

Rapport No. 91579-MA

DOCUMENT DE LA BANQUE MONDIALE

POUR USAGE OFFICIEL UNIQUEMENT

DOCUMENT D'ÉVALUATION DU PROJET

RELATIF AU PRÊT PROPOSÉ

POUR UN MONTANT DE 100 MILLIONS DE USD

AU

ROYAUME DU MAROC

PROGRAMME POUR RESULTATS D'AMÉLIORATION DE

LA SANTÉ PRIMAIRE DANS LES ZONES RURALES

3 avril 2015

Ce document est mis en circulation de façon restreinte et ne peut être utilisé par ses destinataires que dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions officielles. En dehors de ce cadre, son contenu ne peut pas être divulgué sans l'autorisation de la Banque mondiale

## TAUX DE CHANGE ET UNITES MONETAIRES

1 Dollar américain = 9,6246 Dirhams marocains (MAD)

(taux de change réel au 4 mars 2015)

## ABBREVIATIONS ET SIGLES

AECID	Coopération espagnole
AFD	Agence Française de Développement
AIMF	Auditeur interne au Ministère de l'Economie et des Finances
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladies
AVCI	Année de vie corrigée du facteur d'invalidité
CCM	Cellule de Coordination des Marchés
CDC	Cour des Comptes
CDM	Commission des Marchés
CNCP	Commission Nationale de la Commande Publique
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSC	Centre de santé communal
CSCA	Centre de santé avec module d'accouchement
CPS	Cadre de Partenariat Stratégique
DELM	Direction de l'Épidémiologie et de Lutte Contre les Maladies
DHSA	Direction des Hôpitaux et les Soins Ambulatoires
DIM	Division de l'informatique et des méthodes
DP	Direction de la Population
DPRF	Direction de la planification et des ressources financières
DRH	Direction des Ressources Humaines
EMI	Equipes mobiles intégrées
ESF	Evaluation du système fiduciaire
ESSP	Établissement de soins de santé primaires
ESGES	Evaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale
CGC	Conditions générales applicables aux contrats
GID	Gestion intégrée de la dépense
ICPC	Instance Centrale de Prévention de la Corruption
IGF	Inspection générale des Finances
IGM	<i>Inspection générale ministérielle</i>
IGM	Inspection générale du Ministère de la Santé
ILD	Indicateurs liés au décaissement
MAGG	Ministère des affaires générales et de la gouvernance
MNT	Maladies non transmissibles
NU	Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la santé

PAP	Plan d'action du programme
PCIE	Prise en Charge Intégrée de l'Enfant
PPD	Programme de prêt pour les politiques de développement
PPR	Programme pour résultats
RAMED	Régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis
RHS	Ressources humaines en santé
RMNCH	Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile
SAP	Stratégie d'assistance pays
SIS	Système d'information sanitaire
SIAAP	Services d'infrastructures d'actions ambulatoires provinciaux
SMI	Santé maternelle et infantile
SMIPF	Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
TMM	Taux de mortalité maternelle
TGR	Trésorerie générale du Royaume
UE	Union européenne
US\$	Dollar américain

Vice-Président régional:	Hafez Ghanem
Directeur-pays par interim:	Joelle Businger
Directeur de la pratique globale:	Timothy Evans
Responsable régional de la pratique globale:	Enis Bariş
Chef d'équipe pour le projet:	Nadine Poupart
Adjoint au chef d'équipe pour le projet:	Emre Özeltin

# ROYAUME DU MAROC

## Amélioration de la santé primaire dans les zones rurales

### Table des matières

Fiche signalétique du Document d'évaluation de projet (PAD) .....	6
<b>I. CONTEXTE STRATEGIQUE .....</b>	<b>10</b>
A. Contexte pays .....	10
B. Le contexte sectoriel et institutionnel.....	11
C. Rapport entre le programme et le CPS et motifs du choix de l'instrument .....	12
<b>II. DESCRIPTION DU PROGRAMME .....</b>	<b>14</b>
A. Champ du programme.....	14
B. Objectif du programme de développement.....	20
C. Résultats clés du programme et indicateurs liés au décaissement (ILD) .....	20
D. Les principales activités de développement des capacités et renforcement des systèmes .....	21
<b>III. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME .....</b>	<b>22</b>
A. Dispositions institutionnelles relatives à la mise en œuvre .....	22
B. Suivi et évaluation des résultats .....	23
C. Accords de décaissement et protocoles de vérification .....	23
<b>IV. RESUME DE L'EVALUATION .....</b>	<b>25</b>
A. Evaluation technique .....	25
B. Evaluation fiduciaire .....	27
C. Evaluation environnementale et sociale.....	28
D. Evaluation intégrée du risque .....	31
E. Le plan d'action du programme .....	32
<b>Annexe 1 : Description détaillée du programme.....</b>	<b>33</b>
<b>Annexe 2: Matrice des résultats .....</b>	<b>42</b>
<b>Annexe 3 : Indicateurs liés au décaissement (ILD), dispositions concernant les décaissement et protocoles de vérification.....</b>	<b>46</b>
<b>Annexe 4 : Evaluation technique (texte intégral).....</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 5 : Evaluation des systèmes fiduciaires (texte intégral) .....</b>	<b>90</b>

<b>Annexe 6 : Résumé de l'évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale (ESGES) .....</b>	<b>111</b>
<b>Annexe 7 : Evaluation intégrée du risque .....</b>	<b>119</b>
<b>Annexe 8: Plan d'actions du programme .....</b>	<b>124</b>
<b>Annexe 9 : Plan de soutien à la mise en œuvre.....</b>	<b>126</b>

*Fiche signalétique du Document d'évaluation de projet (PAD)*

*Royaume du Maroc*

*Programme pour Résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales*

**DOCUMENT D'ÉVALUATION DU PROJET**

*Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA)  
Pratique globale en Santé, Nutrition et Population*

Information de base		
Date:	3 avril 2015	Secteurs: Santé (100%)
Directeur pays par interim:	Joelle Businger	Thèmes: Performance du système de santé (80%) Accidents et maladies non-transmissibles (20%)
Responsable et Directeur sectoriel (pratiques globales/ SNP PG) :	Enis Barış/Olusoji Adeyi	
Identifiant du programme:	P148017	
Chef de l'équipe:	Nadine Poupart	
Adjoint au chef de l'équipe	Emre Özaltın	
Période de mise en œuvre du programme :	Début: 24 avril 2015	Fin: 30 juin 2019
Date prévue pour la mise		

en vigueur: 1<sup>er</sup> juillet  
2015

Date prévue pour la fin  
du financement : 31  
décembre 2019

### Données financières sur le programme

Prêt       Don       Autre  
 Crédit

#### Pour les prêts/crédits et autres (en millions de US\$) :

Coût total du programme	226.2 millions US\$	Financement total par la Banque : 100 millions US\$
-------------------------	---------------------	---

Total du co-financement :      Déficit de financement:

#### Source de financement

#### Montant

EMPRUNTEUR/BENEFICIAIRE	Equivalent de 15.2 millions US\$
BIRD	100 millions US\$
Union Européenne	Equivalent de 107 millions US\$ (85 millions €)
Nations Unies	Equivalent de 4 millions US\$
Total	Equivalent de 226.2 millions US\$

Emprunteur : Royaume du Maroc

Organisme responsable : Ministère de la Santé

Contact:	M. Belghiti Alaoui	Titre:	Secrétaire général
Téléphone :	+212 (0)5 37 76 38 70/ +212 (0)5 37 76 18 41	Email:	<a href="mailto:belghitaliaoui@hotmail.com">belghitaliaoui@hotmail.com</a>

#### Décaissements prévus (en millions US\$)

Année budgétaire	AB 2015	AB 2016	AB 2017	AB 2018	AB 2019				
Par an	0	25	23	25	27				
Cumulatif	0	25	48	73	100				

#### Objectifs du programme en matière de développement

L'objectif du programme en matière de développement est d'étendre l'accès aux soins de santé primaires dans des zones rurales ciblées par le Programme

<b>Conformité</b>			
<b>Politique</b>			
Est-ce que le programme s'écarte de la SAP par son contenu ou d'une quelconque autre manière significative ?		Yes [ ]	No [ X ]
Est-ce que le programme requiert des dispenses quelconques par rapport à la mise en œuvre des politiques de la Banque concernant les Programmes pour les résultats ?		Yes [ ]	No [ X ]
Ces dispenses ont-elles été approuvées par la direction de la Banque ?		Yes [ ]	No [ ]
Est-il demandé au Conseil d'administration d'approuver une dispense quelconque ?		Yes [ ]	No [ X ]
Est-ce que le programme répond aux critères régionaux de préparation pour la mise en œuvre ?		Yes [ X ]	No [ ]
<b>Niveau de risque global : substantiel</b>			
<b>Conventions juridiques :</b>			
<b>Nom</b>	<b>Réurrence</b>	<b>Echéance</b>	<b>Fréquence</b>
Annexe 2, Section 1. C	oui	4 mois après la Date d'Entrée en Vigueur	
L'Emprunteur mettra en place de façon satisfaisante pour la Banque au plus tard 4 mois après la Date d'Entrée en Vigueur et maintiendra tout au long du programme (i) un Comité de pilotage qui sera présidé par le Secrétaire général du Ministère de la Santé et composé des directeurs de chacune des directions du ministère concernées par le Programme; et (ii) un comité technique, présidé par le directeur de la DPRF, et composé de représentants des directions du ministère de la santé concernées par le Programme.			
<b>Composition de l'équipe</b>			
<b>Personnel de la Banque mondiale</b>			
<b>Nom</b>	<b>Titre</b>	<b>Domaine de spécialité</b>	<b>Unité</b>
Nadine Poupart	Economiste principale	Chef de l'équipe de projet	GHNDR
Emre Özaltın	Economiste de la santé	Co-chef de l'équipe de projet, SIS	GHNDR
Dominic Haazen	Spécialiste principal en politique de santé	SIS	GHNDR
Dorothée Chen	Spécialiste de la santé	Gouvernance	GHNDR
Jean-Pierre Chauffour	Chef Economiste	Economiste pays	GMFDR
Khalid El Massnaoui	Economiste principal	Risques pays	GMFDR
Khadija Faridi	Spécialiste en passation des marchés	Passation des marchés	GGODR
Abdoulaye Keita	Spécialiste principal sur la passation des marchés	Passation des marchés	GGODR
Franck Bessette	Spécialiste principal en gestion financière	Gestion financière	GGODR

Laila Moudden	Analyste en gestion financière	Gestion financière	GGODR
Fabian Seiderer	Spécialiste principal en gestion du secteur public	Gestion financière	GGODR
Jean-Charles de Daruvar	Conseiller juridique principal	Conseiller juridique pays	LEGAM
Nathalie Munzberg	Conseiller juridique principal	Conseiller juridique pays p.i.	LEGAM
Aissatou Diallo	Agent financier principal	Décaissements	CTRL
Loubna Ennadir	Stagiaire		EXC
Fatiha Bouamoud	Assistante de programme		MNCMA
Taoufiq Bennouna	Spécialiste principal en gestion des ressources naturelles	Clauses environnementales	GENDR
Suiko Yoshijima	Spécialiste environnemental	Clauses environnementales	GENDR
Africa Eshogba-Olojoba	Spécialiste principale en environnement	Clauses environnementales	GENDR
Ramana NV Gandham	Spécialiste en chef de la santé	Pair examinateur	AFCE2
Marcelo Bortman	Spécialiste principal en santé publique	Pair examinateur	GHNDR
Daniel Dulitzky	Responsable sectoriel	Pair examinateur	GHNDR
Nedim Jaganjac		Pair examinateur	GHNDR
Son Nam Nguyen		Pair examinateur	GHNDR
Moulay Zine-Eddine El-Idrissi		Pair examinateur	GHNDR
Amy Champion	Analyste des opérations	Opérations	GPSOS
Mary Lou Bradley	Agent principal des opérations		GHNDR
Rebecca Lacroix	Agent professionnel débutant	Clauses sociales	GSURR
<b>Personnels hors Banque mondiale</b>			
<b>Nom</b>	<b>Titre</b>	<b>Domaine de spécialité</b>	
Elisabeth Sandor	Consultante	Engagement civique	
Gilles Dussault	Consultant	Ressources humaines en santé	
Lamyae Hanafi	Consultante	Gestion financière	
Najat Mjid	Consultante	Clauses sociales	
Anouar Khalid	Consultant	Clauses environnementales	
Clara Welteke	Consultante	Analyse économique	
Rima Al-Azar	Consultante	Gouvernance	

## I. CONTEXTE STRATEGIQUE

### A. Contexte pays

1. **Grâce à un taux de croissance économique de presque 5% entre 2001 et 2011, le Maroc a réduit la pauvreté et a favorisé une prospérité partagée.** L'extrême pauvreté a quasiment disparu, passant de 2% à 0,28% durant cette même période<sup>1</sup>. La pauvreté relative a également diminué, passant de 15,3% à 6,2%, et la vulnérabilité de la population (la population vivant juste au-dessus du niveau de pauvreté) a reculé de 22,8% à 13,3%<sup>2</sup>. Cependant, près de 20% de la population, soit 6,3 millions de Marocains, vivent dans la pauvreté ou sous la menace permanente de retomber dans la pauvreté. Les inégalités demeurent un défi important. Le coefficient de Gini de 0,41 pour le Maroc<sup>3</sup> continue à refléter de hauts niveaux d'inégalité. Les disparités en termes de taux de pauvreté entre les régions offrent une mesure de cette inégalité : en 2011, le taux de pauvreté dans sept des seize régions du Maroc était plus élevé que la moyenne nationale, allant même jusqu'à atteindre 40% au-dessus de cette moyenne nationale dans trois de ces régions. Les taux de pauvreté sont plus élevés en milieu rural. En 2011, 10 % des 13,4 millions de personnes vivant en milieu rural vivaient en dessous du niveau de pauvreté et représentaient les deux tiers de la population pauvre du Maroc<sup>4</sup>.

2. **Les priorités stratégiques du gouvernement reflètent dans une large mesure les principes, les changements et les actions contenues dans la nouvelle Constitution.** Cette orientation a été détaillée dans le discours du chef du gouvernement de janvier 2012 qui a fixé le cadre du programme gouvernemental de 2012-2016. Le programme gouvernemental s'articule autour de cinq piliers qui se renforcent mutuellement : (i) approfondir l'identité nationale, préserver la cohésion sociale, la diversité et l'ouverture ; (ii) consolider l'état de droit, renforcer la bonne gouvernance, la participation démocratique et les progrès de la régionalisation et de la décentralisation, dans le cadre de la redevabilité du système de santé et d'une véritable citoyenneté ; (iii) poursuivre une croissance économique équitable forte, compétitive, multisectorielle, diversifiée et génératrice de richesse et d'emplois ; (iv) promouvoir des programmes sociaux qui garantissent l'accès équitable aux services de bases et renforcent la solidarité et l'égalité de chances entre les citoyens, les générations et les régions ; et (v) conforter le positionnement du pays aux plans régional et international et promouvoir les services publics destinés aux Marocains résidant à l'étranger<sup>5</sup>.

3. **Le Maroc traverse une période de changement politique important et fait face à une demande d'amélioration des services publics de santé.** Avec la nouvelle constitution, le Maroc a engagé un ensemble de réformes qui ont jeté les bases d'une société plus ouverte et plus démocratique. La nouvelle constitution reconnaît que les soins de santé sont un droit pour le peuple marocain. Dans le même temps, la population demande une amélioration des services publics de santé. S'appuyant sur une consultation nationale inédite dans le domaine de la santé appelée *Intidarat* et sous le haut patronage du Roi Mohammed VI, le Maroc a organisé une seconde conférence nationale sur la santé du 1<sup>er</sup> au 3 juillet 2013<sup>6</sup> afin d'établir un consensus sur le diagnostic des problèmes dans le domaine de la santé et

---

<sup>1</sup> L'extrême pauvreté correspond à la population vivant avec moins de 1 dollar américain par jour à parité de pouvoir d'achat (PPA). La baisse se réfère au seuil national de pauvreté correspondant à l'équivalent de 2,15 US\$ en PPA en 2007.

<sup>2</sup> D'autres indicateurs de mesure de la pauvreté confirment cette diminution. Les taux de pauvreté multidimensionnelle mesurés par Alkire et Foster ont diminué de 28.5% en 2004 à 8.9% en 2011.

<sup>3</sup> L'indice de Gini mesure Gini évalue dans quelle mesure la distribution de revenus ou les dépenses de consommation parmi les individus ou les foyers au sein d'une économie s'écartent d'une distribution parfaitement égale.

<sup>4</sup> Voir la Stratégie de partenariat du Groupe de la Banque mondiale avec le Royaume du Maroc pour la période 2014-2017, la Banque mondiale, 2014 (Rapport No. 86518-MA)

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> La première conférence s'étant tenue en 1959.

d'organiser les réformes à venir.<sup>7</sup> La conférence s'est appuyée sur une Lettre royale appelant à agir, sur une stratégie pour le secteur de la santé couvrant la période 2012-2016 et sur un livre blanc pour le secteur de la santé.<sup>8</sup>

## **B. Le contexte sectoriel et institutionnel**

**4. En dépit de récents progrès, les indicateurs de santé restent faibles, bien inférieurs au niveau que connaissent des pays de la région comparables, et révèlent de fortes inégalités.** Le Maroc a accompli des progrès significatifs depuis les années 1990 et plus particulièrement durant les cinq dernières années. Le taux de mortalité maternelle a diminué de près de 66 % en 20 ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Les niveaux de mortalité infantile et juvénile ont baissé de 84 pour 1000 naissances vivantes en 1992 à 30 pour 1000 naissances vivantes en 2011, soit une réduction de 64%. En dépit de ces progrès, les inégalités existent entre les régions urbaines et rurales, entre les régions et les niveaux socio-économiques. Le taux de mortalité maternelle dans les zones rurales est deux fois supérieur par rapport aux zones urbaines (148 contre 73 décès pour 100 000 naissances vivantes) et la mortalité infantile est 40% plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Ces inégalités en termes d'indicateurs de santé reflètent les inégalités en termes d'accessibilité et de qualité des fournisseurs de soins de santé, de même que des inégalités en termes d'allocation des ressources aux fournisseurs de soins de santé publics. Alors que le fardeau des maladies transmissibles a diminué depuis 1990, le Maroc est confronté à l'augmentation des maladies non-transmissibles (MNT) et des accidents. En 2011, 18,2% des Marocains souffraient d'une maladie chronique, contre 13,8% en 2004. La prévalence du diabète parmi les personnes âgées et de 20 ans et plus est d'environ 6,6% (soit 1,5 million de personnes) et celle de l'hypertension est de 33,6% (soit 6 millions de personnes)<sup>9</sup>.

**5. L'organisation des soins de santé est fragmentée et se heurte à des contraintes majeures en termes de ressources.** Il n'y a aucun continuum entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Ceci rend plus compliqué le suivi efficace des patients et génère des coûts inutiles. Les services de santé primaire souffrent d'une pénurie des intrants, en particulier des médicaments et des personnels de santé. En outre, le système de santé fait face à une pénurie des ressources humaines en santé qui concerne toutes les catégories de personnel et à des problèmes tels que l'absentéisme, la double pratique et l'inadaptation des formations. On constate des disparités régionales dans la distribution du personnel de santé ainsi que des déséquilibres régionaux dans la répartition des fournisseurs privés de soins de santé<sup>10</sup>. En l'absence d'un système de soins de santé primaires fonctionnel, l'accès aux services essentiel est limité, surtout dans les zones rurales comme le démontre le faible taux de contact (0,4). Tandis que le secteur public continue à fournir l'essentiel des services de soins de santé, le secteur privé se développe rapidement, avec peu de régulation et de données sur ses activités. En l'absence d'un système d'information en santé intégré, fiable et accessible, le Ministère de la Santé ne peut pas régler ces problèmes et améliorer la redevabilité des acteurs du système de santé.

---

<sup>7</sup> Les participants incluaient les ministères concernés, les assureurs, les associations représentatives des médecins et des infirmiers, le secteur privé, des universitaires, la société civile, des Organisations Non Gouvernementales, les bailleurs de fonds ainsi que d'autres acteurs importants.

<sup>8</sup> Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Livre Blanc : « Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé », Marrakech, 1-3 juillet 2013.

<sup>9</sup> Le diabète est souvent associé à l'hypertension (65.5% des diabétiques souffrent d'hypertension).

<sup>10</sup> Approximativement 50% de tous les médecins privés sont situés sur l'axe Rabat-Casablanca, alors qu'ils sont bien moins nombreux dans les provinces du sud (Ministère de la Santé, 2009).

6. **Le Maroc dépense moins pour les soins de santé que d'autres pays au développement socio-économique comparable. Les dépenses de santé restant à la charge des ménages y sont élevées.** Cette situation s'explique essentiellement par le fait que les dépenses publiques pour la santé sont au Maroc moins élevées qu'on ne pourrait s'y attendre par rapport à l'ensemble des dépenses publiques. Certes, la part du budget alloué au secteur de la santé a augmenté de 25% depuis 2007 pour atteindre 3,5% en 2013, mais elle reste bien au-dessous des niveaux observés dans d'autres pays comparables. En collaboration avec le Ministère de la Santé, le Ministère de l'économie et des finances a préparé un cadre de dépenses à moyen-terme qui couvre la période 2014-2016 ; il prévoit une augmentation de 13,6% de l'allocation budgétaire en faveur du Ministère de la Santé par rapport au niveau de 2013.

### C. Rapport entre le programme et le CPS et motifs du choix de l'instrument

7. **Le projet envisagé s'articule bien avec le Cadre de Partenariat Stratégique avec le Pays du Groupe de la Banque mondiale (CPS, rapport no. 86518-MA).** La CPS 2014-2017 s'articule autour de trois piliers stratégiques : (i) promouvoir une croissance compétitive et inclusive ; (ii) préparer un avenir vert et résilient ; et (iii) renforcer la gouvernance et les institutions pour une meilleure prestation de services à tous les citoyens. Le Programme pour Résultats (PPR) ici proposé soutiendra le troisième pilier de la CPS en traitant des sujets suivants : (i) favoriser la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en milieu rural dans 9 régions ; (ii) renforcer la prévention et le contrôle des MNT ; (iii) soutenir la stratégie du secteur afin de fournir des prestations adaptées aux populations difficiles à atteindre ; (iv) contribuer à renforcer la qualité des soins de santé primaires ; et (v) développer un système d'information sanitaire (SIS) performant. En raison de leur sensibilité et de leur importance reconnue pour le développement du Maroc, la CPS propose également de maintenir ou d'accroître la visibilité de trois sujets transversaux à travers son programme : (i) l'égalité hommes femmes ; (ii) la jeunesse ; et (iii) l'expression et la participation. Ainsi, le programme prend en compte chacun de ces trois thèmes transversaux. Sa première composante mettra l'accent sur l'amélioration de la santé primaire pour les femmes enceintes, les nouveaux nés et les enfants en dessous de 5 ans en milieu rural. La gouvernance du secteur de la santé sera renforcée afin d'améliorer la fourniture des soins de santé primaires aux personnes ciblées tout en donnant aux citoyens la possibilité d'exprimer leur point de vue. En outre, le programme vise à lancer un système incitatif en direction des fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer la qualité et la motivation. Le programme proposé contribuera à la stratégie de la Banque mondiale visant à éliminer la pauvreté extrême et à soutenir une prospérité partagée de manière durable en réduisant les écarts qui séparent les populations rurales et urbaines en matière d'accès aux services de santé de base. Dans la mesure où l'essentiel de la population pauvre vit en milieu rural et la plupart des régions ciblées par le programme concentrent les taux les plus élevés de pauvreté, ce programme soutiendra l'augmentation de capital humain parmi les plus pauvres. Ceci renforcera alors leur participation dans l'économie et augmentera leur productivité et leurs revenus. Le programme proposé contribuera également à la stratégie régionale de la région Moyen- Orient et Afrique du Nord en appuyant les piliers relatifs au renforcement de la gouvernance et à l'inclusion sociale et économique des populations.

8. **Le PPR proposé s'appuie également sur la stratégie de la Banque mondiale en matière de santé, nutrition et population en faveur de la région MENA pour 2013-2018 (rapport no 81723) dont l'équité et la redevabilité constituent des priorités de l'engagement de la Banque dans cette partie du monde.** Le programme proposé devrait traiter des disparités en matière de santé en améliorant l'accès des populations rurales aux services de base et en ciblant neuf régions dont les indicateurs de santé de base sont faibles. La composante du projet consacrée à la gouvernance traitera de la redevabilité en

rendant l'information disponible à tous les niveaux pour la prise de décision, en augmentant la transparence en matière de gestion des ressources humaines, et en donnant à la population à la fois l'information et la possibilité de s'exprimer à travers des mécanismes de rétroaction (mécanisme de gestion des doléances).

9. **L'engagement de la Banque mondiale dans le secteur de la santé a mis en évidence les défis associés aux réformes sectorielles.** Accroître les capacités d'offre de service de santé constitue un réel défi dans les zones rurales où de hauts niveaux d'informalité et de pauvreté, souvent exacerbés par l'isolement géographique, conduisent à un faible niveau de demande, ce qui rend les investissements publics coûteux et les incitations à la prestation de services par le secteur privé inexistantes. Le dernier projet d'investissement de la Banque mondiale dans la santé a été approuvé en 1998 (Prêt 4424). Ce projet visait le renforcement de la gestion hospitalière et l'amélioration du financement du secteur de la santé et il ne traitait pas de réformes spécifiques du secteur ou de sujets systémiques. Les activités sectorielles de la Banque qui ont suivi et l'engagement de l'institution dans d'autres pays ont montré que les réformes en matière de santé dépendent du contexte politique, du paysage institutionnel et de la conception et du champ des réformes proposées<sup>11</sup>. Ces éléments ont été pris en compte lors de la conception du programme proposé. Celui-ci soutiendra de nouvelles sous-composantes (mécanisme de traitement des doléances, ressources humaines en santé, système d'information sanitaire) qui impliquent des changements fondamentaux et continus. Ceci constituera un défi dans un pays tel que le Maroc où l'économie politique favorise des changements limités et progressifs, sur le long terme. Pour autant, le programme proposé comprend un ensemble d'activités cohérentes et complémentaires qui ont démontré leur efficacité dans d'autres contextes.

10. **Le PPR est un instrument adapté pour atteindre l'objectif du programme proposé qui est de soutenir un ensemble d'améliorations couvrant l'ensemble du programme du Ministère de la Santé, plutôt qu'un nombre limité d'activités.** En visant des résultats, l'instrument que constitue le PPR apportera au gouvernement les incitations nécessaires pour cibler le changement de gestion à travers les institutions et développer les capacités nécessaires à l'atteinte des résultats souhaités au lieu de se concentrer sur un nombre limité d'activités. Dans ce contexte, le PPR aidera le gouvernement à se concentrer sur le renforcement des capacités institutionnelles favorisant des services de santé transparents et efficaces. L'engagement continu de la Banque mondiale peut avoir un impact positif sur les questions de mise en œuvre et le développement des capacités afin de garantir que le progrès est atteint et soutenu sur une période de temps donnée. Si certains programmes soutenus dans le cadre du budget étaient initialement bien définis, cela n'a pas été le cas pour d'autres. Pour autant, l'instrument que constitue le PPR a permis, durant sa phase de préparation, à la Banque mondiale d'aider le gouvernement à mieux définir ses programmes en fonction d'objectifs clés tels que les stratégies, les acteurs responsables, les résultats prévus et les budgets. Le PPR permettra au gouvernement d'utiliser les systèmes du pays en fonction de la réalisation des actions prévues dans le plan d'action du programme (PAP, annexe 8). En outre, le PPR constitue un outil semblable à celui utilisé par l'Union européenne - le soutien budgétaire - ce qui permettra aux deux institutions de développer des indicateurs liés au décaissement communs, comme l'ont demandé les ministères de la santé et des finances.

---

<sup>11</sup> Harvard University. Health Sector Reform in Africa: Lessons Learned. March 1994.

## II. DESCRIPTION DU PROGRAMME

### A. Champ du programme

#### *Le programme gouvernemental*

11. **Plusieurs documents stratégiques sous-tendent l'agenda des réformes.** Outre la Constitution de 2011, qui reconnaît de façon explicite le droit aux soins de santé pour le peuple marocain, les documents suivants guident les réformes : (a) la Lettre Royale qui a ouvert la Conférence nationale sur la santé (juillet 2013) et offre une vision de long terme, complétée par les actes de la conférence ; (b) le Livre blanc du Ministère sur le secteur de la santé de 2013 ; et (c) la Stratégie pour le secteur de la santé 2012-2016 du Ministère de la Santé.

12. **Les huit priorités gouvernementales suivantes se dégagent des différents documents stratégiques :**

- A. Renforcer les fonctions de santé publique essentielles du système, y compris : (i) la surveillance épidémiologique et l'alerte en cas d'épidémie; (ii) la prévention et le contrôle des MNT; (iii) améliorer la santé maternelle et infantile; (iv) la santé des populations à besoins spécifiques; et (v) la santé environnementale ;
- B. Prendre en compte la santé à travers toutes les politiques ;
- C. Agir concernant les déterminants de la santé, y compris au niveau local ;
- D. Promouvoir la couverture en santé universelle pour réduire les dépenses restant à charge des personnes à travers : (i) l'extension et le renforcement de l'assurance santé pour les ménages à faibles revenus (*Régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis* ou RAMED); (ii) le développement de la couverture santé pour les travailleurs salariés; (iii) la mise en place d'un nouveau dispositif pour les travailleurs indépendants ; et (iv) la séparation des fonctions de financement de celles de prestation de service, y compris pour le RAMED ;
- E. Renforcer l'accès équitable aux services de santé de qualité grâce à : (i) l'organisation et le développement de soins de santé d'urgence ; (ii) l'extension et l'amélioration des soins hospitaliers ; (iii) la réorganisation du système de référence ; (iv) le développement de la médecine de famille ; (v) le développement de la santé en milieu rural ; (vi) l'innovation technologique ; et (vi) des médicaments plus accessibles et moins chers ;
- F. Améliorer la gouvernance du système à travers : (i) l'approfondissement de la régionalisation et le développement d'un réseau de soins de santé local intégré ; (ii) le développement des partenariats public-privé ; (iii) le renforcement de la fonction de pilotage du Ministère de la Santé (y compris pour la régulation du secteur privé, le contrôle de la qualité des fournisseurs publics et privés, les protocoles de traitement, etc...) ; et (iv) le renforcement des mécanismes de redevabilité ;
- G. Renforcer le SIS grâce à : (i) l'informatisation du système d'information sanitaire et l'ouverture de l'accès à l'information en santé à une audience plus large, y compris au sein des départements concernés au sein du Ministère de la Santé, d'autres ministères, de la société civile et de la population ; (ii) la mise en place de dossiers médicaux électroniques confidentiels et accessibles en fonction des besoins à travers les différents niveaux de soins et (iii) l'utilisation des nouvelles technologies pour faciliter le partage d'information ainsi qu'une transparence et une redevabilité accrues ; et
- H. Accroître les ressources humaines en santé à travers : (i) l'augmentation du nombre de personnels médicaux et paramédicaux; (ii) la réforme des études médicales afin de régler le problème de la pénurie des personnels et de l'inadéquation des profils de compétence ; (iii) la compréhension des raisons des migrations nationale et internationale ; (iv) l'amélioration de la gestion des carrières et le

développement d'incitations financières et non-financières ; (v) la modernisation de la gestion des RHS; et (vi) l'amélioration de la formation professionnelle pour les personnels médicaux, paramédicaux et administratifs.

13. **Dans ce cadre stratégique général, le gouvernement a conçu un programme s'appuyant sur deux piliers :** (i) améliorer la santé au niveau primaire ; et (ii) améliorer la gouvernance du secteur de la santé. Le premier pilier inclut un *Plan d'action 2012 – 2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale* complété par un *Plan d'action pour améliorer la mortalité maternelle et infantile (2013-2015)* ciblant neuf régions et qui vise à améliorer les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile et à faciliter l'accès aux services de santé. Le premier pilier recouvre également la mise en œuvre d'une stratégie nationale complète en matière de MNT qui met l'accent sur le diabète, l'hypertension et les cancers de la femme. Enfin, le premier pilier du programme gouvernemental est soutenu par une stratégie visant à accroître la couverture en santé dans les zones rurales à travers des équipes mobiles. Le second pilier relatif à la gouvernance du secteur de la santé vise à renforcer la gestion et la répartition des ressources humaines, à renforcer les mécanismes de redevabilité et à développer un SIS national, intégré, accessible et durable.

14. **Au cours de la préparation du programme, l'équipe de la Banque mondiale a aidé le Ministère de la Santé à revoir ses programmes existants et à en concevoir de nouveaux qui correspondent à la direction stratégique et aux priorités du gouvernement.** De nouveaux programmes ont été définis concernant les RHS et le SIS.

