



*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

**Appréciation du  
processus de  
décentralisation  
du ministère marocain de  
la santé**

Thomas Bossert, Ph.D.  
Directeur  
Politics and Governance  
Group  
Harvard School of Public  
Health

*28 juillet 2003*

**Base de discussion**

*A*

## Résumé exécutif

Ce rapport présente une évaluation rapide des progrès et projets relatifs à la décentralisation du système marocain de santé de 2001 à 2003. Il met à jour le rapport et la proposition élaborés par l'auteur en juillet 2001 et émet des recommandations pour les futures étapes du processus.

En juillet 2001, la plupart des fonctions majeures du système étaient fortement centralisées, mais toutefois l'initiative centrale d'accroître la prise de décision aux niveaux régional et provincial était progressivement mise en œuvre à travers un processus de recherche de consensus. Depuis 2001, le processus de décentralisation a connu plusieurs initiatives importantes :

- **Financement** : Un processus budgétaire de "globalisation" (permettant une plus grande souplesse d'exécution) et de contractualisation interne (basée sur la planification stratégique et les objectifs de performance) avait été recommandé par l'auteur en 2001 et est actuellement en cours d'exécution constituant une étape majeure pour augmenter le contrôle local et la flexibilité tout en maintenant les responsabilités au niveau central.
- **Ressources humaines** : Il y a eu des changements mineurs dans les systèmes de gestion et davantage de dialogue entre la direction des ressources humaines du ministère de la santé et les provinces ; des efforts majeurs sont entrepris pour renforcer les capacités régionales et provinciales par le biais de la gestion et de la formation technique financées par les bailleurs de fonds dans les régions sélectionnées.
- **Organisation des services** : Plusieurs initiatives majeures sont prises comme la création des unités épidémiologiques régionales, les centres de transfusion sanguine, les dépôts et les centres de maintenance ainsi que des initiatives locales dans le domaine de l'assurance qualité et l'intégration de programmes prioritaires impliquant la prise de décision et le renforcement des capacités.
- **Gouvernance** : De nombreux dirigeants au niveau provincial ont été efficaces en travaillant avec les autorités et les partenaires privés locaux pour mobiliser des ressources supplémentaires et coordonner les activités.

Le gouvernement envisage actuellement des options recommandées par le bureau d'études pour l'organisation des unités régionales et la réorganisation de l'administration centrale. L'option la plus viable serait de créer une direction régionale, ayant autorité sur les provinces et disposant de sa propre équipe régionale. Cela unirait le délégué et le directeur d'hôpital au niveau provincial et permettrait de créer un nouveau district sanitaire. Cela affinerait l'organisation au niveau central en unifiant plusieurs directions.

## Recommandations

Il n'y a aucune manière "juste" de décentraliser un système de santé et le système marocain doit être adapté à son histoire et à son propre processus de consensus. Quels que soient les choix effectués, ceux-ci doivent être guidés par une tentative d'améliorer l'équité, l'efficacité, la qualité et la solidité financière du système. C'est dans cette perspective que j'émetts les recommandations suivantes :

- **Financement** : Les processus de globalisation et de contractualisation interne doivent être continus et renforcés. En outre, le ministère de la santé doit considérer le développement comme une formule transparente et équitable basée sur les "besoins" pour l'allocation des budgets aux régions, au sein des régions et au sein des provinces. Il doit également élaborer des mécanismes pour s'assurer que les attributions financières n'augmentent pas dans les secteurs administratifs et des soins curatifs – maintenant autant que possible les programmes prioritaires de santé. Ces deux efforts seront renforcés par une importante assistance technique.
- **Ressources humaines** : D'importantes réformes dans ce domaine peuvent dépendre de changements au sein tout le secteur public. Le ministère de la santé doit préconiser des changements permettant d'assouplir la prise de décision sur les ressources humaines et permettant aux directeurs de récompenser la bonne performance par des primes, tout en maintenant des niveaux élevés de mérite. Les efforts continus pour améliorer la gestion et la capacité technique aux niveaux régional, provincial et local doivent être élargis par des programmes de formation plus vastes et plus intensifs.
- **Organisation de service** : Les initiatives actuelles sur la qualité, l'intégration des programmes prioritaires, la mise à niveau du système d'information sanitaire doivent être poursuivies et s'élargir pour assurer que toutes les provinces et régions développent leurs propres initiatives dans ces secteurs. L'attention accordée à la durabilité des programmes financés par les bailleurs de fonds doit constituer une priorité.
- **Gouvernance** : Les autorités régionales, provinciales et locales doivent continuer à être encouragées à travailler avec les partenaires locaux. Le MS doit développer un programme de "fonds de péréquation" pour encourager la mobilisation de recettes fiscales locales des gouvernements régionaux et locaux. Ce programme doit être conçu pour fixer le barème de la péréquation à la capacité locale de génération de ressources et ce, afin de veiller à ce que les communautés plus pauvres puissent également participer.
- **Organisation régionale** : Il faut veiller à s'assurer que la création d'organismes régionaux ne soit pas une charge administrative accrue à long terme. Il faut qu'il y ait une étude claire sur les coûts des nouveaux appareils administratifs et identification clairement des domaines d'efficacité pour que les nouvelles unités soient financées par des transferts à partir du département central et qu'il n'y ait que des réductions mineures de recrutement au niveau provincial. Les fonctions régionales ne doivent pas non plus être une réplique de celles du niveau central, mais plutôt une série de fonctions soigneusement sélectionnées qui peuvent être mieux remplies à ce niveau – comme la planification stratégique, les décisions d'allocation de ressources et certaines unités techniques où les économies d'échelle méritent une responsabilité régionale plutôt que provinciale. Les provinces et les autorités locales doivent

maintenir le plus d'autorité possible et doivent être l'objet du renforcement des capacités.

- **Réorganisation centrale** : Les propositions de réduire la fragmentation des bureaux centraux et d'unifier plusieurs directions semblent plus raisonnables. Ces changements doivent être faits de manière à réduire le recrutement du personnel au niveau central afin de transférer les postes budgétaires aux régions. Pour renforcer le rôle de prise de décision politique du centre, une unité spécifique de politique et d'analyse doit être créée.

Fonctions de décentralisation	2001	Réformes 2001-2003	Options planned	Recommandations
Financement	Hautement centralisé Distribution inégale de fonds entre les provinces	Budget global et contractualisation	Regional Allocation of Budgets	Ajouter une formule équitable transparente "basée sur les besoins" pour les allocations aux régions, au sein des régions et au sein des provinces S'assurer que le financement n'accroisse pas les dépenses administratives ou curatives aux dépens des programmes prioritaires
Ressources humaines	Hautement centralisé	Paiements provinciaux Dialogue sur les besoins Renforcement des capacités	Réaffectation régionale du personnel Elaboration d'une stratégie des ressources humaines	Préconiser des changements dans les règlements sur le personnel du gouvernement général pour plus de flexibilité et accorder des primes incitatives
Organisation de service	Hautement centralisé	Initiatives d'assurance qualité Amélioration du système d'information Gestion régionale et intégration des programmes prioritaires des ressources humaines	Renforcer le système d'information Appuyer l'assurance qualité	Financement additionnel des bailleurs de fonds accordé aux régions et provinces les plus pauvres pour augmenter l'équité des améliorations Assurer la durabilité des activités actuelles des bailleurs de fonds
Gouvernance	Modérément décentralisé Laissez-faire	Initiatives provinciales et régionales avec les partenaires locaux	Mobiliser des ressources supplémentaires dans les régions et les communautés locales	Fonds de péréquation pour encourager les contributions locales, mais aussi assurer l'équité aux provinces et régions les plus pauvres
Organisation régionale	Coordinateurs régionaux	Planification stratégique et mise à niveau Gestion	1) Equipe régionale conjuguée au délégué et directeur d'hôpital ou 2) Equipes provinciales spécialisées	Equipe régionale rationalisée comprenant du personnel transféré à partir du centre suite aux réductions du département central
Organisation centrale	Fragmenté et vertical	Prise de décision collective Dialogues avec les régions et les provinces	1) Unifier les directions ou 2) réduire le rôle à la planification stratégique ou 3) ajustements mineurs d'organisation actuelle	Unifier les directions, réduire le personnel central et se concentrer sur l'unité de la politique analytique

## **Introduction**

Le présent rapport est un examen synoptique du processus de décentralisation du ministère marocain de la santé depuis 2001. En se basant sur des entrevues et l'examen des documents depuis le début de 2001, l'auteur a préparé un rapport de mission présentant des suggestions pour renforcer le processus de décentralisation au Maroc. ("Propositions pour la décentralisation du système de santé en au Maroc" juillet 2001). En utilisant le cadre de l'"espace de décision" de l'auteur pour la décentralisation, ce rapport proposait deux options pour élargir la gamme de la prise de décision des responsables locaux : le plan A pour la déconcentration des responsabilités et de l'autorité vers les unités régionales et provinciales du ministère de la santé et le plan B pour la "décentralisation" vers les autorités locales. Le ministère de la santé a passé en revue ce rapport et lancé certaines des recommandations du plan A (voir Annexe A pour le "plan A").

