JSI Maroc
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

Etude sur la décentralisation au Maroc

Résumé des résultats préliminaires

Thomas Bossert, Ph.D.
Volcan Cakir, Ph.D.
Diana Bowser, M.P.H.
Andrew Mitchell, B.A.

HSPH and Progress/JSI

A

TABLE DE MATIERES

Acronymes i

II. Méthodologie 1

III. Résultats 1

A. Espace de décision, capacités, prise de décision locale par rapport au budget et à la couverture vaccinale 1

Résultats relatifs à l'organisation des services 7

Résultats relatifs à la planification stratégique et opérationnelle 9

Gouvernance et participation locale 10

B. Espace de décision, capacité et prise de décision locale par rapport aux résultats de santé 12

Finances 12

Ressources humaines 13

IV. Conclusions 15

Bibliographie 17

B

ACRONYMES

BCG	
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DS	
HSPH	Harvard School of Public Health
JSI	John Snow Inc.
MS	Ministère de la Santé
OMC	Ordinaires-Moindres-Carrées
PF	Planification Familiale
Progress	Projet de Gestion Régionale des Services de Santé
SMI	Santé Maternelle et Infantile

I. Introduction

Ce rapport présente un résumé des résultats préliminaires de l'étude sur l'"espace de décision" effectuée auprès des délégués provinciaux au Maroc.[1] Cette étude avait été conçue pour évaluer la marge de décision sur diverses fonctions (finances, ressources humaines, organisation de service, planification stratégique et opérationnelle et relations avec les partenaires locaux) telle qu'elle est perçue par les délégués eux-mêmes. Elle évalue ensuite les capacités générales des provinces selon les délégués. En combinant ces renseignements aux autres sources d'information, ce rapport analyse enfin les liens entre "l'espace de décision" et les finances, les résultats de santé et les données démographiques et sociales au niveau provincial et en tire quelques recommandations pour le processus actuel de décentralisation au Maroc.

II. Méthodologie

L'étude pose aux délégués des questions spécifiques sur la marge de choix qu'ils pensent avoir dans cinq fonctions majeures : finances, ressources humaines, organisation des services, planification stratégique et relations communautaires. Il est généralement reconnu que les responsables au niveau des provinces ont une marge de choix relativement limitée, c'est pourquoi les questions ont été axées sur les secteurs où il est connu qu'un certain choix est accordé aux délégués par le processus de la décentralisation. Le questionnaire a été envoyé à tous les délégués en mai 2002 et 59 des 69 délégués y ont répondu, soit un taux de réponse de 86%.

Les variables dépendantes utilisées dans l'analyse proviennent de trois sources : les données budgétaires et financières du ministère de la santé, la base de données Les Chiffres 1999 et des données sur la population également tirées de la base de données Les Chiffres. Nous avons analysé les réponses des délégués par rapport aux résultats de santé et aux données budgétaires des années précédentes parce que les délégués venaient de changer de poste récemment et nous avons supposé que leurs réponses étaient plus applicables aux provinces où ils avaient exercé avant 2001.

III. Résultats

Notre analyse comprend deux sections majeures : 1) les liens entre l'espace de décision, les capacités et la prise de décision locale et les données sur le budget et les services de santé et 2) les liens entre l'espace de décision et les derniers résultats de santé.

A. Espace de décision, capacités, prise de décision locale par rapport au budget et à la couverture vaccinale

Analyse bi-variée de la prise de décision sur les budgets

Pour les délégués, la marge générale de choix sur les finances et le budget est assez limitée étant donné que le ministère de la santé contrôle le processus

[1] Le rapport final présentera tous les résultats majeurs et une analyse plus complète.

budgétaire, peut modifier et changer le niveau des budgets locaux et doit approuver les changements de dépenses d'une ligne budgétaire à l'autre.

Cependant, dans cette marge limitée de choix, l'enquête auprès des délégués a été conçue pour exploiter trois questions importantes : 1) le nombre de fois où les délégués mentionnent qu'ils peuvent allouer les budgets selon leurs priorités locales ; 2) s'ils indiquent que leurs priorités d'allocation sont respectées au niveau central ; et 3) la comment ils gèrent les fonds disponibles du budget.

La plupart des délégués (76%) rapportent qu'ils peuvent toujours ou souvent allouer leurs budgets conformément à leurs priorités locales. Cela a été défini comme le fait d'avoir un "grand espace de décision pour l'allocation budgétaire" des budgets locaux. Comme le montre le tableau 1.1, un large espace de décision est lié à des dépenses plus élevées en SMI-PF et en promotion de santé par habitant. **Cela laisse penser que ceux qui ont un espace de décision plus large sur le budget allouent moins à certaines activités de programmes prioritaires (SMI) qu'aux dépenses administratives et de gestion de leurs délégations (classées sous "Ambulatoire").**

Tableau 1.1. Espace de décision d'allocation budgétaire des priorités locales et des dépenses budgétaires des soins de santé

	SMI-PF/tête (N)	Promotion santé/ tête (N)
Espace de décision élevé dans les allocations budgétaires	10,6 (29)	2,0 (29)
Espace de décision faible dans les allocations budgétaires	22 (5)	10,5 (5)
Test	P=0,01 (34)	P<0,001 (34)

La deuxième mesure de l'espace de décision financier examine si les délégués rapportent que leurs priorités d'allocation sont respectées au niveau central. La plupart des délégués (85%) signalent que leurs priorités d'allocation sont respectées par le niveau central. Le tableau 1.2 montre que le fait que les décisions d'allocation sont respectées par le niveau central est lié à des dépenses plus faibles/habitant en promotion et en prévention. **Cohérents avec les résultats précédents, les délégués ayant signalé que leurs décisions d'allocation étaient respectées par le niveau central n'allouaient pas autant aux activités de promotion des soins de santé.** Le fait que les priorités d'allocation soient respectées n'est significatif avec aucune autre variable (résultats de santé, services ou dépenses de santé).