#### ***Le programme mis en œuvre dans le cadre du PPR***

15. Le programme destiné à être soutenu par le PPR proposé a été défini selon trois critères : (i) la durée du programme ; (ii) les priorités soutenues par le programme ; et (iii) les zones géographiques dans lesquelles le programme s'applique.

16. *La durée du programme :* Le programme sera mis en œuvre sur quatre ans, de mars 2015 à juin 2019.

17. *Les priorités soutenues par le programme :* Le Ministère de la Santé a sollicité de l'aide pour renforcer les soins primaires en milieu rural afin de traiter le problème des disparités en termes de santé ; En outre, le Ministère de la Santé a sollicité un soutien ; en outre, le Ministère de la Santé a demandé que les activités retenues contiennent une dimension transversale et/ou multisectorielle et/ou présentent une difficulté technique. Dans ce cadre, les priorités ont été définies de façon conjointe par le Ministère de la Santé, la Banque mondiale ainsi que l'UE qui doit fournir un financement parallèle. Les domaines couverts par le programme s'organisent autour des deux piliers suivants :

1. Renforcer l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural :
  - 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans (*priorité gouvernementale A (iii)*) ;
  - 1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des maladies non transmissibles (*priorité gouvernementale A (ii)*) ; et
  - 1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile (*priorité gouvernementale E (v)*).
2. Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire :
  - 2.1 Elaborer un système d'incitations pour améliorer la performance des RHS, à partir d'un diagnostic du système actuel (*priorité gouvernementale H (iv)*) ;

- 2.2 Améliorer les mécanismes de redevabilité (*priorité gouvernementale F (iv)*) à travers le développement du principal outil de contrôle de la qualité (concours qualité) et la mise en place d'un mécanisme complet de traitement des doléances ; et
- 2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible (*priorité gouvernementale G*).

18. *Les zones géographiques dans lesquelles le programme s'applique* (Tableau 1). Le programme se concentrera dans les neuf régions ciblées par le programme gouvernemental consacré à la santé maternelle et infantile (le plan d'accélération). Ces régions sont : 1) L'Oriental ; (2) Marrakech Tensift Al Haouz; (3) Tanger Tétouan; (4) Sous Massa Drâa; (5) Ghard Chrarda Beni Hssein; (6) Taza Al Houceima Taounate; and (7) Doukala Abda, (8) Tadla Azilal; et (9) Meknès Tafilalet. Dans ces régions, le programme ciblera en priorité les zones rurales dans lesquelles 83% de la population rurale du pays vit<sup>12</sup>. Parmi les neuf régions, six ont des taux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale (voir tableau 1)

**Tableau 1: Niveau de pauvreté par régions, zones rurales**

Région	Taux de pauvreté
Gharb-Chrarda-Beni Hssen	19.9
Souss-Massa-Daraa	18.6
Doukala-Abda	17.4
Guelmim-Es-smara	17.3
Fès-Boulemane	16.9
Meknes-Tafilalet	16.5
Marrakech-Tensift-Al Haouz	15.8
Oriental	14.7
Taza-Al hoceima-Taounate	12.3
Tanger-Tétouan	12.2
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	11.4
Tadla-Azilal	11.0
Chaouia-Ourdigha	9.5
Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra	7.6
Grand-Casablanca	3.9
Oued Ed-dahab-Lagouira	2.3
<b>Moyenne nationale</b>	<b>14,4</b>

Source: HCP, *Enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages 2006/2007*

19. Ce programme est soutenu par le PPR proposé et par le projet de soutien budgétaire à la santé II de l'UE en préparation (à travers un financement parallèle).

<sup>12</sup> *Ministère de la Santé, La santé en Chiffres, 2012*

**Tableau 2 : Le programme du gouvernement et le programme PPR 2015-2018**

PROGRAMME GOUVERNEMENTAL	PROGRAMME PPR
<b>1. Etendre l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural</b>	
<b>1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans</b>	
9 régions Rural et urbain Hôpital et ESSP <sup>13</sup>	9 régions Rural ESSPs
<b>1.2 Prévention et contrôle des MNT</b>	
National Rural et urbain Hôpital et ESSP	9 régions Rural ESSP
<b>1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile</b>	
National (rural)	9 régions (rural)
<b>2. Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire</b>	
<b>2.1 Elaborer un système d'incitations pour améliorer la performance des RHS, à partir d'un diagnostic du système actuel</b>	
Conception et mise en œuvre nationale Hôpitaux et ESSP	Conception nationale
<b>2.2 Améliorer les mécanismes de redevabilité à travers (i) le développement du principal outil d'évaluation de la qualité (concours qualité)</b>	
National Rural et urbain Hôpitaux et ESSP	9 régions Rural et urbain ESSP
<b>(ii) la création d'un mécanisme complet de gestion des doléances</b>	
National Rural et urbain Hôpitaux et ESSP	9 régions Rural et urbain ESSP
<b>2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible</b>	
Conception d'un système national et mise en œuvre dans toutes les régions	Conception d'un système national et mise en œuvre dans une région

*Le cadre d'analyse des dépenses*

20. **Les dépenses totales de santé, en pourcentage du PIB, ont régulièrement augmenté au Maroc**, passant de 5,4% en 2008 à 6,4% en 2012 et elles sont plus élevées qu'en Egypte, en Algérie et que par rapport à la moyenne de la région MENA. Pour autant les dépenses publiques du Maroc en santé sont inférieures à celles de de pays au développement économique et social comparable. En conséquence, les dépenses des ménages se situent à un niveau élevé et représentent 62% des dépenses totales de santé en 2010<sup>14</sup>. En outre, des gains d'efficacité substantiels pourraient se dégager d'une meilleure allocation des fonds publics. Les soins primaires sont négligés en faveur de la dépense pour les soins au niveau tertiaire. Cette importance accordée aux structures tertiaires au détriment des services primaires et de prévention met en péril la soutenabilité financière du secteur, sur le long terme, en particulier au moment où s'opère la transition démographique et où le système est confronté à des maladies chroniques coûteuses.

<sup>13</sup> ESSP : Etablissement de soins de santé primaires

<sup>14</sup> Les dépenses restant à charge et les contributions des ménages aux régimes d'assurance maladie représentent respectivement 54 % et 8% des dépenses totales de santé.

21. **Le Ministère de la Santé a engagé des réformes ambitieuses visant à déconcentrer l'autonomie budgétaire et de gestion au niveau des régions.** Cependant, la plupart des dépenses restent gérées au niveau central et l'allocation budgétaire demeure fortement inéquitable, tant en termes d'investissements qu'en termes de répartitions des professionnels de santé, ce qui conduit à de fortes disparités en matière d'indicateurs de santé. Les dépenses de santé continuent à bénéficier, de façon disproportionnée, aux plus riches et l'inefficacité des dépenses publiques se reflète à travers les inégalités en matière d'accès aux soins. Le Maroc affiche des disparités entre les régions, entre les zones rurales et les zones urbaines et entre les populations riches et pauvres bien plus prononcées que d'autres pays de la région.

22. **Dans le but d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques pour la santé, le gouvernement a engagé une réforme budgétaire ambitieuse en amorçant une budgétisation programmatique<sup>15</sup>.** La réforme budgétaire vise à renforcer le lien entre la budgétisation et les priorités stratégiques et à améliorer la transparence de l'allocation budgétaire à travers l'adoption d'une structure budgétaire programmatique ainsi que des objectifs et des indicateurs de performance budgétaire.

23. **La soutenabilité financière et la prévisibilité du financement ne sont pas particulièrement menacées dans la mesure où globalement l'exécution du budget est assez centralisée et les performances en matière d'exécution budgétaire sont jugées assez satisfaisantes,** même si les rapports d'exécution budgétaire de fin d'année sont publiés avec retard (le dernier disponible datant de 2012). Si la prévisibilité du financement est limitée du fait qu'il n'existe toujours pas de cadre budgétaire pluriannuel crédible, ce problème devrait être réglé grâce aux réformes mentionnées. En outre, seconde conférence nationale sur la santé de juillet 2013, qui s'est ouverte sur la lecture d'une Lettre Royale, a permis de confirmer la priorité accordée au secteur de la santé.

24. **Le budget du Ministère de la Santé est en augmentation et une croissance de 13,6% est prévue pour la période 2014-2016 dans le cadre du budget 2013** (Tableau 3). L'essentiel du budget est dépensé pour couvrir les salaires qui représentent environ 52% des dépenses totales. Les autres catégories de dépenses sont difficiles à identifier dans la mesure où il n'existe pas à ce jour de budget programmatique au Maroc. Ainsi, les dépenses qui ne concernent pas le personnel et les dépenses d'investissement incluent des coûts de fonctionnement, de même que des dépenses de médicaments et d'achat de matériel sous différents programmes. Aussi, l'équipe de la Banque mondiale a travaillé avec les directions concernées du Ministère de la Santé pour budgétiser leurs programmes actuels et définir les budgets de programmes nouveaux.

---

<sup>15</sup> Le Ministère de la Santé fera partie de la seconde vague de ministères qui mettent en œuvre la réforme de la budgétisation axée sur les résultats, ce qui les contraindra à restructurer leur budget et utiliser un format programmatique et pluriannuel et à préparer un plan de performance (objectifs et indicateurs) pour le budget 2015. L'objectif est d'augmenter la transparence et la redevabilité en matière d'utilisation des fonds publics tout en accroissant la souplesse de gestion et le souci de la performance tout au long de la chaîne de prestation de services. La première vague de ministères ayant entrepris cette réforme incluait le Ministère de l'Economie et des Finances, le ministère de l'Education nationale (avec tout récemment le département de la formation professionnelle), le Ministère de l'Agriculture et de la Pêche maritime, le Haut-Commissariat aux Eaux et Forêts et à la Lutte contre la Désertification.

**Tableau 3 : Budget et dépenses projetées pour le Ministère de la Santé  
2012-16 (en milliards de US\$)**

Catégorie	2012	2013	Projections		
			2014	2015	2016
<b>Dépenses récurrentes</b>	<b>1.23</b>	<b>1.31</b>	<b>1.39</b>	<b>1.46</b>	<b>1.52</b>
Personnel	0.81	0.78	0.84	0.90	0.96
hors-personnel	0.42	0.48	0.49	0.50	0.50
RAMED	-	0.04	0.06	0.06	0.06
<b>Investissements</b>	<b>0.22</b>	<b>0.24</b>	<b>0.20</b>	<b>0.24</b>	<b>0.24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.45</b>	<b>1.55</b>	<b>1.59</b>	<b>1.70</b>	<b>1.76</b>

*Source: Ministère de l'Economie et des Finances, cadre de dépenses à moyen terme 2014-2016, Septembre 2013*

25. **Le projet PPR couvrira 100 millions de US\$ du programme gouvernemental en santé** (Tableau 4). Le programme actuel du gouvernement en matière de santé est financé à travers le budget annuel de l'Etat alloué au Ministère de la Santé. L'opération PPR proposée distingue et finance une partie du programme gouvernemental (cf. annexe 1 relative à la description détaillée du programme). Pour ce qui concerne la SMI et les MNT, le budget détaillé comprend les activités qui concernent les soins primaires en milieu rural dans neuf régions. Les évaluations budgétaires concernant la stratégie de santé mobile, les ressources humaines et la qualité ont des composantes nationales pour la conception de la stratégie et les budgets de mise en œuvre dans les neuf régions. Le budget relatif au SIS couvre la conception du système et son application dans une seule région.

**Tableau 4 : Financement du programme  
2015-2018 (en millions de US\$)**

Total	dont**		
	PPR	UE*	NU
226,2	100,0	107,0	4,0

\*1Euro = 1,251USD

\*\* Au Maroc, le financement par les bailleurs de programmes ou projets sectoriels ne se traduit pas automatiquement par une allocation budgétaire du même montant pour le ministère sectoriel concerné. Ces montants résultent de négociations annuelles entre le ministère sectoriel et le Ministère de l'Economie et des Finances, au cours de la préparation de la loi de finances.

26. **Le budget total du programme est de 226,2 millions de US\$** (Tableau 5). Le projet de l'UE devrait être négocié durant le premier trimestre de 2015. Si ceci introduit une légère incertitude sur l'enveloppe budgétaire globale, le risque de retrait de l'UE du projet de financement est négligeable. Pour la SMI, le plan de financement s'appuie sur le budget du plan d'accélération 2012-2016 (y compris les budgets pour l'investissement, les activités et les salaires) et sa projection sur la durée de vie du PPR, avec des activités supplémentaires prévues et la clôture de certaines activités réalisées, et en tenant

compte de sa mise en œuvre dans les zones rurales et au niveau de soins de santé primaire<sup>16</sup>. Pour la santé mobile, le concours qualité et les MNT, le coût s'appuie sur les budgets précédents et leur projection durant la durée de vie du PPR, dans la limite des activités appropriées du PPR et en intégrant une estimation des coûts salariaux<sup>17</sup>. Le s RHS et le SIS sont, eux, de nouveaux programmes pour lesquels les coûts et les budgets ont été prévus pour la durée du PPR.

**Tableau 5 : Coût du programme  
2015-2018 (millions de US\$)**

<b>Sous-programme</b>	<b>Montant</b>
Plan d'accélération pour réduire la mortalité maternelle et infantile	67,4
Suivi (prise en charge diagnostique et thérapeutique) des MNT	90,2
Stratégie sanitaire mobile	26,9
Ressources humaines en santé (système d'incitation)	2
Evaluation de la qualité ( <i>concours qualité</i> )	2,4
SIS	37,3
<b>Total</b>	<b>226,2</b>

Source : Banque mondiale et Ministère de la Santé, 2014

## **B. Objectif du programme de développement**

27. L'objectif du Programme de développement est d'étendre l'accès aux soins de santé primaires dans les zones rurales ciblées par le Programme.

## **C. Résultats clés du programme et indicateurs liés au décaissement (ILD)**

28. Les résultats clés de l'opération proposée seront :

- L'utilisation accrue des services de soins de santé primaires dans les zones rurales ciblées ;
- La redevabilité accrue du système de santé vis-à-vis de la population dans les zones rurales ciblées; et
- La création d'un SIS dans tous les établissements de santé dans une région.

29. Les ILD ont été choisis par rapport à des résultats clés du programme. Une attention a été apportée à un certain nombre de critères. Premièrement, les ILD sont à la fois accessibles et exigeants, ils combinent ambition et faisabilité de manière à ce que le risque financier attaché à chaque indicateur ait le bon impact. Deuxièmement, les ILD favorisent un flux régulier de décaissement. Troisièmement, les ILD

<sup>16</sup> Pour les activités s'appliquant dans des cadres multiples (urbain et rural et/ou primaire/secondaire ou tertiaire), les estimations concernant la part du budget bénéficiant au milieu rural et au niveau primaire sont faites sur la base de critères pertinents (par exemple le nombre d'établissements sanitaires, le nombre de personnels, les salaires du personnel, le budget d'investissement etc...)

<sup>17</sup> Les budgets du programme, lorsqu'ils existent, n'incluent pas les salaires. L'estimation et la budgétisation des salaires s'appuie sur l'hypothèse que le ratio du salaire par rapport aux investissements et aux coûts récurrents est le même pour tous les programmes et toutes les activités que le ratio global.

sont nettement alignés par rapport aux priorités gouvernementales, ce qui devrait garantir à la fois un effet de synergie et de soutenabilité. Certains ILD pourraient être partagés avec le projet de soutien budgétaire dans le secteur santé qui devrait être financé par l'UE<sup>18</sup>, ce qui devrait renforcer l'incitation du gouvernement marocain à atteindre les valeurs cibles. La matrice des ILD complète est proposée en annexe 3. Il y a également sept indicateurs non liés au décaissement dans le Cadre de Résultats (annexe 2). Une chaîne de résultats, montrant les relations entre les défis du secteur, les activités du programme, les résultats et les indicateurs liés au décaissement est présentée en annexe 4.

30. Les ILD du programme sont les suivants :

- **ILD 1** : Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant de consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les régions cibles du Programme
- **ILD 2** : Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les régions cibles du Programme
- **ILD 3** : Augmentation du nombre de nouvelles consultations d'enfants âgés de moins de 5 ans pour des soins curatifs dans un ESSP rural dans les Régions Cibles du Programme
- **ILD 4** : Augmentation du nombre de patients diabétiques suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les régions cibles du Programme
- **ILD 5** : Augmentation du nombre de visites dans les ESSP ruraux (nouveaux cas) dans les régions cibles du Programme
- **ILD 6** : Pourcentage des centres de santé avec module d'accouchement (CSCA)<sup>19</sup> dans la Régions Cibles du Programme qui participent à l'évaluation principale annuelle de la qualité. (*concours qualité*)
- **ILD 7** : Etablissement d'un SIS dans une des Régions Cibles du Programme

#### **D. Les principales activités de développement des capacités et renforcement des systèmes**

31. La préparation et la mise en œuvre du programme seront soutenues par l'assistance technique de plusieurs bailleurs et de la Banque mondiale. Premièrement, le Ministère de la Santé bénéficie du soutien de l'Agence française de développement (AFD) pour renforcer l'échelon de soins primaires à travers le projet REDRESS-P (un prêt de 35 millions d'euros dont 34 millions d'euros dédiés au soutien budgétaire et 1 million d'euros d'assistance technique), complété par un don d'assistance technique (0.2 million d'euro), qui sera terminé en juillet 2015. L'assistance technique cible des activités qui contribueront directement à l'atteinte des ILD: a) appuyer le Ministère de la Santé dans la préparation d'une stratégie de santé primaire; b) améliorer l'organisation de la gestion des ESSP; c) développer des outils pour évaluer la performance des ESSP; d) mettre en place les dossiers médicaux pour les familles, y compris leur informatisation ; d) développer le système de référence (pour la santé maternelle et néonatale, la pression artérielle, le diabète, l'oncologie et la santé mentale) ; e) renforcer le regroupement des ESSP en "districts" au niveau local ; et f) étudier la mise en place d'un système d'accréditation pour les ESSP offrant des prestations de services.

32. Deuxièmement, l'AECID (la coopération espagnole) a signé un accord de don en 2014 (0.7 million d'euro) qui complète le soutien apporté par l'AFD en ciblant : (a) l'introduction d'un diplôme de Master en santé familiale et communautaire ; (b) la définition et la mise en place d'un nouveau modèle d'ESSP ; et (c) le soutien à la gestion et au regroupement des ESSP. Troisièmement, l'UE définit

<sup>18</sup> A confirmer dès que le projet de l'UE sera approuvé, en mai 2015.

<sup>19</sup> Appelés centres de santé de niveau 2 dans la nouvelle nomenclature gouvernementale des établissements de santé.

actuellement un programme d'assistance technique qui soutiendra leur projet en préparation. Cette assistance technique pourrait soutenir le développement de la stratégie nationale en matière de RHS, directement lié à la réalisation de l'indicateur sur le système d'incitation des RHS. Quatrièmement, le système des Nations-Unies fournit une assistance technique à toutes les sous composantes du programme (à l'exception de la couverture sanitaire mobile). En particulier, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a aidé le Ministère de la Santé à développer la sous-composante 1.1 (Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et en dessous de cinq ans) qui est mise en œuvre avec le soutien d'UNICEF. L'OMS aide également le Ministère de la Santé à développer une stratégie intégrée concernant les MNT (finalisée en 2014).

33. Enfin, la Banque mondiale a mobilisé 365 000 US\$ du fonds multi-bailleurs pour la région MENA (P148409, TF016295) pour démarrer des activités d'assistance technique en vue de la mise en œuvre de la première phase du pilier SIS, ce qui contribuera à la réalisation de l'ILD 8. Ces fonds seront utilisés afin de préparer la phase de conception et le travail technique, le développement des capacités et des activités de concertation.

### **III. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME**

#### **A. Dispositions institutionnelles relatives à la mise en œuvre**

34. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances sont les deux principales parties prenantes engagées dans le programme proposé. Le Ministère de la Santé sera responsable de la mise en œuvre des réformes sectorielles suivant les priorités définies dans les documents stratégiques. Le Ministère de l'Economie et des Finances fournira un appui politique et budgétaire au Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du programme. Le Ministère de l'Economie et des Finances est également chargé des décaissements relatifs aux fonds liés à la réalisation des ILD. Le Ministère de la Santé est également chargé de mettre en œuvre les réformes visant la réalisation des résultats du programme proposé. Le secrétariat général du Ministère de la Santé supervisera la mise en œuvre du programme tandis que la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF) fera fonction de secrétariat en fournissant les données nécessaires, les rapports, etc. à la Banque mondiale.

35. D'autres institutions seront impliquées dans la conception et la mise en œuvre du projet : (a) les Directions régionales, provinciales, les SIAAP et les établissements de santé ; (b) les syndicats des personnels de santé ; (c) l' *Agence Nationale de l'Assurance Maladie* (ANAM); (d) les caisses d'assurance santé pour les fonctionnaires (*Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale*, CNOPS) et les employés du secteur privé (*Caisse Nationale de Sécurité Sociale*, CNSS); (e) les assureurs privés ; et (f) la société civile. Les représentants de ces organisation/institutions seront régulièrement sensibilisés et consultés sur les réformes envisagées et les progrès réalisés à travers des ateliers et des colloques.

36. Un projet de manuel de procédures en œuvre détaillant les missions de tous ces acteurs est en préparation par le Ministère de la Santé. Il sera adopté avant le 30 juin 2015, comme indiqué dans le Plan d'action du programme (Annexe 8).

## **B. Suivi et évaluation des résultats**

37. A travers la DPRF, le Ministère de la Santé sera chargé de réunir l'ensemble des données et des documents nécessaires au suivi, à la vérification et à l'évaluation. Le Ministère de la Santé portera la responsabilité du suivi global des progrès vers l'atteinte des résultats prévus par le programme. Il sera également responsable de réunir et de fournir au moment voulu les données et les documents de vérification à la Banque mondiale et au Ministère de l'Economie et des Finances.

38. La Banque mondiale fournira un soutien à la mise en œuvre du programme selon les modalités prévues dans le plan détaillé de mise en œuvre (Annexe 9). Celui-ci cible l'application, au moment voulu, du plan d'action du programme (Annexe 8), la fourniture du soutien technique nécessaire, la conduite des revues fiduciaires ainsi que les activités de suivi et évaluation. Ces activités seront conduites dans le cadre des missions régulières de soutien à la mise en œuvre, à travers les analyses de données et la revue des documents, les échanges avec le gouvernement et les interlocuteurs non gouvernementaux et les autres parties concernées, ainsi que dans le cadre de visites sur le terrain de sites et établissements concernés par le programme, si nécessaire. Concernant le suivi et l'évaluation, la Banque mondiale portera une attention particulière à la revue des données et de suivi et aux documents de vérification relatifs aux résultats du programme et aux ILD soumis par le Ministère de la Santé. Elle se réservera le droit de décider en dernier ressort, s'agissant de décisions liées aux décaissements, si les ILD qui ont été choisis ont été atteints.

## **C. Accords de décaissement et protocoles de vérification**

39. Le montant total des fonds du prêt sera réparti entre les sept ILD. Les allocations ont été déterminées en fonction de : (i) la nature des ILD (les plus gros montants iront aux ILD de résultats) ; et (ii) les montants qui sont nécessaires pour atteindre les cibles. Les fonds alloués à chaque ILD sont ensuite divisés en sous-allocations, correspondant aux années et aux cibles. Le décaissement sera modulable pour les ILD 1 à 6.

40. Afin de favoriser une mise en œuvre plus rapide des activités permettant d'atteindre les ILD, une avance de 25 millions de US\$ sera mobilisée dès que le prêt sera mis en vigueur. Cette avance serait disponible tout au long de la mise en œuvre du projet sur une base renouvelable. Si à la clôture du projet l'avance ou une partie de l'avance reste disponible et si les ILD ou une partie des ILD ne sont toujours pas atteints, le gouvernement devra rembourser le solde du prêt.

41. La vérification des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs s'appuiera sur un audit technique effectué par l'Inspection générale ministérielle (IGM) du Ministère de la Santé. L'IGM dépend directement du Ministre de la Santé ce qui lui donne une position d'indépendance vis-à-vis des services gestionnaires et lui permet d'accéder aux informations et données. De plus, dans le cadre de la réforme budgétaire globale, l'IGM bénéficie de formations en matière de gestion axée sur les résultats ce qui confirme sa capacité à effectuer cette vérification.

42. L'audit technique se fondera sur l'examen de la documentation fournie au niveau central par le Ministère de la Santé, y compris les données fournies par le système d'information en santé, et des visites de contrôle sur le terrain dans un échantillon représentatif de régions ciblées par le programme où les ESSP, y compris les CSCA, et les hôpitaux (pour l'ILD 2) seront sélectionnés par hasard. L'audit technique vérifiera :

- Le système d'information et les procédures suivies aux niveaux des ESSP/hôpitaux et des directions provinciales, ainsi que leur agrégation au niveau central (ILD 1 à 6);

- L'exactitude *du nombre* de services tel que rapporté par les données du système d'information (ILD 1 à 5) ;
- Des preuves de la participation des ESSP à des sessions de formation ainsi que la disponibilité d'un plan d'action visant à améliorer la qualité s'inspirant des recommandations contenues dans le rapport d'audit réalisé dans le cadre du Concours (ILD 6); et
- La documentation pertinente concernant les progrès dans le développement du système d'information en santé (ILD 7).

43. La vérification du nombre de services pour les indicateurs 1 à 5 devrait inclure : (i) une revue documentaire de l'exhaustivité du reporting et des données finales (par mois) pour chacune des neuf régions; (ii) un suivi de toute variation importante (des augmentations ou des diminutions annuelles de 10% ou plus) ; (iii) une visite sur le terrain afin de comparer les rapports soumis par rapport aux registres et à d'autres données établies au niveau des établissements dans un échantillon aléatoire d'établissements issus des neuf régions cibles ; et (iv) la vérification du taux de contact à travers la téléphonie mobile pour un échantillon de patients figurant sur les registres tirés au hasard.

44. En plus de vérifier les données fournies par le SIS, l'audit technique devra chercher à expliquer tout écart repéré dans les données d'audit, et formuler des recommandations qui seront utilisées pour améliorer le SIS.

45. On acceptera un écart pouvant aller jusqu'à 5% entre les données fournies par le SIS et les données issues de l'audit technique. Si l'écart devait être supérieur, le décaissement (qui sera modulable pour les ILD 1 à 6) sera ajusté en fonction des données fournies par l'audit technique. L'audit technique sera réalisé tous les ans à partir de l'année 2015 qui constituera l'année de référence. Dans la matrice relative aux ILD (annexe 3), les données de référence proposées (à l'échelon national) seront remplacées par les données réelles de 2014 (des 9 régions ciblées), une fois celles-ci disponibles (fin 2015) et vérifiées (début aussi rapidement que possible lors de la mise en œuvre du Programme), et constitueront ainsi la référence. Les montants des ILD par prestation seront ajustés en conséquence, en utilisant la formule présentée en Annexe 3.

46. Lorsque tout ou partie des ILD sera atteint, le Ministère de la Santé fournira à la Banque mondiale des preuves étayées par les documents appropriés. Une fois terminé l'examen de l'ensemble des documents, y compris celui de l'examen de documents complémentaires qui pourraient être nécessaires, la Banque mondiale informera officiellement les ministères de la santé et des finances sur l'atteinte du/des ILD et sur le niveau des montants du programme disponibles pour le décaissement des fonds concernant chaque ILD en particulier, y compris tout décaissement partiel pour la sous allocation modulable des ILD 1 à 6.

47. Les demandes de décaissement (demandes de retrait) seront soumises à la Banque mondiale par le Ministère de l'Economie et des Finances au moyen du système électronique de e-décaissement et en utilisant le formulaire classique de décaissement parallèlement à la demande d'avance signée par le signataire autorisé du gouvernement. Pendant la durée du projet, outre la demande de décaissement pour l'avance (de 25 millions de US\$) pour les ILD qui ne sont pas encore atteints, le Ministère de l'Economie et des Finances pourra également soumettre des demandes de décaissement pour des ILD déjà atteints pour des montants supérieurs à l'avance disponible mentionnée. Ces demandes de décaissement pourront être soumises isolément, au vu de l'atteinte d'un seul ILD, ou de façon groupée et en vue d'une demande de décaissement globale, dans la mesure où un ensemble d'ILD sont atteints dans une période donnée. Une copie de la lettre d'information officielle de la Banque mondiale confirmant l'atteinte des ILD devra être jointe aux demandes de décaissement.

## IV. RESUME DE L'EVALUATION

### A. Evaluation technique

#### *La pertinence stratégique et les fondements techniques du programme*

48. Le programme lui-même s'intègre dans l'ensemble des activités du Ministère de la Santé. Ceci facilitera sa mise en œuvre. En ciblant le monde rural, qui regroupe généralement le quintile des revenus les plus bas, le programme cherchera à relever le double défi de l'amélioration de la prestation de service et de la réduction de la pauvreté. Si, par exemple, il était possible de réduire la différence de niveau de mortalité infantile de 40% entre les zones rurales et urbaines (voir paragraphe 4), l'impact en termes d'augmentation du potentiel économique pourrait être significatif. La priorité donnée à la santé en milieu rural est justifiée étant donné la situation qui prévaut actuellement dans le pays, les bénéfices attendus pour la santé et l'économie et la disponibilité des stratégies et des programmes spécifiques pour améliorer cette situation. En outre, en ne ciblant pas seulement la fourniture de services mais également les facteurs clés permettant d'améliorer les résultats sur le terrain – les ressources humaines, la redevabilité et la gestion de l'information – le programme, par sa structure, dispose de grandes chances d'améliorer la situation plus généralement, s'il est mis en œuvre conformément à sa conception initiale.

#### *La structure de gouvernance et les dispositions institutionnelles*

49. Une structure de gouvernance appropriée et dispositions institutionnelles sont en place pour assurer la mise en œuvre du programme. Les deux acteurs les plus importants pour ce programme sont le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances. Le Ministère de la Santé est responsable de la mise en œuvre de la stratégie dans le secteur de la santé, en fonction des priorités et des orientations définies dans les documents stratégiques. Le Ministère de l'Economie et des Finances fournira le soutien politique et budgétaire au Ministère de la Santé pour la mise en œuvre du programme et percevra les transferts de fonds liés à l'atteinte des ILD. Le secrétariat général du Ministère de la Santé supervisera la réalisation du programme tandis que la DPRF fera fonction de secrétariat, en fournissant des rapports de supervision réguliers et toutes les informations nécessaires à la Banque mondiale.

#### *Cadre de dépenses*

50. Les différentes composantes du programme gouvernemental sont financées par un ensemble d'acteurs: le gouvernement du Maroc, la Banque mondiale, l'UE (à travers un financement parallèle) et d'autres bailleurs (voir le tableau 4 dans la section II). Le projet de soutien budgétaire de l'UE devrait être de 85 millions d'Euros auxquels s'ajoutent 5 millions d'Euros d'aide complémentaire (assistance technique, audits, etc.). Le gouvernement s'est engagé à fournir un budget suffisant (dès lors qu'il sera appuyé par le financement du PPR, de l'UE et d'autres bailleurs) pour atteindre les objectifs du programme.

#### *Cadre de résultats et capacité de suivi et évaluation*

51. Un ensemble d'indicateurs spécifiques, mesurables et pertinents a été défini en accord avec le gouvernement du Maroc afin de suivre la mise en œuvre du programme. Tandis que le système de suivi et d'évaluation global du Ministère de la Santé requiert des améliorations significatives en termes d'intégration, de rapidité et d'accessibilité, les systèmes spécifiques à l'échelon des sous-programmes

fournissent des données fiables permettant d'opérer un suivi des indicateurs, ainsi que l'a démontré l'UE durant la mise en œuvre du PASS I.

52. La DPRF du Ministère de la Santé est chargée de collecter les données pour les ILD 1, 2, 3 et 5. Les établissements de soins de santé primaires transmettent leurs données chaque mois, de façon manuelle, au service d'infrastructures d'action ambulatoires provincial (SIAAP), lequel est chargée de vérifier les données et les entrées. La grande majorité des SIAPP dispose de statisticiens. D'autres bénéficient du soutien de statisticiens opérant dans les hôpitaux à proximité. Le SIAPP envoie les dossiers manuellement chaque mois à la DPRF qui vérifie et agrège les données de toutes les provinces du pays. Les données sont saisies dans le système de suivi et évaluation relatif à la santé maternelle et infantile et au planning familial (SMIPF) qui a été créé avec le soutien du PNUD en 2010-2013. La formation et les visites du personnel entre les échelons central et provincial sont organisées de façon régulière afin de veiller au contrôle de la qualité. La DPRF, qui dispose de 4 ingénieurs statisticiens et de 5 techniciens, projette de développer une application sur internet qui fournira les données au niveau central en temps réel. Le système sera mis en lancé à la fin de l'année 2014 et devrait être finalisé à la fin de 2015. Dans l'intervalle, compte tenu du caractère manuel du travail sur les données et du processus de contrôle de qualité, les données relatives à ces quatre indicateurs sont disponibles à n+1 pour l'année n. En conséquence, les valeurs de référence pour les ILD 1, 2, 3 et 5 concernent l'année 2012 puisque les données pour 2013 ne sont pas encore disponibles.