Au cours des deux années suivantes, l'équipe de Progress et l'auteur ont participé à plusieurs séminaires et discussions informelles avec les principaux responsables à tous les niveaux, notamment à un séminaire régional organisé à Agadir en 2002. Par ailleurs, une étude auprès des délégués a été entreprise par le projet pour évaluer leur perception de l'"espace de décision" qu'ils exercent et une seconde étude a évalué le degré de "capital social" des communautés marginales pour émettre des recommandations sur la participation communautaire au processus de décentralisation. Ces études, avec les données provinciales y afférant, sont analysées et présentées dans des rapports séparés.

Le présent rapport d'évaluation rapide est un résumé des résultats et observations des visites antérieures, de l'examen des documents actuels et des discussions avec les principaux responsables au niveau national dans la période du 23 juin au 3 juillet 2003. Nous passons d'abord en revue le processus global de décentralisation, ensuite les changements qui se sont produits dans les secteurs du financement, des ressources humaines, de la prestation de services et de la gouvernance, avant d'émettre des recommandations pour la future politique de ces secteurs fonctionnels. Enfin, nous évaluons les propositions générales de régionalisation actuellement examinées par le ministère et faisons des recommandations au sujet de ces options.

## **Processus global de décentralisation**

La poussée de la décentralisation a démarré avant 2001 avec la loi de 1996 sur la régionalisation qui a établi les autorités législatives et exécutives régionales et défini leurs fonctions de façon générale (Loi n° 47-96). En rapport avec la régionalisation du gouvernement, les ministères ont entamé un processus d'examen et de propositions d'options pour la déconcentration de leurs propres départements au niveau des régions. Au ministère de la santé, ce processus interne a impliqué l'élaboration d'un plan stratégique quinquennal (1999-2004) et une série de séminaires/ateliers en 2000 où les directeurs des services centraux, les délégués provinciaux, les coordinateurs régionaux, les directeurs d'hôpitaux et les directeurs des services ambulatoires ont discuté et développé des options pour la déconcentration régionale. Au cours des années suivantes, des séminaires sur la régionalisation ont eu lieu à Settat et Agadir. Le ministère a lancé quelques initiatives

régionales comprenant la nomination de 16 coordinateurs régionaux - qui étaient les délégués de la "province-mère" de la région - et qui ont été chargés de plusieurs activités de coordination, y compris des exercices de planification stratégique régionale entre les provinces au sein de leur région (3-8 par région). Les bailleurs de fonds ont été encouragés à appuyer ce processus dans leurs régions d'activité. Par ailleurs, certaines directions ont créé des unités régionales, y compris les Observatoires épidémiologiques, les centres régionaux de transfusion sanguine et les dépôts régionaux de médicaments et contraceptifs et quelques unités régionales d'entretien. En outre, il y a eu le processus national de la charte de déconcentration et des initiatives administratives gouvernementales générales menées au niveau national par le ministère des affaires générales. Le ministère de la santé a été identifié comme un des ministères pilotes pour le processus de décentralisation.

De 2001 à 2003, le ministère de la santé a poursuivi le processus de renforcement des régions et des provinces. Les principales activités comportaient une plus grande participation des délégués à tous les types de processus de prise de décision, le développement de deux nouveaux processus budgétaires qui donnent aux provinces un plus grand contrôle et plusieurs initiatives de formation qui ont renforcé la capacité locale en matière d'assurance qualité, les systèmes d'information sanitaire, la pédagogie, la logistique et d'autres compétences techniques. Des initiatives de régionalisation qui ont été mises en œuvre par les bailleurs de fonds, en particulier celles de *Progress/JSI* à Tanger-Tétouan et dans la région du Souss-Massa Draâ ont été également évaluées comme activités-pilotes pour informer le processus de prise de politique de décentralisation.

Il est important de reconnaître qu'une réalisation majeure au cours des deux dernières années a été le changement remarquable opéré dans la culture organisationnelle - un changement qui ne doit pas être sous-estimé. Le niveau central a commencé à changer sérieusement son mode de fonctionnement à partir d'une direction relativement isolée qui émettait des ordres aux provinces qui étaient supposées les suivre à la lettre. Peu de consultations avaient lieu entre les directions du niveau central ou entre les directions et les responsables provinciaux. Ces derniers avaient pour rôle d'appliquer simplement les directives centrales et ne pensaient pas qu'ils pouvaient beaucoup influencer sur ces décisions. Ils étaient souvent frustrés par l'inadéquation de nombreuses décisions centrales - comme l'affectation de spécialistes qui n'étaient pas nécessaires ou l'ignorance de pétitions pour des spécialistes qui l'étaient.

Au-cours des dernières années, le ministère a commencé à changer ses processus de prise de décision et de culture organisationnelle et à adopter une orientation plus collective, davantage fondée sur l'équipe, orientation sur laquelle autorités centrales et provinciales discutent et travaillent ensemble dans le processus de prise de décision. Les décisions qui dépendent encore officiellement toujours des autorités centrales tiennent maintenant souvent compte des besoins et des perceptions des délégués et d'autres responsables locaux.

En 2002, le projet *Progress/JSI* a mené une étude auprès des délégués pour évaluer leur perception sur la série de choix qu'ils avaient dans différentes fonctions du système sanitaire. Même dans un système hautement centralisé, certains délégués ont signalé qu'ils avaient un certain choix sur des questions spécifiques. Avec une marge étroite de choix et des capacités limitées, l'étude a révélé des résultats relativement conséquents, montrant que davantage de choix faisait une différence sensible sur les décisions relatives aux allocations financières. La tendance était qu'un choix local plus vaste était lié à des dépenses plus élevées par habitant dans les rubriques administratives du budget. Dans certains cas, un espace de décision plus

important était directement lié à des dépenses plus faibles en soins de santé maternelle et infantile par habitant et à des dépenses plus faibles en promotion de santé – qui constituent tous deux des programmes prioritaires du ministère de la santé. L'étude a révélé deux liens de compensation qui peuvent contribuer à des allocations plus importantes dans les dépenses prioritaires et améliorer la couverture vaccinale et les résultats de santé. Il apparaît que le contrôle local des programmes d'assurance qualité encourage un financement plus important des programmes prioritaires et une plus grande implication auprès du gouvernement local encourage également à dépenser plus pour les programmes prioritaires.

Ces résultats laissent envisager qu'au cours du processus de décentralisation l'attention doit être accordée aux mécanismes qui requièrent des attributions aux programmes prioritaires et limitent les dépenses des rubriques administratives. Ils suggèrent également qu'une plus grande attention soit accordée sur les programmes d'assurance qualité étant donné que, même en l'absence de l'appui du ministère de la santé, ces programmes semblent être associés à de meilleurs résultats. Enfin l'étude suggère qu'une plus grande réactivité à la participation et à l'implication locales peut améliorer les attributions et l'efficacité budgétaires des programmes.

Le nouveau ministre de la santé, le Dr Biadallah, nommé fin 2002, a déclaré la régionalisation/décentralisation comme objectif majeur du ministère, donnant ainsi un nouvel élan au processus. En juin 2003, le ministère a passé en revue les propositions du bureau d'études sur les options de la future régionalisation. Ces options mettent l'accent sur les pouvoirs et les responsabilités à assigner aux régions et au niveau central. Ces options et les discussions y afférentes entre les principaux acteurs seront évaluées dans les sections suivantes.

Selon l'approche "espace-de décision", la décentralisation implique l'expansion du choix de prise de décision pour une série de fonctions et de sous-fonctions majeures aux niveaux décentralisés. Les fonctions majeures sont le financement, les ressources humaines, la prestation de services et la gouvernance. Le présent rapport passera en revue les progrès et les propositions pour l'expansion des choix pour chacune de ces fonctions et émettra des recommandations spécifiques à envisager par les autorités pendant le processus de décentralisation.

