de l'état de santé (Kawachi, 2000). Si les études sur les liens entre le capital social, les conséquences sociales, les pratiques démocratiques et les programmes efficaces sont nombreuses, peu d'efforts en revanche ont été faits pour analyser comment les programmes communautaires pourraient favoriser la création ou l'augmentation du capital social. Nous sommes souvent laissés avec l'impression que sans capital social, les programmes sociaux ne valent pas la peine d'être lancés. En l'absence de bonnes études actuelles, l'une des suggestions visant à renforcer le capital social est consacrée à la façon dont les gouvernements locaux et les organismes civils pourraient travailler ensemble pour renforcer la participation de la communauté aux activités tendant à améliorer des chances de vie des jeunes - soins de jour, installations sportives, formation en informatique, clubs sociaux, programmes éducatifs de base, centres de santé de soins primaires, amélioration de l'environnement de la communauté, programmes d'alphabétisation pour adultes, création de micro-entreprises et développement des compétences, programmes de crédit aux micro-entreprises et programmes d'hygiène de vie et de maternité sans risque. La documentation sur l'organisation communautaire pour ces objectifs sociaux se concentre sur une variété d'activités qui pourraient renforcer le capital social et notamment permettre à des organismes locaux d'établir des priorités spécifiques pour des activités collaboratives (Israël, 1995). Si nous avons la preuve empirique de l'efficacité de certaines formes communautaires qui influent sur le comportement social et des indicateurs comme l'état de santé, peu d'études ont abordé le rôle du capital social dans ce processus.

### Organisation communautaire au Maroc

L'USAID, avec d'autres donateurs, finance actuellement plusieurs programmes d'ONG sur l'organisation communautaire au Maroc. Ces programmes incluent la

promotion de la santé, la bonne gouvernance, la démocratie et l'éducation. Les informations anecdotiques laissent penser que les programmes les plus efficaces sont mis en oeuvre dans les communautés qui ont une longue histoire d'organismes sociaux plus coopératifs. Il s'agit des communautés qui ont développé plusieurs éléments qui peuvent 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 sélectionnées pour des interventions potentielles par des programmes sociaux d'USAID (et des communautés jumelées qui ne bénéficieraient pas des interventions et seraient utilisées pour la vérification). En ayant recours à une méthodologie de recherches d'opérations, l'étude choisirait des communautés connues pour leur niveau élevé de capital social, qui seront ensuite comparées à des communautés similaires par certaines facteurs (taille, région, richesse et programmes actuels de santé communautaire), mais avec un faible niveau de capital social. Cette étude évaluerait le degré de participation sociale des organismes bénévoles, les sentiments de confiance et de méfiance envers différents organismes de la société civile et de l'Etat et la densité des réseaux sociaux de communication et de collaboration. Elle collecterait également des informations sur les indicateurs socio-économiques actuels (violence, éducation, santé, revenu) de chaque communauté. L'analyse de la ligne de base relierait d'abord le degré de capital social à ces indicateurs pour voir si les résultats d'autres études internationales sont également trouvés au Maroc.

Ensuite, dans les communautés choisies, les projets de l'USAID travailleraient avec des organismes communautaires existants pour définir les objectifs et les activités pouvant être développés dans le cadre d'un programme de collaboration impliquant des ONG et des institutions gouvernementales locales. L'objectif des interventions de la communauté serait d'établir la confiance et des structures organisationnelles durables d'une part au sein de la communauté et d'autre part entre la communauté et les programmes et institutions de l'Etat. L'activité spécifique (comme les soins de jour, la promotion de la santé ou la génération d'emplois) et ses objectifs (degré d'instruction et état de santé plus élevés, baisse du chômage) constitueraient les objectifs secondaires des interventions.

Une étude de suivi après au moins une année de mise en oeuvre des nouvelles stratégies évaluera les changements dans le degré de capital social et les indicateurs sociaux qui pourraient avoir résulté des nouveaux programmes. Par cette deuxième étude, nous déterminerions l'efficacité des nouvelles approches pour surmonter l'absence initiale de capital social dans certaines communautés.

La contribution de *Progress* à cette activité serait la conception des deux études, la supervision des nouvelles stratégies et, pour les communautés qui s'engagent dans des activités de santé, l'assistance dans la mise en oeuvre de ces activités. Les résultats seraient diffusés par *Progress*, d'autres projets de l'USAID et les ONG.

### **Méthodologie pour les études de la ligne de base et du suivi**

Un rapport succinct de conception sur les questions-clés de capital social et les approches à la participation communautaire aux projets de développement devrait être élaboré comme cadre d'analyse pour l'approche de la recherche et

l'identification des principales questions et d'hypothèses à évaluer par la recherche appliquée. Les éléments de base de ce rapport sont actuellement en cours d'élaboration pour d'autres activités du HSPH et ne demanderaient pas beaucoup de travail additionnel.

Sélectionner au moins huit études communautaires :

- Quatre "communautés d'intervention" avec quelques activités sociales collectives et de faibles indicateurs sociaux :
  - Deux communautés rurales et deux communautés semi-urbaines marginalisées.
  - Deux (une rurale et une urbaine) dans le Nord où la culture sociale est connue comme ayant un faible capital social.
  - Deux (une rurale et une urbaine) dans le Sud : une région connue pour des niveaux de capital social plus élevés.
- Quatre communautés de contrôle dotées de caractéristiques sociales et économiques similaires, mais dépourvues de programmes sociaux significatifs aptes à développer du capital social.