53. Les données pour l'ILD 4 sont centralisées à la DELM qui dispose de trois statisticiens en son sein, y compris un spécialisé sur le diabète, un sur l'hypertension et les maladies respiratoires et un sur la santé mentale. Ils sont responsables de l'agrégation, de la vérification, du contrôle de qualité et de l'analyse des données. Les délégations provinciales reçoivent des rapports trimestriels et vérifient les données et les entrées. Les données pour l'année n sont disponibles plus rapidement que pour les précédents ILD, c'est-à-dire quatre mois après la fin de l'année calendaire.

54. Le concours qualité possède son propre système d'information géré par la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA). Le système actuel peut suivre de façon routinière l'ILD 6. A l'échelon national, la division chargée de la qualité au sein de la DHSA est composée de 5 personnes qui sont soutenues par les statisticiens de la DHSA et par des informaticiens lorsque cela est nécessaire. Au niveau régional et provincial, le système s'appuie sur des points focaux régionaux et/ou provinciaux. Chaque édition du concours s'étend sur deux années calendaires (l'édition 2014 du concours a débuté en septembre 2014 et devrait se terminer au printemps 2015). Les données relatives au concours de l'année n sont disponibles l'année n+1.

55. Les informations concernant l'ILD 7 s'appuient sur des données écrites et seront collectées par la DPRF auprès des unités concernées du Ministère de la Santé.

### ***Evaluation économique***

56. Les composantes du programme proposé contiennent un ensemble d'activités visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé primaires et à améliorer la gestion et la capacité de prise de décision à tous les niveaux du système. Les inégalités actuelles en termes de santé entre les zones rurales et urbaines, auxquelles correspondent des inégalités en termes de répartition et de disponibilité des services de santé, soulignent la nécessité d'une action publique et du ciblage sur les soins primaires en milieu rural est démontrée. Le projet traitera de la santé en milieu rural en ciblant la SMI et les MNT et en cherchant à atteindre les populations isolées au moyen d'équipes de santé mobiles. Les composantes du projet qui visent à améliorer la qualité des établissements publics grâce au contrôle de qualité de même que le dispositif visant à améliorer la productivité des professionnels en santé grâce à des incitations sont

toutes, par définition, des interventions qui relèvent du secteur public. Enfin, le travail technique et l'élaboration du système d'information sanitaire sont des biens publics, bénéficiant de la contribution de tous les partenaires. Mais le système lui-même sera ouvert au développement par le secteur privé.

57. Si un quart des Marocains ne se fait pas soigner lorsqu'ils sont malades, cette proportion grimpe jusqu'au tiers en milieu rural. En outre, seulement la moitié des accouchements sont réalisés en présence de personnel médical qualifié dans les zones rurales, alors que ce taux est de 92% dans les zones urbaines. Globalement, la demande de soins par personne est de 0,6 par an (dans les structures publiques), et seulement 0.36 dans les zones rurales (comparée à un minimum de 1 recommandé par l'OMS) et les personnes les plus pauvres comptent respectivement pour seulement 18%, 13% et 11% de la demande de soins en dispensaire, dans un centre de santé et à l'hôpital. Traiter les disparités constitue un enjeu de justice sociale mais cela peut conduire à des gains économiques considérables importants, tant au niveau individuel – en améliorant la productivité, l'emploi en réduisant les dépenses restant à charge des personnes – qu'au niveau de la population en général, grâce à la réduction des coûts pesant sur les gouvernements et sur le secteur privé. Le programme gouvernemental dans le secteur de la santé, partiellement soutenu par le PPR, contribue de façon significative à accroître les possibilités économiques d'une croissance durable et inclusive, à assurer une fourniture efficiente et appropriée des services de base à la population et à promouvoir la bonne gouvernance.

58. La Banque mondiale est engagée depuis longtemps dans le secteur de la santé, dans le monde et au Maroc plus particulièrement. La Banque mondiale a soutenu le gouvernement du Maroc et le Ministère de la Santé en fournissant de l'assistance technique, y compris pour la planification et les consultations multipartites relatives à la réforme du secteur de la santé, la couverture maladie universelle (CMU) et le SIS. La Banque peut fournir le soutien technique et financier nécessaire pour atteindre les objectifs essentiels du programme, y compris le dialogue avec le Ministère de l'Economie et des Finances, afin de veiller à ce que le programme soit financé de façon appropriée et à ce que les ressources nécessaires à l'atteinte des cibles soient disponibles, et elle peut mobiliser les fonds fiduciaires et d'autres sources de financement d'assistance technique sur des sujets importants.

## **B. Evaluation fiduciaire**

59. Une évaluation du système fiduciaire du programme financé par la Banque a été réalisée lors des phases d'identification et d'évaluation, conformément aux procédures de la Banque mondiale (OP/BP 9.00), en étroite collaboration avec l'équipe technique et à travers l'analyse des documents et des rapports disponibles et à l'occasion de séances de travail avec les principales parties prenantes. L'évaluation du système fiduciaire a examiné les systèmes du Programme pour savoir s'ils offrent une assurance raisonnable que les produits du financement seront utilisés aux fins prévues, en tenant dûment compte des principes d'économie, d'efficacité, d'efficacités, de transparence et de reddition de comptes. L'évaluation a porté sur le cadre institutionnel du Programme, la gestion fiduciaire, la capacité en matière de passation de marchés et de mise en œuvre, les institutions et les systèmes relatifs aux aspects anti-corruption au sein du Programme. Les résultats de l'évaluation, ainsi que la revue des analyses et diagnostics existants, concluent que le cadre global lié aux aspects fiduciaire et à la gouvernance fournit une assurance raisonnable que les produits du financement seront utilisés aux fins prévues pour soutenir la mise en œuvre du Programme.

60. La plupart des faiblesses du pays identifiées lors de l'évaluation du système fiduciaire seront résolues grâce aux réformes en cours et à la nouvelle législation, y compris la nouvelle loi organique des finances et la loi sur l'accès à l'information et les doléances publiques qui restent à promulguer et grâce aux progrès de la réforme de la passation de marchés (y compris le nouveau décret des marchés publics effectif depuis janvier 2014 et le décret portant création de la nouvelle commission nationale de la

commande publique). La budgétisation programmatique et axée sur les résultats prévue par la loi organique des finances est actuellement testée au sein du ministère dans le cadre de la préparation du budget 2015. Le récent décret relatif à la passation de passations de marchés a introduit un mécanisme amélioré de gestion des doléances et des procédures dématérialisées de passation de marchés sur internet (e-procurement). Une politique de gestion des doléances applicable à l'ensemble du secteur public est en voie de finalisation et elle sera applicable au sein du secteur (voir Annexe 1, Section II, 2.2).

61. Le risque fiduciaire global au niveau du secteur de la santé est jugé "modéré". Les principaux risques et les mesures d'atténuation correspondantes sont précisés dans le plan d'action du programme et en annexe 5.

62. Les contrôles financiers : Au sein du Ministère de l'Economie et des Finances, l'Inspection Générale des Finances a été désignée par le gouvernement pour conduire des audits externes au Ministère de la Santé. L'IGF n'est pas une institution indépendante mais elle a démontré sa crédibilité et ce choix a été approuvé par la Banque mondiale. Les mêmes dispositions seront maintenues dans le cadre du programme. Le dernier rapport de performance de gestion du Ministère de la Santé a formulé des recommandations pertinentes telles que la création de fonctions effectives de contrôle de gestion et d'audit interne tant au niveau central qu'au niveau régional, le renforcement des ressources humaines et la correction des insuffisances du système d'information qui ne permet pas de soutenir la mise en œuvre effective, le suivi et l'évaluation des programmes en santé.

63. La Cour des comptes (CDC) et les cours des comptes régionales sont les principales institutions en charge des audits externes au sein du système marocain de gestion des dépenses publiques. Le champ de leurs missions a été élargi pour inclure des audits de gestion et pour veiller à ce que le contrôle des comptes et la gestion des audits financiers des autorités locales soient conduits par la CDC dans le respect des règles internationales et conformément au champ de leurs missions. La Banque mondiale poursuivra son dialogue avec la CDC afin d'explorer la possibilité de sa participation à l'audit externe des projets et programmes financés par la Banque.

### **C. Evaluation environnementale et sociale**

64. Le programme ne financera aucune construction de bâtiment (centre de soins de santé, hébergement pour le personnel de santé...). Cependant, la réhabilitation des ESSP existants et la mise à niveau de leur équipement (par exemple la plomberie, la peinture et l'électricité) seront soutenues par le programme. Le programme ne financera aucune activité conduisant à l'acquisition de terre, à des installations involontaires ou à des activités qui pourraient avoir un impact négatif quelconque sur la population, ou qui pourraient dégrader les habitats naturels de façon significative ou provoquer des changements importants dans les zones de biodiversité et/ou mettre en question des ressources culturelles potentiellement importantes.

65. Le programme financera principalement : l'acquisition et/ou le renouvellement d'équipements médicaux et techniques au sein des établissements de soins primaires, l'achat de médicaments et de produits pharmaceutiques, de même que 57 unités de soins de santé mobile venant compléter les moyens du Ministère de la Santé dans les neuf régions ciblées ; l'acquisition de logiciels informatiques permettant de développer le système d'information sanitaire et un système pilote dans une région ; la création de procédures standardisées de soins pour la santé maternelle et infantile et les maladies non-transmissibles ; le développement d'outils d'éducation à la santé ; et des activités de développement des capacités.

### **Les risques environnementaux et sociaux associés au programme**

66. Les principaux risques environnementaux. Globalement, tous les aspects potentiellement négatifs du programme concernent une zone limitée. Ils sont facilement contrôlables et gérables, dès lors que les mesures d'atténuation des risques prévues dans le manuel de procédures (en cours de rédaction) sont appliquées et menées à bien tout au long de la mise en œuvre du programme. Les risques environnementaux associés au programme sont modérés, réversibles et facilement contrôlables par rapport à l'objectif du programme, à la zone géographique concernée, aux faibles volumes de déchets médicaux et pharmaceutiques produits par les ESSP, à la nature des activités du programme qui ciblent essentiellement le renforcement des processus de gestion du Ministère de la Santé et par rapport aux mesures recommandées pour atténuer et mesurer les impacts, qui sont bien connues, gérables et efficaces. Pour autant les activités prévues dans le programme conduiront à produire davantage de déchets médicaux et pharmaceutiques. En l'absence de mesures d'atténuation, ces déchets pourraient avoir un impact négatif sur l'habitat naturel et sur les ressources naturelles dans le cas où les ESSP sont situées près de ou dans des sites importants sur le plan biologique ou écologique, voire dans des parcs naturels. L'accroissement des équipes de soins de santé mobiles conduira à augmenter la pollution et les volumes d'huile usagée. L'élimination de ces déchets doit se faire en conformité avec les règles nationales.

67. Les principaux risques sociaux. Compte tenu du type d'activités développées dans le cadre de ce programme, les impacts sociaux devraient être positifs : un accès amélioré aux soins de santé primaires ; la réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile ; une moindre prévalence des complications liées à l'hypertension et au diabète. Aucun impact économique négatif sur les populations vulnérables n'est prévu. Les risques d'impact social négatif sont faibles. Ils ne pourraient provenir que : (a) des insuffisances en matière d'accès équitable aux soins de santé primaires, notamment pour les populations les plus vulnérables ; (b) d'une gestion ou de réponses inappropriées aux doléances de la part des bénéficiaires du programme.

### **Les systèmes de gestion environnementale et sociale**

68. Le système de gestion environnementale. Les procédures d'évaluation et de suivi environnemental utilisées par la DELM doivent être mises à jour et complétées afin de corriger les imperfections identifiées lors de l'évaluation environnementale et de garantir leur conformité avec les dispositions nationales concernant la gestion des déchets médicaux, la gestion des déchets liquides et la gestion des huiles usagées (voir le plan d'action du programme en annexe 8). Il convient de noter que le ministère de l'environnement et le Ministère de la Santé préparent actuellement conjointement une ordonnance pour la mise en œuvre des recommandations prévues par le décret 2-09-139. Cette ordonnance s'appuiera sur le plan national de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques en cours d'élaboration par le ministère de l'environnement, en collaboration avec le Ministère de la Santé et avec le soutien de la GiZ. Ce plan devrait être finalisé en May 2015.

69. Le système de gestion sociale. Dans l'ensemble, le système de gestion sociale (les lois, les règles, les institutions, etc.) est conforme aux procédures de la Banque mondiale (OP 9.00), mais des progrès demeurent nécessaires, notamment pour : l'inclusion systématique et la participation des populations et des organisations locales ; la mise en place de mécanismes locaux de doléances accessibles et adaptés au niveau de scolarité des populations locales et disponibles dans leur propre langue ; le renforcement des capacités du personnel des ESSP en matière de gestion sociale.

70. Même si les impacts environnementaux et sociaux des activités prévues par le programme sont jugés comme modérés, le programme offre la possibilité de remédier aux imperfections mentionnées ci-dessus et de renforcer le système global de gestion environnemental et social du Ministère de la Santé.

Dans cet objectif, le programme soutiendra des mesures spécifiques destinées à renforcer le système environnemental et social. Ces mesures sont présentées dans le plan d'action du programme.

## D. Evaluation intégrée du risque

Risque	Niveau d'appréciation
Aspects techniques	Substantiel
Aspects fiduciaires	Modéré
Aspects environnementaux et sociaux	Modéré
Indicateurs liés au décaissement	Modéré
<b>Risque global</b>	Substantiel

### *Explication de l'appréciation du niveau de risque*

71. Les risques associés au Programme et les mesures d'atténuation sont présentés en annexe 7. Le risque global pour ce programme est estimé **significatif**. Le **risque technique** est jugé significatif. Une allocation insuffisante en termes de ressources budgétaire et humaines et pourraient mettre en péril la mise en œuvre des activités du Programme. Compte tenu du champ couvert par le programme, des efforts importants de coordination seront nécessaires entre les différentes directions du Ministère de la Santé mais également entre les échelons central, régional et local. Certains sous-programmes, en particulier celui qui concerne le SIS, sont complexes sur le plan technique. Le **risque fiduciaire** global est modéré compte tenu de plusieurs facteurs : (i) l'absence de système d'appel indépendant pour la passation des marchés et de processus clair de gestion des doléances ; (ii) les questions liées à la qualité et aux délais de réalisation des rapports annuels d'audit financier ; (iii) les questions liées à l'efficacité de la fonction d'audit interne et au suivi des recommandations des audits ; (iv) les capacités limitées du personnel en charge de la passation des marchés dans les entités petites et isolées faisant des appels d'offre ; et (v) la nécessité de renforcer les capacités de gestion fiduciaire. Le **risque lié aux clauses environnementales et sociales** est jugé modéré. Les impacts environnementaux négatifs potentiels affecteraient une zone limitée. Ils sont facilement contrôlables et gérables dès lors que les mesures d'atténuation des risques résumés dans ce document sont appliquées au cours de la mise en œuvre du programme. Compte-tenu des activités soutenues par le programme, les impacts sociaux devraient être significatifs. Les impacts sociaux potentiellement négatifs sont limités (par exemple l'absence d'accès équitable soins de santé primaires pour les populations les plus vulnérables, les doléances exprimées par les personnes qui se sentent désavantagées en termes d'accès aux soins de santé primaires) et pris en compte dans la composante du programme liée à la gouvernance. Les risques liés aux **ILD** sont jugés modérés. Les **ILD** et les valeurs cibles ont été identifiés conjointement avec le Ministère de la Santé. Ils prennent en compte l'expérience du ministère avec la précédente opération de soutien budgétaire de l'UE (PASS I) qui contenait des valeurs cibles irréalistes ou mal définies.

## **E. Le plan d'action du programme**

72. S'appuyant sur les évaluations des aspects techniques, fiduciaires et sociaux et environnementaux (annexes 5-7), un plan d'action du programme assorti d'un calendrier de mise en œuvre (annexe 8) a été défini avec le gouvernement. Il porte notamment sur les étapes les plus importantes permettant au programme d'atteindre ses objectifs. Le gouvernement a confirmé son engagement entier à mettre en œuvre les actions prévues par le PAP. La Banque mondiale mesurera régulièrement la conformité et la mise en œuvre du PAP dans le cadre de son soutien à la mise en œuvre du programme.

## **Annexe 1 : Description détaillée du programme**

### **DESCRIPTION DU PROGRAMME**

1. Plusieurs stratégies sous-tendent l'agenda des réformes. Outre la Constitution de 2011, qui reconnaît explicitement le droit aux soins de santé au peuple marocain, les documents suivants orientent aussi les réformes : (a) La Lettre Royale qui a ouvert la Conférence nationale sur la santé (juillet 2013) et qui propose une vision de long-terme, complétée par les actes de la conférence ; (b) le Livre blanc concernant le secteur de la santé publié en 2013 ; et (c) la stratégie du secteur de la santé 2012- 2016.

2. L'objectif de développement du PPR proposé est d'accroître l'accès aux soins de santé primaires dans les zones rurales ciblées par le programme. L'opération contribuera au programme du gouvernement dans le secteur de la santé en décaissant des fonds en fonction de l'atteinte des résultats clés suivants : (i) accroître l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural ; et (ii) améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire.

3. Pour atteindre ces résultats, le programme propose soutiendra les deux principaux piliers du programme gouvernemental en ciblant les soins primaires dans les zones rurales situées dans les régions cibles (tableau 6).

1. Accroître l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural :
  - 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans;
  - 1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des maladies non-transmissibles ; et
  - 1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile.
2. Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire :
  - 2.1 Elaborer un système incitatif pour améliorer la performance des RHS ;
  - 2.2 Accroître la redevabilité à travers le développement du principal instrument d'évaluation de la qualité (concours qualité) et la création d'un mécanisme intégré de gestion des doléances ;  
et
  - 2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible.

**Tableau 6 : Programme gouvernemental et PPR 2015-2018**

PROGRAMME DU GOUVERNEMENT	PROGRAMME PPR
<b>1. ACCROITRE L'ACCES EQUITABLE AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN MILIEU RURAL</b>	
<b>1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans</b>	
9 régions Rural et urbain Hôpitaux et ESSP	9 régions Rural, ESSP
<b>1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des MNT</b>	
National	9 régions, Rural ESSP
<b>1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile</b>	
National (rural)	9 régions (rural)
<b>2. AMELIORER LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE A L'ECHELON PRIMAIRE</b>	
<b>2.1 Elaborer un système d'incitations pour améliorer la performance des RHS, à partir d'un diagnostic du système actuel</b>	
Conception et mise en œuvre au niveau national, Hôpitaux et ESSP	Conception à l'échelon nationale
<b>2.2 Amélioration des mécanismes de redevabilité à travers :</b>	
<b>(i) l'expansion du système d'évaluation de la qualité (Concours Qualité)</b>	
National Rural et urbain Hôpitaux et ESSP	9 régions Rural et urbain ESSP
<b>(ii) la mise en place d'un système complet de gestion des doléances</b>	
National Rural et urbain Hôpitaux et ESSP	9 régions Rural et urbain ESSP
<b>2.3 SIS</b>	
Conception d'un système national et mise en œuvre nationale	Conception d'un système national et mise en œuvre dans une région

**I. Accroître l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural**

4. Les activités stratégiques contenues sous ce pilier incluent : (i) l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans; (ii) la prévention et le contrôle des MNT ; et (iii) le renforcement de la stratégie de la couverture sanitaire mobile.

**1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans**

5. Le Maroc a déjà réalisé des progrès significatifs en termes de réduction du nombre de décès parmi les mères et les enfants. Le taux de mortalité maternelle a diminué de presque 66 % en 20 ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Les niveaux de mortalité infantile et juvénile ont été réduits, passant de 84 pour 1000 naissances vivantes en 1992 à 30 pour 1000 naissances vivantes en 2011, soit une réduction de

64%. Le *Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour la période 2013-2015* vise à favoriser des progrès plus significatifs encore. Il place le pays sur une trajectoire visant la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la mortalité maternelle de 70% et 82 % respectivement en 2015 par rapport aux niveaux de 1990.

6. Dans le cadre du plan d'action, les services seront accessibles gratuitement, les équipements et les infrastructures seront mis à niveau, les professionnels de santé auront accès à davantage de formation sur les bonnes pratiques, les communautés seront impliquées en tant qu'interface entre la population et les services de santé et les mécanismes de redevabilité seront mis en place aux niveaux régional et local. Les systèmes de transport seront améliorés de manière à ce que les femmes enceintes puissent se rendre en toute sécurité de leur maison à l'hôpital et celles présentant des complications seront en mesure de bénéficier de césariennes.

7. Le plan d'action cible sept régions dans lesquels les indicateurs suivants sont inférieurs à la moyenne nationale, d'après les données 2011 de la DHS<sup>20</sup> : (i) le nombre de consultations prénatales ; (ii) le pourcentage d'accouchements pratiqués par du personnel de santé qualifié ; (iii) les taux de malnutrition infantile ; et (iv) la mise en œuvre de la stratégie du programme de *Prise en Charge Intégrée de l'Enfant (PCIE)* dans les ESSP. Sept régions sur les 16 que compte le pays répondent à ces critères et feront l'objet d'un ciblage dans le cadre du programme : l'Oriental (sept provinces), Marrakesh Tensift Al Haouz (six provinces), Tanger Tétouan (sept provinces), Sous Massa Drâa (neuf provinces), Gharb Chrada Beni Hssen (trois provinces), Taza-Al Hoceima-Taounate (quatre provinces), et Doukkala-Abda (quatre provinces). En outre, le programme ciblera deux autres régions, Tadla-Azilal et Meknès-Tafilalet car elles comportent des provinces (Azilal, Khénifra Errachidia et Midelt) qui sont rurales, isolées et d'accès difficile et nécessitent une attention particulière.

8. 83% de la population rurale du Maroc et 66% de la population totale du pays (21,4 millions de personnes) vivent dans ces neuf régions.

**Tableau 7. Echantillon d'indicateurs de santé par région**

Région (urbaine et rurale)	% de personnes recevant des consultations prénatales*	% d'accouchements pratiqués par du personnel qualifié*	Prévalence de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (2011)**	Nombre de provinces dans chaque région appliquant la PCIE*
Sous-Massa-Drâa	63	67	24.4	3
Tanger Tetouan	51.6	67.6	14.1	6
Taza-Al Hoceima-Taounate	61.2	65.9	18.7	3
Oriental	70	69.5	9.0	3
Doukkala-Abda	65.9	89	10.2	0
Gharb Chrada Beni Hssen	79	91	23.2	3
Marrakesh Tensift Al Haouz	75	83	19.6	3
Tadla-Azilal	91	82	11.7	0
Meknès-Tafilalet	90	83	17.8	2
<b>Maroc</b>	<b>77</b>	<b>74</b>	<b>14.9</b>	

\* *Plan d'action pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de cinq ans 2013-2015*

\*\* *Enquête sur la Population et la Santé Familiale, 2011*

9. **Ces interventions devraient notamment produire les résultats suivants** : (a) un pourcentage en augmentation des femmes enceintes bénéficiant de soins prénataux lors d'une visite chez un prestataire

<sup>20</sup> *Ministère de la Santé, Enquête sur la Population et la Santé Familiale, 2011*

de santé ; (b) un pourcentage en augmentation des accouchements de femmes vivant en milieu rural pratiqués par du personnel de santé qualifié dans les établissements de santé publique ; (c) un nombre accru de nouvelles visites d'enfants de moins de cinq ans en vue de soins curatifs dans des ESSP ruraux ; et (d) des consultations plus nombreuses de la population rurale dans des ESSP ruraux.

## **1.2 Renforcer la détection et la gestion des maladies non-transmissibles**

10. Le Ministère de la Santé souhaite renforcer la prévention et la prise en charge des maladies non-transmissibles à l'échelon primaire, dans les zones rurales.

11. S'agissant de la prévention, le Ministère de la Santé organisera : (i) des campagnes de sensibilisation ciblant la population générale, les écoles et les professionnels de santé dans les zones rurales concernant les dangers du tabagisme et les bienfaits d'un régime sain et équilibré et de l'activité physique ; (ii) des activités locales de promotion d'un style de vie sain (dans les mosquées, les collèges, les écoles, les ESSP, par l'intermédiaire d'équipes mobiles, de stations de radio, dans les souks etc...) et ; (iii) des sessions de formation sur le sevrage tabagique destiné aux professionnels de santé.

12. S'agissant de dépistage, le Ministère de la Santé procédera à : (i) l'équipement de chaque centre de santé et de chaque équipe mobile avec du matériel de dépistage (des sphygmomanomètres électroniques, des sphygmomanomètres muraux, des glucomètres, des bandelettes-test, des tables gynécologiques, des trousse de dépistage du col du cancer) ; la formation du personnel de santé dans les ESSP sur les techniques de dépistage et l'identification des personnes devant bénéficier de dépistage ; et (iii) à des activités de conduite du dépistage, y compris pour le diabète, l'hypertension et le cancer du sein parmi les populations cibles.

13. Enfin, le Ministère de la Santé réalisera les activités suivantes : (i) la dissémination des normes sanitaires en direction de tous les ESSP et des équipes mobiles ; (ii) la formation des professionnels en matière de normes de soins ; (iii) la fourniture des établissements de santé en médicaments essentiels ; (iv) la mise en place d'un programme de formation thérapeutique sur le diabète ; et (v) la création d'une filière de soins spécialisés.

14. **Ces interventions devraient notamment produire les résultats suivants :** (a) une connaissance améliorée des styles de vie sains, des dangers du tabagisme et du besoin de dépister régulièrement les MNT dans la population en générale et parmi les professionnels de santé ; et (b) un nombre accru de patients diabétiques et hypertendus dépistés et suivis pour leur condition, en conformité avec les normes de soins.

## **1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile**

15. Le recours aux équipes de santé mobile pour assurer l'accès aux interventions de santé de base en milieu rural qui sont soit isolées soit difficiles d'accès constitue une orientation gouvernementale importante depuis 2010. La mission des équipes mobiles est de : (a) fournir des services de soins de santé de haute qualité à proximité des populations rurales et dans les endroits isolés où l'accès aux établissements de santé est difficile ; de contribuer à améliorer la performance des programmes nationaux de santé ; et (c) garantir un accès régulier aux services afin de répondre aux besoins de la population cible.

16. Doivent être couverts par une équipe mobile les personnes qui vivent à plus de 6 km d'un établissement de santé ou les communautés situés dans un rayon de 6km d'un établissement de santé si la géographie constitue une difficulté ou si des problèmes épidémiologiques spécifiques se posent dans cette région. Les interventions réalisées par l'équipe mobile devraient être diverses et intégrées, combinant

actions curatives et préventives et des activités de promotion de la santé. L'ensemble des interventions devrait prendre en considération le profil épidémiologique des populations ciblées et satisfaire leurs besoins et leurs demandes, tout en répondant aux objectifs des programmes nationaux de santé.

17. Les principaux services offerts par les équipes mobiles incluent : (a) des services de soins (examen médical, diagnostic, traitement et renvoi vers une autre structure ; le suivi des patients souffrant de pathologies chroniques (diabète, cardiopathie, hypertension) et soins infirmiers ; soins d'urgence ; (b) le planning familial ; (c) le suivi des grossesses et des naissances, y compris la consultation prénatales, la consultation postnatale et la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos ; (d) la protection de la santé infantile, y compris des examens réguliers d'enfants en bonne santé ; la vaccination, l'administration de vitamines A et D ; le contrôle du poids et le traitement de la malnutrition ; le dépistage et le traitement des diarrhées et des maladies respiratoires aiguës ; (e) la promotion de la santé dans les écoles ; (f) la surveillance épidémiologique et la santé environnementale ; (g) la surveillance des maladies chroniques, y compris le dépistage des maladies non-transmissibles (le diabète, l'hypertension) et le dépistage du cancer du sein et du col ; et (h) des activités de promotion de la santé (information, éducation et communication) en choisissant les thèmes en fonction des priorités sanitaires locales. Les services fournis doivent prendre en compte le contexte épidémiologique et l'équipe doit s'organiser pour répondre aux besoins et aux demandes de la population cible.

18. L'équipe mobile devrait être composée d'un médecin généraliste, d'une infirmière, de préférence une infirmière formée en santé maternelle et infantile et en planning familial ; un expert en santé environnemental ; et un chauffeur. D'autres profils de professionnels pourraient être adjoints à l'équipe si nécessaire. Il est préférable que les membres de l'équipe soient issus de la région desservie afin que l'équipe ait la connaissance de la population bénéficiaire et des problèmes de santé prédominants. Les professionnels de santé participant aux équipes mobiles devraient recevoir une formation sur la gestion d'une équipe mobile et maîtriser les normes et les procédures concernant la programmation et la mise en œuvre. La fréquence des visites des équipes mobiles devrait prendre en compte le profil épidémiologique de la population locale, l'accessibilité géographique et le nombre de véhicules mobilisé. Il est nécessaire qu'il y ait une visite par trimestre pour évaluer les programmes de santé, mais cette fréquence sera accrue en fonction de la disponibilité des ressources humaines notamment et en fonction du contexte épidémiologique.

19. Certes, le programme a enregistré quelques succès à ce jour, mais il est nécessaire d'améliorer la qualité et la gamme des services offerts par les équipes mobiles, ainsi que leur couverture. En 2014, 369 équipes mobiles étaient opérationnelles au niveau national. C'est un nombre qui reste insuffisant pour couvrir la population ciblée estimée à 4,5 millions de ruraux. Le programme soutiendra : (i) l'achat et l'équipement en matériel médical pour 57 unités mobiles qui seront rattachées aux ESSP dans les 9 régions cibles ; (ii) le renforcement de la plateforme technique de soutien aux unités mobiles actuelles ; et (iii) le développement des capacités des fournisseurs de soins de santé en gestion des unités médicales mobiles.

20. **Ces interventions devraient notamment produire les résultats suivants :** (a) une proportion plus élevée de la population vivant en milieu rural et isolée couverte par les équipes mobiles ; (b) un nombre accru de femmes enceintes bénéficiant de soins anténataux lors de la visite d'une équipe mobile ; (c) de nouvelles visites plus nombreuses d'enfants de moins de cinq ans requérant des soins aux équipes mobiles ; et (d) des consultations plus nombreuses des équipes mobiles au sein de la population rurale.

## **II. Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire**

### **2.1 Elaborer un système d'incitations pour améliorer la performance des RHS, à partir d'un diagnostic du système actuel**

21. Dans le but d'améliorer la performance des équipes médicales et paramédicales, le Ministère de la Santé souhaite développer un mécanisme incitatif visant à améliorer la productivité et la qualité des services. Le Programme soutiendra une étude diagnostique des mécanismes existants et la conception du mécanisme nouveau, y compris : des objectifs mesurables, des critères de performance pour l'allocation des transferts aux diverses catégories de personnel dans les différentes structures de santé.

22. **Ces interventions devraient notamment produire les résultats suivants** : un mécanisme incitatif visant à améliorer la performance des RHS est conçu et avalisé par les parties prenantes, y compris les associations professionnelles, le Ministère de l'Economie et des Finances et le ministère de la fonction publique et de la modernisation de l'administration.

### **2.2 Améliorer la redevabilité au niveau de santé primaire à travers le développement de l'outil d'évaluation de la qualité annuel (le concours qualité) et la mise en place d'un système intégré de gestion des doléances.**

23. Le principal outil d'évaluation de la qualité dans le secteur de la santé (le concours qualité) consiste en un concours annuel entre les établissements de santé pour atteindre le plus haut niveau de qualité des services de santé fournis. Le processus comprend une auto-évaluation, à laquelle le personnel de l'établissement de santé participant au concours participe en remplissant des questionnaires standardisés qui mesurent une gamme d'indicateurs de qualité (la satisfaction de l'utilisateur, l'accessibilité et la disponibilité des soins, un usage rationnel des ressources, la sécurité et la capacité de réaction, le leadership, la participation communautaire et le bon fonctionnement des institutions), ainsi qu'un audit par des pairs. En contrepartie, afin de leur permettre de participer au concours qualité et de mettre en évidence leurs forces et leurs faiblesses, les employés bénéficient d'un meilleur accès aux programmes de formation professionnelle et les centres de santé peuvent être éligibles à l'obtention de nouveaux équipements ou même recevoir des fonds pour leur rénovation. A ce jour, les établissements qui ont participé au concours qualité sont essentiellement des établissements hospitaliers et/ou situés en milieu urbain. En 2013, 86 hôpitaux situés en ville et 173 centres de santé urbains ont participé au concours qualité, contre 82 centres de santé situés en milieu rural. Les taux de participation ont été respectivement de 61%, 22% et 4%.