### *Décentralisation des fonctions financières*

En général, les décisions relatives au financement étaient centralisées et prises selon une planification rigide et des normes budgétaires. Il y avait peu de souplesse dans la ré-allocation des fonds en cours d'année. Cependant, dans l'étude sur les délégués, certains délégués pensaient qu'ils pouvaient davantage insérer leurs priorités locales dans le processus budgétaire et que leurs priorités étaient respectées par les autorités supérieures qui ont toujours eu le dernier mot sur les budgets. L'étude a révélé que ceux qui signalaient avoir plus d'influence sur les budgets avaient tendance à avoir des budgets administratifs plus élevés. Cela suggère le besoin d'un mécanisme pour restreindre le financement des rubriques administratives.

Les progrès les plus évidents de la décentralisation se sont produits dans les processus budgétaires du budget global et la contractualisation interne, deux processus recommandés dans le rapport de juillet 2001. Le rapport de juillet 2001 révélait que le processus budgétaire était extrêmement rigide et centralisé et qu'on devrait permettre une plus grande flexibilité aux gestionnaires des budgets au niveau provincial. Il suggérait aussi que le ministère de la santé lance un processus de contractualisation interne en ayant recours à des indicateurs de performance et aux négociations entre le niveau central et le niveau provincial sur les budgets et les réalisations escomptées.

La première initiative du ministère de la santé dans le domaine du financement a été l'exécution d'un processus de "budget global". Avec l'approbation du ministère des finances, le département des finances du ministère de la santé a élaboré un nouveau processus budgétaire, formé les bureaux provinciaux et mis en œuvre le processus en 2002. Un processus-pilote a été mis en application par la région de Tanger-Tétouan et la DPRF avec l'appui de Progress. Ce processus budgétaire a donné plus de flexibilité aux délégués dans l'élaboration et l'ajustement annuel des budgets. Le processus impliquait l'identification de programmes ou les principaux chapitres et l'allocation des articles budgétaires dans ces chapitres. Les délégués ont été autorisés à réallouer les budgets d'une rubrique à l'autre (excepté celle des salaires qui sont contrôlés par une loi du ministère des finances) à l'intérieur de chaque programme. Cela a permis aux délégués de transférer des ressources, par exemple du budget sur les médicaments aux lignes budgétaires d'entretien ou d'essence. En outre les programmes et les rubriques ont été réduits, permettant plus de flexibilité pour l'utilisation des ressources.

La deuxième initiative – la contractualisation des performances - est rapidement mise en œuvre cette année. Ce processus inclut le budget dans un procédé de planification stratégique, identifie les objectifs et les indicateurs de performance, élabore les budgets pour atteindre ces objectifs et constitue cadre de négociation entre les autorités centrales et provinciales. Cette initiative fixe des critères pour le choix des objectifs et des indicateurs et encourage les délégués à être en pourparlers avec les autorités centrales afin que des niveaux appropriés de ressources soient alloués pour pouvoir atteindre ces objectifs de manière réaliste. Ce processus a été efficacement appliqué dans d'autres pays comme un moyen pour motiver et fournir des incitatifs afin d'atteindre les objectifs et pour renforcer le pouvoir de négociation des unités décentralisées. Le ministère de la santé forme actuellement les fonctionnaires régionaux et provinciaux au nouveau processus.

### **Recommandations pour la décentralisation du financement**

Les processus de Budget global et de contractualisation des performances constituent d'importants progrès vers l'expansion de l'espace de décision au niveau provincial. Es processus doivent être continus et des initiatives élargies doivent être envisagées.

Budget global : Le ministère de la santé doit passer en revue les programmes (chapitres) et envisager d'accroître la flexibilité entre les programmes et les chapitres pour certains types de programmes. En même temps, il doit clairement définir les choix qui reflètent les principales priorités du financement de sorte que tous les délégués soient obligés d'allouer un financement suffisant aux priorités nationales. L'étude sur les délégués suggère également que certaines contraintes doivent être placées sous la capacité du délégué à allouer des ressources aux dépenses administratives afin de maintenir des fonds suffisants pour les

programmes prioritaires. Pour cela, plusieurs mécanismes peuvent être adoptés - comme un plafond pour les dépenses administratives provinciales (soit un pourcentage des budgets récurrents provinciaux totaux, soit une formule basée sur la taille et les types de services).

Contractualisation des performances : Le processus de contractualisation des performances est une excellente initiative qui avait été vivement recommandée dans le rapport de juillet 2001. Il y a cependant plusieurs risques qui doivent être envisagés lorsque le processus est mis en application. D'abord, il doit y avoir une série comportant un minimum d'indicateurs communs de performance qui reflètent les priorités au niveau national et peuvent fournir un moyen normalisé de comparer les performances des différentes provinces. Des indicateurs supplémentaires peuvent être négociés entre les niveaux national et provincial pour des objectifs spécifiques applicables à ces provinces. L'un des risques des indicateurs de performance - celui que les fonctionnaires concentrent leurs activités seulement sur ces indicateurs et laissent traîner d'autres activités indispensables - peut être réduit par une liste exhaustive des objectifs et indicateurs prioritaires. En second lieu, un système d'incitatifs pour les budgets doit être progressivement élaboré de sorte que ceux qui atteignent leurs objectifs soient récompensés par une légère augmentation des budgets et ceux qui n'atteignent pas leurs objectifs reçoivent un certain type approprié de pénalité. Des mécanismes ont été élaborés par d'autres pays qui peuvent fournir des informations sur la façon d'octroyer des incitatifs sans saper sérieusement les provinces ayant des problèmes de capacité pouvant les empêcher d'atteindre leurs objectifs. En troisième lieu, si le système d'information fournit les indicateurs de performance et que les responsables savent qu'ils seront récompensés pour la réalisation des indicateurs au sein de ce système, il y aura des incitatifs qui déformeront les données réelles fournies au système et miner la fiabilité du système d'information. Un examen minutieux des mécanismes de validation et d'audit et de l'utilisation des méthodes d'enquête pour vérifier la fiabilité des données devront être introduits dans le système d'information si une sérieuse contractualisation des performances doit être mise en application.

Formule d'équité pour l'allocation des ressources financières : L'une des recommandations du rapport de juillet 2001 était que les inégalités des allocations des ressources financières entre les provinces soient traitées par une formule équitable "basées sur les besoins" qui constituera un moyen transparent d'allocation des ressources. En 2001, les Comptes Nationaux de la Santé ont montré que la série des dépenses par habitant était de 1,83 DH à El Gharb-Charda et de 68,58 DH à Oued Eddahab. Une formule basée sur la population et sur les indicateurs des différences de santé a pu être développée comme guide cible pour les allocations futures. Elle peut être conçue pour augmenter progressivement le financement des provinces disposant actuellement d'allocations trop faibles tout en maintenant au même niveau celles bénéficiant actuellement d'allocations qui ne sont pas justifiées par la formule d'équité.

Fonds de péréquation pour les contributions régionales et locales : Un des principaux soucis du ministère est le faible niveau du financement national de la santé. Les dépenses du secteur public par habitant sont extrêmement basses comparées aux pays similaires. Si le ministère doit continuer à préconiser des budgets nationaux accrus pour la santé, il doit également rechercher un moyen de mobiliser les ressources locales au niveau des communautés régionales et locales. Bien que des efforts soient faits pour impliquer les partenaires locaux, un système incitatif plus formel doit être développé. Des fonds de péréquation par lesquels le gouvernement central accorde le financement conditionnel à des activités prioritaires de santé

si les gouvernements locaux élèvent augmentent une partie des coûts est un mécanisme efficace pour encourager les contributions locales à la santé. Ces fonds peuvent être fixés de manière à ce que les localités les plus riches, plus que les communautés plus pauvres, y contribuent à des niveaux plus élevés avec leurs propres sources de revenus afin d'assurer un accès équitable à ces fonds incitatifs.

### *Décentralisation des décisions relatives aux ressources humaines*

Les décisions relatives aux ressources humaines demeurent en grande partie centralisées et contrôlées essentiellement par la loi et par la définition des postes budgétaires par le ministère des finances. Selon l'étude sur les délégués, le seul contrôle majeur détenu par ces derniers était leur capacité à transférer le personnel au sein d'une même province. Très peu d'entre eux étaient même officiellement consultés au sujet des affectations du personnel à la province. Seul un petit nombre d'entre eux même demandait à transférer du personnel en dehors de leur province et seule la moitié de ces demandes étaient approuvées.

Le recours à certains mécanismes provisoires pour déléguer la responsabilité des décisions relatives aux ressources humaines du ministre par "délégation de signature" a été recommandé dans le rapport de juillet 2001, mais semble ne pas avoir été mis en application. Néanmoins, il y a eu quelques progrès mineurs. L'un des changements a consisté à la décentralisation de l'émission sur papier du salaire officiel du personnel des ressources humaines qui était centralisé même si les paiements avaient été transférés auparavant aux bureaux provinciaux.