Mener une étude de ligne de base avec des questions sur :

- Les attitudes actuelles de confiance (définies sous plusieurs dimensions) envers :
  - des institutions locales de l'Etat
  - des groupes politiques
  - des groupes religieux
  - des groupes sportifs
  - des groupes sociaux/culturels
  - des programmes sociaux d'ONG dans le domaine de la santé, de l'éducation, etc.
  - des établissements publics de santé, d'éducation, etc.
- La participation actuelle dans des associations de bénévolat :
  - Nombre d'associations dans lesquelles le sujet a participé
  - Nombre de réunions ou d'activités suivies au cours des trois derniers mois
  - Importance pour le sujet de participer à une association bénévole relative aux activités liées au revenu et au ménage
  - Satisfaction par l'association bénévole à laquelle le sujet a été récemment associé
  - Raisons pour ne pas adhérer à des associations bénévoles
- Caractéristiques socio-économiques :
  - Emploi
  - Education
  - Style de vie (e.g. fumeur)
  - Identification ethnique, régionale, tribale

Critères de sélection des communautés :

- Communautés semi-urbaines marginalisées avec des immigrants récents de régions rurales
- Communautés rurales avec un accès difficile aux infrastructures et programmes urbains

- Niveau élevé de chômage :
  - Faible niveau d'éducation et de mesures de santé
  - Haut niveau de violence interpersonnelle
  - Quelques activités d'ONG ou de programmes gouvernementaux

La taille de l'échantillonnage pour les études au sein de chaque communauté devrait être déterminée par les besoins statistiques pour la taille de chaque communauté.

Former un petit nombre d'enquêteurs hautement qualifiés ayant des compétences pour poser des questions sur les thèmes sensibles. Cette équipe devrait visiter tous les endroits pour assurer une qualité conséquente aux comptes-rendus. Si possible, un centre académique ou de recherche local devrait être impliqué et passer en revue les documents de conception, élaborer l'instrument de l'étude et participer à l'analyse.

### **Méthodologies des interventions**

L'un des projets de l'USAID (avec la mission la plus générale – la bonne gouvernance, le développement urbain peut-être ?) devra (avec l'aide de Harvard assurée par Progress) développer une méthodologie pour engager la communauté dans un processus interactif et respectueux d'identification collaborative des problèmes sociaux et des moyens d'élaboration de solutions collectives. Cette méthodologie devra être élaborée après une étude de la littérature sur le développement communautaire et le capital social et être présentée comme papier de concept qui sera examiné par des responsables du gouvernement marocain et de l'USAID et les coordinateurs du projet.

Tous les projets de l'USAID devront être impliqués et présenter à chaque communauté d'intervention sélectionnée les possibilités de l'aide qui pourrait être fournie par le biais d'ONG et d'organismes gouvernementaux, mais c'est sur le résultat du processus d'interaction entre le gouvernement et la communauté que l'intervention réelle sera choisie. Les projets sélectionnés devront avoir un démarrage relativement bref et requérir un processus participatif continu de la part de la communauté, de sorte que leur impact sur le capital social puisse être initialement évalué dans une période de deux à trois ans.

Les projets mettant en application les interventions devront élaborer un mécanisme de coordination pour l'échange d'informations sur les mécanismes qui s'avèrent les plus efficaces pour susciter la confiance et le bénévolat dans le contexte marocain. Ce mécanisme devra également développer un système standard de gestion et de compte-rendu de sorte que la mise en œuvre réelle des interventions soit expliquée dans l'évaluation de son impact sur le capital social. Ce système de gestion devra mettre l'accent sur les éléments considérés par le document de conception comme les plus susceptibles de générer du capital social et sur les objectifs sociaux spécifiques du projet.

### **Considérations budgétaires pour la phase I (préalablement aux interventions)**

La conceptualisation du projet, la conception de l'étude de ligne de base et le rapport de concept sur l'approche par interventions et l'approche de gestion peuvent être fournis par Harvard dans le cadre du contrat actuel avec *Progress*.

## **Etude de base**

- Sur 4 communautés urbaines
- Sur 5 communautés rurales

## **Formation et mission de l'équipe d'entretien**

## ANNEXE 6 : RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Hardin, Russell. *Trust and Trustworthiness*. New York: Russell Sage Foundation, 2001
- Isreal, Barbara et al. "Evaluation of Health Programs: Current Assessment and Future Directions," *Health Education Quarterly* (22,3) 364-389. (1995)
- James, Sherman A. and Amyh J. Schultz and Juliana van Olphen. "Social Capital, Poverty, and Community Health: An Exploration of Linkages." In Saegert, Susan and J. Phillip Thompson, Mark R. Warren, editors. *Social Capital and Poor Communities*. New York: Russell Sage Foundation, 2001
- 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.
- Michler, William and Richard Rose. "Trust, Distrust and Skepticism about Institutions of Civil Society," *Studies in Public Policy Number 252*, University of Strathclyde, Scotland
- 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.
- Warren, Mark R. and J. Phillip Thompson and Susan Saegert. "The Role of Social Capital in Combating Poverty," in Saegert, Susan and J. Phillip Thompson, Mark R. Warren, editors. *Social Capital and Poor Communities*. New York: Russell Sage Foundation, 2001