24. Le PPR de la Banque mondiale soutiendra le programme du Ministère de la Santé visant à élargir la participation au concours qualité des établissements de soins de santé primaire dans les neuf régions cibles, y compris dans les zones rurales. Le programme comprend la révision annuelle de l'outil d'évaluation de la qualité (sur la base des retours fournis par les pairs responsables des audits et le personnel des centres de santé ayant été audités lors de l'édition précédente) ; des auto-évaluations ; des audits (y compris un nouveau module relatif à la mise en œuvre des recommandations précédentes) ; et des publications ainsi que des actions de diffusion, au bénéfice d'un nombre croissant d'établissements de soins de santé primaire, en particulier ceux situés dans les zones rurales (voir le tableau 8 ci-dessous). Le programme concerne tout à la fois les zones rurales et urbaines et tant les centres de santé ruraux qu'urbains bénéficieront de la plupart des activités mentionnées ci-dessus.

**Tableau 8. Taux de participation au Concours qualité**

	2013-14 (référence)	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Taux de participation des CSCA	14%	20%	25%	40%	60%
Nombre de CSCA participant	55	80	99	160	240
Taux de participation des centres de soins de santé primaire	9%	12%	14%	20%	27%
Nombre de centres de soins de santé primaires participant	255	330	399	560	740

25. **Ces interventions devraient notamment produire les résultats suivants** : (a) une plus grande prise de conscience chez le personnel des établissements de soins de santé primaires des enjeux de la qualité; et (b) un plus grand nombre d’initiatives visant à améliorer la qualité des services.

26. La composante sur la redevabilité inclut également la création d’un système de gestion des doléances. A ce jour, le Ministère de la Santé dispose de plusieurs mécanismes pour collecter les doléances : (i) une division récemment créée au sein de l’Inspection générale disposant de quatre professionnels ; (ii) une cellule d’écoute directement rattachée au bureau du Secrétaire général, qui est équipée de quatre opérateurs téléphoniques ayant été formés au traitement des appels téléphoniques et à l’enregistrement des doléances reçues sur des tableurs Excel mais n’ayant pas reçu de consignes sur la façon d’analyser et de répondre aux doléances ; (iii) au niveau décentralisé, il existe plusieurs canaux informels de plainte (par exemple directement au niveau des établissements ou auprès des autorités régionales du Ministère de la Santé ou d’autres ministères comme le ministère de l’intérieur). Le Ministère de la Santé développera un système de gestion des doléances facilement accessible aux femmes, aux personnes pauvres et aux communautés marginalisées, y compris à travers la relance de la cellule d’écoute nationale. A cette fin, le Ministère de la Santé prévoit de : (i) clarifier la structure institutionnelle, les rôles et les responsabilités afin de généraliser les mécanismes de gestion des doléances ; (ii) de développer un premier manuel de procédures pour guider le processus de prise en charge des doléances, y compris dans le cadre d’un atelier technique associant le personnel concerné du Ministère de la Santé et d’autres ministères au niveau central, ainsi que du personnel régional et du personnel provenant des établissements de santé ; (iii) expérimenter le nouveau mécanisme de gestion des doléances pendant un an ; (iv) adapter le manuel de procédures et ; (v) généraliser le mécanisme de gestion des doléances. Ces mesures prendront en compte la politique nationale (le décret interministériel) relative à la gestion des doléances et elles intégreront les systèmes de gestion des doléances en matière de passation des marchés et dans le domaine fiduciaire.

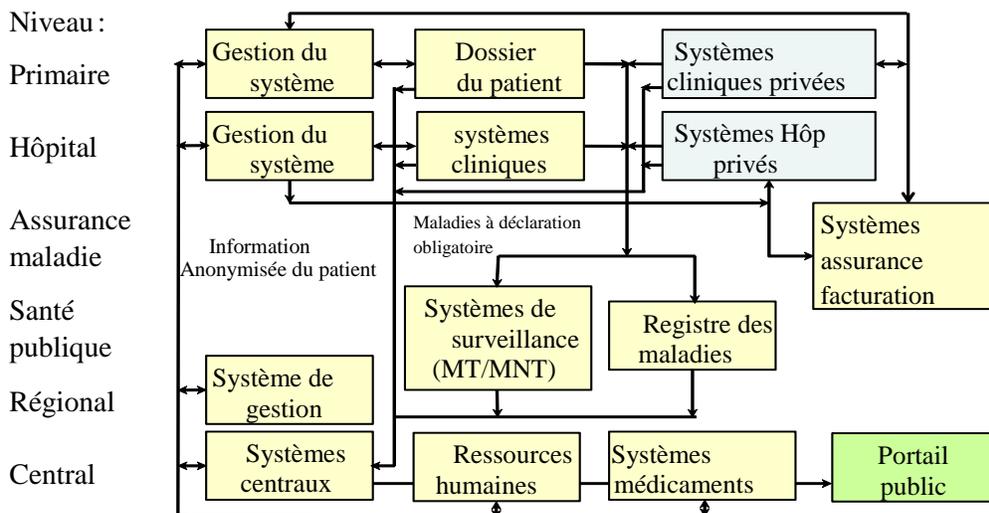
27. **Ces interventions devraient produire les résultats suivants** : (a) une meilleure compréhension des besoins du patient et de la population ; (b) une sensibilisation accrue à la satisfaction du patient et de la population vis-à-vis de la fourniture de services ; et (c) des réponses améliorées aux plaignants.

### **2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible**

28. Le programme du gouvernement vise à développer un système intégré de gestion de l’information en santé qui soutienne à la fois une fourniture de service améliorée et une meilleure gestion du système destiné à remplacer progressivement le système actuel. Il est envisagé qu’un tel système soit opérationnel au niveau national en 2025. Le PPR de la Banque mondiale soutiendra la mise en œuvre de la stratégie du gouvernement en matière de SIS durant quatre années (2015-2018). De façon générale, le programme couvre les travaux préparatoires relatifs à la stratégie et aux aspects légaux, institutionnels, de gouvernance et structurels visant à mettre en place un SIS national, intégré et informatisé, y compris sa mise en œuvre dans une région (Meknès- Tafilalet).

29. Les travaux préparatoires comprennent la mise sur pied de systèmes au niveau provincial (6) et régional (1) et leur intégration dans le système centralisé. Plus spécifiquement, le programme soutiendra : (a) le travail de base et d'analyse (urbanisation) qui inclut une analyse du SIS actuel (le champ qu'il couvre et son statut), la formulation d'un dictionnaire de données et de normes de codage, la conception d'un modèle de données qui inclut les flux et les types de données à travers tout le système de santé, et la conception de graphiques nationaux des comptes et des statistiques ; (b) l'adaptation du plan directeur sur le SIS afin de prendre en compte les conclusions de l'étape (a) ; (c) le développement de systèmes informatisés intégrés dans une région, y compris des modules relatifs à la surveillance, le système de référence et de contre-référence, la gestion des établissements (financement, facturation, gestion du matériel etc...), la prise en charge clinique et la gestion des flux de patients, ainsi que la gestion des patients (dossiers électroniques du patient) ; (d) le développement de structures et de fonctions de soutien au niveau central (par exemple l'entrepôt des données, le soutien aux décisions etc...) ; et (e) la mise en place d'un accès approprié et instantané à l'information par toutes les parties prenantes, y compris les différents services du Ministère de la Santé, d'autres ministères, la société civile et la population, notamment à travers l'utilisation des nouvelles technologies, afin de faciliter le partage de l'information ainsi que l'amélioration de la transparence et de la redevabilité. L'architecture d'ensemble du SIS proposé est présentée dans la figure 1 ci-dessous<sup>21</sup>.

**Figure 1 : Architecture du SIS proposé**



<sup>21</sup> L'architecture cible précise sera définie durant le processus d'urbanisation".

30. Ces **interventions devraient produire les résultats suivants** : (a) le travail technique est réalisé et le plan directeur du SIS est adapté ; (b) le centre de données est opérationnel ; (c) les structures de gouvernance et de régulation sont définies et les lois afférentes sont adoptées ; et (d) Le SIS est opérationnel dans une région, et il peut être relié au système national.

## **DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE**

31. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances sont les deux principales parties prenantes engagées dans le programme proposé. Le Ministère de la Santé est responsable de la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé, conformément aux priorités et aux axes définis dans les documents stratégiques. Le Ministère de l'Economie et des Finances fournira un appui politique et budgétaire au Ministère de la Santé à travers la mise en œuvre du programme et la réception des fonds liés à la réalisation des ILD. Le secrétariat général du Ministère de la Santé supervisera la mise en œuvre du programme tandis que la DPRF fera fonction de secrétariat en fournissant les rapports périodiques de supervision et les informations à la Banque mondiale.

32. Au sein du Ministère de la Santé, les directions suivantes seront impliquées au niveau central. Sous la composante 1, la Direction de la Population (DP) est responsable de la mise en œuvre du plan SMI et du plan relatif aux équipes mobiles, conjointement avec la DHSA. La DELM sera responsable de la mise en œuvre de la sous-composante relative aux MNT. Sous la composante 2, la DRH sera chargée de préparer le mécanisme incitatif destiné aux RHS, conjointement avec la DPRF. L'introduction de toute incitation financière nécessitera l'approbation du Ministère de l'Economie et des Finances et du ministère de la fonction publique et de la modernisation de l'administration, et celle des associations professionnelles. La DHSA sera également chargée de préparer les évaluations de la qualité au niveau des établissements de soins de santé primaires. Plus particulièrement, sa cellule qualité sera responsable de l'organisation annuelle du concours qualité. Le Secrétariat général sera responsable de la mise en place d'un système de gestion des doléances. Deux directions du Ministère de la Santé sont fortement impliquées dans la mise en œuvre de la sous composante SIS du projet : la DPRF et la DIM. La DPRF pilotera la stratégie d'ensemble et la coordination avec les parties prenantes concernées tandis que la DIM dirigera les aspects techniques, la conception du programme et sa mise en œuvre. Deux comités ont été créés pour superviser le processus de mise en œuvre du Programme : (1) un comité de pilotage, présidé par le Secrétaire général et composé des directeurs de chacune des directions du ministère ; et (2) un comité technique, présidé par le directeur de la DPRF, et composé des représentants des directions du Ministère de la Santé concernées.

33. Le Programme impliquera les services de santé à l'échelon local : (a) les Directions régionales, provinciales, les SIAAP chargés de la coordination des services de santé à l'échelon provincial, et les établissements de santé.

34. En outre, d'autres institutions seront impliquées dans la mise en œuvre du projet; (b) les syndicats des personnels de santé ; (c) l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM); (d) les caisses d'assurance santé pour les fonctionnaires (Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale, CNOPS) et les employés du secteur privé (Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS); (e) les assureurs privés ; et (f) la société civile. Les représentants de ces organisation/institutions seront éventuellement invités à participer au comité di SIS et régulièrement sensibilisés et consultés sur les réformes envisagés et les progrès réalisés à travers des ateliers et des colloques.

## Annexe 2: Matrice des résultats

**(\*) Les valeurs de référence pour les ILD de 1à 6 sont des estimations ; elles portent sur l'échelon national. Elles seront remplacées par les valeurs réelles issues du SIS pour les 9 régions cibles du Programme, et ce avant le premier décaissement du Prêt.**

Objectifs du Programme: Etendre l'accès aux soins de santé primaires en milieu rural dans des zones ciblées											
Indicateurs de résultats liés aux objectifs du Programme	Core	ILD	Unité de mesure	Valeur de référence (*)	Valeurs cibles				Fréquence	Source des données/Méthodologie	Responsabilité pour la collecte des données
					2015	2016	2017	2018			
<b>Indicateur de Résultat 1:</b> Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les Régions Cibles du Programme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	%	206.000 (estimation pour 2014)	0,97	2,18	3,88	5,83	Annuel	Données de routine	DPRF
<b>Indicateur de Résultat 2 :</b> Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les Régions Cibles du Programme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	%	234.000 (estimation pour 2014)	1,71	3,42	5,13	7,26	Annuel	Données de routine	DPRF
<b>Indicateur de Résultat 3:</b> Augmentation du nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans (nouveaux cas) pour des soins curatifs dans un ESSP rural dans les Régions Cibles du Programme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	%	1.345.000 (estimation pour 2014)	1,50	2,50	3,50	5,00	Annuel	Données de routine	DPRF

<b>Indicateur de Résultat 4</b> : Augmentation du nombre de patients diabétiques suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les régions cibles du Programme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	%	205.300 (estimation pour 2014)	4,09	8,62	13,10	17,63	Annuel	Données de routine	DELM
<b>Résultats intermédiaires du Pilier 1 : Améliorer l'accès équitable aux soins de santé primaires en milieu rural</b>											
Augmentation du nombre de visites dans les ESSP ruraux (nouveaux cas) dans les régions cibles du Programme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	%	4.900.000 (estimation 2014)	1,30	2,30	3,30	4,30	Annuel	Données de routine	DHSA
Nombre de patients hypertendus suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les régions cibles du Programme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre	180.000 (2013)	273.000	277.000	280.000	287.000	Annuel	Données de routine	DELM
<b>Résultats intermédiaires du Pilier 2 : Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire</b>											
Taux de participation des CSCA au Concours Qualité dans les régions cibles du Programme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	%	20% (2014-15)	30%	40%	50%	60%	Annuel	Données de routine	DHSA
Mise en place d'un système intégré de gestion des doléances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Texte	Non	Diagnostic, stratégie et préparation du manuel de procédures préliminaire sur le système de doléances.	Phase pilote lancée	Phase pilote Évaluée ; Manuel revu	Expansion du mécanisme de gestion des doléances	Annuel	Mission de supervision de la BM	SG
Un dispositif d'incitation à la performance du personnel de santé dans les ESSP ruraux est défini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Texte	Non	Etude diagnostic finalisée	mécanisme de mise en œuvre défini y compris les indicateurs-	Non applicable	Non applicable	Les deux premières années	Mission de supervision de la BM	DRH and DPRF

						cibles, les critères de performance et les bénéficiaires ; textes juridiques préparés					
Le système d'information sanitaire est mis en place dans une des régions cibles du Programme.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Texte	Non	Le processus d'urbanisation, dictionnaire des données et data model sont finalisés	Le schéma directeur est mis à jour et validé	Le centre de données est opérationnel; les systèmes de reporting aux échelons régionaux et provinciaux (dans une région) sont fonctionnels	Le SIS est opérationnel dans plus de 80% des établissements de santé dans une région	Annuel	Mission de supervision de la BM	DPRF / DIM

Indicateurs clés de performance (aspects fiduciaires)											
Pourcentage de régions ayant mis en place une cellule d'audit avec budget et TDR bien définis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourcentage	0	50%	75%	85%	100%	Annuel	Rapports annuels, rapports d'audit annuels	IGF, Inspection générale du ministère, départements d'audit interne
Pourcentage du personnel (directions régionales et provinciales) ayant reçu une formation d'au moins deux jours en passation des marchés et gestion financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourcentage	0	50%	75%	85%	100%	Annuel	Rapports annuels, rapports d'audit annuels	IGF, Inspection générale du ministère, départements d'audit interne
Pourcentage de provinces couvertes par le Programme ayant défini un plan d'action pour donner suite aux recommandations de l'audit de l'IGF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourcentage	0	50%	75%	85%	100%	Annuel	Rapports annuels, rapports d'audit annuels	IGF, Inspection générale du ministère, départements d'audit interne
Pourcentage des recommandations des audits de l'IGF faisant partie du Plan d'action effectivement mises en œuvre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourcentage	0	50%	75%	85%	100%	Annuel	Rapports annuels, rapports d'audit annuels	IGF, Inspection générale du ministère, départements d'audit interne

**Annexe 3 : Indicateurs liés au décaissement (ILD), dispositions concernant les décaissement et protocoles de vérification**

**Matrice des ILD**

**(\*) Les valeurs de référence pour les ILD de 1 à 6 sont des estimations ; elles portent sur l'échelon national. Elles seront remplacées par les valeurs réelles issues du SIS pour les 9 régions cibles du Programme, avant le premier décaissement du Prêt.**

	<i>Financement total alloué aux ILD</i>	<i>En % du financement total</i>	<i>Valeur de référence des ILD (*)</i>	<i>Calendrier prévisionnel pour la réalisation des ILD</i>			
				<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
<b>ILD 1 :</b> Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les régions cibles du Programme (%)			206.000 (estimation pour 2014)	0,97%	2,18%	3,88%	5,83%
Montant alloué :	<b>US\$14 m</b>	<b>14%</b>		<b>2.329.331</b>	<b>2.905.660</b>	<b>4.085.333</b>	<b>4.682.676</b>
<b>ILD 2 :</b> Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les régions cibles du Programme (%)			234.000 (estimation pour 2014)	1,71%	3,42%	5,13%	7,26%
Montant alloué :	<b>US\$14 m</b>	<b>14%</b>		<b>3.297.521</b>	<b>3.297.521</b>	<b>4.082.333</b>	<b>4.107.437</b>
<b>ILD 3 :</b> Augmentation du nombre de consultations curatives (nouveaux cas) pour les enfants de moins de 5 ans dans les ESSP ruraux dans les régions cibles du Programme (%)			1.345.000 (estimation pour 2014)	1,50%	2,50%	3,50%	5,00%
Montant alloué :	<b>US\$10 m</b>	<b>10%</b>		<b>3.000.000</b>	<b>2.000.000</b>	<b>2.000.000</b>	<b>3.000.000</b>
<b>ILD 4 :</b> Augmentation du nombre de patients			205.300	4,09%	2,62%	13,10%	17,63%

diabétiques suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les régions cibles du Programme (%)			(estimation pour 2014)				
Montant alloué :	<b>US\$20 m</b>	<b>20%</b>		<b>4.639.818</b>	<b>5.138.968</b>	<b>5.082.246</b>	<b>5.138.968</b>
<b>ILD 5</b> : Augmentation du nombre de visites dans les ESSP ruraux (nouveaux cas) dans les régions cibles du Programme (%)			4.900.000 (estimation 2014)	1,30%	2,30%	3,30%	4,30%
Montant alloué :	<b>US\$10 m</b>	<b>10%</b>		<b>3.023.257</b>	<b>2.325.581</b>	<b>2.325.581</b>	<b>2.325.581</b>
<b>ILD 6</b> : Taux de participation des CSCA au Concours Qualité dans les régions cibles du Programme (%)			20 % (2014)	30%	40%	50%	60%
Montant alloué :	<b>US\$8 m</b>	<b>8%</b>		<b>2.000.000</b>	<b>2.000.000</b>	<b>2.000.000</b>	<b>2.000.000</b>
<b>ILD 7</b> : Le système d'information sanitaire est mis en place dans une région ciblée par le Programme			Non	Processus d'urbanisation, dictionnaire des données et data model finalisés	Schéma directeur mis à jour et validé	Le centre de données est mis en place ; les systèmes de report aux échelons régionaux et provinciaux (dans une région) sont fonctionnels	SIS fonctionnel dans plus de 80% des établissements de santé dans une région
Montant alloué :	<b>US\$24 m</b>	<b>24%</b>		<b>5.000.000</b>	<b>5.000.000</b>	<b>7.000.000</b>	<b>7. 750.000</b>
Commission d'ouverture							<b>250.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>US\$100 m</b>	<b>100%</b>		<b>23.289.927</b>	<b>22.667.730</b>	<b>25.787.681</b>	<b>28.254.662</b>

## Protocole de vérification des ILD

#	ILD	Définition/ Description des réalisations	Progressivité des décaissements (Oui/Non)	Protocole pour évaluer la réalisation des ILD et vérification des données/résultats		
				Source des données/entité	Entité responsable de la vérification	Procédure
1	Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les régions cibles du Programme	Nombre de femmes recevant des soins prénataux au cours d'une visite dans un ESSP rural, pendant la grossesse (nouveaux cas) /valeur de référence	Oui	Données de routine  SMIPF ( <i>Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale</i> )/DPRF	IGM	Un audit technique annuel sera effectué par l'IGM du Ministère de la Santé. L'audit technique sera fondé sur un examen de la documentation disponible à l'échelon central et la vérification sur le terrain dans un échantillon représentatif dans les zones ciblées par le programme  La vérification du nombre de services pour les indicateurs 1 à 5 devrait inclure : (i) une revue documentaire de l'exhaustivité du reporting et des données finales (par mois) pour chacune des 9 régions; (ii) un suivi de toute variation importante (des augmentations ou des diminutions annuelles de 10% ou plus) ; (iii) une visite sur le terrain afin de comparer les rapports soumis par rapport aux registres et à d'autres données établies au niveau des établissements dans un échantillon aléatoire d'établissements issus des neuf régions cibles ; et (iv) la vérification du taux de contact à travers la téléphonie mobile pour un échantillon de patients figurant sur les registres tirés au hasard. On acceptera un écart
2	Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les régions cibles du Programme	Nombre d'accouchements (assistés par du personnel de santé qualifié) dans les structures publiques de santé des femmes issues du milieu rural /valeur de référence	Oui	Données de routine  SMIPF ( <i>Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale</i> )/DPRF	IGM	
3	Augmentation du nombre de nouvelles consultations d'enfants âgés de moins de 5 ans pour des soins curatifs dans une ESSP rurale dans les régions cibles du Programme.	Nombre de nouvelles consultations pour soins curatifs d'enfants de moins de 5 ans dans les ESSP ruraux/valeur de référence	Oui	Données de routine  SMIPF ( <i>Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale</i> )/DPRF	IGM	
4	Augmentation du nombre de patients diabétiques suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les régions cibles du Programme	Nombre de personne suivies (Prise en charge/découverte de la maladie, consultation générale ou référence pour consultation spécialisée, suivi métabolique et/ou éducation thérapeutique) /valeur de référence	Oui	Données de routine  DELM	IGM	
5	Augmentation du nombre de visites dans des ESSPs ruraux dans les régions cibles du Programme	Nombre de consultations médicales (nouveaux cas) dans les ESSP ruraux publics/ /valeur de référence	Oui	Données de routine  SMIPF ( <i>Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale</i> )/DPRF	IGM	

6	Taux de participation des CSCA au Concours Qualité dans les régions cibles du Programme	<u>Numérateur</u> : nombre de CSCA (ruraux) qui participent au Concours qualité  <u>Dénominateur</u> : nombre de CSCA	Oui	DHSA (Service qualité)	IGM	pouvant aller jusqu'à 5% entre les données fournies par le SIS et les données issues de l'audit technique. Si l'écart devait être supérieur, le décaissement (qui sera modulable pour les ILD 1 à 6) sera ajusté en fonction des données fournies par l'audit technique. L'audit technique sera réalisé tous les ans à partir de l'année 2015 qui constituera l'année de référence.
7	Le système d'information sanitaire est mis en place dans une des régions cibles du Programme		Non	DPRF / DIM	IGM	

**Tableau des décaissements de la Banque mondiale**

#	ILD	Financement de la Banque alloué à l'ILD (million de US\$/US\$)	Dont financement disponible pour		Date-butoir pour la réalisation des ILD <sup>1</sup>	Valeur minimum des ILD à atteindre pour déclencher un décaissement du financement de la Banque	Valeur Maximum des ILD pouvant être atteinte pour des fins de décaissements de la Banque	Détermination du montant du financement à décaisser contre des valeurs des ILD atteintes et vérifiées
			Résultats préalables	Avances				
1	Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les régions cibles du Programme	14	0		Décembre 2018	0,97 %	5,83 %	Si la Banque constate que l'un des Résultats Liés aux Décaissements (RLD) a été partiellement atteint, à condition qu'au minimum la valeur de référence dudit RLD ait été dépassée, la Banque peut autoriser le retrait d'une partie du montant du Prêt affectée au dit RLD, conformément à la formule suivante : <i>montant du Prêt affecté à ce RLD, divisé par le nombre de points du RLD au-dessus de la valeur de référence de l'ILD, multiplié par le nombre de points de la valeur atteinte au-dessus de la valeur de référence de l'ILD.</i>
2	Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les régions cibles du Programme	14	0		Décembre 2018	1,71 %	7,26 %	Si la Banque constate que l'un des RLD n'a pas été atteint à la date à laquelle il devait l'être ou si un RLD a été dépassé, la Banque peut:
3	Augmentation du nombre de nouvelles consultations d'enfants âgés de moins de 5 ans pour des soins curatifs dans une ESSP rurale dans les régions cibles du	10	0		Décembre 2018	1,50 %	5,00 %	(a) autoriser le retrait des montants calculés selon la formule ci-dessus jusqu'au montant maximum alloué à l'ILD;  (b) réaffecter tout ou partie des montants du Prêt affectés au dit RLD à

	Programme.							tout autre RLD(s) dans les limites du montant affecté à l'RLD; et/ou
4	Augmentation du nombre de patients diabétiques suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les régions cibles du Programme	20	0		Décembre 2018	4,09 %	17,63 %	(c) annuler tout ou partie des montants du Prêt alors affectés au dit ILD.
5	Augmentation du nombre de visites dans des ESSPs ruraux dans les régions cibles du Programme	10	0		Décembre 2018	1,30 %	4,30 %	
6	Taux de participation des CSCA au Concours Qualité dans les régions cibles Programme	8	0		Décembre 2018	30 %	60 %	
7	Le système d'information sanitaire est mis en place dans une des régions cibles	23,75	0		Décembre 2018	Processus d'urbanisation, dictionnaire des données et data model finalisés	SIS fonctionnel dans plus de 80% des établissements de santé dans une région	n/a
	Commission d'ouverture	0,25						
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>25</b>				

## Méthodologie pour déterminer les valeurs cibles

35. Pour déterminer les valeurs de base (estimées) en 2014 et les valeurs cibles des ILD 1, 2, 3 et 5, le processus suivant a été utilisé : en concertation avec le Ministère de la Santé, il a été convenu d'utiliser les données historiques pour la période 2007 à 2012 afin de fournir des informations sur les tendances qui ont nourri la définition des cibles. Cette information a été extraite de la publication actuelle du ministère "*Santé en Chiffres*". Un accord a également été trouvé sur le fait que les données officielles concernant les naissances prévues en 2010 et 2011 semblaient erronées, et ces données ont donc été ajustées par interpolation entre 2009 et 2012. Pour chaque indicateur, une courbe de tendance a été tracée en se basant sur les données historiques. Compte-tenu du niveau déjà (relativement) élevé des consultations prénatales et des accouchements en établissements de santé, il a été convenu qu'une régression logarithmique serait utilisée pour les ILD 1 et 2. Pour les consultations des enfants de moins de 5 ans (ILD 3) et le taux de contact dans les ESSP ruraux (ILD 5), une régression logarithmique a aussi été utilisée (pour l'ILD 5, les données utilisées couvrent 2005-2013). On s'attend en effet à une relative stagnation, les efforts du ministère pour augmenter les taux de contact en milieu rural en raison de l'insuffisance en ressources humaines pour accroître davantage l'offre, des contraintes socio-économiques et culturelles liées la demande et la stagnation de l'effectif de la population rurale. Ces régressions ont été utilisées afin de réaliser une projection de la croissance et de la couverture et/ou des services en l'absence du projet. Il a été convenu que les ILD seraient limités aux neuf régions ciblées. Les valeurs de référence portent actuellement sur l'échelon national et changeront une fois les valeurs de référence pour les 9 régions cibles déterminées. Toutes les valeurs cibles sont présentées comme pourcentage d'augmentation par rapport aux valeurs de référence qu'elles soient nationales, ou plus tard, relatives aux 9 régions cibles.

36. A la suite d'une discussion avec le ministère, un accord a été trouvé sur les cibles suivantes :

- (a) Pour les consultations prénatales (ILD 1), il a été convenu que pour 2015 la cible serait la valeur de tendance plus 1.8 points de pourcentage ; pour 2016, la valeur de tendance plus 2.2 points de pourcentage ; pour 2017, la valeur de tendance plus 3,0 points de pourcentage ; et pour 2018, la valeur de tendance plus 4,2 points de pourcentage. Ces cibles se traduiraient par 24,778 consultations supplémentaires en soins prénatal pendant la durée du projet à comparer au scénario d'absence de projet.
- (b) Pour les accouchements dans les structures publiques de santé (ILD 2), il a été convenu que pour 2015 la cible serait la valeur de tendance plus 2.4 points de pourcentage ; pour 2016, la valeur de tendance plus 2.7 points de pourcentage ; pour 2017, la valeur de tendance plus 3,1 points de pourcentage ; et pour 2018, la valeur de tendance plus 4,1 points de pourcentage. Ces cibles se traduiraient par 20 983 accouchements dans les structures publiques supplémentaires, à comparer au scénario d'absence de projet.
- (c) Pour les consultations concernant les enfants de moins de cinq ans (ILD 3) la cible pour 2015 serait la valeur de tendance plus 8000 services ; pour 2016, la valeur de tendance plus 11 000 services ; pour 2017, la valeur de tendance plus 16 000 services ; et pour 2018, la valeur de tendance plus 28 000 services.
- (d) S'agissant du nombre de diabétiques diagnostiqués et traités (ILD 4), la cible pour 2015 a été la valeur de tendance. Aucun ajout à la valeur de tendance n'a été opéré, comme cela a été le cas pour d'autres ILD, car la détection et le traitement des diabétiques sont directement liés à la stratégie et au plan du gouvernement et une budgétisation a été prévue afin d'atteindre ces chiffres pour les années cibles 2015-2018.

(e) S'agissant du taux de contact dans les ESSP ruraux (ILD 5), une approche similaire à celle présentée plus haut (a) a été utilisée dans la mesure où la formulation de l'indicateur renvoie au nombre moyen de services par personne. Pour 2015, la cible serait la valeur de tendance plus 0,01 service par personne ; pour 2016, la valeur de tendance plus 0,005 service par personne ; pour 2017, la valeur de tendance plus 0,015 service par personne ; et pour 2018, la valeur de tendance plus 0,02 service par personne.

37. Pour l'ILD 6, l'équipe de la Banque mondiale et ses interlocuteurs du Ministère de la Santé, y compris la DHSA, ont conçu et chiffré un plan de déploiement du Concours qualité ainsi qu'un calendrier et des cibles.

38. Pour l'ILD 7, l'équipe de la Banque mondiale et ses interlocuteurs du Ministère de la Santé, y compris la DIM et la DPRF, ont défini et évalué le coût d'une stratégie liée au SIS ainsi qu'un calendrier et des cibles. Le processus d'urbanisation, qui générera l'information et les résultats techniques nécessaires à la conception d'un plan directeur pour le SIS, devrait prendre un an. La troisième année, l'information de base du système devrait être en place. Au cours de la dernière année, le SIS devrait être opérationnel dans une zone et jouer le rôle de test permettant ensuite le lancement et le passage à l'échelle.

## Annexe 4 : Evaluation technique (texte intégral)

### A. Description et évaluation de la pertinence stratégique du programme et de sa solidité technique

#### a. Pertinence stratégique

39. **Le Maroc traverse une période de changement politique important et fait face à une demande d'amélioration des services publics de santé.** Avec la nouvelle constitution, le Maroc a engagé un ensemble de réformes qui ont jeté les bases d'une société plus ouverte et plus démocratique. La nouvelle constitution reconnaît que les soins de santé sont un droit pour le peuple marocain. Dans le même temps, la population demande une amélioration des services publics de santé. S'appuyant sur une consultation nationale inédite dans le domaine de la santé appelée *Intidarat* et sous le haut patronage du Roi Mohammed VI, le Maroc a organisé une seconde conférence nationale sur la santé du 1<sup>er</sup> au 3 juillet 2013<sup>22</sup> afin d'établir un consensus sur le diagnostic des problèmes dans le domaine de la santé et d'organiser les réformes à venir.<sup>23</sup> La conférence a s'est appuyée sur une Lettre royale appelant à agir, sur une stratégie pour le secteur de la santé couvrant la période 2012-2016 et sur un livre blanc pour le secteur de la santé.<sup>24</sup>

40. **La Lettre Royale rendue publique lors de la seconde Conférence nationale sur la santé stipule que «le droit d'accès aux services de santé (...) constitue un des piliers majeurs pour la consolidation de la citoyenneté** dans la dignité et pour la réalisation du développement humain global et intégré ». Elle reconnaît l'existence de « contraintes...liées essentiellement à la modicité des ressources disponibles, par rapport aux attentes légitimes sans cesse croissantes des citoyennes et des citoyens ». Compte-tenu de ses contraintes macroéconomiques actuelles et de son sous-investissement chronique dans le secteur de la santé, le pays met avant tout l'accent sur l'accroissement des performances du système de santé à travers l'identification et la mise en œuvre de réformes clés qui contribueront à éliminer les goulets d'étranglement et à régler les problèmes prioritaires. Ces réformes sous-tendront la nécessaire transformation du système de santé et son adaptation aux changements politiques, démographiques et épidémiologiques et elles pourraient de surcroît légitimer l'accroissement du budget en faveur du secteur de la santé. La nécessité de répondre à la demande en faveur d'une meilleure accessibilité et d'une meilleure qualité des services de soins (y compris à travers le régime d'assurance maladie pour les plus pauvres très emblématique appelé RAMED) place les questions d'équité et de redevabilité au cœur des réformes. Le pays s'attend à ce que la communauté des bailleurs soutienne les réformes prévues et celles en cours, durant le court et moyen terme, et contribue à démontrer, au travers du suivi d'indicateurs de résultats spécifiques, que le Maroc met en place un système de santé davantage axé sur les besoins du patient, plus équitable et plus redevable.