Le département des ressources humaines se prépare également à transférer les bases de données du personnel à chaque province dans le cadre de la réforme du système d'information. Il a également entamé un processus pour définir la description des postes au niveau provincial, en commençant par l'hôpital de Beni Mellal dans le programme du PFGSS. Il projette aussi de créer des commissions administratives régionales pour décider des avancements et promotions en se basant sur les normes du niveau central. Par ailleurs, les hôpitaux autonomes (SEGMA) seront maintenant autorisés à utiliser leurs "recettes" ou à posséder leurs propres fonds pour financer des incitatifs sous forme de primes au personnel ; mais ils ne peuvent cependant pas changer la base des salaires.

Bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement d'un processus de décentralisation, le ministère a commencé à mettre en application une réforme des ressources humaines qui devrait avoir des conséquences d'une grande portée. Il a été maintenant requis aux départements centraux de lancer un "appel à candidature" pour tous les postes de responsabilité pour permettre à tout fonctionnaire de soumettre sa candidature, avec un jury comprenant un représentant du ministère des affaires générales. Ce processus est actuellement fortement centralisé mais pourrait être régionalisé ou provincialisé. En outre, le système antérieur qui consistait à affecter les ressources humaines "sur titre" ou en se basant uniquement sur les qualifications professionnelles et l'ancienneté doit être transformé en un système de concours ou de choix compétitif basé sur le mérite. Les concours sont actuellement appliqués à l'affectation des médecins généralistes dans des postes sous-desservis (les lois actuelles ne permettent pas d'affecter des spécialistes ou des infirmiers sur concours). Ce processus pourra plus tard tenir compte d'un plus grand choix au niveau provincial puisque ce sera la définition du besoin

plutôt que la disponibilité du personnel et son ancienneté qui décidera des postes et des affectations.

Un autre changement proposé est la possibilité de transférer des hôpitaux (et probablement des régions) au statut d'«établissements d'Etat» ou d'entreprises publiques. Ce statut juridique permettra aux directeurs de l'entreprise de mieux contrôler les ressources humaines – y compris l'engagement et le licenciement.

Enfin, il y a eu un investissement significatif dans la formation du personnel régional et provincial aux techniques et processus modernes de gestion. L'enquête sur les délégués a révélé un fort besoin de renforcement des capacités de gestion des ressources humaines au niveau provincial. Progress a formé le personnel aux compétences techniques (comme par exemple la maternité sans risque et le budget global) et de gestion (planification stratégique, processus de groupe, organisation des réunions, etc.). Ce renforcement des capacités constitue une contribution majeure pour consolider les niveaux provincial et régional qui pourront ainsi assumer de plus grandes responsabilités.

### **Recommandations pour la décentralisation des décisions relatives aux ressources humaines**

Il est difficile pour le ministère de la santé de réformer les processus relatifs aux ressources humaines sans apporter des changements majeurs au processus des ressources humaines de secteur public dans sa totalité. Il y a actuellement un processus de réforme du "statut général des fonctionnaires du secteur public". Le ministère doit essayer d'influer sur cette réforme de sorte qu'une plus grande flexibilité soit accordée aux régions et aux délégués au niveau de la province. En particulier, tous les postes doivent être formellement transférés de "sur titre" à "sur concours". Des mécanismes pour créer des incitatifs financiers par des primes doivent également être lancés.

En même temps, le ministre peut envisager de commencer à attribuer un plus grand contrôle au niveau de la province par "délégation de signature" ou le ministère de la santé peut simplement développer un processus rationalisé par lequel il approuve officiellement toutes les décisions prises au niveau de la province.

Enfin, des efforts continus doivent être entrepris pour renforcer les capacités afin que les compétences techniques et de gestion indispensables à une plus grande prise de décision aux niveaux provincial et régional soient mises en place lors de l'application du processus de déconcentration.

### ***Décentralisation des fonctions de prestation de services***

Les directions contrôlent encore la plupart des normes et standards relatifs à la prestation de services et émettent encore beaucoup de circulaires pour diriger les activités des programmes de prestation de services. Dans l'étude sur les délégués, Progress a constaté que ces derniers peuvent apporter peu de changements dans les activités de services et seul un petit nombre d'entre eux ont essayé de se rendre au ministère de la santé pour changer les directives.

Néanmoins, il y a eu une série de nouvelles initiatives pour décentraliser les fonctions de prestation de services. L'une de premières a été la création de sites régionaux de surveillance épidémiologique (Observatoires épidémiologiques), les dépôts régionaux, les centres régionaux de transfusion sanguine, les centres régionaux de formation et les unités régionales de maintenance. Ces initiatives ont créé la capacité régionale dans 11 régions sur 16 et transféré du personnel et des budgets à ces unités régionales. Les unités sont supervisées par les coordinateurs régionaux. Dans deux régions (Marrakech et Al Haouz), le FNUAP a également créé un dépôt régional de contraceptifs comme dépôt-pilote pour décentraliser le processus de distribution.

Dans beaucoup de provinces, il y a également eu de nouvelles initiatives d'assurance qualité, souvent sans appui du ministère de la santé bien que beaucoup d'entre elles aient été appuyées par des bailleurs de fonds. Progress a ouvert la voie en favorisant certaines de ces initiatives par des activités dans ses deux régions-pilotes et en appuyant une conférence nationale sur l'assurance qualité dans laquelle des expériences régionales et provinciales ont été partagées. La première initiative lancée sans appui extérieur était celle du délégué de la province de Tétouan. Ce programme d'assurance qualité a recours aux méthodes-clés aujourd'hui promues par la plupart des programmes de qualité et a efficacement motivé le personnel pour résoudre de nombreux problèmes de qualité dans la province. L'étude sur les délégués a révélé que la poursuite de programmes d'amélioration de la qualité en l'absence de l'appui du ministère de la santé était sensiblement liée à de faibles dépenses en coûts administratifs et à un taux plus faible de mortalité maternelle.

Il y a également eu le soutien de bailleurs de fonds pour les programmes de maternité sans risque et de mise à niveau du système d'information qui ont été conçus au niveau national avec des normes nationales et avec des programmes de formation initiaux conçus au niveau national. Ces initiatives ont impliqué les responsables régionaux et provinciaux dans la mise en œuvre opérationnelle, la formation locale et la priorité locale et leur ont attribué plus de rôles que dans des programmes définis antérieurement sur le plan national.

### **Recommandations pour la décentralisation des fonctions de prestation de services**

A travers la performance, le processus budgétaire permet d'augmenter l'expérimentation locale avec différentes méthodes pour réaliser les cibles de performance. Les directions doivent fournir l'assistance technique et des options plutôt que des circulaires directives et encourager l'expansion des méthodologies et des activités d'assurance qualité. Des initiatives aux normes nationales comme le programme de maternité sans risque et le système d'information doivent également être progressivement tournées vers les autorités régionales et provinciales au fur et à mesure que ces dernières développent leurs capacités dans ces domaines.

### ***Décentralisation des fonctions de gouvernance***

Les autorités centrales encouragent les délégués à s'impliquer dans la gouvernance locale et à créer des associations avec les organismes et les bailleurs de fonds locaux. Les délégués doivent habituellement avoir de bonnes relations avec les gouverneurs et les coordinateurs

régionaux doivent également travailler avec le Wali régional. Il n'y a aucun appui net du ministère de la santé et aucun mécanisme pour fournir des incitatifs additionnels aux délégués à s'impliquer davantage avec les communautés locales.

Cependant, il apparaît que la plupart des délégués prennent des initiatives pour s'impliquer dans les communautés locales. Dans l'étude sur les délégués, la plupart de ces derniers ont signalé une coordination avec les présidents des communes locales ou le président de l'assemblée provinciale, certains d'entre eux ayant des réunions quotidiennes ou hebdomadaires et la quasi-totalité au moins une fois par mois. L'étude a révélé que ceux qui avaient le plus d'interactions avec les autorités locales avaient tendance à avoir des dépenses plus élevées dans les programmes prioritaires de santé maternelle et infantile et de planification familiale.

Certains délégués se sont montrés efficaces en réussissant à augmenter l'aide financière accordée par les bailleurs de fonds locaux et à assurer une coordination régulière avec les ONG locales. Cet appui et cette coordination augmentent les ressources disponibles, accroissent souvent la motivation du personnel et apportent des améliorations aux infrastructures. En retour, les services publics locaux peuvent appuyer les activités des ONG en fournissant la formation et l'approvisionnement en matériel.