Tableau 1.2. Décisions d'allocations budgétaires respectées

	Promotion santé/habitant (N)
Décisions d'allocations budgétaires respectées	2,4 (31)
Décisions d'allocations budgétaires non respectées	7,2 (5)
Test	P=0,06 (36)

Analyse bi-variée de la capacité financière provinciale

L'étude révèle que seulement 41% des délégués ont reçu une formation sur les nouvelles procédures budgétaires globales. Seuls 61% indiquent qu'ils ont reçu une orientation du ministère de la santé pour la préparation du plan d'action 2002. 71%

pensent qu'ils n'ont pas un nombre suffisant d'employés qualifiés pour exécuter le budget et une fois interrogés sur le personnel dont ils disposent, 42% pensent qu'il est peu qualifié. Cependant, 71% pensent également qu'ils ont une formation et une expérience suffisantes pour superviser le processus budgétaire.

Le tableau 1.3 montre que les **délégués disposant d'un nombre suffisant de personnel qualifié pour l'exécution du budget ont des budgets de formation plus élevés par tête, ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'équipements avec un budget de formation, ce qui laisse penser que la formation contribue à améliorer la qualité du personnel.**

Tableau 1.3. Nombre suffisant de personnel qualifié pour l'exécution du budget

	Formation/tête (N)	% avec un budget de formation (N)
Nombre suffisant de personnel qualifié pour l'exécution du budget	0,48 (13)	0,54 (13)
Nombre insuffisant de personnel qualifié pour l'exécution du budget	0,11 (23)	0,17(23)
Test	P=0,12 (36)	P=0,02 (36)

76% des délégués affirment que la préparation de leur budget est basée sur l'expérience du terrain et leurs propres connaissances, tandis que 12% affirment que la préparation du budget est due soit à une formation soit à une expérience passée. Pour cette question, 81% pensent avoir besoin de formation pour l'exécution du budget.

Le tableau 1.4 montre que ceux qui ont émis le besoin d'une formation pour l'exécution du budget ont des budgets de promotion de santé plus faibles. **Ce résultat laisse penser que le manque de formation est lié à des dépenses plus basses en programmes prioritaires comme la promotion de la santé.**

Tableau 1.4. Besoins en formation pour l'exécution du budget

	Promotion santé/ tête (N)
Besoins en formation pour l'exécution du budget	2,3 (26)
Pas de besoins en formation pour l'exécution du budget	5,6 (9)
Test	P=0,11 (35)

Analyse bi-variée du processus local de prise de décision

En termes d'allocations budgétaires entre les circonscriptions sanitaires et les hôpitaux gérés en régie, la plupart (69%) des délégués prennent la décision au sein d'un comité qui comprend les médecins chefs des circonscriptions et des hôpitaux. Les tableaux 1.5 et 1.6 montrent que les critères utilisés dans ce processus au niveau des circonscriptions et - des hôpitaux - sont sensiblement liés aux dépenses ambulatoires : ceux qui ont uniquement basé les allocations budgétaires sur le budget de l'année précédente (avec de légers ajustements annuels) ont eu des dépenses ambulatoires plus élevées par tête et un budget inférieur pour la SMI-PF en ce qui concerne l'allocation aux hôpitaux gérés en régie. **Cette analyse laisse à nouveau penser que ceux qui suivent des méthodes traditionnelles (budget à base historique) plutôt que des processus budgétaires plus rationnels allouent davantage à l'administration qu'aux programmes prioritaires.**

Tableau 1.5. Prise de décision locale – Base de la budgétisation entre les *circonscriptions sanitaires* (1)

	Soins ambulatoires/ tête (N)
Budget historique (ex. : ± budget de l'année passée))	41,4 (6)
Autre critère (ex : activités, besoins financiers, cas par cas)	26 (30)
Test (N)	**P= 0,03** (36)

Tableau 1.6. Prise de décision locale – Base de la budgétisation entre les hôpitaux (2)

	Soins ambulatoires/ tête (N)	SMI-PF/tête (N)
Base historique (ex. ± budget de l'année précédente)	39,6 (8)	6,2 (8)
Autre critère (ex. activités, besoins financiers, cas par cas)	22,5 (18)	11,8 (18)
Test (N)	**P<0.001** (26)	**P=0.02** (26)

Analyse multi-variée du financement

Pour vérifier les résultats bi-variés ci-dessus, nous avons eu recours à quatre régressions linéaires : soins ambulatoires/tête, dépenses de promotion de santé/tête, dépenses de SMI-PF/tête et dépenses en formation/tête. Chaque régression incluait toutes les variables qui se sont avérées significatives dans l'analyse bi-variée ci-dessus avec deux variables de contrôle : population et urbanité. L'analyse a confirmé les résultats selon lesquels le recours au budget historique comme critère d'allocation budgétaire aux hôpitaux gérés en régie était lié à des soins ambulatoires plus élevés et à des dépenses inférieures en SMI-PF. Cependant, le rapport bi-varié ne s'est pas avéré vrai pour le budget historique comme critère d'allocation budgétaire entre les circonscriptions sanitaires et les baisses variables de l'espace de décision hors de la régression, suggérant que le rapport bi-varié examiné ci-dessus n'était pas aussi puissant que les variables qui restaient.