41. Le programme proposé traite des problèmes importants suivants qui sont au cœur de l'accès inéquitable aux soins de santé au Maroc.

42. **L'accès aux soins de santé primaires est inéquitable et de faible qualité.** Il existe d'importantes disparités en termes d'accès aux soins de santé primaires. Le Ministère de la Santé gère 2 689 ESSP, dont 72% sont situés en milieu rural. Pour autant, seulement 34 % et 43% respectivement

---

<sup>22</sup> La première conférence s'étant tenue en 1959.

<sup>23</sup> Les participants incluaient les ministères concernés, les assureurs, les associations représentatives des médecins et des infirmiers, le secteur privé, des universitaires, la société civile, des Organisations Non Gouvernementales, les bailleurs de fonds ainsi que d'autres acteurs importants.

<sup>24</sup> Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Livre Blanc : « Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé », Marrakech, 1-3 juillet 2013.

des médecins de santé primaire et du personnel paramédical travaillent dans les ESSP ruraux. La productivité des ESSP est très variable ; ainsi, le nombre de consultations par établissement peut varier de façon significative entre les régions<sup>25</sup>. La qualité des services est réputée faible, comme le montre l'enquête en 2010 auprès des usagers des services de santé : 59% des patients reçus dans les ESSP ruraux se sont plaint du coût des médicaments prescrits sur ordonnance (51% dans les ESSP urbains), 58% du temps d'attente (45% dans les ESSP urbains), 62% du manque de qualité des infrastructures (55% dans les ESSP urbains), 29% du manque d'hygiène dans l'établissement (45% dans les zones urbaines) et 21% du manque d'intégrité du personnels de santé (25% en milieu urbain). L'enquête publique de suivi des dépenses montre que l'insatisfaction des patients est corrélée avec les caractéristiques objectives des ESSP : l'absentéisme du personnel, une formation limitée et le manque de maintenance des infrastructures<sup>26</sup>. Enfin, entre 60 et 75% des patients ne reçoivent pas les soins de base qui seraient nécessaire pour la prévention et la gestion précoce des MNT (mesure de la pression sanguine, surveillance du poids, examen médical et questionnaire sur le passé médical).

43. **Les ressources humaines en santé sont limitées, inégalement réparties et insuffisamment formées.** S'il est reconnu que le système de santé du Maroc fait face à une pénurie de RHS, il existe également un consensus concernant le caractère insatisfaisant de la gestion du personnel de santé existant : la répartition des RSH est inégale à travers le pays et ne correspond pas aux besoins de la population, en particulier dans les zones rurales. La formation médicale et paramédicale ne correspond pas assez aux besoins de la population et l'accès à la formation continue est insuffisante et son impact non évalué. La capacité du Ministère de la Santé à concevoir et à mettre en place des politiques de rétention et de gestion des carrières actives a été relativement limitée. En l'absence de système d'information sanitaire, la planification et la gestion des besoins et de l'emploi sont peu efficaces.

44. **Le secteur de la santé est affecté par des difficultés de gouvernance qui mettent en péril la redevabilité envers la population et l'égalité d'accès aux services de soins, laquelle est désormais un droit constitutionnel (art 157).** La Lettre Royale qui a ouvert la Conférence nationale sur la santé de juillet 2013, le Livre Blanc sur le secteur et la stratégie sur le secteur de la santé 2012-2016 ainsi que les actes de la conférence reconnaissent tous qu'il faut améliorer la gouvernance du système de santé pour accroître le niveau de redevabilité et d'équité. Deux faiblesses ont été identifiées conjointement par le Ministère de la Santé, la Banque mondiale et l'UE comme étant des problèmes majeurs de gouvernance devant être traités à travers le programme conjoint. Premièrement, il manque un système de régulation et de contrôle des fournisseurs de soins de santé, y compris des systèmes de certification et des mécanismes de régulation de l'installation pour les acteurs privés. Ceci est à l'origine d'importantes inégalités en termes de répartition de l'offre de santé. Deuxièmement, il est urgent d'accroître la règle de droit au sein des établissements de santé, en les rendant redevables à la population et en enrayant la corruption.

45. **Un SIS intégré, informatisé et accessible fait défaut au Maroc.** Le fonctionnement efficace et efficient d'un système de santé moderne nécessite le développement d'un SIS intégré, informatisé et accessible. La collecte des données dans certains domaines (par exemple en matière de pharmacovigilance et dans le cas de certains programmes verticaux comme la santé maternelle et infantile) et un plan directeur pour le développement d'un SIS ont été mis en place dans les années récentes. Cependant, le plan directeur n'a pas été mis en œuvre et le SIS reste largement basé sur un fonctionnement utilisant le papier, fragmenté et cloisonné. Chaque unité collecte ses propres données, souvent redondantes, créant une charge importante de rapport au niveau des services prestataires, avec une faible intégration des données au niveau central et peu de données utiles à la prise de décision médicale et administrative au niveau des établissements. Les statistiques nationales sont publiées avec un

---

<sup>25</sup> Le nombre de consultations par établissement varie de 5 075 dans la région de Guelmin-Es-Semara à 22 588 dans celle du Grand Casablanca.

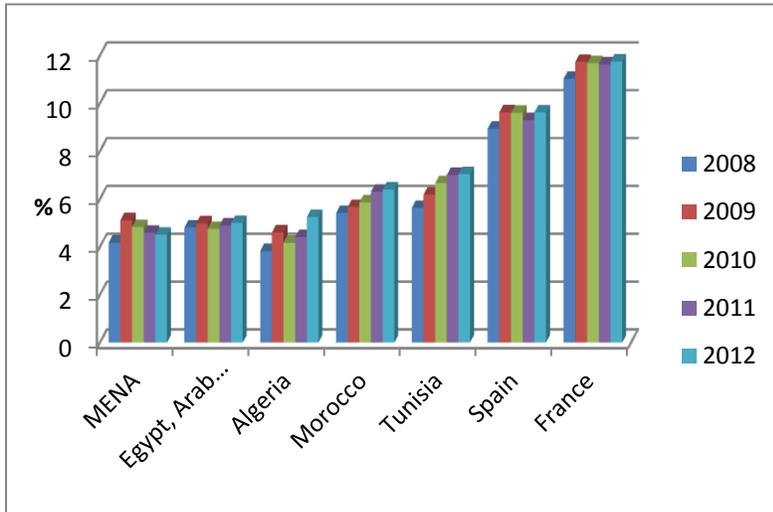
<sup>26</sup> Banque mondiale, à venir.

retard de deux ans et les décideurs politiques ne disposent pas de données vérifiées, fiables et complètes en temps voulu. Le système d'information ne fonctionne pas pour les ressources humaines en santé et les médicaments. Il n'y a aucune interopérabilité entre les systèmes d'information des principaux assureurs ou pour les données collectées dans le cadre du RAMED. Le secteur privé ne participe pas au système d'information et il n'existe aucune intégration entre ces divers systèmes. Le manque de données contribue au manque de transparence et de redevabilité dans le secteur, les citoyens disposant de peu de recours pour soulever les questions d'accès, de qualité et de réactivité du système de santé. Et ce manque de données complique la tâche du gouvernement pour évaluer le succès des réformes en cours ou prévues qui visent à traiter les inégalités et la question de la qualité des services dans le secteur de la santé. La création d'un système SIS informatisé est une priorité absolue du Ministère de la Santé (elle est aussi une composante essentielle du Livre Blanc sur le secteur, des recommandations consensuelles issues de la seconde Conférence nationale sur la santé et de la stratégie pour le secteur de la santé 2012-2016) et une composante à part entière nécessaire au succès des réformes prévues dans le secteur de la santé.

46. **Le Ministère de la Santé est très mobilisé sur ces sujets, plusieurs directions étant impliquées dans le développement du programme gouvernemental.** Le programme lui-même s'intègre dans l'ensemble des activités du Ministère de la Santé, ce qui devrait faciliter sa mise en œuvre. En ciblant les populations rurales, qui se trouvent généralement dans les quintiles de revenus les plus faibles, le programme devrait relever les deux défis de l'amélioration de la fourniture de service et de la réduction de la pauvreté. Par exemple, si l'écart de 40% qui sépare le taux de mortalité infantile en milieu rural de celui en milieu urbain peut être réduit, l'impact sur l'accroissement du potentiel économique pourrait être important. Par conséquent, l'équipe estime que le ciblage sur la santé rurale est assez approprié étant donné la situation actuelle dans le pays, les bénéfices à attendre sur le plan sanitaire et économique et l'existence de plans et de stratégies spécifiques visant à corriger la situation. En outre, le fait que le programme mette l'accent non seulement sur la fourniture de services mais aussi sur les facteurs clé permettant d'améliorer les résultats sur le terrain – les ressources humaines, la gouvernance et la redevabilité et la gestion de l'information – indique que par sa conception le programme a de grandes chances d'améliorer la situation globale s'il est appliqué comme prévu.

47. **Les dépenses totales de santé, en pourcentage du PIB, ont régulièrement augmenté au Maroc, passant de 5,4% en 2008 à 6,4% en 2012 et elles sont plus élevées qu'en Egypte, en Algérie et que par rapport à la moyenne de la région MENA, mais elles sont inférieure aux dépenses de santé en Tunisie, en France et en Espagne (figure 2).**

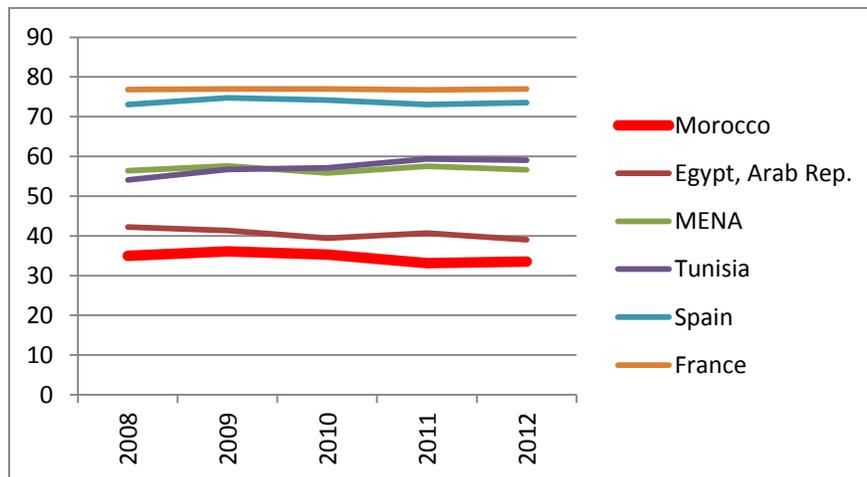
**Figure 2. Les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB (2008-2012)**



Source : Calcul des auteurs, Base de données de la Banque mondiale sur les indicateurs de développement mondial, juin 2014

48. **Pour autant, les dépenses publiques dans la santé sont bien inférieures au Maroc à celles de pays au développement socio-économique similaire.** Les dépenses totales de santé en pourcentage des dépenses publiques totales restent au niveau de 2008 (6%) et ont même baissé après une brève remontée en 2009 et 2010. En outre, En se situant autour de 33% des dépenses de santé totales, les dépenses publiques pour la santé au Maroc se situent bien en dessous des moyennes régionales et de pays comparables (figure 3). En conséquence, les dépenses des ménages se situent à un niveau élevé et représentent 62% des dépenses totales de santé en 2010.

**Figure 3. Les dépenses de santé publiques en pourcentage des dépenses totales de santé 2008-2012**

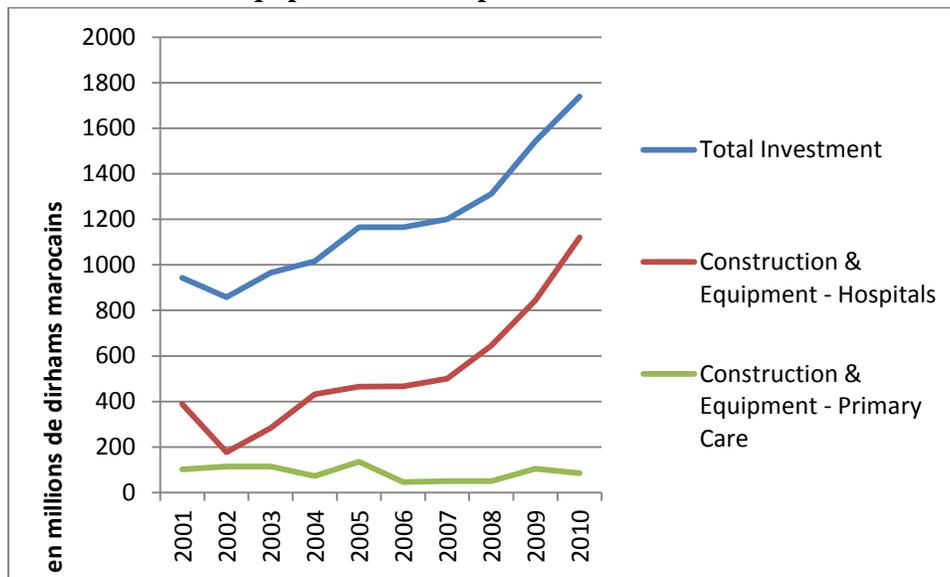


Source: Calcul des auteurs, Base de données de la BM sur les indicateurs de développement mondial, juin 2014

49. **En outre, des gains d'efficacité substantiels pourraient se dégager d'une meilleure allocation des fonds publics.** Les soins primaires sont négligés en faveur de la dépense pour les soins au niveau tertiaire. La part du budget d'investissement consacrée à l'hôpital est importante et en

augmentation alors que la part réservée aux soins primaires est limitée et en diminution. En 2010, 60% des investissements ont bénéficié aux hôpitaux tandis que seulement 5% ont été alloués aux soins primaires (figure 4). Plus particulièrement, les cinq hôpitaux universitaires (les Centres Hospitaliers Universitaires) ont représenté 19% du budget total du Ministère de la Santé et, entre 2005 et 2010, ils ont vu leur budget multiplié par 2,5 tandis que le budget global du Ministère de la Santé n'était multiplié que par 1,7. Cette importance accordée aux structures tertiaires au détriment des services primaires et de prévention met en péril la soutenabilité financière du secteur, sur le long terme, en particulier au moment où s'opère la transition démographique et où le système est confronté à des maladies chroniques coûteuses.

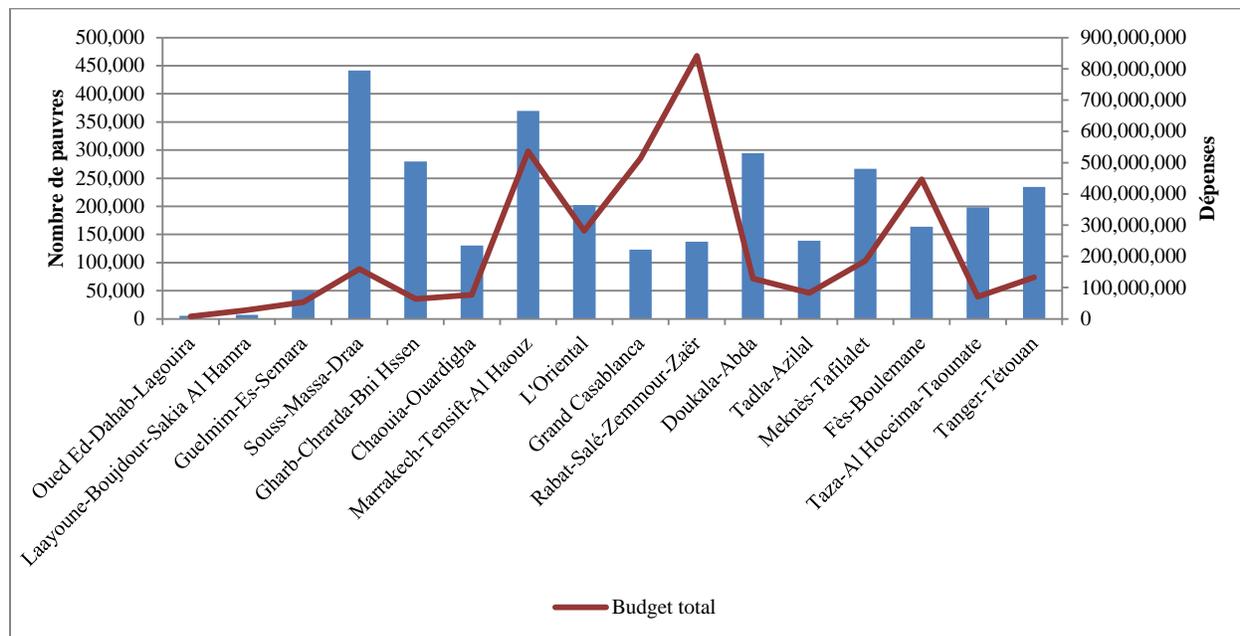
**Figure 4 : Les dépenses d'investissement : Totales et pour la construction et les équipements des hôpitaux et des ESSP 2005-2010**



Source: Calcul des auteurs, données provenant de la revue des dépenses publiques du Maroc, Banque mondiale 2012

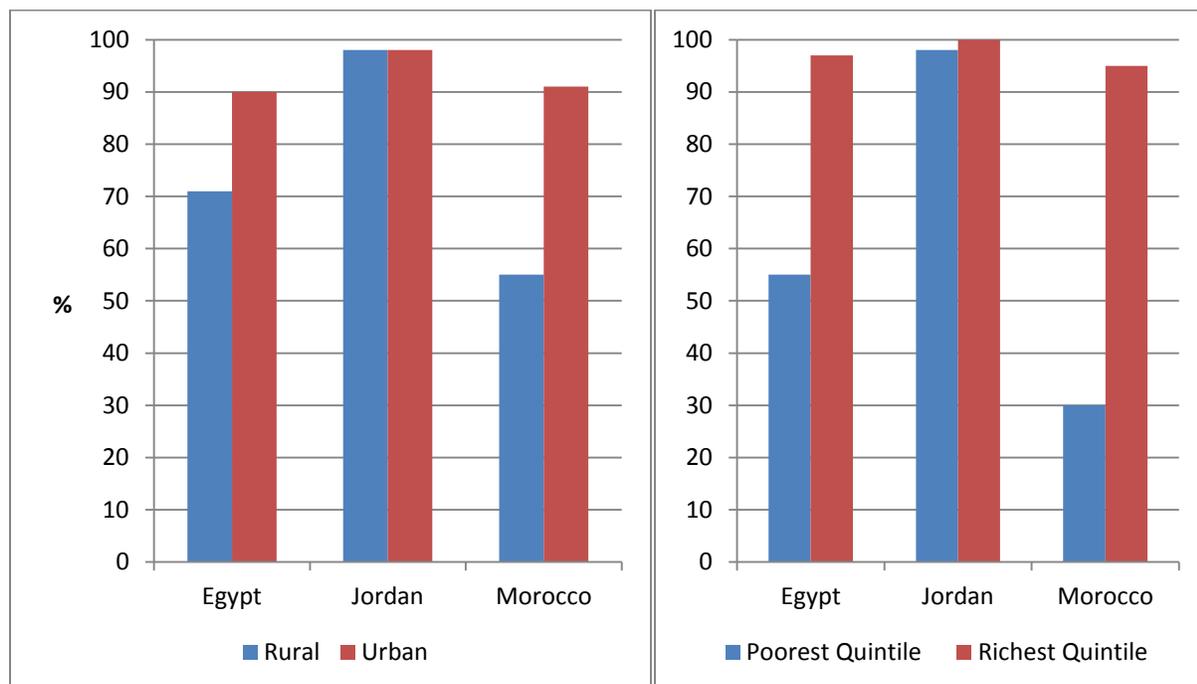
50. **Le Ministère de la Santé a engagé des réformes ambitieuses visant à déconcentrer l'autonomie budgétaire et de gestion au niveau des régions.** Cependant, la plupart des dépenses restent gérées au niveau central et l'allocation budgétaire demeure fortement inéquitable, tant en termes d'investissements (figure 4) qu'en termes de répartitions des professionnels de santé, ce qui conduit à de fortes disparités en matière d'indicateurs de santé. Les dépenses de santé continuent à bénéficier, de façon disproportionnée, aux plus riches et l'inefficacité des dépenses publiques se reflète à travers les inégalités en matière d'accès aux soins. Le Maroc affiche des disparités entre les régions, entre les zones rurales et les zones urbaines et entre les populations riches et pauvres bien plus prononcées que d'autres pays de la région (figures 5 et 6).

**Figure 5. Les dépenses et le nombre de personnes vivant dans la pauvreté par région**



Source : Revue des dépenses publiques du Maroc, Banque mondiale 2012

**Figure 6. Accouchements assistés par zone et par niveau de revenu**



Source : Revue des dépenses publiques du Maroc, Banque mondiale 2012

51. **Le processus d'élaboration, la structure et la classification du budget s'organisent de la façon suivante** : Le programme gouvernemental actuel couvre la période 2012-2016. Il décrit les principales priorités politiques et les objectifs, y compris en termes de politique macroéconomique et de dépenses publiques, comme par exemple l'objectif de ramener le déficit budgétaire à 3% du PIB en 2016 (par rapport à 7,4% en 2012). Ce programme global s'appuie sur des stratégies sectorielles spécifiques correspondant à des échéances et à des ressources budgétaires différentes. Bien que ces priorités et stratégies politiques nourrissent l'élaboration du budget, il n'existe aucun lien formel ou systématique entre elles. Le programme proposé sera inclus dans le budget annuel du Maroc dans le cadre des lignes budgétaires actuelles regroupées au sein du budget du Ministère de la Santé.

52. **La documentation budgétaire (*morasse budgétaire*) favorise une présentation appropriée des recettes du programme.** La nomenclature budgétaire du Ministère de la Santé est organisée autour d'une nomenclature régionale et la proposition de budget est soutenue par une programmation financière détaillée qui est accessible lors de la phase de soumission du budget. L'adaptation du processus budgétaire à la nouvelle loi organique sera prise en compte dans le cadre d'une « circulaire de discipline budgétaire » qui est en cours de préparation et qui annulera et remplacera la réglementation actuelle tout en consolidant les bonnes pratiques déjà utilisées. Ces réformes favoriseront davantage de progrès dans le suivi des dépenses publiques et des dépenses liées aux composantes du PPR.

53. **Dans le but d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques pour la santé, le gouvernement a engagé une réforme budgétaire ambitieuse en amorçant une budgétisation programmatique<sup>27</sup>.** La réforme budgétaire vise à renforcer le lien entre la budgétisation et les priorités stratégiques et à améliorer la transparence de l'allocation budgétaire à travers l'adoption d'une structure budgétaire programmatique ainsi que des objectifs et des indicateurs de performance budgétaire. La Cour des comptes inclut régulièrement dans son programme de travail des évaluations de programmes de santé qui prévoient à la fois des contrôles de régularité et des audits de performance. La réforme prévoit que les observations faites par la Cour devront être prises en compte dans le cadre d'un plan d'action défini et mis en œuvre avec rigueur. Le projet de loi organique qui introduit ces changements a été préparé et son adoption est toujours prévue par le parlement. Une mise en œuvre rapide de cette réforme permettra d'accroître la cohérence entre le budget et les priorités gouvernementales. Pour ce qui concerne le budget 2014, quatre ministères ont testé la nouvelle structure budgétaire et ont présenté au parlement un budget programmatique assorti d'objectifs de performance, avec le soutien de la Banque mondiale. Le programme du gouvernement prévoit un objectif budgétaire (un déficit de 3% du PIB en 2016). Mais le Maroc ne publie pas encore un cadre budgétaire pluriannuel. Une programmation budgétaire pluriannuelle est prévue dans le projet de loi organique. Le Maroc établit des rapports (au FMI) et rend publiques ses données budgétaires de façon régulière. La nomenclature budgétaire associe une classification administrative et économique avec un codage spécifique par région. Le budget est également présenté suivant une nomenclature fonctionnelle alignée sur la classification des fonctions gouvernementales (COFOG). Le budget est détaillé, il couvre le budget général de l'Etat, les budgets annexes, les comptes spéciaux du Trésor de même que les services gérés de manière autonome

---

<sup>27</sup> Le Ministère de la Santé fera partie de la seconde vague de ministères qui mettent en œuvre la réforme de la budgétisation axée sur les résultats, ce qui les contraindra à restructurer leur budget et utiliser un format programmatique et pluriannuel et à préparer un plan de performance (objectifs et indicateurs) pour le budget 2015. L'objectif est d'augmenter la transparence et la redevabilité en matière d'utilisation des fonds publics tout en accroissant la souplesse de gestion et le souci de la performance tout au long de la chaîne de prestation de services. La première vague de ministères ayant entrepris cette réforme incluait le Ministère de l'Economie et des Finances, le ministère de l'Education nationale (avec tout récemment le département de la formation professionnelle), le Ministère de l'Agriculture et de la Pêche maritime, le Haut-Commissariat aux Eaux et Forêts et à la Lutte contre la Désertification.

(SEGMA). Les transferts vers les agences et les gouvernements locaux sont enregistrés, mais pas leurs propres recettes en l'absence de comptes consolidés. Le déploiement en cours du système de gestion intégrée de la dépense (GID) au niveau des gouvernements locaux devrait faciliter cette consolidation dans un proche avenir.

54. **La soutenabilité financière et la prévisibilité du financement ne sont pas particulièrement menacées dans la mesure où globalement l'exécution du budget est assez centralisée et les performances en matière d'exécution budgétaire sont jugées assez satisfaisantes**, même si les rapports d'exécution budgétaire de fin d'année sont publiés avec retard (le dernier disponible datant de 2012). Si la prévisibilité du financement est limitée du fait qu'il n'existe toujours pas de cadre budgétaire pluriannuel crédible, ce problème devrait être réglé grâce aux réformes mentionnées. En outre, le secteur de la santé est devenu une priorité nationale grâce à la seconde conférence nationale sur la santé récente qui s'est ouverte sur la lecture d'une Lettre Royale. Par ailleurs, les rapports d'exécution budgétaire mensuels sont publiés avec moins de trois mois sur le site internet de la TGR et le rapport daté de décembre 2013 dénote un niveau d'engagement des dépenses budgétées de 86%. Aucun rapport de fin d'exercice n'est encore disponible pour 2013. Le dernier rapport d'exécution budgétaire de fin d'année pour la santé (2012) montre un niveau d'exécution des dépenses courantes élevé (100,95%) mais un taux d'exécution faible pour les dépenses d'investissement (42%).

55. **Le budget du Ministère de la Santé est en augmentation et une croissance de 13,6% est prévue pour la période 2014-2016 dans le cadre du budget 2013** (Tableau 9).

**Tableau 9 : Budget et dépenses projetées pour le Ministère de la Santé  
2012-16 (en milliards de US\$)**

Catégorie	2012	2013	Projections		
			2014	2015	2016
<b>Dépenses récurrentes</b>	<b>1.23</b>	<b>1.31</b>	<b>1.39</b>	<b>1.46</b>	<b>1.52</b>
Personnel	0.81	0.78	0.84	0.90	0.96
hors-personnel	0.42	0.48	0.49	0.50	0.50
RAMED	-	0.04	0.06	0.06	0.06
<b>Investissements</b>	<b>0.22</b>	<b>0.24</b>	<b>0.20</b>	<b>0.24</b>	<b>0.24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.45</b>	<b>1.55</b>	<b>1.59</b>	<b>1.70</b>	<b>1.76</b>

*Source: Ministère de l'Economie et des Finances, cadre de dépenses à moyen terme 2014-2016, Septembre 2013*

56. **Le projet PPR couvrira 100 millions de US\$ du programme gouvernemental** (Tableau 10). Le programme actuel du gouvernement est financé à travers le budget annuel de l'Etat à travers le budget du Ministère de la Santé. L'opération PPR proposée distingue et finance une partie du programme gouvernemental, ainsi que cela est décrit dans la section relative à la description du programme de ce document. Pour ce qui concerne la SMI et les MNT, le budget détaillé comprend les activités qui concernent les soins primaires en milieu rural dans neuf régions pour les budgets SMI et MNT. Les évaluations budgétaires concernant la stratégie de santé mobile, les ressources humaines et la qualité ont des composantes nationales pour la conception de la stratégie et les budgets de mise en œuvre dans les neuf régions. Le budget relatif au SIS couvre la conception du système et son application dans une seule région.

**Tableau 10 : Financement du programme  
2015-2018 (en millions de US\$)**

Total	dont**		
	PPR	UE*	NU
<b>226,2</b>	<b>100,0</b>	<b>107,0</b>	<b>4,0</b>

\*1Euro = 1,251USD

\*\* Au Maroc, le financement par les bailleurs de programmes ou projets sectoriels ne se traduit pas automatiquement par une allocation budgétaire du même montant pour le ministère sectoriel concerné. Ces montants résultent de négociations annuelles entre le ministère sectoriel et le Ministère de l'Economie et des Finances, au cours de la préparation de la loi de finances.

57. **Le budget total du programme est de 226,2 millions de US\$** (Tableau 11). Le projet de l'UE devrait être négocié en mai 2015. Si ceci introduit une légère incertitude sur l'enveloppe budgétaire globale, le risque de retrait de l'UE du projet de financement est négligeable. Pour la SMI, le plan de financement s'appuie sur le budget du plan d'accélération 2012-2016 (y compris les budgets pour l'investissement, les activités et les salaires) et sa projection sur la durée de vie du PPR, avec des activités supplémentaires prévues et la clôture de certaines activités réalisées, et en tenant compte de sa mise en œuvre dans les zones rurales et au niveau de soins de santé primaire<sup>28</sup>. Pour la santé mobile, le concours qualité et les MNT, le coût s'appuie sur les budgets précédents et leur projection durant la durée de vie du PPR, dans la limite des activités appropriées du PPR et en intégrant une estimation des coûts salariaux<sup>29</sup>. Les RHS et le SIS sont, eux, de nouveaux programmes pour lesquels les coûts et les budgets ont été prévus pour la durée du PPR.

<sup>28</sup> Pour les activités s'appliquant dans des cadres multiples (urbain et rural et/ou primaire/secondaire ou tertiaire), les estimations concernant la part du budget bénéficiant au milieu rural et au niveau primaire sont faites sur la base de critères pertinents (par exemple le nombre d'établissements sanitaires, le nombre de personnels, les salaires du personnel, le budget d'investissement etc...)

<sup>29</sup> Les budgets du programme, lorsqu'ils existent, n'incluent pas les salaires. L'estimation et la budgétisation des salaires s'appuie sur l'hypothèse que le ratio du salaire par rapport aux investissements et aux coûts récurrents est le même pour tous les programmes et toutes les activités que le ratio global.

**Tableau 11 : Coût du programme  
2015-2018 (millions de US\$)**

Sous-programme	Montant
Plan d'accélération pour réduire la santé maternelle et infantile	67,4
Suivi (prise en charge diagnostique et thérapeutique) des MNT	90,2
Stratégie sanitaire mobile	26,9
Ressources humaines en santé (système d'incitation)	2
Evaluation de la qualité ( <i>concours qualité</i> )	2,4
SIS	37,3
<b>Total</b>	<b>226,2</b>

**b. Solidité technique**

58. La chaîne de résultats présentée dans le tableau 12 ci-dessous relie les défis du secteur aux activités prévues par le programme, aux résultats intermédiaires et finaux et aux ILD correspondants pour chacun des piliers.