En outre, plusieurs activités communautaires ont été financées par différents bailleurs de fonds, comme par exemple le soutien de Progress aux partenariats VIH/SIDA avec d'autres ministères et ONG au niveau local.

L'étude de Progress sur le capital social dans huit communautés marginales a révélé un taux de participation extrêmement faible dans les associations volontaires locales ainsi qu'un faible taux de participation active dans les activités communautaires. Elle a également révélé que ceux qui ont des niveaux plus élevés de confiance au sein de la communauté étaient ceux qui avaient le moins recours aux établissements modernes de santé pour les accouchements, préférant l'accouchement à domicile.

### **Recommandations pour la décentralisation des fonctions de gouvernance**

Ce domaine est peut-être celui où les autorités centrales ont permis aux autorités locales de suivre leurs propres initiatives ; certaines régions et provinces ont été plus énergiques et ont mieux réussi que d'autres dans la mise en œuvre de la collaboration. Il doit y avoir davantage d'orientations centrales et de motivations pour la participation à la gouvernance locale dans le secteur de la santé et davantage d'incitatifs pour que les fonctionnaires locaux travaillent avec le secteur privé. Comme il a été noté ci-dessus, il doit également y avoir un programme de fonds de péréquation pour encourager la mobilisation des ressources locales.

Les résultats de l'étude sur le capital social suggèrent qu'un effort concerté doit être entrepris par les fonctionnaires provinciaux pour encourager une participation plus élargie dans les groupes communautaires ; il faut que les équipes locales de santé soient formées afin d'instaurer une plus grande confiance dans les établissements modernes de santé à travers une interaction plus sensible avec les patients, une plus grande implication avec les ONG et une plus grande participation des professionnels de santé dans d'autres activités communautaires.

## *Processus de coordination régionale*

Dans le cadre de l'initiative générale de décentralisation, les 16 coordinateurs régionaux ont été encouragés à élaborer des plans stratégiques régionaux, à réduire la duplication des programmes provinciaux et à chercher à augmenter l'usage efficace des ressources entre provinces de la région par une meilleure coordination de routine. Les coordinateurs régionaux n'ont obtenu ni des ressources supplémentaires ni du personnel additionnel mais ont compté sur leur propre personnel provincial en promouvant des activités régionales. Dans certaines régions, il a été dit que le coordinateur régional tendait à favoriser sa propre province dans les activités et les plans régionaux entraînant des plaintes de conflit d'intérêt. Il semble que la coordination a été plus efficace dans certaines régions que dans d'autres. Par exemple, l'étude sur les délégués a montré que près de la moitié des coordinateurs régionaux n'avaient pas élaboré de plans stratégiques régionaux.

Le processus de régionalisation a cependant profité de l'aide extérieure de bailleurs de fonds, et plus particulièrement de celle de Progress, de la GTZ, du FNUAP et de l'Union européenne. Ces projets ont soutenu la planification stratégique dans la région, la formation dans le domaine des techniques de gestion et la prise de décision régionale sur les ressources de projet. Dans deux régions d'activité de Progress, un secrétaire régional a été élu par les délégués provinciaux et des décisions sur les fonds de projet ont été prises par consensus et basées sur les besoins, alors que dans d'autres régions le financement de projets est alloué par formule proportionnelle.

## *Durabilité des programmes régionaux des bailleurs de fonds*

Le projet de Progress touchant à sa fin, il est indispensable d'envisager la durabilité de ses activités réussies. Selon une étude sur la durabilité des projets de l'USAID, il y a cinq caractéristiques associées à la durabilité des projets des bailleurs de fonds. Les projets considérés par les décideurs comme efficaces dans l'atteinte de leurs objectifs ont le plus de chances d'être soutenus. Il en va de même pour les projets conçus dans un processus collaboratif avec des responsables locaux et non considérés comme étant imposés de l'extérieur également. Par ailleurs, ceux dont les budgets incluent une part nationale accrue, ceux qui ont formé un grand nombre de membres du personnel dans le domaine de leurs fonctions essentielles et des services intégrés ont également des chances d'être soutenus. En général, on peut considérer que le projet Progress possède toutes ces caractéristiques et que ses activités ont par conséquent plus de chances d'être durables que d'autres projets. Cependant, il y a aussi quelques risques que les activités de projet soient ébranlées à la fin du projet. Il existe plusieurs risques :

En premier lieu, l'efficacité de la coordination régionale à Tétouan-Tanger et dans le Souss-Massa Draâ dépendaient de l'existence d'un bureau régional doté d'un personnel d'appui aux activités de projet. Ce personnel devra être sciemment remplacé par un personnel provincial susceptible d'envisager son rôle régional comme une charge accrue et non comme faisant partie des tâches routinières. Le ministère de la santé doit envisager le renforcement du personnel de soutien aux bureaux régionaux par des mutations à partir du niveau national (voir ci-dessous).

En second lieu, les activités régionales semblent dépendre du maintien d'une l'équipe régionale efficace et du leadership des coordinateurs régionaux. Le ministère de la santé doit veiller à maintenir le personnel local pendant au moins trois années, à changer ensuite seulement une partie limitée de personnel en même temps et à accorder une attention particulière au remplacement des coordinateurs régionaux qui doivent avoir des compétences prouvées en leadership.

En troisième lieu, même si les activités régionales ne dépendaient pas totalement du budget de Progress, les ressources extérieures n'ont pas été uniformément remplacées par des ressources locales - bien que cela constitue moins un problème à Tanger-Tétouan que dans le Souss-Massa Drâa. Un effort doit être déployé pour attirer d'autres bailleurs de fonds en vue de financer ces régions ou pour en augmentant les budgets nationaux dans les zones les moins favorisées de ces régions.

En quatrième lieu, les régions étaient motivées par la reconnaissance de niveau central à travers la réalisation du projet. Cette rétroaction constructive du niveau central aux niveaux locaux doit être soutenue par des canaux gouvernementaux officiels.

### **Propositions récentes de régionalisation**

Dans le cadre du processus de réorganisation soutenu par plusieurs audits organisationnels entrepris sous la direction d'un bureau d'études, deux options pour la régionalisation et trois options pour la réorganisation du ministère de la santé au niveau central ont été passées en revue par le ministère et attendent une décision des autorités politiques. L'approche se concentre sur le développement d'unités régionales plus fortes et placées hiérarchiquement placées entre les niveaux central et provincial. La première option mettrait en place un directeur régional et attribuerait des fonctions régionales séparées et spécialisées aux délégués provinciaux au sein de la province. Un délégué provincial par exemple serait responsable de la logistique de la région tandis que les autres seraient responsables du financement au niveau de la région. La seconde option, la plus coûteuse mais la plus efficace, mettrait en place une nouvelle équipe régionale pour soutenir le directeur régional. Cette option impliquerait également une réorganisation des provinces dans des districts de santé - similaire au modèle de district de l'OMS - en conjuguant le rôle actuel du délégué à celui du directeur d'hôpital et en combinant les deux structures administratives sous une seule unité, mais avec différents sous-directeurs pour les hôpitaux et pour les soins ambulatoires.

Trois propositions ont été faites pour la réorganisation des bureaux centraux. La première réduirait le nombre de directions en unissant plusieurs directions actuelles au sein d'unités plus intégrées - par exemple fusion de la direction des hôpitaux avec la direction des services ambulatoires pour créer une nouvelle direction des hôpitaux et des services de santé. La deuxième réduirait fortement le personnel des bureaux centraux dont les membres ne garderaient que des rôles de planification stratégique et de politique. La troisième apporterait seulement des changements mineurs à la structure administrative actuelle.

## Considérations et recommandations

Il n'y a aucun modèle de décentralisation applicable à tous les pays et, par conséquent, le modèle choisi par les Marocains devra être un modèle qui émane d'un processus de consensus au sein du gouvernement et d'autres principaux intervenants. Cependant, certains objectifs majeurs doivent être au centre du choix d'options appropriées et être inclus dans les mécanismes adoptés. S'il est important d'opérer des changements structurels sensés et rationnels, il est aussi important de reconnaître que les détails ou petites fonctions sont toujours les plus difficiles à perfectionner même lorsqu'un principe est simple et que de nombreux choix de petite taille doivent être faits pour que le procédé de décentralisation soit mis en œuvre dans les règles de l'art.

### Capitaliser sur les réalisations

Afin que le processus actuel puisse se poursuivre dans une direction positive, il est nécessaire de se fonder sur les réalisations faites jusqu'ici. Le gouvernement a sagement choisi de développer une culture organisationnelle de changements progressifs en augmentant l'espace de décision des appareils administratifs subordonnés. Il a également apporté certains importants changements budgétaires pour appuyer ce processus. Etant donné l'actuel processus de changements progressifs du royaume, il est utile d'y adhérer étape par étape dans le secteur de la santé.