Tableau 1.7. Régression OMC pour les dépenses en soins ambulatoires et la SMI-PF

Variables indépendantes	Dépenses en soins ambulatoires par tête	MCH-FP Care Expenditure Per Capita
Recours à la base historique pour l'allocation budgétaire entre hôpitaux (ex. ± budget de l'année écoulée)	**14.5 (0.003)**	**-4.69 (0.063)**
Urbanité	**-18.2 (0.015)**	3.98 (0.299)
Taille de la population	2.26e-06 (0.791)	**-8.96e-06 (0.064)**
Constante	**30.7 (<0.001)**	**13.41 (0.002)**
R-carrée (N)	0.555 (25)	0.310 (25)

Conformément à l'analyse bi-variée, l'analyse à variables multiples a montré que deux éléments présagent de dépenses inférieures en promotion de santé : DS plus élevées dans les allocations budgétaires et le fait que ces décisions étaient respectées par le ministère de la santé, d'où le contrôle de la taille de la population et de l'urbanité.

Egalement compatible avec l'analyse bi-variée, le fait de disposer de personnel qualifié pour l'exécution du budget laisse supposer des dépenses en formation plus élevées par tête, tout en contrôlant la taille de la population et l'urbanité.

Ces résultats suggèrent que les provinces ayant signalé un espace plus élevé de décision ne sont pas susceptibles d'allouer des ressources directement aux programmes prioritaires de promotion de santé. Ces provinces, qui ont recours au budget historique traditionnel pour les allocations destinées aux hôpitaux gérés en régie, sont moins susceptibles d'allouer de manière appropriée et ceux disposant de moins de dépenses de formation par personne ont moins de personnel financier qualifié. Ces résultats peuvent être interprétés pour signifier que les autorités centrales doivent développer des directives claires favorisant des modèles pour les dépenses prioritaires - en limitant par exemple les dépenses pour les activités administratives – tout en développant la capacité provinciale dans un processus budgétaire rationnel.

RESULTATS RELATIFS AUX RESSOURCES HUMAINES

Comme dans le secteur du financement, la plupart des décisions sur les ressources humaines sont centralisées au Maroc, le ministère de la santé contrôlant l'affectation du personnel aux provinces et approuvant toutes les mutations entre les provinces. Les délégués, cependant, disposent habituellement de l'autorité de muter leur personnel au sein de leurs provinces.

Analyse bi-variée de l'espace de décision ressources humaines

Les délégués estiment qu'ils ont un contrôle considérable sur les ressources humaines au sein de la province. Quatre-vingt-quatre pour cent ont muté du personnel à l'intérieur de la province au cours des six derniers mois par décision interne (78%) ou sur initiative du personnel concerné (9%).

Le tableau 2.1 montre que la mutation de personnel au sein de la province est liée à des dépenses de promotion de santé moins élevées.

Tableau 2.1. Mutation de personnel au sein de la province (au cours des 6 derniers mois)

	Promotion de santé/tête (N)
Mutation de personnel au sein de la province (au cours des 6 derniers mois)	1,8 (31)
Aucune mutation de personnel au sein de la province (au cours des 6 derniers mois)	11,3 (5)
Test (N)	P<0,001 (36)

Seuls 16% des délégués ont été officiellement consultés au sujet de l'affectation du personnel à la province (espace élevé de décision), tandis que 84% ont été consultés officieusement ou pas du tout (faible espace de décision). Seuls 20% cherchaient à transférer du personnel en dehors de leur province et seulement la moitié de ces demandes a été approuvée.

Le tableau 2.2 montre que ceux qui cherchaient à transférer du personnel en dehors de leur province avaient des dépenses en formation plus élevées par tête.

Tableau 2.2. Demande de transfert de personnel

	Formation/tête (N)
Demande de réaffectation/retour de personnel dans une autre province (au cours de l'année précédente)	0,5 (11)
Aucune demande de réaffectation/retour de personnel dans une autre province (au cours de l'année précédente)	0,1 (25)
Test (N)	P=0,09 (36)

En même temps, le tableau 2.3 montre que ceux qui mentionnent avoir eu plus de succès dans l'approbation des ré-affectations ont aussi des dépenses plus élevées en formation.

Tableau 2.3. Succès des demandes de ré-affectation du personnel

	Formation/tête (N)
Demandes de ré-affectation ayant abouti	1,1 (5)
Demandes de ré-affectation n'ayant pas abouti	0,08 (8)
Test (N)	P=0,10 (13)

Analyse bi-variée de la capacité provinciale

Quarante pour cent des délégués pensent que leur personnel est peu qualifié et tous sont favorables à des formations complémentaires en gestion de ressources humaines. Beaucoup de délégués (58%) ont reçu une formation en gestion de ressources humaines et pensent qu'ils disposent d'une formation/expérience suffisante pour recruter du personnel.