**Tableau 12 : Chaîne de résultats**

Défis dans le secteur	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats finaux	ILD concernés
<b>Pilier 1: Renforcer l'accès équitable aux soins de santé primaires en milieu rural</b>				
Un accès limité aux soins SMI dans les zones rurales	Modernisation des ESSP ; amélioration de l'équipement technique et biomédical des ESSP, renforcement de la plateforme technique des ESSP existants ; achats de médicaments essentiels et de vaccins pour la SMI ; mise à niveau des ESSP actuels ; Amélioration des systèmes de transport du domicile à l'hôpital pour les femmes enceintes présentant des complications. Mise en place de procédures de soins normalisées concernant la SMI ; Développement d'outils d'éducation à la santé. Organisation de sessions de formation sur les bonnes pratiques pour les travailleurs en santé des ESSP. Conduite de campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé pour promouvoir l'allaitement au sein, prévenir les carences nutritionnelles et renforcer la vaccination des enfants.	Les ESSP ruraux dans les régions ciblées sont mis à niveau, lorsque nécessaire, et le personnel de santé dispose des équipements, des médicaments et des outils nécessaires pour fournir des services de qualité.	(a) un recours accru aux soins prénatals pendant la grossesse ; (b) un plus grand nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié ; (c) un accès et une utilisation améliorés des soins de santé primaire en milieu rural pour les enfants en dessous de 5 ans ; et (d) un accès et une utilisation améliorés des soins de santé primaire en milieu rural par les populations rurales.	<b>ILD 1 :</b> Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les Régions Cibles du Programme  <b>ILD 2:</b> Augmentation du nombre d'accouchements de femmes issues du milieu rural dans les structures publiques de santé dans les Régions Cibles du Programme  <b>ILD 3:</b> Augmentation du nombre de consultations curatives (nouveaux cas) pour les enfants de moins de 5 ans dans les ESSP ruraux dans les Régions cible du Programme  <b>ILD 5:</b> Augmentation du nombre de visites dans les ESSP ruraux (nouveaux cas) dans les Régions cibles du Programme

Défis dans le secteur	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats finaux	ILD concernés
Un accès limité à la prévention et au contrôle des MNT en milieu rural.	<p>Distribution aux ESSP (centres de santé et unités mobiles) d'équipement de dépistage ; formation des personnels ESSP aux techniques de dépistage ; activités de dépistage du diabète, de l'hypertension et du cancer du sein auprès de populations cibles.</p> <p>Dissémination des normes de soins aux ESSP (centres de santé et unités mobiles) ; formation des personnels sur les normes de soins ; fourniture des ESSP en médicaments essentiels de base pour de l'hypertension et du diabète ; mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète ; et mise en place d'une chaîne de soins spécialisés.</p>	Les ESSP ruraux des régions cibles ont reçu les équipements, les programmes de formation, les médicaments et les outils de prévention et de contrôle des MNT (diabète, hypertension et cancer du sein).	(a) une meilleure connaissance à la fois au sein de la population en général et des professionnels de santé des styles de vie sains, des dangers du tabagisme et du besoin d'un dépistage régulier des MNT ; et (b) un nombre accru de patients dépistés pour le diabète et l'hypertension et traités pour leur condition, suivant des normes de soins acceptables.	<b>ILD 4</b> : Augmentation du nombre de patients diabétiques suivis (prise en charge diagnostique et thérapeutique) dans les ESSP ruraux dans les Régions Cibles du Programme
Pour une grande partie de la population rurale, l'accès physique aux ESSP est rendu difficile par la distance et la géographie.	<p>L'acquisition de 57 unités mobiles équipées qui seront rattachées aux ESSP dans les régions cibles du Programme</p> <p>Achat d'équipements et de fournitures médicales pour les unités mobiles des neuf régions cibles ; Renforcement de la plateforme technique des unités mobiles existantes ; Développement des capacités des fournisseurs de soins de santé en gestion des unités médicales mobiles.</p>	Les unités mobiles rendent visite régulièrement aux unités mobiles (au moins quatre fois par an) et fournissent les ESSP avec un ensemble de services à la population.	(a) un recours accru aux soins anténatals ; (b) un accès et un recours améliorés aux soins de santé primaires en milieu rural pour les enfants en dessous de 5 ans ; et (c) un accès et un recours améliorés aux soins de santé primaires en milieu rural par les populations rurales.	<p><b>ILD 1</b> : Augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiant d'une consultation prénatale lors d'une visite dans un ESSP rural dans les Régions Cibles du Programme</p> <p><b>ILD 3</b> : Augmentation du nombre de consultations curatives (nouveaux cas) pour les enfants de moins de 5 ans dans les ESSP ruraux dans les Régions cibles du Programme</p> <p><b>ILD 5</b> : Augmentation du nombre de visites dans les ESSP ruraux (nouveaux cas) dans les Régions cibles du Programme</p>
<b>2. Améliorer la gouvernance du système de santé au niveau primaire</b>				
Insuffisance de la productivité du personnel médical et paramédical et absentéisme du personnel.	Etude des mécanismes d'incitation existants et conception d'un nouveau mécanisme visant à améliorer la performance des RHS.	Un mécanisme incitatif visant à améliorer les performances des RHS est conçu ;	Le Ministère de la Santé dispose d'un mécanisme qui permet d'améliorer la performance du personnel dans les ESSP ruraux ciblés ( telle que mesurée en fonction de critères convenus d'assiduité, de productivité et de qualité des services rendus)	Aucun (indicateur de suivi seulement)

Défis dans le secteur	Activités	Résultats intermédiaires	Résultats finaux	ILD concernés
Faible redevabilité dans les ESSP ruraux	Accroître la participation au concours qualité au niveau des soins de santé primaire, y compris dans les zones rurales Revue annuelle de l'outil de mesure de la qualité Sessions de formation pour le personnel de tous les centres de santé participants Publication et actions de diffusion visant un nombre croissant d'établissements de soins de santé primaire, en particulier en milieu rural	Tous les CSCA qui participent au Concours qualité ont participé à des sessions de formation. Tous les CSCA participant au Concours qualité ont préparé un plan d'action afin d'améliorer la qualité en s'appuyant sur les recommandations contenues dans le rapport d'audit	Une sensibilité accrue à la qualité parmi les personnels des établissements de soins de santé primaire ; et un nombre accru d'initiatives visant à améliorer la qualité de la prestation de services.	<b>ILD 6</b> : % de centres de santé ruraux avec des services de santé (CSCAs) dans la Régions Cibles du Programme qui participent dans l'évaluation principale annuelle de la qualité. ( <i>concours qualité</i> ) effectuée par DHSA
Le fonctionnement effectif et efficient d'un système de santé moderne requiert le développement d'un SIS intégré, informatisé et accessible.	Conception du système au niveau national. Mise en œuvre dans une région.	Le travail technique est effectué et le schéma directeur du SIS mis à jour ; Le Data center est opérationnel ; ; et le SIS fonctionne dans une région, avec une possibilité de liaison avec le système national.	Mis en place du SIS dans tous les établissements publics au sein d'une région	<b>ILD 7</b> : Etablissement d'un SIS dans une des Régions Cibles du Programme.

## Pilier I : Accroître l'accès équitable aux soins de santé primaires en milieu rural :

### 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (en dessous de 5 ans)

59. Les interventions liées à la santé maternelle et infantile ont été utilisées avec grand succès dans un large éventail de pays à travers le monde. De fait, le cadre d'investissement global pour la santé des femmes et des enfants<sup>30</sup> prévoit qu'investir dans la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires tels que le Maroc pourrait rapporter jusqu'à 11,3 fois leur valeur en bénéfices économiques et sociaux. Cette analyse inclut nombre d'interventions contenues dans le programme gouvernemental visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (en dessous de 5 ans) et soutenues à travers cette sous-composante, comme l'amélioration des soins anténataux, les services de soins en établissement et le transport d'urgence pour les femmes enceintes.

<sup>30</sup> Stenberg, K. et al, "Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework," The Lancet, 2014; 383: 1333-54

## 1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des MNT

60. Pour ce qui concerne les interventions proposées relatives aux MNT, il est également amplement prouvé que ces activités sont techniquement fondées. Le rapport de l’OMS et du Forum économique mondial intitulé « From Burden to ‘Best Buys’: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries »<sup>31</sup> inclut le dépistage du cancer du col, de même que le dépistage et le traitement médicamenteux approprié des maladies cardio-vasculaires et le diabète parmi les « bonnes affaires » (“best buys”). Le rapport suggère que le coût de la mise en œuvre de ces interventions dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires serait d’environ 1,50 dollar américain par personne par an et que le retour sur investissement sur le long terme serait d’environ 3 :1. Sur le plan humain, le rapport estime que « ...au moins 10 à 15% des décès prématurés pourraient être évités à travers la mise en œuvre accéléré d’un paquet essentiel d’interventions »<sup>32</sup>.

61. L’expérience internationale suggère également que le ciblage sur la fourniture de service devrait s’accompagner d’une attention concomitante aux besoins de renforcement du système de santé, notamment en matière de gestion des ressources humaines, de gouvernance, de redevabilité et d’information en temps voulu et précise qui doit permettre d’évaluer la performance et de soutenir tant les pratiques cliniques que la gestion d’ensemble du système. Le Cadre d’investissement global<sup>33</sup> “ met l’accent sur les liens plus larges avec le renforcement des systèmes de santé et le besoin d’opérer ce dernier ». Et cette analyse a inclus spécifiquement les besoins d’investissement complémentaire en formation et supervision des professionnels de santé, en amélioration des systèmes d’information et en affectant des ressources au soutien à la bonne gouvernance grâce à des décisions informées et transparentes. De la même façon, le programme gouvernemental a pris en compte ces leçons.

62. Ainsi, globalement et sur un plan technique, le programme gouvernemental cible les problèmes importants et il comprend des activités nécessaires de renforcement du système de santé qui faciliteront l’atteinte de ses objectifs de développement.

## 1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile

63. Dans le contexte du Maroc, pays caractérisé par un accès difficile aux services de santé et où l’habitat rural est dispersé, les approches mobiles sont considérées comme essentielles pour renforcer la couverture sanitaire dans les zones rurales. De telles approches ont démontré leur capacité à répondre aux besoins de santé pour ces populations en fournissant un prolongement des services des centres de santé qui peuvent atteindre des personnes qui sinon rencontreraient des difficultés à accéder aux services de santé. Les facteurs importants de succès pour cette approche sont le degré de planification des visites des équipes mobiles avec l’ensemble des parties concernées et le fait que les services fournis prennent en compte la réalisation d’objectifs sanitaires prioritaire autant que les caractéristiques épidémiologiques locales. Un autre facteur important de succès concerne le degré d’intégration étroite des équipes mobiles dans le système global de fourniture de soins. Ceci inclut : (i) la participation de tous les niveaux (central, provincial, régional et local) dans les activités de gestion liées aux équipes mobiles ; (ii) l’importance de la planification et la claire définition des objectifs à opérer avant le déploiement des équipes sur le terrain ; (iii) le ciblage des attentes et des besoins de la population cible en matière de soins curatifs, y compris la fourniture des médicaments essentiels, les soins de prévention et leurs besoins en information pour veiller à leur bonne santé (iv) la promotion du continuum de soins à travers le traitement et le suivi

---

<sup>31</sup> *From Burden to ‘Best Buys’: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*, WHO and WEF, 2011.

<sup>32</sup> *Ibid*, p. 9.

<sup>33</sup> *Op Cit.*, p. 1334

des patients ayant besoin d'être référés vers d'autres niveaux de soins tels que les hôpitaux ou des unités médicales mobiles spécialisées ; et (v) la priorité donnée à l'évaluation systématique des activités en prenant en considération les dimensions d'efficacité, d'efficience et de qualité des services. L'évaluation des services mobiles effectuée par le Ministère de la Santé a suggéré la nécessité d'étendre le champ du programme et la gamme des services fournis par ces équipes mobiles. Le programme gouvernemental prend ces recommandations en compte en étendant à la fois le nombre des unités et les services qu'elles fournissent.

64. Un certain nombre d'autres pays ont également mis en place avec succès des équipes de santé mobiles afin d'offrir des services de santé dans les zones rurales et isolées. Par exemple, des équipes mobiles intégrées ont été créées au Burundi<sup>34</sup>, à l'origine pour soutenir les services de planning familial et de lutte contre la violence visant les femmes pour les populations en transition, mais par la suite elles ont été étendues aux soins anténataux, à la prévention et au traitement du paludisme, à la nutrition, à la consommation d'eau propre, aux vaccinations et aux services d'assainissement. D'après les observations préliminaires, les équipes mobiles intégrées permettent de toucher un nombre important de patients masculins, une partie de la population qu'il est difficile aux établissements sédentaires d'atteindre, grâce à une variété de services, y compris le planning familial. L'approche démontre un fort potentiel en termes de soutenabilité sur le long-terme, dans la mesure où les activités de ces équipes sont désormais intégrées aux plans de travail des districts de santé concernés et programmées chaque mois dans chaque district. Les données actuellement disponibles suggèrent qu'elles constituent un moyen efficace et très utile d'atteindre les populations en transition qui sont importantes et mal desservies dans un pays. De la même façon, l'approche en termes d'équipe de santé mobile développée dans la région de la capitale fédérale du Nigéria, appelée "MAILAFIYA", fournit avec succès des services de soins de santé primaires dans les zones rurales et isolées. Le programme a reçu le prix 2013 du service public des NU pour l'excellence de la fourniture de service, avec la mention suivante :

*L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que dans la région de la capitale fédérale, une fourniture appropriée de soins à la population nécessiterait 434 centres de soins de santé primaires. 179 centres existaient seulement, un grand nombre d'entre eux opérant à un niveau loin d'être satisfaisant. Les populations rurales devaient effectuer de longs trajets pour atteindre ces centres. Le projet a cherché à régler ce problème en intégrant les banques de données dans une base de données centralisée et en améliorant les services de soins de santé à travers les équipes mobiles afin d'atteindre les zones isolées et à fortes contraintes géographiques. Le programme est capable de générer des données en temps réel depuis le terrain. Il en est résulté une réduction du coût de la fourniture des services de santé ainsi qu'une amélioration de la planification et de l'évaluation du système de santé. Une enquête préliminaire a révélé que l'accès aux soins de santé a augmenté, passant de 17% à 71% parmi toutes les communautés vivant dans la région de la capitale fédérale. Le programme a généré une base de données fiable permettant d'améliorer la gestion des soins de santé<sup>35</sup>.*

## **Pilier II : Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire**

### **2.1 Préparer un système incitatif pour améliorer la performance des RHS**

65. Les incitations financières peuvent avoir des effets positifs sur la performance du personnel en termes de productivité, mais aussi de qualité du service à travers, par exemple, le respect des normes

<sup>34</sup> Introducing Integrated Mobile Teams to Burundi: Technical Update, Pathfinder International, 2012.

<sup>35</sup> 2013 United Nations Public Service Awards Winners Fact Sheet, p. 6.

professionnelles et la satisfaction des usagers ; les incitations peuvent également conduire à diminuer les taux d'absentéisme. Cependant, il est démontré que leurs effets sur la motivation ne seront que de courte durée si elles ne s'articulent pas avec des incitations non financières telles que l'accès à la formation professionnelle continue et à des possibilités de carrière attrayantes, une supervision de bonne qualité et une direction compétente. Il est également reconnu que la seule motivation ne garantit pas des améliorations de la performance. Des facteurs comme l'amélioration des infrastructures et l'accès aux équipements, aux médicaments et aux technologies modernes de communication, ainsi que des structures et des processus d'organisation favorisant l'efficacité, comme la décentralisation des prises de décision et le travail en équipe, sont tout aussi importants.

66. Plusieurs conditions doivent être réunies pour garantir l'efficacité des incitations financières : une définition claire des objectifs poursuivis ; une conception du mécanisme qui inclut des critères explicites, mesurables et transparents pour l'affectation des récompenses aux organisations éligibles et pour leur distribution parmi les différentes catégories de personnels ; l'implication des parties concernées dans la phase de conception afin de garantir leur approbation ; une bonne planification de la mise en œuvre et la disponibilité du personnel technique nécessaire ; et le suivi des résultats et un ajustement si nécessaire.

67. Une évaluation de l'introduction du financement et des salaires basés sur les performances en République démocratique du Congo, soutenue par la Banque, montre qu'elle a généré des effets positifs sur le comportement des personnels de santé mais qu'elle n'a pas conduit à l'augmentation de la demande de services<sup>36</sup>. Ceci signifie qu'il est primordial que les populations desservies par les ESSP soient informées de l'importance et du fonctionnement du mécanisme.

## **2.2 Améliorer les mécanismes de redevabilité à travers le développement du principal instrument d'évaluation de la qualité (le concours qualité) et la mise en place d'un mécanisme de gestion des doléances**

68. Une série de travaux de recherches en politique et gestion de la santé suggère que les dispositifs de gouvernance à des niveaux divers ont un impact important sur la qualité des soins, y compris les mécanismes de redevabilité au niveau de l'établissement lui-même. En 2007, le Ministère de la Santé a lancé la première édition de son principal instrument d'évaluation de la qualité (le concours qualité) afin d'améliorer la qualité des soins dans les établissements publics hospitaliers et de soins de santé primaires. Dans le cadre du concours qualité, des établissements de santé sont en compétition pour atteindre le plus haut niveau de qualité de soins. Suivant le principe que la compétition et la reconnaissance de l'effort incitent les personnes à vouloir s'améliorer, le concours qualité est conçu de manière à promouvoir l'amélioration des soins au sein des établissements qui y participent. Le processus comprend une auto-évaluation, à laquelle le personnel de l'établissement de santé participant au concours contribue en remplissant des questionnaires standardisés qui mesurent une gamme d'indicateurs de qualité, ainsi qu'un audit par des pairs. Les responsables des délégations provinciales procèdent actuellement à la sélection des centres participant, en fonction de la motivation des équipes, de leur ouverture au changement et de leur volonté d'adopter de nouvelles procédures ainsi que de leurs chances de succès. En contrepartie, afin de leur permettre de participer au concours qualité et de mettre en évidence leurs forces et leurs faiblesses, les employés bénéficient d'un meilleur accès aux programmes de formation et les centres de santé peuvent être éligibles à l'obtention de nouveaux équipements ou même recevoir des fonds pour leur rénovation.

---

<sup>36</sup> Huillery E., Seban J., Pay-for-Performance, Motivation and Final Output in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of Congo  
([http://www.bsg.ox.ac.uk/sites/blavatnik/files/documents/paper\\_DRC\\_April2014.pdf](http://www.bsg.ox.ac.uk/sites/blavatnik/files/documents/paper_DRC_April2014.pdf))

69. La Banque mondiale a récemment réalisé une étude qualitative afin d'explorer les liens entre les dispositifs de gouvernance à divers niveaux et la qualité des soins de santé. Environ la moitié des établissements sélectionnés avaient participé au moins une fois au concours qualité. L'étude a mis à jour des variations significatives en termes de qualité des soins. Un éventail constant de facteurs a été observé dans les établissements qui enregistrent de bonnes performances, y compris une charge de patients traités plus importante, des temps d'attente raisonnables en dépit d'une demande élevée, une bonne gestion et la disponibilité des médicaments, des produits consommables, des équipements et une gestion détaillée et régulière des dossiers médicaux des patients. Plus particulièrement, les vaccins et d'autres produits médicaux sont entreposés de façon appropriée et précautionneuse, la pharmacie est bien gérée et approvisionnée et l'ensemble du personnel applique des protocoles appropriés concernant la gestion des déchets médicaux ; le personnel médical conserve les dossiers médicaux cohérents, suit des procédures claires concernant la conservation et le remplacement des produits médicaux et consommables et conserve avec soin les dossiers concernant l'entretien, la réparation et le remplacement des équipements ; des pratiques astucieuses existent pour que les patients forment des queues en attendant d'être pris en charge afin d'éviter des encombrements<sup>37</sup>. Les membres du personnel affirment que l'adoption de ces procédures a permis de réduire les temps d'attente et d'améliorer le suivi de l'état de santé des patients.

70. L'étude suggère que cinq facteurs sont associés à l'amélioration de la qualité de soins de santé au niveau des centres de santé primaires au Maroc, y compris la participation au concours qualité.<sup>38</sup> Lorsqu'on compare les établissements de santé qui ont participé au concours qualité et ceux qui n'y ont pas participé, il est clair que le programme a eu un effet positif sur les premiers. Le simple fait de participer au programme génère l'acquisition de connaissances et de procédures par les gestionnaires des centres de santé. Les médecins chef et les infirmières de tous les centres de santé ayant participé au concours ont unanimement témoigné que des procédures systématiques pour conserver les dossiers médicaux, suivre l'approvisionnement de produits médicaux, consommables et équipements, tout comme le suivi des vaccinations et d'autres campagnes sanitaires auprès des communautés, ont été réalisés dans le cadre de la préparation au concours et maintenus par la suite. En conséquence, les centres de santé qui ont participé au concours ont institutionnalisé de meilleurs systèmes d'archivage des dossiers, de gestion des stocks et des équipements et de gestion des déchets médicaux. Les membres du personnel ont aussi témoigné que ces changements se sont traduits par un meilleur suivi de l'état de santé des patients et par la réduction des temps d'attente. Les cadres dirigeants des établissements participant au programme souscrivent désormais à un ensemble de principes de gestion basés sur l'esprit d'équipe, l'ouverture à l'innovation et l'amélioration continue de la qualité et ils sont plus ouverts à la poursuite du partenariat afin d'améliorer l'accès aux soins médicaux au sein de leurs communautés (voir encadré 1 pour des témoignages spécifiques).

---

<sup>37</sup> Par exemple, dans un centre de santé d'une petite ville de province, la direction a mis en place un petit guichet près de la sortie pour fournir les médicaments prescrits aux patients. Pour accéder à ce guichet, les patients doivent passer dans un couloir constitué d'un demi-mur qui a été conçu afin de laisser le passage à un fauteuil roulant et pas plus d'une personne à la fois. Ce centre est en train de construire une structure similaire afin que les patients se tiennent dans une file unique en attendant d'entrer pendant les heures d'affluence le matin. Dans le centre d'une autre ville de province, une infirmière postée à l'entrée accueille les patients et leur remet des tickets colorés correspondant aux codes couleurs des différentes sections de l'établissement. Le système permet aux patients analphabètes de savoir où aller même s'ils ne peuvent pas lire les signes inscrits dans le centre.

<sup>38</sup> Les quatre autres facteurs sont les suivants : (i) un fort leadership, c'est-à-dire des médecins chefs dynamiques, énergiques et visionnaires ; (ii) l'esprit d'équipe c'est-à-dire le sens d'une mission commune et une éthique collaborative et des réunions régulières telles que des réunions du personnel et des ateliers de formation pour tous les personnels ; (iii) une coordination efficace entre les services locaux et régionaux du Ministère de la Santé qui contribue à éviter des ruptures de stocks en produits médicaux et en matériel et à faciliter le développement d'innovations locales adaptées aux problèmes locaux ; (iv) des partenariats et un dialogue communautaire qui encouragent l'ouverture des communautés aux pratiques de promotion de la santé qui, en l'absence de ces actions, pourraient être perçues comme des atteintes à des normes culturelles conservatrices.



**Encadré 1 : Témoignages concernant l'impact positif de la participation  
des établissements de soins de santé primaires au concours qualité**

Lorsqu'on lui a demandé ce qui a changé dans son centre de santé après sa participation au concours qualité, le médecin chef d'un centre situé dans une zone semi-urbaine a affirmé que les temps d'attente ont chuté, que des réunions du personnel régulières ont été instaurées, que davantage de protocoles de gestion et d'administration ont été introduits, que des affiches informant les patients sur les politiques du centre et fournissant une information sur l'importance de la santé ont été apposées autour du centre et que les procédures sanitaires ont été largement améliorées, ce qui a pu réduire les taux d'infection. Le médecin chef d'un autre centre situé en zone semi-urbaine a relevé que la participation au concours qualité a grandement amélioré les relations parmi les membres du personnel qui partagent désormais un vrai esprit d'équipe. La compétition inhérente au concours qualité a également encouragé les membres de son équipe à adopter nombre de changements administratifs et à y adhérer. En particulier, elle a noté que les procédures stockage et de conservation des médicaments se sont beaucoup améliorées après la participation au concours qualité. Dans un autre centre de santé d'une ville de province, le médecin chef a souligné que tout est bien plus structuré et organisé dans son centre après sa participation au concours qualité tandis que les membres du personnel se sentent plus reconnus. Elle a noté que le dynamisme et la volonté existaient déjà au sein des membres du personnel mais que ceux-ci ont ensuite appris les procédures spécifiques et les systèmes permettant d'améliorer le fonctionnement du centre. « Nous voulions travailler mais nous ne savions pas comment » a dit le médecin chef.

Ces observations provenant de centres ayant participé au concours qualité contrastent fortement avec ceux fournis par les personnels d'établissements ne s'étant pas inscrits au programme. Par exemple, dans un établissement semi rural, les pratiques sanitaires de base étaient déficientes et les salles d'examen ne possédaient pas de récipient séparé pour les déchets médicaux. Dans un autre établissement n'ayant pas participé au concours situé dans une petite ville de province, le personnel médical n'a pas pu faire un retour sur le système de gestion des stocks de médicaments et était désarmé lorsqu'il lui a été demandé de faire rapport sur les procédures de gestion utilisées dans l'établissement.

71. L'impact positif clair du concours qualité témoigne de la valeur du programme. Cependant, celui-ci est actuellement confronté à un problème de soutenabilité d'un côté et à la participation limitée des centres de soins de santé primaire. Participer au concours qualité requiert du temps pour se préparer à la compétition tout en répondant aux besoins liés à la charge importante des patients. En outre, les centres participant au concours attirent de plus en plus de patients, y compris en dehors de leur zone d'attraction, au fur et à mesure que les nouvelles de l'amélioration de leur qualité se répandent. En conséquence, les centres de santé hautement performants sont susceptibles d'être confrontés à des pressions plus importantes sur leur capital matériel et humain que d'autres centres ou par rapport à leur expérience avant leur engagement dans le programme. Ainsi, il y a un taux de rotation annuel élevé dans les centres de soins de santé primaire. En outre, le nombre de centres de soins de santé primaire qui participent au concours qualité est limité, notamment dans les zones rurales. En 2013, 9% des centres de soins de santé primaires ont participé au concours qualité et seulement 4 % des centres ruraux, contre 22% des centres urbains.

72. En conséquence, le Ministère de la Santé vise à généraliser progressivement la participation au concours qualité des centres de soins de santé primaire, en particulier en milieu rural. Dans la mesure où les outils (questionnaires et audits standardisés) sont adaptés aux établissements les plus gros plutôt qu'aux plus petits (les dispensaires, les centres de santé sans prestation de service), le lancement du programme ciblera essentiellement les CSCA ruraux durant la période 2015-2018 (voir tableau 13 ci-dessous).



**Tableau 13. Taux de participation au concours qualité**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de participation des CSCA	14%	20%	25%	40%	60%	85%
Nombre de CSCA participant	55	80	99	160	240	337
Taux de participation centres de soins de santé primaires	9%	12%	14%	20%	27%	34%
Nombre de centres de soins de santé primaires participant	255	330	399	560	740	937

73. Le programme gouvernemental visant à améliorer la redevabilité du secteur de la santé inclut également la mise en place d'un système complet de gestion des doléances. A ce jour, le Ministère de la Santé dispose de plusieurs mécanismes pour collecter les doléances : (i) une division récemment créée au sein de l'Inspection générale disposant de quatre professionnels ; (ii) une cellule d'écoute directement rattachée au bureau du Secrétaire général, qui est équipée de quatre opérateurs téléphoniques ayant été formés au traitement des appels téléphoniques et à l'enregistrement des doléances reçues sur des tableurs Excel, mais qui n'ont pas reçu de consignes sur la façon d'analyser et de répondre aux doléances ; (iii) au niveau décentralisé, plusieurs canaux informels de plainte (par exemple directement au niveau des établissements ou auprès des autorités régionales du Ministère de la Santé ou d'autres ministères comme le ministère de l'intérieur). Le Ministère de la Santé développera un système de gestion des doléances facilement accessible aux femmes, aux personnes pauvres et aux communautés marginalisées, y compris à travers la relance de la cellule d'écoute nationale. A cette fin, le Ministère de la Santé prévoit de : (i) clarifier la structure institutionnelle, les rôles et les responsabilités afin de généraliser les mécanismes de gestion des doléances ; (ii) de développer un premier manuel de procédures pour guider le processus de prise en charge des doléances, y compris dans le cadre d'un atelier technique associant le personnel clé du Ministère de la Santé et d'autres ministères, ainsi que du personnel régional et du personnel provenant des établissements de santé ; (iii) expérimenter le nouveau mécanisme de gestion des doléances pendant un an ; (iv) adapter le manuel de procédures ; et (v) généraliser le mécanisme de gestion des doléances. Ces mesures prendront en compte la politique nationale (le décret interministériel) relative à la gestion des doléances et elles intégreront les systèmes de gestion des doléances en matière de passation des marchés et dans le domaine fiduciaire.

### 2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible

74. La stratégie et le budget flexibles sur le SIS au Maroc, s'étalant sur 10 ans, ont été développés avec le soutien de l'équipe de la Banque mondiale. Ils incluent, sur le plan des solutions technologiques, les modules suivants : les rapports, la gestion d'établissement ; la gestion des patients (dossiers électroniques du patient) ; la référence ; l'évaluation de la qualité ; et l'analyse des données aux niveaux provincial, régional et central et les systèmes de rapport, de même que la base de données centrale. Cependant, la réforme du SIS concerne la gouvernance et une solution technologique seule échoue souvent si elle ne traite pas de l'économie politique sous-jacente et des facteurs comportementaux : ces éléments qui conditionnent le succès de l'introduction d'un système de gestion en santé incluent les objectifs, la planification et la stratégie, les rôles et les responsabilités des parties prenantes, les aspects sociaux et cultures, la technologie, le développement des capacités humaines, la participation, la sensibilisation, ainsi que les aspects financiers et la soutenabilité<sup>39,40</sup>

<sup>39</sup> Chetley, A. (2006), Improving health, connecting people: the role of ICT in the health sectors of developing countries a framework paper. *InfoDev*, 31 Mai 2006.

75. Le programme du gouvernement traite ces facteurs. Une année sera consacrée à un travail préliminaire visant à cartographier l'architecture actuelle du SIS et celle qui constitue l'objectif, y compris la structure de gouvernance à travers les réformes envisagées. Une autre année sera nécessaire pour finaliser un modèle de données, le dictionnaire des données et les normes de codage.

76. Globalement, l'accent est mis sur : (a) la mise en place d'une infrastructure adaptable aux changements technologiques et aux réformes à venir ; (b) l'interopérabilité des systèmes ; (c) la définition de la stratégie nationale de gestion de l'information et du système de mesure et d'évaluation, en favorisant le consensus (avec l'ensemble des parties prenantes et en particulier les professionnels de santé) sur les stratégies et les réformes et en bâtissant le système qui répond à ces besoins ; et (d) la priorité à donner à l'utilisation du SIS pour accroître la transparence, rendre les données disponibles à travers le système, y compris à la population, créer des mécanismes pour déclencher la rétroaction et l'expression de la population, réduire les inégalités et améliorer la qualité des services rendus.

### ***c. Dispositifs institutionnels et capacité***

77. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances sont les deux principales parties prenantes engagées dans le programme proposé. Dans le contexte du programme proposé, le Ministère de la Santé est responsable de la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé, conformément aux priorités et aux axes définis dans les documents stratégiques. Le Ministère de l'Economie et des Finances fournira un appui politique et budgétaire au Ministère de la Santé en termes de mise en œuvre du programme et la réception des fonds liés à la réalisation des ILD. Le Ministère de la Santé est également chargé de mettre en œuvre les réformes visant la réalisation des résultats du programme proposé. Au sein du Ministère de la Santé, les directions suivantes seront impliquées au niveau central. Pour la composante 1, la *Direction de la Population* (DP) est responsable de la mise en œuvre des plans d'action concernant la SMI et des équipes de santé mobile, en collaboration avec la *Direction des Hôpitaux et les Soins Ambulatoires* (DHSA). La DHSA sera également responsable de développer des évaluations de la qualité dans les établissements de soins de santé primaires, en particulier grâce à sa *cellule qualité* qui est en charge de l'organisation annuelle du *concours qualité*. Le *Secrétariat général* sera responsable de la mise en place d'un système de gestion des doléances complet. La DRH aura la responsabilité de préparer des mesures incitatives pour les RHS. La mise en place d'incitations financières nécessiterait l'accord du Ministère de l'Economie et des Finances et du ministère de la fonction publique et de la modernisation de l'administration et le Secrétariat général du gouvernement devrait approuver toute révision juridique associée. La *Direction de l'Épidémiologie et de Lutte Contre les Maladies* (DELM) sera chargée de mettre en place la sous composante MNT. Deux directions du Ministère de la Santé sont fortement impliquées dans la mise en œuvre du projet concernant la composante SIS : La DPRF et la *division des méthodes et de l'informatique* (DIM). La DPRF pilotera la stratégie globale et la coordination entre toutes les parties prenantes tandis que la DIM dirigera les travaux techniques, la conception du programme et la mise en œuvre. Deux comités ont été constitués pour superviser le processus de mise en œuvre du Programme : (1) un comité de pilotage, présidé par le Secrétaire général et composé des directeurs de chacune des directions du ministère ; et (2) un comité technique, présidé par le directeur de la DPRF, et composé des représentants des directions du Ministère de la Santé concernées.

---

<sup>40</sup> Kyu Kim, K, Michelman, E., (1990). An Examination of Factors for the Strategic Use of Information Systems in the Healthcare Industry. *MIS Quarterly*, Vol. 14, No. 2. (Juin 1990), pages 201-215.

78. Des institutions importantes supplémentaires seront impliquées dans la conception et la mise en œuvre du projet : (a) les directions régionales ; (b) les syndicats représentant les professionnels en santé ; (c) l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) ; (d) les caisses d'assurance santé pour les fonctionnaires (*Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale*, CNOPS) et les employés du secteur privé (CNSS) ; (e) les assureurs privés ; et (f) la société civile. Les représentants de ces organisations/institutions viendront le cas échéant compléter le comité de pilotage et seront régulièrement sensibilisés et consultés sur les réformes envisagées et les progrès réalisés à travers des ateliers et des colloques. Le programme sera également mis en œuvre par les directions provinciales et les établissements de santé.

79. La mise en œuvre du programme sera coordonnée par la DPRF sous le contrôle du Secrétaire général qui a été étroitement impliqué dans la phase préparatoire. Plus largement, le ministère des affaires générales et de la gouvernance (MAGG) assurera la coordination entre le Ministère de la Santé et les autres ministères, y compris le Ministère de l'Economie et des Finances, un rôle que le MAGG a joué avec succès dans d'autres opérations menées par la Banque mondiale.