### Equité

Le deuxième objectif du processus de décentralisation consiste à veiller à ce que les réformes améliorent l'équité du système. Tout choix de décentralisation doit mettre l'accent sur le développement des objectifs, les indicateurs et les mécanismes qui réduiront les inégalités de la répartition actuelle des ressources financières et autres ressources et s'orienter vers un processus plus rationnel basé sur les besoins afin d'établir l'équité entre les appareils administratifs locaux.

### Efficacité

Le troisième objectif consiste à augmenter l'efficacité dans l'utilisation des ressources rares. Cette efficacité doit aller à la fois dans le sens d'une orientation des dépenses vers la réalisation des objectifs de santé publique plutôt que de répondre simplement à la demande de soins curatifs (efficacité d'allocation) et dans le sens de trouver des moyens pour accroître la productivité des ressources consacrées à toute tâche quelle qu'elle soit (efficacité technique).

### Qualité

Le quatrième objectif consiste à améliorer la qualité des services. Cet objectif doit non seulement améliorer la capacité technique et les incitatifs locaux pour améliorer les services, mais également accroître la responsabilité et la réactivité aux perceptions locales de la qualité et à la demande locale de services.

## Mobilisation de fonds supplémentaires

En conclusion, puisqu'il y a un manque évident de fonds même pour les services les plus fondamentaux et que les possibilités du trésor central d'augmenter les budgets nationaux de santé sont limitées, il doit également y avoir un objectif de mobilisation de fonds supplémentaires auprès des sources locales.

Les propositions actuellement en cours d'examen peuvent aboutir vers ces objectifs bien qu'il y ait, cependant, quelques risques à envisager et des choix détaillés à faire pour que les options constituent des moyens efficaces d'atteindre les objectifs ci-dessus.

La recommandation de créer une nouvelle autorité régionale dans 9 à 16 régions est une étape importante et utile. La deuxième option, la création d'une équipe régionale, est la plus réaliste et la plus sensée. La troisième option qui propose de mettre en place un directeur régional, mais d'attribuer les différentes fonctions régionales spécialisées à chaque délégué provincial, n'est pas recommandée puisqu'elle créerait probablement la confusion et de potentiels conflits d'intérêt entre les provinces.

L'option régionale répond à un des soucis majeurs du système actuel – celui du conflit d'intérêt du coordinateur régional qui est également le délégué de la province-mère. Etant donné que les régions doivent être renforcées dans le reste du secteur public et qu'elles ont accès aux revenus supplémentaires par l'imposition locale, elles doivent également pouvoir mobiliser des ressources supplémentaires pour le secteur de santé.

Toutefois, il y a également un risque que les régions ajoutent simplement un autre niveau administratif qui pourrait entraîner des coûts additionnels et constituer un goulot d'étranglement administratif. Les coûts administratifs du système de santé sont déjà relativement élevés pour le budget global et, dans un système de rareté des ressources, le maximum de fonds possibles doit être réservé aux activités de programme plutôt qu'aux dépenses administratives. C'est pourquoi il est recommandé que les régions soient aussi "finies" que possible, avec le personnel le plus efficace, le plus motivé et le plus qualifié. Comme le recommandait le rapport de juillet 2001, les bureaux régionaux ne doivent sans doute pas être des reproductions des directions au niveau national. Le recrutement du personnel doit se concentrer sur les tâches qui peuvent être accomplies plus efficacement au niveau régional, permettant plus de choix aux niveaux administratifs inférieurs. Les fonctions sur lesquelles les régions doivent se focaliser sont la planification stratégique et budgétaire, la supervision et les services d'évaluation, la coordination entre les provinces et les gouvernements locaux, la coordination avec les partenaires privés et d'autres services gouvernementaux au niveau régional et la mobilisation de ressources supplémentaires au niveau régional. Les compétences et les capacités dans les techniques et les processus modernes de gestion doivent être renforcées à ce niveau.

En même temps, des économies doivent être faites par une réduction du personnel du ministère de la santé au niveau central (par les retraites et par les transferts aux régions) et un recrutement limité à partir des provinces. Il ne faut pas supposer que le personnel des bureaux centraux peut être transféré aux régions - peu de pays ont été efficaces en mettant en œuvre ces transferts puisqu'ils signifient habituellement des sacrifices majeurs pour les familles du personnel qui y résiste fortement. Pour augmenter l'efficacité de l'administration, d'autres mécanismes doivent être mis en place dans les régions, y compris des primes de performance,

des incitatifs pour l'utilisation des ressources produites localement afin de compléter les budgets nationaux, etc.

Un deuxième risque est que les régions ne pourront pas mettre en application les objectifs d'équité, ni dans la région ni entre les régions. Pour que les objectifs d'équité soient atteints, les bureaux centraux doivent élaborer une formule "basée sur les besoins" pour attribuer les ressources aux régions de sorte qu'il y ait un processus transparent et équitable qui puisse être clairement mis en application par les régions. Il y a trop de pressions politiques à surmonter au niveau régional si un mécanisme transparent et techniquement sain n'est pas mis en place. Ce processus d'équité doit être progressivement mis en œuvre afin que les secteurs qui ont besoin de ressources supplémentaires selon la formule reçoivent des augmentations par étapes et afin que ceux qui ont été favorisés par le système antérieur se voient accorder un laps de temps suffisant pour s'ajuster à des niveaux plus bas de financement. Cette formule d'équité pourra également être étayée par des indicateurs clairs de performance pour les contrats internes entre les autorités centrales et les régions dans lesquelles l'équité entre les districts/provinces et entre les communautés locales sont les objectifs majeurs de performance. Par ailleurs, un mécanisme au niveau central doit être développé pour allouer plus équitablement les ressources entre les régions – pour transférer les ressources à partir des régions actuellement favorisées à celles qui le sont moins. De nouveau, la formule "basée sur les besoins" pour les allocations aux régions est nécessaire pour ce mécanisme et elle doit tenir compte du potentiel à mobiliser les ressources régionales supplémentaires : les régions les plus riches recevront moins d'allocations que les régions les plus pauvres, ce qui incitera à mobiliser des ressources locales.

Pour améliorer l'efficacité des services, les régions doivent être dotées d'orientations pour réduire la reproduction des services entre les provinces, en particulier au niveau des hôpitaux, et des centres d'excellence qui regrouperaient plus efficacement le personnel et les services doivent être créés dans les régions. Des études minutieuses sur la rentabilité et sur les projections de la demande doivent être effectuées pour informer sur le développement de ces directives.

Pour consolider la qualité des services, les régions doivent être renforcées dans leur rôle de supervision des services et doivent fournir un feedback comparatif aux services et développer des protocoles basés sur l'évidence pour les procédures majeures.

Les propositions de transformer les provinces en districts et de combiner l'actuelle administration provinciale du délégué à l'administration de l'hôpital provincial est également une étape potentiellement positive. La duplication actuelle du personnel administratif est probablement inutile et son efficacité peut être améliorée. L'autonomie actuelle des hôpitaux n'a ni encouragé la réalisation d'objectifs plus élargis de santé publique ni mené à des mécanismes efficaces de référence entre les services ambulatoires et l'hôpital. La combinaison de ces deux types de services sous la direction d'un administrateur pourrait surmonter ces inefficacités et permettre le transfert d'une partie du budget administratif de la province à la région.

Cependant, là encore il y a des risques. Un risque majeur est que les besoins des hôpitaux viendront dominer les activités provinciales et que les services ambulatoires et la promotion de santé publique en souffriront. Pour éviter ce risque, des objectifs et indicateurs clairs de performance devront être en place dans le processus de contractualisation interne. Ces

objectifs et indicateurs devront être constamment passés en revue pour s'assurer que les objectifs de santé ambulatoire et publique ont la priorité sur les soins hospitaliers curatifs. Des mécanismes pour imposer ces objectifs par des récompenses et des sanctions devront être élaborés avec soin. Si cette solution ne s'avère pas efficace, des plafonds budgétaires clairs doivent alors être imposés aux hôpitaux et aux dépenses administratives pour que des budgets suffisants soient disponibles pour des programmes de santé ambulatoire et publique.

Les options de régionalisation ont peut-être moins abordé la question des communautés locales. Si les responsables du ministère ont été nombreux à avoir ouvertement favorisé un rôle accru des communautés locales dans le secteur de la santé, leurs observations n'ont pas été incluses dans les propositions officielles. Certains ont exprimé leur soutien à une délégation des centres de santé aux gouvernements locaux comme moyen d'augmenter la responsabilité locale et de mobiliser les ressources supplémentaires auprès de sources et de partenaires communautaires. Cette proposition a un grand mérite et pourrait fournir une option dans laquelle le renforcement du contrôle et de la capacité de prise de décision aux niveaux local et régional pourrait mener à une réduction du rôle des provinces.