Le tableau 2.4 montre que **le fait de recevoir une formation en ressources humaines était lié à des dépenses plus élevées en soins ambulatoires– et à des dépenses plus faibles en SMI-PF.**

Tableau 2.4. Formation en gestion des ressources humaines

	Soins ambulatoires/ tête (N)	SMI-PF/tête (N)
Formation en gestion des ressources humaines	33,5 (22)	9,5 (22)
Pas de formation en gestion des ressources humaines	20,9 (14)	15,9 (14)
Test (N)	P= 0,02 (34)	P= 0,05 (34)

Analyse multi-variée des ressources humaines

Pour vérifier ces conclusions, nous avons recouru à plusieurs régressions OMC (ordinaires-moindres-carrées) sur les différentes catégories de dépenses par tête. Chaque régression incluait toutes les variables qui se sont avérées importantes dans les analyses bi-variées ci-dessus ainsi que deux variables de contrôle : population et urbanité. Nous avons découvert que le fait de recevoir une formation présageait toujours de dépenses plus élevées en soins ambulatoires et un budget moins élevé en SMI-PF et que le transfert de personnel demeurait significatif pour les dépenses de promotion de santé. En outre, un grand espace de décision pour l'affectation du personnel laisse présager un budget plus élevé en formation.

Les implications de ces résultats ne sont pas claires, mais elles permettent toutefois de suggérer que les provinces ayant signalé un espace de décision plus important pour les ressources humaines consacrent davantage de ressources aux activités administratives et à la formation et accordent moins la priorité aux dépenses de prestation de service. Cela laisse à nouveau penser que des directives claires doivent être établies pour encourager les dépenses dans des programmes prioritaires tout en encourageant également la décision locale de se consacrer à la formation.

RESULTATS RELATIFS A L'ORGANISATION DES SERVICES

Le ministère de la santé définit la plupart des normes et standards sur l'organisation des services au Maroc. Les autorités centrales exécutent leurs priorités à travers des directives constantes à leurs provinces. Cependant, dans le cadre de ces normes et standards, certains délégués peuvent apporter quelques modifications et il apparaît même qu'ils peuvent ne pas respecter toutes les directives.

Analyse bi-variée de l'espace de décision

Nous avons constaté que 20% des délégués ont essayé de changer l'initiative centrale en se déplaçant au ministère de la santé, tandis que la plupart d'entre eux (70%) se contentent seulement d'ajouter leurs propres activités aux initiatives centrales. Les délégués indiquent qu'ils reçoivent de l'administration centrale des directives, des circulaires et des instructions par téléphone d'intensité variable. Quasi tous les délégués ont déjà reçu ces instructions au moins une fois par trimestre et 34% affirment en recevoir une fois par semaine. Ces instructions semblent avoir relativement peu d'impact sur les activités prévues par les délégués. Seuls 3% d'entre eux mentionnent qu'elles aboutissent à de grands changements, 31% affirment qu'ils ont dû procéder à de légers changements et 61% indiquent que les instructions n'ont apporté que des changements mineurs ou aucun changement à leurs plans.

L'analyse bi-variée du tableau 3.1 montre que le fait de recevoir régulièrement des instructions du ministère de la santé est lié à des dépenses moins élevées en formation. **Ces résultats laissent envisager que la formation ne constitue peut-être pas la même priorité pour le ministère de la santé que pour les provinces et que les délégués disposant de moins d'espace de décision (car davantage contraints par les instructions du niveau central) allouent par conséquent moins à cette rubrique.**

Tableau 3.1. Réception régulière des instructions du MS

	Formation/tête (N)
Ne reçoivent pas régulièrement des instructions du MS sur les programmes prioritaires	0,64 (10)
Reçoivent régulièrement (moyennement/ fréquemment) du MS des instructions (directives, circulaires, appels téléphoniques) sur les programmes prioritaires	0,09 (25)
Test (N)	P= 0,03 (35)

Le fait de recevoir de l'autorité centrale des orientations utiles sur l'organisation des services sous orme de directives, circulaires et/ou instructions par téléphone

présente des similitudes avec le fait de recevoir les orientations du ministère de la santé pour le budget. Cinquante-trois pour cent des délégués pensent que les instructions contribuent à résoudre les problèmes, tandis que 46% pensent que non. Deux variables principales examinées dans l'organisation des services sont liées à la garantie de la qualité : le lancement de programmes d'amélioration de la qualité et le fait que ces programmes émanent ou non de leur propre initiative. Quasi tous les délégués (86%) signalent avoir lancé des programmes d'amélioration de la qualité. 59% affirment que ces programmes ont été lancés par la province ou par le personnel des formations sanitaires sur leur propre initiative, tandis que trente-deux pour cent mentionnent que leurs programmes de qualité sont des initiatives de l'administration centrale.

Le tableau 3.2 montre que, même en l'absence du ministère de la santé, la poursuite des programmes d'amélioration de la qualité est sensiblement liée à des dépenses de soins ambulatoires plus faibles et à un pourcentage plus faible des dépenses en soins ambulatoires sur le total des dépenses. La conclusion précédente est **opposée à la présente tendance où les responsables provinciaux ayant un espace de décision plus large ont tendance à augmenter les dépenses ambulatoires. Dans ce cas-ci, ils ont réduit les dépenses ambulatoires peut-être pour dépenser plus dans des programmes prioritaires sur l'amélioration de la qualité.**