80. Le Ministère de la Santé est fortement engagé à mettre en œuvre ce programme (y compris le plan d'action du programme) et semble en avoir la capacité, compte-tenu du soutien approprié qu'il apporte en termes de financement et de coordination.

81. Concernant la fraude et les risques de corruption, les mesures spécifiques prévues dans le plan d'action du programme devraient garantir la prise en compte de ces risques durant la phase de mise en œuvre du programme. Au-delà, les activités spécifiques relatives à la gouvernance et à la redevabilité, de même que le "portail public" proposé dans la composante SIS du programme devraient contribuer à améliorer la transparence et à réduire les possibilités de fraude et de corruption.

## **Analyse économique**

### **Introduction**

82. L'analyse économique du PPR cible trois sujets : (i) la justification d'une intervention du secteur public; (ii) l'impact du projet en termes de développement ; et (iii) l'avantage comparative de la Banque mondiale et sa valeur ajoutée.

83. Le projet proposé a deux composantes : (a) soutenir les soins primaires en milieu rural ; et (b) renforcer la gouvernance. La seconde composante est également essentiellement focalisée sur la santé primaire. Ce ciblage est très cohérent avec les deux objectifs du Groupe de la Banque mondiale qui sont d'éliminer la pauvreté et de stimuler une prospérité partagée de manière soutenable. Il est en outre aligné avec l'orientation de la direction sur les pratiques globales en santé, nutrition et population de la Banque mondiale en faveur de la couverture maladie universelle – l'objectif étant que tous les Marocains puissent bénéficier des services de santé dont ils ont besoin sans s'exposer à des difficultés financières indues lorsqu'ils paient pour ces services.

84. Les indicateurs sanitaires agrégés masquent d'importantes inégalités au Maroc, notamment entre les zones rurales et urbaines. Ces inégalités renvoient - et sont intrinsèquement liées - aux inégalités en termes de développement économique. Ainsi, tandis que le taux de mortalité maternelle (TMM) a diminué de 332 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes, le TMM en milieu rural (148 décès pour 1000 naissances vivantes) reste deux fois plus élevé que le TMM dans les zones urbaines (73 décès pour 100 000 naissances vivantes). De la même façon, tandis que le taux de mortalité infantile a baissé de 82,4 à 28,8 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1992 et 2011, il est resté de 35 en milieu rural, comparé

à 25,4 dans les zones urbaines. L'observation renvoie à la question du développement économique : tandis que la proportion de la population vivant dans la pauvreté absolue <sup>41</sup> a chuté, passant de 15,3% à 9% entre 2001 et 2007, environ 8 millions de personnes (un quart de la population) continue à faire face à la pauvreté absolue ou à une situation proche de la pauvreté et le taux de pauvreté absolue dans les zones urbaines était de 4,8%, à comparer avec 14,5% dans les zones rurales<sup>42</sup>.

85. Le programme propose contient un ensemble d'activités visant à améliorer la qualité et l'efficacité en soins primaires et à améliorer la capacité de gestion et de définition des politiques à tous les niveaux du système. La justification d'une intervention publique et du ciblage sur les soins primaires en milieu rural est démontrée par les inégalités actuelles en résultats de santé entre les zones urbaines et les zones rurales, auxquelles correspondent les inégalités de répartition et de disponibilité des services de santé. Tandis qu'un quart des Marocains ne cherchent pas à se soigner lorsqu'ils sont malades, cette proportion va jusqu'au tiers dans les zones rurales ; dans les zones rurales, seulement la moitié des accouchements est pratiquée par du personnel médical qualifié, alors qu'en milieu urbain il s'agit de 92%. Globalement, la recherche de soins de santé par personne et par an est de 0,6 à l'échelon national et seulement 0,36 dans les zones rurales (comparée à un minimum de 1 recommandé par l'OMS) et les plus pauvres représentent seulement respectivement 18%, 13% et 11% des patients dans les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux<sup>43</sup>. Si le traitement des disparités est un enjeu de justice sociale, il y a également d'importants gains économiques à réaliser tant au niveau individuel – à travers l'impact sur la productivité, l'emploi et les dépenses restant à la charge des personnes – qu'au niveau de la population en général, en termes d'impact sur les coûts pour le secteur public et le secteur privé.

86. La nouvelle Constitution du Maroc adopte un modèle institutionnel fondé sur les principes de séparation, d'équilibre et de complémentarité des pouvoirs et elle fournit un cadre favorable à la bonne gouvernance et la protection des droits humains. Le programme du gouvernement dans le secteur de la santé, en partie soutenu par ce PPR, contribue de façon importante à promouvoir les opportunités d'une croissance économique durable et inclusive à travers la fourniture de services de base efficaces et appropriés à la population et la promotion de la bonne gouvernance<sup>44</sup>.

### **Les raisons de l'intervention du secteur public**

87. Les défaillances du marché dans le secteur de la santé et la justification de l'intervention et le financement du secteur public dans ce secteur ont été bien mises en lumière dès 1965 grâce à l'analyse de Klarman<sup>45</sup>. On compte au moins 9 critères liés à l'intervention du secteur public dans le secteur de la santé<sup>46</sup> : le critère de l'efficacité économique (biens publics, externalités, coût catastrophique et coût-efficacité), des raisons éthiques (pauvreté, équité horizontale et verticale et le devoir d'assistance) et des considérations politiques (essentiellement les demandes du peuple) (figure 1).

---

<sup>41</sup> Mesurée par la proportion du nombre de pauvres vivant au niveau du seuil de pauvreté national (% de la population)

<sup>42</sup> Banque mondiale, 2012. Rapport d'étape sur la stratégie de partenariat avec le pays. Banque mondiale, Washington, DC.

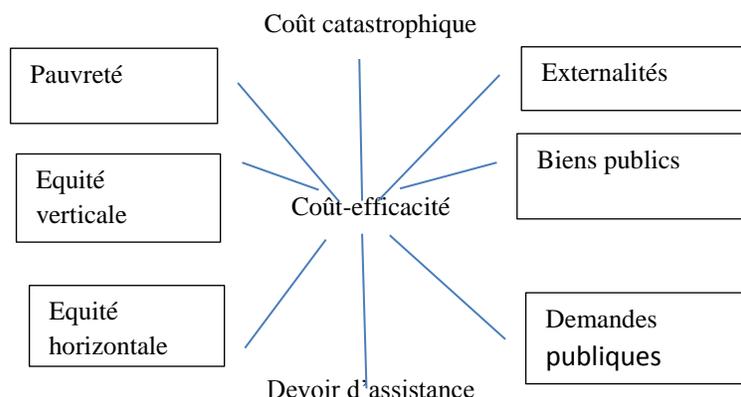
<sup>43</sup> Banque mondiale, 2013. Revue des dépenses publiques, Maroc. Banque mondiale, Rabat

<sup>44</sup> Banque mondiale, 2013. CPS proposed framework. [http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/MNA/CPS\\_proposed\\_framework\\_EN.pdf](http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/MNA/CPS_proposed_framework_EN.pdf)

<sup>45</sup> I. Klarman HA. (1965). The case for public intervention in financing health and medical services. Med Care.; 3:59–62.

<sup>46</sup> Philip Musgrove (1999). Public spending on health care: how are different criteria related? Health Policy 47 207–223

**Figure 7 : Neuf critères d'intervention publique dans le secteur santé**



Source: Musgrove Health Policy 47 (1999) 207–223

88. Dans le cas du Maroc et des composantes du projet, tous les critères s'appliquent. L'équité est peut-être la considération la plus importante compte tenu des fortes disparités en termes de résultats de santé clés entre milieu rural et urbain. Le sujet de la pauvreté est lié à ceci. Le marché n'est pas en mesure de traiter ces questions efficacement et il n'est pas réaliste de penser à des mécanismes de prix pour traiter le problème de l'accès et de la couverture de la population rurale pauvre ou pour avoir un impact sur les mesures de prévention des MNT ; l'intervention publique est nécessaire pour faire face à des coûts variables importants liés aux différences de concentration des prestataires de santé à travers le Maroc. En outre, les coûts catastrophiques sont importants puisqu'environ 50% des coûts de soins de santé au Maroc sont financés par les dépenses directes des personnes. Il y a d'importantes externalités à attendre de l'amélioration de la santé et de la réduction des disparités en santé, par exemple les impacts économiques discutés ci-dessous qui ne sont pas pris en compte dans le prix du marché des soins de santé. Enfin, le sujet de la demande publique est important compte tenu des attentes créées parmi la population, suite à l'introduction du droit à la santé dans la Constitution et au développement du RAMED.

89. Le projet traitera de la santé en milieu rural en ciblant la SMI et les MNT et en cherchant à atteindre les populations isolées grâce à des équipes de santé mobiles. Les composantes du projet visant à améliorer la qualité des établissements publics à travers l'évaluation de la qualité de même que le mécanisme incitatif visant à améliorer la productivité des professionnels de santé sont, par définition, des interventions qui relèvent du secteur public. Enfin, le travail technique sur le SIS et la conception du système sont des biens collectifs qui relèvent du secteur public, avec bien sûr la contribution de tous les partenaires. Pour autant, le système lui-même sera ouvert au secteur privé.

### **Développement en matière de santé et d'économie**

90. L'amélioration de l'accès équitable aux soins de santé primaires en milieu rural à travers les trois sous-composantes – le plan d'accélération en santé maternelle, néonatale et infantile ; la santé mobile ; et les MNT – a un impact direct sur l'état de la santé et les dépenses de santé en vertu des mécanismes décrits ci-dessous. La gouvernance, à travers les trois sous-composantes du projet – la redevabilité ; les ressources humaines ; et le SIS – a également un impact indirect sur la santé et sur les dépenses de santé et il est possible qu'elle améliore les résultats économiques grâce à une efficacité accrue du gouvernement.

91. Une meilleure santé a un impact direct sur les revenus au niveau du pays ou des ménages compte tenu des coûts associés au diagnostic et au traitement des maladies, à l'atténuation des impacts négatifs sur la main d'œuvre et à la baisse de la productivité. Modifier l'état de santé et la démographie peut provoquer d'autres effets sur les comportements tels que faire évoluer les incitations à innover ou à utiliser les innovations disponibles si la valeur du travail change en raison de ces facteurs. Si les estimations concernant la mesure des effets positifs de la santé sur le développement économique vont de pratiquement zéro<sup>47</sup> à environ 90%<sup>48</sup>, une estimation raisonnable, fondée sur l'ensemble de la littérature existante, consiste à penser que la santé compte pour 20 à 30% de la variation des revenus à travers les différents pays. Trois mécanismes principaux expliquent cette variation : les effets sur le capital humain, tant à travers la productivité que la formation ; les effets démographiques ; et les effets en termes d'épargne et d'investissement

### *Les effets sur le capital humain*

92. *L'effet direct de la santé sur la santé à travers la productivité.* Le capital humain est constitué de l'ensemble des connaissances et des compétences acquises tout au long de la vie qui sont utilisées pour produire des biens, des services et des idées, tant au sein qu'en dehors du marché du travail. Une meilleure santé contribue au capital humain et augmente directement la productivité en réduisant l'incapacité, la souffrance et le nombre de jours perdus en congés maladie. Elle augmente indirectement la productivité compte tenu de son effet sur l'éducation et le développement cognitif ; les personnes en bonne santé sont à même de travailler plus, ont davantage d'énergie et sont physiquement plus robustes et elles bénéficient d'un rendement plus élevé sur le marché du travail.. Une santé déclinante, surtout chez les personnes plus âgées peut conduire à une retraite précoce et au retrait de travailleurs compétents et expérimentés de la force de travail. On peut concevoir cet effet en incluant la santé dans l'équation sur les salaires de Mincer et en supposant que le système repose sur un modèle à trois équations. L'équation 1 montre que la santé est une fonction de la santé et d'autres intrants et facteurs exogènes. L'équation 2 montre que les intrants en santé sont une fonction de revenu et de disponibilité des intrants de santé. L'équation 3 montre que le revenu est une fonction de l'éducation en santé et d'autres facteurs. Dans ce modèle, le coefficient relatif à la santé est la productivité de la santé et pas le taux de retour à la santé. Il convient de noter que les intrants sanitaires (1) sont endogènes.

$$H = h(l, g, e1) \tag{1}$$

$$l = d(X, W, g, e2) \tag{2}$$

$$W = w(H, E, Z, e3) \tag{3}$$

H = santé ; l = intrants de santé ; g = facteurs exogènes de la santé; W = salaires (revenus); X = disponibilité des intrants ; Z = covariants des revenus ; E = éducation; e = erreur

93. *L'effet indirect de la santé sur le revenu à travers l'éducation.* Une durée de vie plus longue signifie un horizon plus lointain qui permet de récupérer les investissements réalisés dans l'éducation. Une mortalité plus faible conduit à un retour sur investissement dans l'éducation plus élevé, ce qui augmente les incitations à investir dans l'éducation de chaque enfant. Les diminutions de la mortalité infantile sont associées à une fertilité plus basse, laquelle peut être facilitée par un compromis entre

<sup>47</sup> Acemoglu D., Johnson S., Robinson J. 2002. [Disease and Development in Historical Perspective](#). Journal of the European Economic Association Papers and Proceedings, v.1, 397-405

<sup>48</sup> Lorentzen P., McMillan J., Wacziarg R. 2005. Death and Development. NBER Working Paper Series. Working Paper 11620.

qualité et quantité selon lequel les familles ont moins d'enfants et investissent plus pour chacun d'eux. La valeur nette de ce gain est présentée dans l'équation 4. Ce qui ne figure pas dans le modèle, c'est que les étudiants qui sont en meilleure santé peuvent connaître une scolarité de meilleure qualité compte tenu de leurs capacités cognitives plus élevées, mieux réussir à l'école et présenter des taux de fréquentation plus élevés.

$$V(s) = w_s \int_s^n e^{-rt} dt = w_s \frac{e^{-rs} - e^{-rn}}{r} \quad (4)$$

s = durée de la scolarité ;      n = âge du départ à la retraite ; Ws = salaires;      r = taux d'actualisation

### *Les effets sur la structure d'âge*

94. Faire évoluer la santé et la mortalité peuvent indirectement toucher les revenus en modifiant la structure d'âge d'une population. La baisse de la mortalité stimule la transition démographique, grâce à laquelle une mortalité en baisse suivie par une diminution de la fertilité crée un « gonflement de la population » qui se déplace alors à travers les groupes d'âge et crée le « dividende démographique », c'est-à-dire une période pendant laquelle le taux de personnes qui dépendent de la population en âge de travailler est très faible. Cet afflux de personnes en âge de travailler dans la population totale peut être un atout pour l'économie d'un pays et conduire à un accroissement des revenus. L'effet de la structure d'âge sur les revenus peut fonctionner à la fois en termes purement comptables et en termes de comportement. Les effets comptables et de comportement liés à l'épargne sont discutés plus en détail ci-dessous. Une santé améliorée devrait réduire à la fois le taux de dépendance, en réduisant la mortalité parmi la population économiquement active, et les retraits précoces du marché du travail résultant de la maladie. L'effet de la structure d'âge sur le revenu est présenté dans l'équation 5 dans laquelle le revenu par personne est une fonction de la mesure classique de la production par travailleur, des effets du taux de participation et de l'effet de la structure d'âge. Il est important de noter que les effets démographiques ne se produisent pas automatiquement mais semblent indépendants des politiques, de l'éducation et de l'environnement institutionnel dans lesquels ils se produisent.

$$\frac{Y}{N} = \frac{Y}{L} \frac{L}{WA} \frac{WA}{N} \quad (5)$$

Y = Revenu ; N = taille de la population ; L = Travailleurs ; WA = Population en âge de travailler

### *Les effets sur l'épargne (Investissement)*

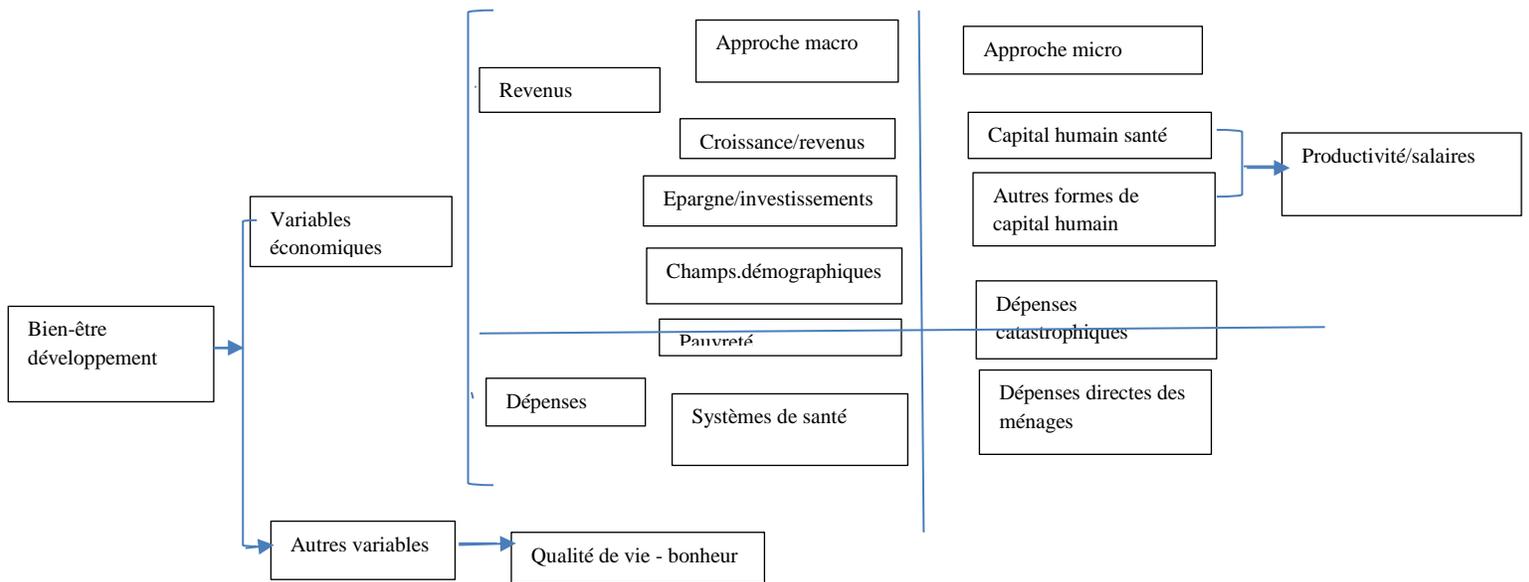
95. La théorie économétrique classique veut que les individus empruntent lorsqu'ils sont jeunes, épargnent à l'âge mûr et dépensent leur épargne après la retraite. Compte tenu des taux fixes de cotisation retraite et si l'on laisse de côté les legs, une durée de vie plus longue signifie un horizon plus lointain permettant de récupérer les investissements et l'épargne et ceci devrait accroître les tendances à l'épargne. L'allongement de la durée de la vie a pour effet de créer un essor temporaire de l'épargne dans lequel, compte tenu de l'accumulation du stock de capital, le pays s'installe dans un équilibre nouveau plus élevé. On n'épargne pas de la même façon selon les âges. Elle est à son niveau maximum entre 40 et 60 ans. Les effets démographiques peuvent temporairement augmenter le nombre de personnes qui épargnent au sein d'une population. La façon dont la santé évolue avec l'allongement de la durée de la vie est une donnée

très importante. La diminution ou l'accroissement de la morbidité peut affecter les décisions de départ à la retraite et les taux d'épargne. Ceci soulève la question de la participation versus l'épargne ; rester au travail plus longtemps réduit les incitations à épargner. En outre, un revenu plus important devrait réduire l'utilité marginale de la consommation et favoriser un accroissement des loisirs, ce qui conduit à réduire la productivité. Au niveau macroéconomique, les institutions, les retraites, la sécurité sociale, l'assurance maladie sont des médiateurs très importants des comportements d'épargne et de la façon dont ils sont affectés par les changements en termes d'espérance de vie et d'état de santé.

### *Cadre analytique*

96. L'impact de la santé sur les résultats économiques peut être mesuré à travers l'impact sur les salaires ou sur les dépenses et à la fois au niveau micro et macro (figure 2).

**Figure 8 : Cadre analytique pour évaluer l'impact économique de la santé**



Source : *Les effets sur la santé du développement économique : les évidences provenant des pays en développement. Banque mondiale 2014*

## Les effets spécifiques des composantes du programme

### 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile

97. La réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile est fondamentale pour le développement, comme le démontrent les objectifs du millénaire pour le développement 4 (réduire la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé maternelle et parvenir à l'accès universel à la santé de la reproduction). Le plan d'accélération du gouvernement contient 20 sous-composantes, y compris celles liées aux accouchements en établissement et à la présence de personnel qualifié ; aux soins anténataux ; aux soins après la naissance, à la vaccination, au planning familial ; à la nutrition ; et à la fourniture de service en santé maternelle, néonatale et infantile. La composante du projet couvre neuf régions. Elles comprennent 1 858 centres de santé, sur lesquels 1 482 sont ruraux et 374 ont des centres de naissance. Elles ont une population de 18,9 millions de personnes sur lesquels 10,4 millions de personnes vivent dans les zones rurales et 395 000 naissances y sont prévues, sur lesquelles 242 000 concerneront des femmes vivant en milieu rural (tableau 14).

**Tableau 14 : Neuf régions ciblées – Plan d'accélération Santé maternelle, néonatale et infantile**

Region	CSU		Urbain		Rural			naissances	
	A	U	Pop. ('000)	naissances	CSC A	CS C	D R	Pop. ('000)	naissances
Meknès-Tafilalet	13	55	1 333	22,398	41	63	90	905	21,320
Tadla-Azilal	5	18	572	10,912	29	42	74	919	20,835
Taza-Al Hoceima-Taounate	9	19	464	8,068	44	74	80	1,386	29,866
Souss-Massa-Darâa Agadir-Ida Outanane	19	37	1 504	26,830	66	144	5	1,872	45,425
Marrakech-Tensift-El Haouz	13	56	1 395	24,428	52	143	96	1,877	45,794
Doukkala-Abda	5	29	776	15,077	20	57	15	1,278	27,447
El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	5	29	880	15,793	15	35	29	1,087	24,236
Tanger-Tetouan	4	60	1 629	29,665	34	63	41	1,071	27,209
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>303</b>	<b>8,553</b>	<b>153,171</b>	<b>301</b>	<b>621</b>	<b>0</b>	<b>10,395</b>	<b>242,132</b>

Source: Ministère de la Santé, Santé en Chiffres 2010

98. Environ 90% des décès maternels au Maroc sont évitables : environ un tiers de tous les décès maternels se produit soit à la maison soit durant le transfert tardif vers l'hôpital. Les soins d'urgence obstétrique et néonatale n'étaient fournis que dans moins de 30% des accouchements, tandis que 86% environ des décès maternels contrôlés ont eu lieu après l'accouchement<sup>49</sup>. De la même façon, la pneumonie, les diarrhées et le paludisme ont représenté 43% des décès des enfants de moins de cinq ans et la malnutrition a contribué à un tiers des décès dans cette population. Un tiers des décès d'enfants morts nés dans les pays en développement se produisent durant la naissance, principalement en raison des conditions de santé de la mère telles que l'hypertension et d'un travail avec obstruction mais ils reflètent également en partie la faible qualité des soins et de la gestion<sup>50</sup>. La mortalité néonatale est de plus en plus préoccupante: la proportion des décès chez les enfants de moins de cinq ans se produisant pendant la période néonatale augmente, alors même la mortalité chez ces enfants est en diminution<sup>51</sup>.

99. Une revue récente de 170 countries pays a mis au jour une relation bidirectionnelle entre la mortalité maternelle et la croissance économique dans 68 pays (40%), y compris au Maroc, et une relation à sens unique entre la mortalité maternelle et le PIB dans 50 pays (29%)<sup>52</sup>. L'accent mis par le projet sur les accouchements en établissement et les accouchements pratiqués par du personnel qualifié ainsi que les soins anténataux peut avoir un impact sur la mortalité maternelle<sup>53</sup>. La réduction de l'écart entre les villes et le monde rural du taux de mortalité maternelle de seulement 10% par rapport au taux urbain pourrait sauver la vie de 70 mères par an, ce qui présente un excellent rapport coût- efficacité compte tenu du fait

<sup>49</sup> Ministère de la Santé 2012a. *Etat de santé de la population marocaine*.

<sup>50</sup> Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. 2010. "Knowledge Summary: Prioritize Proven Interventions." [http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge\\_for\\_Action\\_KS4\\_highres.pdf](http://portal.pmnch.org/downloads/high/Knowledge_for_Action_KS4_highres.pdf).

<sup>51</sup> Estimation du groupe inter-agences des Nations Unies sur la mortalité infantile. 2011. "Levels & Trends in Child Mortality." Report 2011. New York: UNICEF

<sup>52</sup> Amiri & Gerdtham. Impact of Maternal and Child Health on Economic Growth: New Evidence Based Granger Causality and DEA Analysis. Mars 2013

<sup>53</sup> Moyer CA et al. Facility-based delivery and maternal and early neonatal mortality in sub-Saharan Africa: a regional review of the literature. *Afr J Reprod Health*. 2013 Sept ;17(3):30-43.

que le budget d'investissement complet du programme SMI pour 2015 devrait être de 12,2 millions de US\$<sup>54</sup>. Une étude a mis en évidence le fait que la stratégie la plus efficace pour réduire la mortalité maternelle consistait à accroître la couverture de la population par le planning familial, en garantissant l'accès à l'avortement sans risques pour toutes les femmes souhaitant bénéficier d'une interruption de grossesse et un accès amélioré à des soins d'urgence obstétrique complets pour les femmes ayant besoin d'une référence. La mortalité a été réduite de 75% et la stratégie a révélé un taux de coût-efficacité de 300 US\$ par année de vie corrigée du facteur d'invalidité (AVCI) comparée à l'autre meilleure stratégie<sup>55</sup>. Une autre étude en Inde a également démontré que l'extension du planning familial était l'intervention individuelle la plus efficace pour réduire la mortalité due à la grossesse et que si pendant une période de 5 ans, on parvenait à réaliser le besoin d'espacer et de limiter les naissances, plus de 150 000 décès maternels seraient évités, plus de 1 milliard de US\$ économisé et au moins un décès lié à l'avortement sur deux serait également évité<sup>56</sup>.

100. Une revue récente de 180<sup>57</sup> pays a mis en évidence une relation bidirectionnelle entre la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la croissance économique dans 105 pays (58%), y compris au Maroc et une relation à sens unique dans 49 pays (27%). Le Maroc était parmi les pays démontrant « une efficacité exceptionnellement élevée » dans l'analyse par enveloppement des données, ce qui démontre l'effet plus important de la réduction de la mortalité sur le PIB. On peut lier la vaccination dans les deux premières années de la vie au développement physique et cognitif de l'enfant (tel que mesuré par le raisonnement verbal, les mathématiques et les tests de langue) ; la vaccination complète durant l'enfance contre la rougeole, la polio, la tuberculose et la DCT (diphtérie/coqueluche/tétanos) a accru de façon significative les résultats du test cognitif par rapport aux enfants n'ayant pas été vaccinés (meilleurs résultats obtenus au test, en moyenne, d'environ la moitié d'une déviation standard<sup>58</sup>). Augmenter la vaccination dans les zones rurales présente un rapport coût efficacité très élevé. Ainsi, le coût par AVCI évitée grâce au Programme Elargi de Vaccination (PEV) classique va de 7 US\$ à 438 US\$ et le coût par décès évité se situe entre 205 US\$ en Asie du sud et en Afrique sub-saharienne à 3 540 US\$ en Europe et en Asie centrale<sup>59</sup>. En outre, une enfance saine a un effet quantitativement important sur le revenu et la santé de la famille, sur la richesse du foyer sur la santé du foyer, les revenus individuels et l'offre de travail durant la vie adulte et ces effets estimés sont plus importants lorsqu'on contrôle les effets non observés au niveau des familles<sup>60</sup>.

101. Des indices de malnutrition chez la mère et l'enfant (taille de la mère, poids à la naissance, croissance intra-utérine limitée et poids) ont été corrélés avec certaines données chez l'adulte (taille, scolarité, revenus ou actifs, poids à la naissance de la progéniture, indice de masse corporelle, concentration de glucose, tension artérielle<sup>61</sup>). La sous-nutrition est fortement corrélée avec une plus petite taille chez l'adulte, une scolarité écourtée et une productivité économique<sup>62</sup> et il a été établi qu'une

---

<sup>54</sup> Viscusi, Kip; Joseph E. Aldy (2003). "The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates throughout the World". *Journal of risk and uncertainty* 27 (1): 5–76.

<sup>55</sup> Hu et al (2007) - The Costs, Benefits, and Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Maternal Morbidity and Mortality in Mexico

<sup>56</sup> Goldie et. al (2010) – Alternative Strategies to reduce Maternal Mortality in India: A Cost-Effectiveness Analysis

<sup>57</sup> Amiri & Gerdtham. Impact of Maternal and Child Health on Economic Growth: New Evidence Based Granger Causality and DEA Analysis. Mars 2013

<sup>58</sup> Bloom, D. E., Canning, D., & Shenoy, E. S. (2012). The effect of vaccination on children's physical and cognitive development in the Philippines. *Applied Economics*, 44(21).

<sup>59</sup> Brenzel L, et al. Vaccine-Preventable Disease. In: Jamison DT, Breman JG et al, editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2ème édition. New York: Oxford University Press; 2006. P. 389-412.

<sup>60</sup> Smith (2009) – The impact of childhood health on adult labor market outcomes

<sup>61</sup> Victora et al (2008) – Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital

<sup>62</sup> Hoddinott et al (2008) – Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults

meilleure nutrition augmente les salaires en moyenne de 46%. L'amélioration significative du capital humain chez l'adulte et de la productivité économique, qui découle d'une meilleure nutrition, constitue un argument puissant pour soutenir l'objectif du programme gouvernemental d'améliorer la nutrition chez les femmes enceintes et les jeunes enfants.

102. En quatre ans, le projet devrait se traduire par 24.778 visites anténatales supplémentaires et par 20,983 accouchements en établissement de plus par rapport aux chiffres qui auraient découlé de la poursuite de la tendance actuelle (tableau 15).

**Tableau 15 : L'impact attendu du PPR concernant les soins anténataux et les accouchements en établissement dans les zones rurales**

Année	ILD1			ILD2		
	Référence	Attendu	Différence	Référence	Attendu	Différence
2014	206 000	206 000	0	234 000	234 000	0
2015	205 216	208 000	2 784	235 436	238 000	2 564
2016	206 191	210 500	4 309	238 112	242 000	3 888
2017	206 907	214 000	7 093	240 323	246 000	5 677
2018	207 408	218 000	10 592	242 146	251 000	8 854
			24 778			20 983

### ***1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des MNT***

103. Le programme du gouvernement cible la prévention, la détection et le traitement du diabète, de l'hypertension, des maladies cardiovasculaires et des cancers du sein et du col. Le Maroc est en pleine transition démographique et épidémiologique, avec une évolution rapide des maladies transmissibles vers les maladies chroniques, ce qui génère des coûts importants pour le secteur de la santé. Les MNT sont les premières causes de décès, représentant 75% de tous les décès au Maroc. Le diabète est la première cause de morbidité (suivi par les complications chez l'enfant prématuré et les cardiopathies ischémiques). En 2010, le coût global des maladies cardiovasculaires a été estimé à 863 milliards US\$ (un coût moyen par personne de 125 US\$), un chiffre qui devrait augmenter à 1,044 milliard de US\$ en 2030, soit une augmentation de 22%. Globalement, le coût des maladies cardiovasculaires pourrait atteindre 20 trillions de US\$ durant les 20 prochaines années (un coût moyen par personne de près de 3 000 US\$). Actuellement, on estime à environ 474 milliards d'US\$ - 55% - le coût direct des soins de santé et les 45% restant sont liés à la perte de productivité due au handicap, à la mort prématurée ou au temps perdu au travail en raison de la maladie ou de la recherche de traitement. En 2009, on a compté 12,9 millions de nouveaux cas de cancers et les 13,3 millions de nouveaux cas de cancer en 2010 ont coûté environ 290 milliards de US\$. Les coûts médicaux ont représenté la part la plus importante avec 154 milliards de US\$ (53% du total), tandis que les coûts non-médicaux et les pertes de revenus ont représenté 67 milliards de US\$ et 69 milliards de US\$ respectivement. Les coûts globaux devraient augmenter et atteindre 458 milliards de US\$ en 2030. Les personnes présentant du diabète ont perdu 8% de temps potentiel de travail dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires et le diabète coûtait environ 500 milliards de US\$ à l'économie mondiale en 2010, un chiffre qui devrait augmenter pour atteindre au moins 745

milliards de US\$ en 2030, les pays en développement représentant progressivement une part plus importante des dépenses<sup>63</sup>.