Là aussi il y a quelques risques. En premier lieu, il y a beaucoup de communautés locales dont la capacité est insuffisante pour prendre le contrôle des établissements de santé. On ne doit pas supposer que toutes les communautés locales ont les mêmes qualifications et, par conséquent, donc si cette option est adoptée, il faut établir des critères de capacité locale avant tout transfert d'autorité. En second lieu, la question d'équité doit être de nouveau abordée de manière à ce que les communautés locales qui disposent de peu de ressources ne soient pas relativement désavantagées par rapport à celles qui ont de plus grandes ressources. Une formule équitable transparente basée sur les besoins pour l'allocation des ressources entre les services communautaires locaux doit également prendre en considération la capacité locale à mobiliser des ressources supplémentaires.

Les propositions de réorganisation du niveau central ont également un mérite significatif. Là encore il n'y a aucune "meilleure" option évidente d'organisation et la décision doit être une décision qui essaye de rationaliser l'administration, en réduisant le personnel du niveau central tout en maintenant une capacité technique suffisante pour exécuter les fonctions essentielles. Le niveau central doit assumer plus qu'un rôle de normalisation et renforcer son rôle dans la planification stratégique et la fixation de normes. Pour cela, il doit mettre en place une unité analytique plus forte pour élaborer les politiques du secteur, présenter de nouveaux règlements et élaborer des stratégies politiquement efficaces. Le principe fondamental dans ce rôle est un système d'information flexible, fiable et opportun qui fournit des informations sur les secteurs public et privé.

L'option visant à réduire le nombre de directions a l'avantage potentiel d'améliorer l'administration centrale et de réduire les postes et les coûts administratifs centraux, libérant des ressources pour financer les bureaux régionaux. Les risques de cette option sont qu'elle combine des fonctions sans créer des efficacités (si elle n'est pas appliquée avec des réductions de personnel), qu'elle peut réduire le personnel technique essentiel (si la sélection dans la réduction du personnel n'est pas soigneusement mise en œuvre) et créer des problèmes moraux et de motivation chez le personnel restant. Ces risques peuvent être surmontés par une sélection réfléchie et rigoureuse du personnel, des exercices de renforcement de consensus dans l'élaboration de l'énonciation des missions et d'autres techniques modernes de gestion.

Ramener le rôle du ministère central uniquement à la planification stratégique affaiblirait sa capacité à imposer ses politiques et n'est pas une option recommandée. Se contenter simplement de "bricoler" avec le système actuel (la troisième option) n'est pas non plus recommandé puisque cette option n'entraînera aucune épargne administrative au niveau central et n'encouragera pas le transfert des responsabilités aux régions et aux provinces.

## Bibliographie

Bossert, T. "Proposals for Decentralization of Health System in Morocco" Progress Report, July 2001

Bossert, Thomas J. Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Study of Chili, Colombia, and Bolivia. Harvard School of Public Health, June 2000

Bossert, Thomas J. Directives pour la Promotion de la Décentralisation des Systèmes de Santé. Harvard School of Public Health, June 2000

Conférence sur le financement des programmes de santé de la reproduction et de santé de l'enfant. Tanger. Juillet 2000

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires. Ministère de la Santé. Séminaire/Atelier sur L'Organisation du Système de Santé dans le Cadre de la Régionalisation. Settat. Novembre 2000, et documents de travail ayant servis à la préparation du présent rapport.

Loi No. 47-96 relative à l'organisation de la région

Ministère des Affaires Sociales. Données sur le Découpage Régional. (sans date)

Ministère de la Fonction Publique et de la Reforme Administrative. Etude sur la Déconcentration Administrative. 1998.

## Annexe A

### Changements structurels et de processus (plan A)

#### 1. Créer un bureau régional séparé

- ◆ **Conflit d'intérêt de la région et de la province-mère**

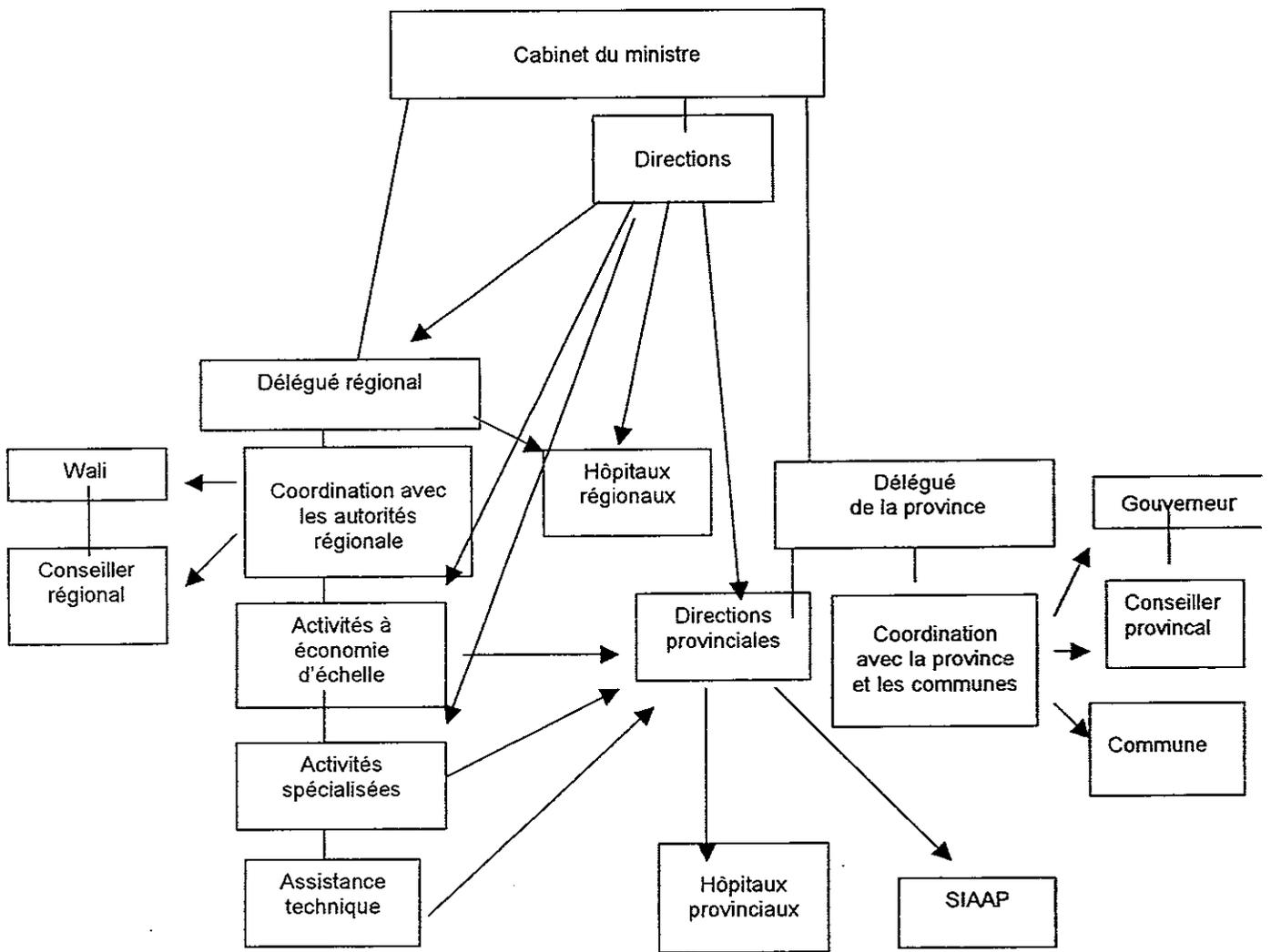
Il y a un danger continu d'inégalité croissante avec la structure actuelle de la région qui permet (habituellement) au délégué de la province-mère d'être le coordinateur régional. Ce problème doit être réduit par la création d'un petit bureau régional séparé. Comme noté ci-dessus, les tâches de la région sont assez limitées étant donné que la quasi-totalité de l'élargissement du choix est accordée au niveau provincial. Le personnel régional doit être choisi sur concours et la priorité doit être accordée à ceux qui seront transférés à partir du ministère central.

- ◆ **Pas de coût additionnel de structure régionale**

La région doit être formée à partir des budgets actuellement alloués aux niveaux central et provincial sans coûts additionnels, sauf pour les investissements en équipement et établissements pour les activités des économies d'échelle et les coûts récurrents de transport.