Tableau 3.2. Poursuite de l'amélioration de la qualité sans appui du MS

	Soins ambulatoires/tête (N)	Soins ambulatoires en % sur les dépenses totales (N)
Ont poursuivi l'amélioration de la qualité sans appui du MS	25,6 (25)	45 (25)
N'ont pas poursuivi l'amélioration de la qualité sans appui du MS	35,3 (11)	59 (11)
Test (N)	**P= 0,10** (36)	**P= 0,09** (36)

Le tableau 3.3 montre que le lancement de programmes d'amélioration de la qualité sur la propre initiative du délégué est sensiblement lié à un taux plus élevé de vaccination contre le BCG. **Cela laisse penser qu'avoir un plus grand contrôle des mesures spécifiques pour améliorer le programme prioritaire de la qualité peut avoir eu comme conséquence une meilleure couverture vaccinale.**

Tableau 3.3. Lancement de programmes d'assurance-qualité sur propre initiative

	Vaccinations BCG/tête (N)
Ont lancé des programmes d'amélioration de la qualité de leur propre initiative	0,014 (25)
Programmes AQ lancés au niveau du MS	0,012 (12)
Test (N)	**P= 0,09** (37)

Analyse multi-variée pour l'organisation des services

En contrôlant l'urbanité et la taille de la population pour expliquer les principales variables des résultats, les variables liées aux programmes d'amélioration de la qualité, aux instructions du MS et au personnel qualifié demeurent significatives. La poursuite de programmes d'amélioration de la qualité en l'absence de l'appui du MS

est liée à des dépenses réduites. Le fait de ne pas recevoir régulièrement des instructions du MS, en particulier si ces instructions n'entraînent pas de changements majeurs dans les plans d'action, laisse également présager des dépenses plus élevées en formation. L'élaboration de programmes sous-nationaux d'assurance-qualité demeure liée à des taux plus élevés de vaccinations contre le BCG.

Ces résultats suggèrent que dans certains cas, en particulier pour les programmes d'assurance-qualité, un contrôle local peut réduire les dépenses administratives et améliorer la couverture des services. Nous découvrons là aussi que les décisions provinciales favorisent des dépenses plus élevées en formation.

RESULTATS RELATIFS A LA PLANIFICATION STRATEGIQUE ET OPERATIONNELLE

Il y a eu deux initiatives centrales en ce qui concerne la planification stratégique et opérationnelle. La première est la procédure de planification stratégique quinquennale qui a fait appel à la participation des équipes provinciales pour renforcer les capacités provinciales et laisser aux provinces l'opportunité de définir leurs stratégies. La seconde initiative a été d'encourager au niveau régional la coordination des plans opérationnels provinciaux. Il s'agit là d'une initiative qui faisait partie du processus de régionalisation mais qui a été mise en application de diverses manières dans les différentes régions.

Analyse bi-variée de l'espace de décision

Nous avons découvert que 74% des délégués ont été impliqués dans la planification quinquennale de 1998. Nous avons également examiné l'influence de la planification stratégique sur le délégué. Soixante-six pour cent des délégués affirment que leurs plans actuels ont été influencés par la planification stratégique (à tous les degrés). Les trente-quatre pour cent restants signalent qu'ils n'ont pas du tout suivi le plan stratégique quinquennal.

Dans l'analyse bi-variée figurant dans le tableau 4.1, nous avons trouvé que le fait d'être engagé dans la stratégique quinquennale était positivement lié aux dépenses de soins ambulatoires par tête, mais avec un SMI-PF inférieur par tête. **Ces résultats sont conformes aux résultats relatifs au financement et aux ressources humaines, c'est-à-dire qu'un plus grand contrôle local tend à favoriser des frais administratifs par rapport à des dépenses de prestation de services prioritaires.**

Tableau 4.1. Implication dans le processus de planification stratégique quinquennale

	Soins ambulatoires/tête (N)	SMI-PF/tête (N)
Implication dans le processus de planification stratégique quinquennale	32,6 (27)	10 (27)
Non implication dans le processus de planification stratégique quinquennale	16,6 (9)	18 (9)
Test (N)	P= 0,01 (36)	P= 0,02 (36)

Le tableau 4.2 montre qu'une plus grande coordination des plans opérationnels entre les provinces est liée à des dépenses inférieures en SMI-PF et en promotion de santé.

Tableau 4.2. Coordination avec d'autres provinces

	SMI-PF/tête (N)	Promotion santé/tête (N)
Ont davantage coordonné cette année avec les autres provinces pour les plans opérationnels	8,4 (16)	1,3 (16)
N'ont pas davantage coordonné cette année avec les autres provinces pour les plans opérationnels	16,3 (17)	4,9 (17)
Test (N)	P= 0,02 (33)	P= 0,05 (33)

D'autres questions sur la planification ont été posées aux délégués, mais il est difficile d'interpréter leurs réponses à l'aide des variables de résultats. Si par exemple 48% des délégués mentionnent une coordination de la planification entre les provinces de leur région, 22% ne signalent aucune coordination du tout et 24% signalent moins de coordination cette année. Nous avons également trouvé que quasiment tous les délégués (84%) indiquent qu'ils effectuent l'évaluation du plan opérationnel au milieu ou à la fin de l'année.

Analyse bi-variée de la capacité provinciale

La plupart des délégués (83%) ont été formés en planification opérationnelle, mais seuls 56% ont participé à des exercices de planification stratégique. Cette variable ne s'est révélée significative pour aucune variable de résultats.