- ◆ **Organigramme**

L'organigramme suivant est utilisé uniquement pour suggérer que certains liens organisationnels entre la province et les autorités centrales doivent être maintenus et que l'autorité régionale ne doit pas devenir un goulot d'étranglement pour elles.



## 2. Initier des accords de gestion

Le processus interne fait penser que les procédures administratives doivent être remplacées en partie par des contrats de performance entre les niveaux administratifs. C'est une innovation importante qui a été testée avec un certain succès en Angleterre, au Chili, au Costa Rica ainsi que dans d'autres pays. Quelques conditions sont cependant requises pour rendre ce processus efficace. Les compétences nécessaires à l'élaboration et à la gestion des contrats sont complexes et exigent une expérience et une formation qui n'existent actuellement pas dans la plupart des ministères publics. Les critères de performance doivent être assez larges pour permettre d'empêcher la réalisation de certains objectifs au détriment de réductions dans d'autres activités importantes. Les mesures de performance doivent être contrôlées par des sources indépendantes pour ne pas être manipulées de façon à montrer une réalisation falsifiée des objectifs. En conclusion, le maître d'ouvrage doit exiger la flexibilité budgétaire pour pouvoir accorder des incitatifs supplémentaires si les objectifs sont atteints et des sanctions s'ils ne le sont pas.

Afin d'ouvrir la voie à ce type de processus une alternative est suggérée - le développement d'"accords de gestion". Ces accords seraient basés sur des objectifs et indicateurs de performance négociés et des indicateurs de performance spécifiés qui seraient fixés par les négociations entre le centre et les régions et provinces. Les accords constitueraient initialement des cibles et seraient élaborés pour montrer aux autorités des deux niveaux comment adhérer à des contrats et évaluer l'utilité des indicateurs de performance comme incitatifs et comme indicateurs de réalisation des objectifs. À l'étape initiale, il n'y aurait ni incitatifs financiers officiels pour l'atteinte des cibles de performance, ni de sanctions officielles pour la non atteinte des cibles de performance. Il y aurait des incitatifs et des sanctions non financiers, comme la publication des réalisations et des échecs.

Au fur et à mesure que l'expérience est acquise avec ces accords de gestion et si la loi budgétaire est changée (voir ci-dessous), ces processus pourront être transformés en contrats réels avec des incitatifs et des sanctions financiers formels. Il est probable qu'un tel processus requiert la mise en place effective d'un appui additionnel des bailleurs de fonds.

## 3. Economies d'échelle et conditions spéciales

- ◆ Les domaines où les autorités régionales nécessitent d'être développées comprennent... [expliquer de manière plus détaillée la logique de ces activités et leurs implications pour la région, la province et le centre]

## 4. Amélioration des systèmes d'information

L'importance d'un système d'information rapide avec des indicateurs majeurs de performance, de dépenses et d'utilisation est encore plus grande dans un système décentralisé que dans un système centralisé. Les choix faits à la périphérie doivent être évalués par les autorités centrales afin qu'elles puissent procéder à des ajustements au niveau de l'espace de décision et du financement si les décisions locales n'aboutissent pas à des objectifs nationaux. Le niveau central doit développer une plus grande capacité de surveillance de la qualité des services par des procédures d'accréditation et par des enquêtes et des indicateurs spécifiques de suivi de la qualité (comme les taux d'infection interne à l'hôpital).

5. "Groupe de plaidoyer" : Elaboration d'une stratégie pour obtenir les propositions adoptées.

Changements dans l'espace de décision pour une déconcentration: Plan A

<b>Fonctions</b>	<b>Eventail de choix</b>		
	Limité	Modéré	Large
Financement			
= Sources de revenu	X		
= Dépenses	X →		
= Revenus provenant de la tarification	X		
Organisation des services			
= Autonomie Hospitalière	X		
= Plans d'assurance	X		
= Mécanismes de paiement	X		
= Programmes et normes	X		
= Programmes verticaux, produits et logistique	X →		
Ressources humaines			
= Salaires	X		
= Vacataires	X →		
= Contractuels	X →		
Règles d'accès	X		
Gouvernement			
= Responsabilité locale	X		
= Comités des établissements	X		
= Bureaux de la Santé	X		
= Participation communautaire	X →		
Espace total de décision :			
Planification stratégique et investissements			
Planification et investissements	X		

## Résumé des changements dans les fonctions selon Plan A

### Changements dans les fonctions au niveau de la province

#### Fonctions de financement

- ◆ Elargir les choix de la province dans les processus de planification et d'élaboration du budget– la province revoit l'ensemble des modifications proposées par le niveau central au plan d'action et au budget, avant négociation avec le ministère des Finances.
- ◆ Elargir le choix des provinces sur l'exécution du budget de fonctionnement (hors salaires et investissement), qui est actuellement contrôlé par les directions à travers les programmes de santé. Ceci peut être réalisé par des une politique interne, des circulaires, et renforcement délégué des signatures (du sous-ordonnement?).

#### Organisation des services

- ◆ Améliorer la coordination entre l'hôpital et le SIAAP à travers la planification régionale
- ◆ Exécution et gestion de l'ensemble des programmes par la province avec adhésion aux normes nationales
- ◆ Acquisition et maintenance de certains produits et équipements par la province, selon décision de la direction.

#### Ressources humaines

- ◆ Décisions sur la gestion du personnel, telles que, le recrutement, l'affectation, redéploiement au sein de la province ou la négociation pour transfert entre province, les sanctions, sont transférées à travers une politique interne ou par délégation officielle du niveau central vers la province.

#### Gouvernance

- ◆ Coordination avec la société civile (les ONGs et associations)
- ◆ Renforcer la coordination avec les collectivités et autorités locales.

## Changements dans les fonctions au niveau de la région

### Fonctions de financement

- ◆ Planification et budgétisation pour les activités, le personnel et les structures de la région, tels que les dépôts, l'atelier de maintenance. Par ailleurs, la région est capable de planifier et budgétiser les subventions éventuelles du conseil de région.

### Organisation des services

- ◆ Coordination et planification régionale
- ◆ Activités nécessitant des économies d'échelle, telles que la gestion du dépôt régional, l'atelier de maintenance.
- ◆ Activités nécessitant une compétence technique pointue, telle que l'observatoire régional d'épidémiologie.
- ◆ Assistance technique aux provinces pour les programmes prioritaires.

### Ressources humaines

- ◆ Gestion du personnel de la région (administrative), son recrutement, transfert de et à d'autres régions, sanctions.

### Gouvernance

- ◆ Autoriser la sélection et nomination des conseils d'administration des hôpitaux autonomes de la région en respectant les critères établis par le ministère.
- ◆ Renforcer la coordination avec le conseil de la région et le Wali de la région pour préparer une éventuelle dévolution

## Changements dans les hôpitaux à gestion autonome

### Fonctions de financement

- ◆ Permettre un éventail de choix pour la tarification des prestations

### Organisation des services

- ◆ Autoriser l'acquisition locale de certains produits et médicaments

### Ressources humaines

- ◆ Pas de changement dans la situation actuelle

## Changements des fonctions au niveau central

### Fonctions de financement

- ◆ Concerner avec les provinces toutes les modifications apportées aux propositions de plan et budget de la province, avant la négociation avec le ministère des Finances.
- ◆ Politique interne consentant aux provinces une souplesse d'allocation des crédits budgétaires de fonctionnement entre les chapitres budgétaires. Actuellement, les décisions sur les budgets de fonctionnement des programmes sont faites par les directions.

### Organisation des services

- ◆ Définir les critères pour les domaines qui nécessitent une économie d'échelle, ainsi que les thèmes qui requièrent une compétence technique pointue.
- ◆ Etablir les normes pour les activités prioritaires, amener une assistance technique aux régions et provinces dans ces domaines.
- ◆ Achat des vaccins, équipements sophistiqués, médicaments (essentiels et spécialités) et les demandes d'ensemble des provinces.
- ◆ Améliorer le système d'information pour un suivi, monitoring et analyse des performances de régions et provinces.
- ◆ Renforcer la capacité analytique pour évaluer l'évaluation des performances du système

### Ressources humaines

- ◆ Etablir les procédures pour la gestion régionale et provinciale des ressources humaines à travers une politique interne au département de délégation de la signature.
- ◆ Revoir les décisions régionales et provinciales dans la gestion des ressources humaines, utiliser le droit de veto si nécessaire.

### Gouvernance

- ◆ Etablir les critères pour la sélection locale des conseils d'administration des hôpitaux autonomes.