Analyse multi-variée de la planification stratégique et opérationnelle

Seule la participation au processus de planification stratégique quinquennale demeure significative avec des dépenses ambulatoires par tête suite au contrôle de l'urbanité et la taille de la population.

GOUVERNANCE ET PARTICIPATION LOCALE

Les délégués ont été encouragés à prendre des initiatives de coordination avec les autorités locales et encourager une participation locale plus large. Là encore, certains responsables provinciaux ont pris plus d'initiatives que d'autres - exerçant un plus grand choix et assumant plus de responsabilités.

Analyse bi-variée de l'espace de décision

Processus local de prise de décision : Quasiment tous les délégués (93%) signalent une coordination avec les présidents des communes locales ou avec le président de l'assemblée provinciale. Quarante-six pour cent se réunissent au moins une fois par mois, tandis que 29% une fois par semestre seulement. Rares sont ceux qui se réunissent quotidiennement ou une fois par semaine. Quarante-quatre pour cent indiquent d'"excellentes" ou de "très bonnes" relations avec les présidents locaux, tandis que 54% signalent des relations "bonnes" ou "moyennes". Aucun délégué ne pense avoir des relations conflictuelles avec les autorités locales.

Le tableau 5.1 ci-dessous montre que des dépenses plus élevées en SMI-PF sont liées à davantage de coordination avec les présidents au niveau communal/provincial (ex. : coordination hebdomadaire à quotidienne).

Tableau 5.1. Coordination au niveau local

Variables indépendantes	SMI-FP/tête (N)
Coordination hebdomadaire/quotidienne avec les présidents locaux des communes/assemblée provinciale	8,11 (4)
Coordination mensuelle/trimestrielle avec les présidents locaux des communes/assemblée provinciale	2,61 (39)
Test	P= 0,05

Les délégués tiennent aussi des réunions avec les associations locales. Seuls 15% n'indiquent aucune rencontre (pour les projets de santé par exemple) avec les associations locales et cela est lié à des dépenses plus faibles en SMI-PF par tête, comme le montre le tableau 5.2.

Tableau 5.2. Relations au niveau local

Variables indépendantes	SMI-PF/tête (N)
Ont des projets de santé avec les associations locales	10,5 (30)
N'ont pas de projets de santé avec les associations locales	19,4 (6)
Test	P= 0,03

En même temps, la plupart des délégués (64%) indiquent que leurs réunions avec les associations locales ne sont pas régulièrement programmées ; ces mêmes délégués ont des dépenses SMI-PF par tête inférieures à ceux qui ont des réunions régulières comme le montre le tableau 5.3.

Tableau 5.3. Relations au niveau local

Variables indépendantes	SMI-PF/tête (N)
Ont des réunions régulières avec les associations locales	12,8 (24)
N'ont pas de réunions régulières avec les associations locales	6,2 (9)
Test	P= 0,03

Les délégués indiquent qu'ils se réunissent plus fréquemment avec le gouverneur local. La moitié d'entre eux rencontrent le gouverneur au moins une fois par semaine (17% tous les jours) et le reste une fois par mois. Ils signalent également qu'ils ont de meilleures relations avec les gouverneurs : 75% indiquent qu'elles sont "excellentes" ou "très bonnes" et seulement 27% disent qu'elles sont simplement "bonnes" Ces variables ne se sont avérées significatives avec aucun résultat.

Les délégués indiquent que leurs relations avec les associations locales sont similaires à celles avec les présidents locaux, mais cela ne s'est avéré significatif avec aucune variable.

Si la plupart des délégués pensent qu'ils font ce qu'ils ont à faire avec les associations locales conformément à la politique du SM, vingt-quatre pour cent estiment qu'ils ne font pas assez pour favoriser les associations locales. Curieusement, il s'avère que ceux qui estiment qu'ils font ce qu'ils doivent faire avec

les associations locales ont des dépenses inférieures par tête pour la formation. Ces délégués estiment peut-être qu'ils disposent de capacités suffisantes pour réaliser leurs activités et qu'ils n'ont par conséquent pas besoin de budgets plus élevés de formation.

Tableau 5.4. Sentiment de faire tout ce qui est possible avec les partenaires locaux

Variables indépendantes	Formation/tête (N)	Formation en % des dépenses totales (N)
Pensent qu'ils font tout ce qui est possible avec les partenaires locaux conformément à la politique du MS	**0,11 (26)**	**23 (26)**
Pensent qu'ils ne font pas tout ce qui est possible avec les partenaires locaux conformément à la politique du MS	**0,57 (10)**	**50 (10)**
Test	**P= 0,08**	**P= 0,12**

Analyse multi-variée de la gouvernance et de la capacité locale

En appliquant ensemble dans une régression toutes les variables de gouvernance et de participation locale importantes pour la SMI-PF, seul le fait de tenir régulièrement des réunions avec les associations locales, demeure significatif.

Ces résultats suggèrent qu'une plus grande participation locale peut contrecarrer la tendance provinciale à favoriser les dépenses administratives aux dépens des programmes prioritaires de services.

B. Espace de décision, capacité et prise de décision locale par rapport aux résultats de santé

Les rapports entre l'espace de décision, la capacité et la gouvernance locale d'une part et les résultats de santé d'autre part ont été également examinés. Il est important de reconnaître que les résultats de santé sont liés à tellement de facteurs qu'il est difficile d'attribuer n'importe quel changement aux variables indépendantes de l'espace de décision, de la capacité et du gouvernement local quand nous ne disposons pas d'indicateurs suffisants pour contrôler les probables influences majeures sur les résultats de santé.

Nous présentons les résultats suivants pour suggérer de nouvelles recherches, mais nous ne pensons pas qu'ils soient très significatifs.

FINANCES

Nous avons constaté qu'une des variables budgétaires était sensiblement liée à la malnutrition des moins de cinq ans. Le tableau 7.1 montre que **ceux qui ne renvoient pas directement au MS les fonds disponibles d'une ligne budgétaire ont des taux sensiblement inférieurs à ceux des autres en ce qui concerne la malnutrition des moins de 5 ans. Cela peut être interprété pour signifier que ces provinces qui ont conservé les fonds budgétaires ont peut-être réussi à consacrer plus de ressources à des programmes prioritaires comme la nutrition.**

Tableau 7.1. Fonds disponibles renvoyés au MS

	Taux de malnutrition moins de 5 ans[2] (N)
Ne renvoient pas les fonds directement au MS	4,6 (27)
Renvoient les fonds directement au MS	9,3 (13)
Test	P=0,005 (40)

Cette interprétation peut être légèrement étayée par le tableau 7.2 qui montre que le fait de **disposer d'un personnel doté d'une formation et d'une expérience suffisantes pour superviser le processus budgétaire est aussi sensiblement lié à un plus faible taux de malnutrition des moins de cinq ans.**

Tableau 7.2. Formation suffisante du personnel

	Taux malnutrition – 5 ans (N)
Ont un personnel doté d'une formation et d'une expérience suffisantes pour superviser le processus budgétaire	5,2 (30)
N'ont pas un personnel doté d'une formation et d'une expérience suffisantes pour superviser le processus budgétaire	8,9 (10)
Test	P=0,05 (40)

Tableau 7.3. Besoins en formation pour l'exécution du budget

	Promotion santé/tête (N)	Taux de malnutrition des – 5 ans (N)
Besoins en formation pour l'exécution du budget	2,3 (26)	7,1 (29)
Pas de besoins en formation pour l'exécution du budget	5,6 (9)	3 (10)
Test	P=0,11 (35)	P=0,03 (39)

RESSOURCES HUMAINES

Le tableau 7.4 montre que **le fait d'avoir la capacité adéquate de recruter du personnel était lié à des taux plus bas de malnutrition des moins de 5 ans.**

Tableau 7.4. Recrutement ressources humaines

	Taux de malnutrition des moins de 5 ans (N)
Ont une formation/expérience adéquate pour recruter le personnel approprié	5,3 (30)
N'ont pas une formation/expérience adéquate pour recruter le personnel approprié	9,2 (9)
Test (N)	P= 0,04 (39)

Ces résultats sont également étayés par la régression suivante qui montre qu'une combinaison des variables des fonctions de financement et de ressources humaines annonce les taux de malnutrition : renvoyer directement au MS les fonds disponibles et disposer de formation/expérience adéquate pour recruter le personnel approprié est lié à un faible taux de malnutrition des moins de 5 ans, tandis que les besoins en formation pour l'exécution du

[2] Calcul de la malnutrition : (# nouveaux diagnostics de sous-nutrition)/(total de la population âgée de moins de 5 ans)*1.000

budget sont plutôt liés à des taux plus élevés. Cela laisse penser qu'un espace de décision et une capacité plus faibles présagent de taux plus élevés de malnutrition.

Tableau 7.5. Régression OMC pour le taux de malnutrition

Variables indépendantes	Taux de malnutrition des moins de cinq ans
Ne renvoient pas au MS les fonds disponibles	**-3,06 (0,046)**
Disposent de la formation/expérience adéquate pour recruter le personnel approprié	**-2,69 (0,12)**
Besoin de formation pour l'exécution du budget	**2,42 (0,12)**
Urbanité	**-6,73 (0,012)**
Taille de la population	5,83e-07 (0,844)
Constante	**8,98 (0,004)**
R-carrée (N)	0,516 (38)

Prestation de services

Le tableau 7.6 montre que **la poursuite des programmes d'amélioration de la qualité, même en l'absence d'appui du MS, est sensiblement liée à un taux inférieur de mortalité maternelle.** Puisque nous avons constaté que la poursuite de l'amélioration de la qualité était également liée à des dépenses de soins ambulatoires inférieures par tête, la conclusion est conforme aux autres tendances montrant que les dépenses ambulatoires semblent être inversement liées à l'influence du MS sur les priorités. Etant donné que les soins ambulatoires constituent des dépenses générales, ce résultat, à l'instar des résultats ci-dessus relatifs aux faibles dépenses dans les domaines de la promotion et de la prévention, suggère que les provinces qui consacrent moins de ressources à l'administration disposent des fonds disponibles pour les dépenses consacrées à des activités de prévention de la mortalité maternelle.

Tableau 7.6. Poursuite de l'amélioration de la qualité en l'absence du soutien du MS

	Soins ambulatoires/tête (N)	Mortalité maternelle (N)
Ont poursuivi l'amélioration de la qualité malgré l'absence de soutien du MS	25,6 (25)	55,4 (27)
N'ont pas poursuivi l'amélioration de la qualité en l'absence de soutien du MS	35,3 (11)	122,8 (11)
Test (N)	**P= 0,10** (36)	**P= 0,04** (38)

Un grand nombre de délégués (56%) signalent qu'ils disposent d'un personnel insuffisamment qualifié pour l'approvisionnement en médicaments. Le tableau 7.7 montre qu'il s'agit là d'un élément significatif en ce qui concerne des taux plus élevés de mortalité maternelle.

Tableau 7.7. Ont un personnel formé pour les achats médicaux

	Mortalité maternelle (N)
Ont un personnel formé pour les achats médicaux	123 (14)
N'ont un personnel formé pour les achats médicaux	46,8 (24)
Test (N)	**P= 0,01** (38)

Le tableau 7.8 montre qu'en termes d'indicateurs des résultats de santé, un **personnel formé dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments et en matériel médical continue à être associé à un taux plus élevé de mortalité maternelle. Cela peut impliquer que l'accent mis sur l'administration et la formation dans le domaine des activités administratives a été troqué contre un accent sur les activités de prestation de services.**

Tableau 7.8. Régression OMC pour la mortalité maternelle

Variables indépendantes	Mortalité maternelle
Ont un personnel formé pour les achats médicaux	**79,80 (0,008)**
Urbanité	**-82,6 (0,086)**
Taille de la population	-000067 (0,267)
Constante	**119,7 (0,009)**
R-carrée (N)	0,2438 (38)

IV. Conclusions

Les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence. Etant donné que le système marocain n'accorde pas beaucoup d'espace de décision aux délégués, les quelques secteurs que nous avons pu examiner ont montré des variations limitées dans cette étroite marge de choix local. Nous pouvons seulement signaler les liens ayant un nombre limité de variables de performance. Par ailleurs, la taille de l'échantillon utilisé dans l'analyse est petite et nous incluons seulement deux variables de contrôle dans l'analyse finale. D'autres variables de contrôle comme le revenu de la province et le niveau d'éducation sont des variables importantes qui, si une fois incluses, peuvent changer les résultats de manière significative.

Néanmoins, dans cette marge limitée, il y avait une certaine variation par rapport à certains délégués mentionnent qu'ils peuvent prendre plus de décisions de leur propre initiative ou les faire valider par les autorités hiérarchiques. D'autres délégués ont signalé moins de choix et plus de rejet de leurs choix par les supérieurs hiérarchiques. Par ailleurs, certains délégués pensent qu'ils bénéficient de plus de capacités de prendre et d'exécuter des décisions par rapport à d'autres délégués.

Avec cette étroite marge de choix et des capacités limitées, nous avons obtenu des résultats relativement conformes qui font penser que le fait de disposer de plus de choix constitue une différence cohérente dans des décisions d'allocation budgétaire. La tendance était qu'**un plus grand choix local était lié à des dépenses plus élevées par tête dans les rubriques budgétaires administratives ("ambulatoires").** Dans certains cas, un plus grand espace de décision était directement lié à des dépenses plus basses en soins de santé maternelle et infantile (SMI) par tête et en promotion de santé - deux programmes prioritaires du ministère de la santé. Si certaines dépenses consacrées à l'administration semblent constituer naturellement un soutien aux programmes prioritaires par le biais de la participation et de la supervision du personnel, il est probable qu'il y a **un échange entre ces activités de soutien et les activités réelles des programmes aux niveaux des établissements de santé.**

Nous avons également constaté **que les provinces ont accordé une plus grande priorité à la formation que ne l'avait fait le MS.** Cela peut en partie expliquer des

frais administratifs plus élevés. Cependant, il n'apparaît pas évident que la formation aboutit à des programmes améliorés ou à des résultats améliorés. En effet, des dépenses plus élevées de formation sont liées à des taux plus élevés de mortalité maternelle.

Nous avons découvert **deux liens de compensation susceptibles de contribuer à une plus grande contribution aux dépenses prioritaires et à une couverture vaccinale et des résultats de santé améliorés. Il s'avère que le contrôle local des programmes de garantie de la qualité encourage un plus grand financement des programmes prioritaires et une plus grande participation avec le gouvernement local encourage également des dépenses plus élevées pour les programmes prioritaires.**

Ces résultats laissent penser que dans le processus de décentralisation, l'attention doit être accordée aux **mécanismes qui requièrent des allocations aux programmes prioritaires et limitent les dépenses dans les rubriques administratives.** Ils laissent également penser qu'une plus grande attention doit être consacrée aux programmes de garantie de la qualité étant donné que, même en l'absence de l'appui du SM, ces programmes semblent être liés à de meilleurs résultats. Enfin, l'étude suggère **qu'une plus grande réactivité à la participation et à l'implication locales peut améliorer les allocations budgétaires et l'efficacité des programmes.**

BIBLIOGRAPHIE

Bossert, Thomas (1998) Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance. *Social Science and Medicine,* 47(10): 1513-1527.

Bossert, Thomas (2001). Proposal for Decentralization of Health Systems in Morocco. Harvard School of Public Health, JSI-Progress.

Base de données : Chiffres 1997-2000.

Questionnaire sur la décentralisation de la gestion des services de santé au Maroc. Royaume de Maroc, Ministère de la Santé (2002).

National Economic and Social Information System of Morocco. 1998-1999. "Territoire et population" et "Santé et sécurité sociale" in *Statistiques annuelles du Maroc.*

Ministère de la santé, Royaume du Maroc. 2002. *Questionnaire sur la décentralisation de la gestion des services de santé au Maroc.*

Ministère de la santé, Royaume du Maroc. 2001. "Dépenses de santé sauf les CHU, par province : in *National Health Accounts.*