104. Pour garantir la soutenabilité du financement du secteur de la santé dans le moyen et long-terme au Maroc, il est essentiel de transférer de façon appropriée les soins des hôpitaux vers des structures moins coûteuses à travers le renforcement des soins primaires, la prévention primaire des MNT et le renforcement du système de référence. Les projections situent le coût des MNT à 4% du PIB dans les pays à revenus faibles et intermédiaires et dans les pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure. On estime le coût cumulé du diabète, des maladies cardiovasculaires et des infections respiratoires, à lui seul, à 1,6 trillions de US\$ entre 2015 et 2025, atteignant 50 US\$ par personne et par an au Maroc<sup>64</sup>. Globalement les maladies chroniques réduisent les salaires des travailleurs et limitent leur productivité, avec un impact plus élevé sur les travailleurs à plus faibles revenus<sup>65</sup>. Une étude récente de la Banque mondiale a montré que plus de la moitié de l'ensemble des patients (54%) qui ont reçu des soins dans les hôpitaux du Maroc ont directement utilisé ces services sans aucune référence préalable<sup>66</sup>. Etant donné que les centres hospitaliers universitaires représentent à eux seuls 19% de la totalité du budget de la santé, développer l'utilisation des soins de santé primaires et les fonctions de gardien des médecins de première ligne représente un potentiel d'économie considérable.

### ***1.3 Renforcer la stratégie sanitaire mobile***

105. L'accès des populations isolées aux services de santé représente une composante essentielle de la réduction des inégalités et de l'amélioration de la santé des populations rurales au Maroc. La stratégie de sensibilisation soutient les équipes mobiles des centres de soins de santé primaires qui ciblent ces populations. En termes d'impact économique, l'effet est semblable à celui décrit au-dessus pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile et pour les MNT dès lors que la tâche des équipes mobiles est d'assurer la vaccination, de référer les grossesses à risque, encourager les accouchements en établissement, de fournir des conseils en nutrition et de traiter les enfants malades. Les travaux de recherche montrent que l'augmentation de la couverture grâce à la sensibilisation constitue une composante importante de l'amélioration de la santé et que l'efficacité des activités dépend d'autres facteurs de gouvernance, y compris une supervision et un suivi d'appui réguliers et l'existence de mécanismes de soutien financier et technique externes<sup>67</sup>.

---

<sup>63</sup> Bloom et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Forum économique mondial 2011.

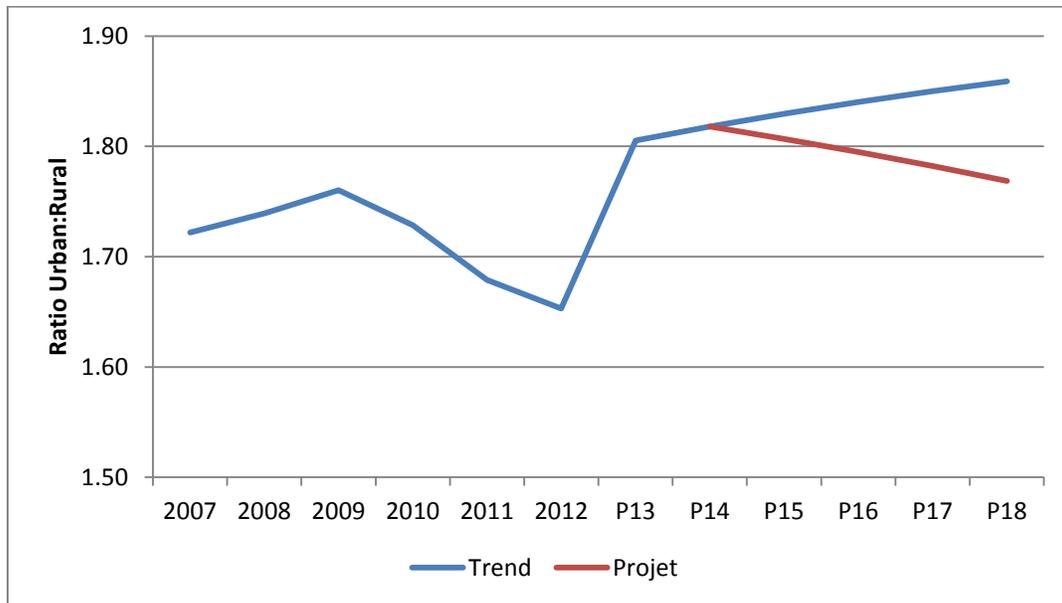
<sup>64</sup> Extrait de "From Burden to Best Buys: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries". Forum économique mondial 2011.

<sup>65</sup> Rivera & Currais, 2005

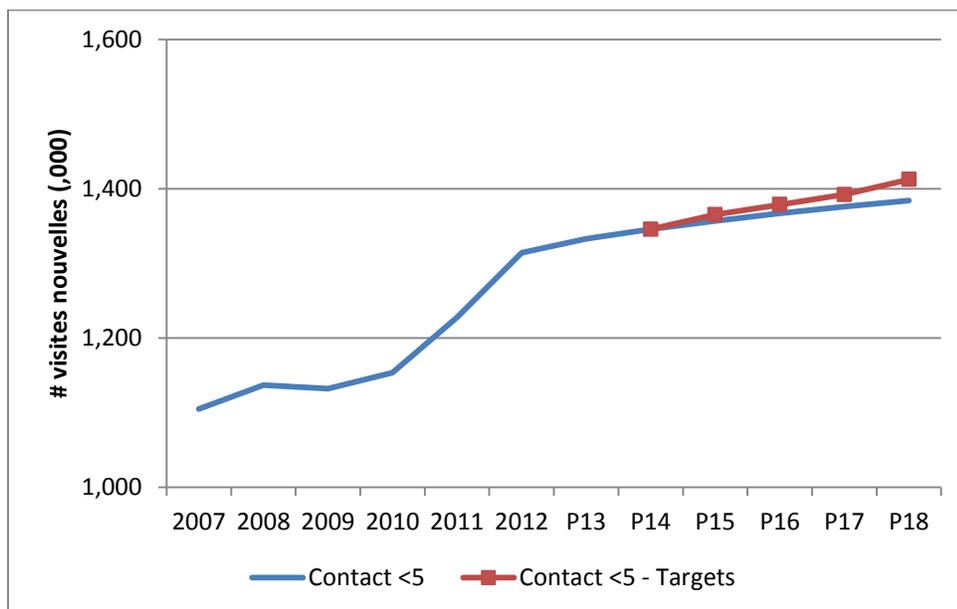
<sup>66</sup> Banque mondiale, 2013b Banque mondiale, 2013b. Revue des dépenses publiques du Maroc, Banque mondiale, Rabat.

<sup>67</sup> Jacobs et al (2012) – Building on community outreach for childhood vaccination to deliver maternal and child health services in Laos: a feasibility assessment

**Figure 9 : Impact de l'atteinte des cibles des ILD – la réduction du ratio urbain/rural concernant le taux de contact rural**



**Figure 10. Impact de l'atteinte des cibles des ILD - - Nouvelles consultations des moins de 5 ans aux ESSP**



**2.1 Préparer un système incitatif pour améliorer la performance des personnels de santé**

106. Le problème principal à l'origine des inégalités en santé, notamment entre les zones urbaines et rurales, est lié en partie à la disponibilité et à la qualité des services. Le nombre moyen de personne par médecin au Maroc est de 2,107 ; ce chiffre est multiplié par deux dans la région de Taza al Hoceima Tounate (4 201), tandis qu'il est divisé par deux dans la région du grand Casablanca ; En outre, le nombre d'habitants par infirmière varie lui aussi de façon importante selon les régions, de 2,147 dans le grand Casablanca à 571 dans la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra.<sup>68</sup> Soutenir le programme et la stratégie de décentralisation du gouvernement, à la fois pour attirer et retenir du personnel de santé dans les zones rurales et pour améliorer leurs performances à travers un mécanisme incitatif a pour objectif final de corriger ces inégalités.

107. Le PPR soutiendra la formulation d'un mécanisme d'incitation à la performance des ressources humaines. Il est difficile d'évaluer l'impact économique de cette intervention limitée. Toutefois, une revue de 48 études<sup>69</sup> a mis en évidence que les composantes suivantes (susceptibles de faire partie de la stratégie définir) ont eu un impact positif sur les résultats économiques : (1) la formation continue peut améliorer les connaissances, les compétences et les performances dans certains domaines dans le court terme ; (2) la supervision améliorer les protocoles de gestion des stock de médicaments et les directives thérapeutiques standard ; (3) le paiement des incitations peut améliorer les performances d'un centre de santé et augmenter la satisfaction au travail, la motivation du personnel ou la satisfaction des patients. Ainsi, au Cambodge, le paiement du personnel complété par d'autres interventions telles que le changement dans l'organisation, a conduit à l'augmentation sensible du nombre moyen d'accouchements de 319 à 585 par mois et le taux moyen d'occupation des lits de 51 à 70%. Des interventions portant sur l'efficacité des visites d'inspection, des peines sélectives et la fourniture de documents réglementaires sur la pratique des pharmacies privées au Laos ont favorisé une amélioration des pratiques, notamment l'augmentation de 34% de la disponibilité du matériel utilisable et de 19% des produits en ordre au sein de la pharmacie. Dans une autre revue portant sur 83 pays<sup>70</sup>, la formation a permis de réduire la mortalité maternelle ; des politiques concernant les RHS ont permis d'augmenter les taux de consultation et l'utilisation de différents traitements de soins primaire ; les taux de satisfaction des patients ont augmenté, de même que l'occupation des lits et le nombre de patients en ambulatoire. Globalement, certaines études ont trouvé des effets partiels ou positifs des incitations visant les médecins, tandis que les incitations visant les groupes d'agents ont obtenu des effets partiels ou positifs en termes de qualité mais la plupart de ces effets étaient limités et les incitations financières ont obtenu des résultats mitigés ; il convient de noter un effet négatif de sélection adverse des patients une fois que la performance était récompensée<sup>71</sup>.

108. Si l'intervention proposée peut améliorer les performances des personnels de santé dans la région pilote, il est important de noter que l'implication des autorités locales, des communautés et de la direction, la prise en compte du contexte local, l'implication active du personnel local pour identifier et mettre en œuvre les solutions aux problèmes constituent autant d'éléments clés de son succès. Les interventions qui marchent sont celles qui accroissent le niveau de connaissances, les compétences et la motivation du personnel. Les mécanismes qui contribuent à la motivation sont la sensibilisation des personnels de santé aux problèmes locaux et la responsabilisation du personnel afin d'obtenir l'acceptation de nouvelles informations et de créer un sens d'appartenance et de respect, par-delà les améliorations de la qualité des soins et les primes de salaire.

---

<sup>68</sup> Ministère de la Santé (MOH), 2009. Comptes nationaux de la santé. Ministère de la Santé, Rabat.

<sup>69</sup> Dieleman et al (2009) – Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: A realist view

<sup>70</sup> Bhutta et al (2010) – Systematic Review on Human Resources for Health (HRH) Interventions to improve Maternal Health Outcomes

<sup>71</sup> Lewin et al. (2008) – Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle income countries: an overview of systematic reviews

## ***2.2 Renforcer la redevabilité à travers le développement du principal instrument d'évaluation de la qualité (concours qualité) et la mise en place d'un mécanisme de gestion des doléances complet***

109. Le programme du gouvernement envisage le passage à l'échelle du concours qualité grâce à de nouvelles incitations destinées aux ESSP afin qu'ils mettent en œuvre les recommandations issues des évaluations de la qualité. De nombreux travaux étudient l'impact de l'amélioration de la qualité, souvent pour répondre à un ensemble de conditions particulières ou à travers des mécanismes variés. Un résumé des conclusions provenant d'études systématiques (812 essais randomisés, des études de séries chronologiques interrompues avant et après évaluation <sup>72</sup>) sur les effets de mécanismes liés à la gouvernance, à l'argent et à la prestation a mis en évidence que : (a) la régulation peut améliorer la qualité des services de pharmacie ; (b) l'accréditation des pharmacies peut avoir un certain effet positif sur l'utilisation des médicaments non enregistrés, par rapport aux établissements non accrédités ; (c) l'effet des activités de franchise sur la qualité des soins, le comportement par rapport à la santé et la satisfaction des clients est peu clair et mitigé ; et (d) la majorité des interventions sont éventuellement plus efficaces au sein des communautés les plus pauvres. Les études portant sur les mécanismes de gouvernance pour les soins de santé primaires, notamment la décentralisation des prises de décision, la réglementation de la formation ou la lutte contre la corruption n'ont pas démontré d'impact clair.

## ***2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible***

110. La tarification de l'information et l'utilisation des infrastructures de technologie de l'information constituent deux défis : l'information représente un facteur de production difficile à isoler et à mesurer. Pour nombre des avantages du SIS, notamment les avantages sur le long terme en termes de santé de la population, il est difficile, voire impossible, de les quantifier ou d'établir un lien de causalité. Les avantages incluent la réduction de la charge administrative ; des gains d'efficacité accrus à travers l'amélioration de l'information de base disponible pour toutes les parties prenantes pour la planification, la fourniture et le financement ; une augmentation de l'efficacité en termes opérationnels grâce à des systèmes plus rapides, plus efficaces et moins dépendants du papier ; une amélioration de la qualité à travers la réduction du nombre d'erreurs et la gestion intégrée du patient quels que soient l'établissement ou le secteur de prise en charge ; et des avantages en termes de mise à disposition de statistiques fiables sur la population. Il est difficile de quantifier l'impact des avantages attendus tels que la traçabilité du médicament, la réduction du nombre d'erreurs ou de traitements indus, l'utilisation de l'information, l'appui à la réforme vers un système de rémunération des prestataires plus performants, pour n'en citer que quelques-uns. Ces problèmes de mesure et de méthodologie signifient que l'analyse quantitative du rapport coût/bénéfice et du rapport coût/efficacité, qui nécessite des approches alternatives afin d'obtenir des résultats comparables, ne sont généralement pas des outils adaptés pour l'analyse économique des projets liés aux systèmes d'information sanitaire. Dès que le coût du programme du gouvernement relatif au SIS sera évalué, il sera proposé un calcul plus modeste des coûts du cycle de vie et des périodes d'amortissement des coûts technologiques et administratifs associés, évalués grâce à des calculs de retour sur investissement.

## **C. La valeur ajoutée de la Banque mondiale**

111. La Banque mondiale est engagée depuis longtemps dans le secteur de la santé, au niveau mondial et plus particulièrement au Maroc. La Banque mondiale a apporté son soutien au gouvernement du Maroc

---

<sup>72</sup> Lewin et al. (2008) – Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle income countries: an overview of systematic review

et au Ministère de la Santé à travers une assistance technique, notamment pour planifier et organiser des consultations multipartites sur la réforme du secteur de la santé, la couverture maladie universelle et le SIS. Plus généralement, dans la santé, l'avantage comparatif de la Banque mondiale concerne le développement et le renforcement des systèmes. La stratégie de la Banque dans le secteur de la santé donne la priorité au soutien aux pays pour créer des systèmes de santé performants pour les plus pauvres et qui sont durables<sup>73</sup>. Ceci passe par un rôle de premier plan en termes d'action multisectorielle dans la santé et dans les domaines liés au financement, à la gestion, aux médicaments, aux ressources humaines et à l'assurance dans les systèmes nationaux de santé.

112. La Banque mondiale dispose d'une expertise importante pour coordonner l'ensemble d'interventions complexes qui sont contenues dans le plan de santé rurale du gouvernement. Globalement, le PPR visera à renforcer les systèmes et les programmes actuels dans le secteur public. La Banque est engagée depuis longtemps dans la SMI, avec environ 400 projets réalisés dans 100 pays. La Banque joue également un rôle de premier plan dans le domaine des MNT, en contribuant à la connaissance sur le terrain et en participant à de nombreux projets liés aux aspects économiques, à la prévention et au traitement des MNT dans les pays à différentes phases de leur transition épidémiologique. Dans ces deux domaines, la Banque mondiale fournit des services d'expertise technique, de conception des projets et de gestion solides. Renforcer la force de travail en santé dans les pays en développement constitue un axe fort de l'agenda de la Banque mondiale en matière de renforcement des systèmes de santé ; la Banque aide les pays à mettre en place des stratégies sur les ressources humaines en santé qui s'appuient sur les preuves dans des domaines bien particuliers (le marché du travail, l'analyse budgétaire et des coûts, le chiffrage de la formation initiale et l'économie politique des réformes en RHS). La Banque joue un rôle de premier plan au niveau mondial dans le domaine du financement basé sur la performance et la conception de systèmes incitatifs pour améliorer la qualité et la rétention des personnels de santé. La réforme du SIS implique des acteurs et des systèmes nombreux à travers le secteur de la santé et, en cela, elle s'inscrit en pleine cohérence avec l'avantage comparatif de la Banque dans le renforcement des systèmes. La réforme du SIS touche au financement de la santé, à la gestion des patients, à la surveillance et aux ressources en médicaments et en RHS notamment et elle requiert une coordination de toutes les parties concernées et la recherche d'un consensus entre toutes les administrations, les ministères, les organisations. Ce sont autant de domaines dans lesquels la Banque mondiale peut ajouter de la valeur.

113. Par ailleurs, le plan d'action du programme inclut des activités essentielles en matière de renforcement des systèmes dans lesquelles la Banque a accumulé de l'expérience à travers la conduite de nombreux projets dans les pays. Les clauses sociales et environnementales, notamment celles qui visent à renforcer les systèmes publics de gestion des déchets médicaux, sont des domaines dans lesquels la Banque a de l'expérience et de l'expertise.

114. Enfin, la Banque mondiale peut apporter le soutien technique et financier qui est nécessaire pour réaliser les objectifs essentiels du programme. Ceci inclut le dialogue avec le Ministère de l'Economie et des Finances, dans le but de veiller à ce que le programme soit financé de façon appropriée. Ceci passe également par la mobilisation de fonds fiduciaires et d'autres sources pour financer l'assistance technique dans des domaines ciblés. Ainsi, la Banque mondiale a mobilisé des ressources importantes pour permettre au gouvernement d'engager le travail technique préliminaire nécessaire à la sous-composante SIS du programme.

---

<sup>73</sup> Président de la Banque mondiale Jim Yong Kim (2012) Opening Plenary of the International AIDS Conference 2012, Washington, DC, United States

## **Annexe 5 : Evaluation des systèmes fiduciaires (texte intégral)**

### **A. RESUME ANALYTIQUE**

115. Une évaluation du système fiduciaire (ESF) du Programme financé par la Banque a été menée aux phases d'identification et d'évaluation conformément aux Directives OP / BP 9.00, en étroite collaboration avec l'équipe technique et grâce à l'analyse de documents et de rapports disponibles ainsi que des séances de travail avec les principales parties prenantes. L'objectif de l'évaluation était d'examiner si les systèmes de programme fournissent l'assurance raisonnable que les produits de financement seront utilisés aux fins prévues, en tenant dûment compte des principes d'économie, d'efficacité, d'efficacités, de transparence et de reddition de comptes. Les systèmes de passation des marchés du programme ont été évalués sur les aspects relatifs à la planification, aux appels d'offres, à l'évaluation, l'attribution des contrats et l'organisation de la gestion des contrats. Les pratiques observées fournissent l'assurance raisonnable que le Programme permettra d'atteindre les résultats escomptés à travers ses processus et procédures de passation des marchés. Les systèmes de gestion financière ont été évalués sur les aspects relatifs à la planification, la budgétisation, la comptabilité, les contrôles internes, les mécanismes de flux des fonds, le reporting financier et l'organisation des audits. Cet examen donne une assurance raisonnable sur l'utilisation appropriée des fonds du Programme et la sauvegarde de ses actifs. L'évaluation fiduciaire a également examiné comment les systèmes du Programme gèrent les risques de fraude et de corruption, y compris en fournissant des mécanismes de gestion des plaintes, et la façon dont ces risques sont gérés et / ou atténués.

116. Les systèmes de gestion financière et de passations de marchés du programme ainsi que les institutions fournissent une assurance raisonnable que le financement prévu par le programme sera utilisé aux fins prévues, en tenant compte des principes d'économie, d'efficacité, d'efficacités, de transparence et de redevabilité (obligation de rendre des comptes). Plus particulièrement, les systèmes de gestion financière du Ministère de la Santé concernant le programme (planification, budgétisation, comptabilité, contrôles internes, flux des financements, report financier et mécanismes d'audit) présentent une garantie raisonnable d'utilisation appropriée des fonds du programme et de préservation des actifs dans la mesure où ils reposent sur un cadre solide de gestion des finances publiques et de passations de marchés au niveau du gouvernement central et sur une gestion financière et un système de passations de marchés raisonnables au niveau du Ministère de la Santé.

117. Le champ de l'ESF couvre le cadre institutionnel du programme, la capacité de gestion fiduciaire et les institutions et les systèmes responsables des aspects de lutte contre la corruption au sein du programme. Dans le cadre d'une revue des performances des institutions responsables de la mise en œuvre et de la gestion des dépenses du programme, l'ESF est basé sur un échantillon provenant de la délégation régionale de Gharb-Chrarda afin d'analyser leur capacité de gestion fiduciaire.

118. La plupart des faiblesses constatées au niveau du pays durant l'ESF seront corrigées dans le cadre des réformes en cours et grâce à de nouvelles lois, notamment la loi organique des finances, la loi sur l'accès à l'information et les doléances du public (à promulguer), la réforme de la passation des marchés et le décret en vigueur. La budgétisation programmatique et basée sur les résultats prévue par la loi organique des finances est actuellement testée au sein du ministère dans le cadre de la préparation du budget 2015. Le nouveau décret relatif à la passation des marchés a introduit un mécanisme permettant d'améliorer la gestion des plaintes et des procédures de la passation des marchés dématérialisées (e-procurement). Un mécanisme de gestion des doléances s'appliquant à tout le gouvernement est en cours de finalisation et il devrait s'appliquer à l'ensemble du secteur de la santé. Des mesures spécifiques

permettant de mettre en œuvre les nouvelles prescriptions vont être introduites dans le programme, comme cela a été convenu avec le gouvernement du Maroc.

## **B. ASPECTS CONTEXTUELS ET DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES**

119. L'ESF recouvre : (i) le cadre institutionnel du Ministère de la Santé et (ii) la capacité de gestion fiduciaire et les performances de mise en œuvre. Les conclusions présentées dans ce rapport s'appuient sur les résultats de visites de terrain, y compris celles dans des agences d'exécution aux niveaux central et local et dans des entités adjudicatrices, ainsi que sur la connaissance actuelle des systèmes de marchés public et de gestion financière du Maroc (telle que documentée par le rapport 2010 sur le programme pilote sur l'utilisation des systèmes pays, l'évaluation des systèmes, des processus et des institutions de gestion des finances publiques du Maroc (PEFA) de 2009 et sur l'étude d'évaluation de la gestion des systèmes des finances publiques (CFAA) de 2007 dans le pays..

120. Ce rapport présente tout d'abord les mécanismes institutionnels prévus par le programme, avant d'analyser la performance du dispositif fiduciaire du programme en fonction des thématiques spécifiques. Sur la base de ces conclusions, une section consacrée aux risques fiduciaires présente les risques globaux et spécifiques. Bien qu'un chapitre entier du rapport traite des sujets de gouvernance, de lutte contre la corruption et de redevabilité sociale, une section spéciale est consacrée à ces sujets. Les sections finales traitent des éléments composant le plan de soutien à la mise en œuvre ainsi que les annexes complémentaires.

### **B.1 Cadre légal, réglementaire et institutionnel du pays**

121. **Une nouvelle loi organique des finances est actuellement en cours d'adoption par le Parlement.** Elle vise à renforcer et à moderniser la gestion des dépenses publiques. Elle introduit des mesures clés qui visent à mieux contrôler les dépenses de salaires et à limiter les « reports » ainsi qu'à favoriser une budgétisation programmatique axée sur la performance. Cette dernière a pour objectif de renforcer la transparence et la redevabilité en matière de gestion des ressources publiques, en demandant aux ministères: (i) de restructurer leur budget sous la forme de programmes en ligne avec leur stratégie et leurs missions essentielles ; et (ii) de mettre en place un dialogue de performance robuste et un système de suivi et évaluation. Dans une circulaire datée du 12 juin 2014, le chef du gouvernement a donné instruction à neuf ministères, y compris le Ministère de la Santé, de mettre en place cette réforme de budgétisation basée sur la performance en vue du budget 2015. Cette réforme nécessitera également la révision du système d'information du Ministère de la Santé afin d'assurer un suivi régulier de ses indicateurs de performance. Cette réforme structurelle représente une opportunité de renforcer la responsabilité de gestion et de redevabilité tout au long de la chaîne de prestation de services, mais elle requiert un leadership solide et des ressources humaines et financières adéquates.

122. Le gouvernement a réalisé des progrès importants en termes de transparence budgétaire, comme le montre l'indice d'ouverture budgétaire qui est passé de 28/100 à 38/100 en 2012. Le budget détaillé est disponible sur le site internet du ministère de l'économie et des finances. La réforme de la budgétisation axée sur la performance mentionnée ci-dessus augmentera encore la transparence du processus d'allocation budgétaire et de l'utilisation des fonds.

123. **Un nouveau décret sur la passation des marchés publics a été adopté en décembre 2012 et est entré en vigueur au 1er janvier 2014.** Ce décret remplace celui datant de 2007 et vise à corriger les faiblesses principales et à réduire les écarts qui ont caractérisé le système de passations de marchés du Maroc, en particulier en matière de transparence, de redevabilité, d'efficacité, de risques de corruption et

de mécanisme de recueil et de traitement des doléances<sup>74</sup>. Les principaux aspects du nouveau décret concernent l'unification du cadre réglementaire relatif à la passation des marchés afin de couvrir le secteur public dans sa globalité (s'appliquant aux gouvernements locaux et à tous les établissements publics à caractère administratif). Par ailleurs, il aligne les méthodes de sélection et d'attribution des contrats d'architectes en ligne avec les principes de compétition et de traitement égal des soumissionnaires.

124. **En outre, le nouveau décret sur la passation des marchés renforce la base légale de la passation électronique des marchés (e-procurement).** Le portail du Maroc sur la passation des marchés est opérationnel depuis octobre 2007, la Trésorerie générale du royaume assurant la responsabilité de son développement et de sa gestion. Le portail électronique a accru la disponibilité de l'information, notamment celle concernant les appels d'offres et la documentation relative aux contrats pour tous les soumissionnaires, en rendant public l'estimation des coûts, des biens ou des projets à acheter et en publiant les résultats des appels d'offre. Le portail peut désormais rendre publics les réponses et les appels d'offre et il contient également une base de données qui retrace l'information sur les procédures de passations de marchés (y compris des guides multimédia) et sur les montants des contrats par année. L'étape suivante prévoit de nouvelles possibilités qui sont actuellement en phase de développement et les textes d'application devraient être publiés très prochainement. Parmi ces nouvelles possibilités citons la soumission électronique des offres, une base de données des fournisseurs, des enchères inversées et des achats groupés. La mise en œuvre du système complet a été réalisée le 1er janvier 2015.

125. **Le Maroc prévoit de promouvoir le rôle de la commission nationale de la passation des marchés existante avec plus de moyens et de pouvoirs.** Un décret visant à créer une *Commission Nationale de la Commande Publique* (CNCP) remplaçant la *Commission des Marchés* (CDM) est actuellement en voie de validation par le Secrétariat général du gouvernement (SGG) en collaboration avec le Ministère de l'Economie et des Finances. La commission restera sous le contrôle du SGG. Les réformes devraient renforcer les pouvoirs et les responsabilités de la CNCP et la commission deviendra un organisme permanent, plus représentatif et professionnel. Les réformes vont aussi permettre d'accroître fortement l'autonomie et l'indépendance de la commission, en lui assurant un budget propre, des bureaux et davantage de personnel professionnel qualifié.

126. Par ailleurs, le décret sur la passation des marchés prévoit des dispositions pour rendre le **mécanisme de gestion des plaintes et de recours** plus efficace. Une loi sur les procédures d'arbitrage et de médiation a été introduite dans le cadre des réformes de 2007, mais nombre de ses dispositions sont restées insatisfaisantes. Selon le décret de 2007, le traitement des plaintes en matière de passations de marchés (en dehors de la voie judiciaire) relève de la responsabilité de la CDM.

127. De la même façon, la nouvelle Constitution a institué le droit des citoyens à accéder à l'information (article 27), d'être consultés (article 13) et d'exprimer des doléances (article 15) dans le but de renforcer la gouvernance des services publics et de renforcer la participation de la société. Ces réformes de pure gouvernance s'appliqueront au secteur de la santé dès 2015 et sont considérées comme des leviers essentiels pour améliorer la transparence et la redevabilité au sein du secteur et pour atténuer les faiblesses soulignées dans de nombreux rapports (CDC, conseil économique et social, instance centrale de prévention de la corruption (ICPC), etc.).

128. **Le financement du programme et le cadre de dépenses.** Le PPR proposé implique un financement de la Banque mondiale à hauteur de 100 millions de US\$ et s'inscrit dans le cadre du

---

<sup>74</sup> Y compris la méthodologie du CAD de l'OCDE concernant l'évaluation des systèmes de passations de marchés contenue dans le programme pilote sur l'utilisation des systèmes pays en 2010-2011.

programme global du gouvernement concernant l'accès aux soins de santé primaire en milieu rural. Le programme gouvernemental actuel est financé dans le cadre du budget annuel de l'Etat par le budget du Ministère de la Santé. L'objectif de développement du programme proposé est de : (i) accroître l'accès équitable aux soins de santé primaires en milieu rural ; et (ii) d'améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire. L'opération PPR qui est proposée identifie et soutient une partie du programme gouvernemental, comme cela est décrit dans la section de ce document réservée à la description du programme. Le programme proposé sera inclus dans le budget annuel du gouvernement du Maroc dans le cadre des lignes budgétaires existantes regroupées sous la rubrique du Ministère de la Santé.

129. **Le processus d'élaboration, la structure et la classification du budget s'organisent de la façon suivante** : Le programme gouvernemental actuel couvre la période 2012-2016. Il décrit les principales priorités politiques et les objectifs, y compris en termes de politique macroéconomique et de dépenses publiques, comme par exemple l'objectif de ramener le déficit budgétaire à 3% du PIB en 2016 (par rapport à 7,4% en 2012). Ce programme global s'appuie sur des stratégies sectorielles spécifiques correspondant à des échéances et à des ressources budgétaires diverses. Bien que ces priorités et stratégies politiques alimentent l'élaboration du budget, il n'existe aucun lien formel ou systématique entre elles. La réforme budgétaire actuelle vise à renforcer ce lien ainsi que la transparence de la programmation budgétaire à travers l'adoption d'une structure budgétaire pluriannuelle et l'élaboration d'objectifs et d'indicateurs de performance. Le projet de loi organique qui introduit ces changements a été préparé et son adoption est toujours prévue par le parlement. Une mise en œuvre rapide de cette réforme permettra d'accroître la cohérence entre le budget et les priorités gouvernementales. Pour ce qui concerne le budget 2014, quatre ministères ont testé la nouvelle structure budgétaire et ont présenté au parlement un budget programmatique assorti d'objectifs de performance, avec le soutien de la Banque mondiale. Le programme du gouvernement inclut un objectif fiscal (un déficit de 3% du PIB en 2016) et la Ligne de Précaution et de Liquidités établie avec le FMI comporte des prévisions budgétaires. Pour autant, le Maroc ne publie toujours pas de cadre budgétaire pluriannuel. Une programmation budgétaire pluriannuelle est prévue dans le projet de loi organique sur le budget. La nomenclature budgétaire est conforme avec les normes GFS 2001 et le Gouvernement a approuvé les normes spéciales de diffusion des données SDDS du FMI relatives à l'information fiscale. Le Maroc établit des rapports (au FMI) et rend publiques ses données budgétaires de façon régulière. La nomenclature budgétaire associe une classification administrative et économique avec un codage spécifique par région. Le budget est également présenté suivant une nomenclature fonctionnelle alignée sur la classification des fonctions gouvernementales (COFOG).

130. Le budget est détaillé ; il couvre le Budget général de l'Etat, les budgets annexes, les comptes spéciaux du Trésor de même que les SEGMA. Les transferts vers les agences et les gouvernements locaux sont enregistrés, mais pas leurs propres recettes en l'absence de comptes consolidés. Le déploiement récent du système de gestion intégrée de la dépense (GID) au niveau des gouvernements locaux devrait faciliter cette consolidation dans un proche avenir.

131. **La soutenabilité financière et la prévisibilité du financement du programme n'ont pas de risque spécifique.** La prévisibilité du financement est limitée du fait qu'il n'existe toujours pas de cadre budgétaire pluriannuel. Mais globalement, l'exécution budgétaire est assez centralisée et ses performances sont jugées plutôt satisfaisantes, même si les rapports y afférents de fin d'année sont produits avec retard (le dernier rapport disponible date de 2012). Les rapports d'exécution budgétaire mensuels sont publiés avec moins de trois mois de délais sur le site internet de la TGR et le rapport daté de décembre 2013 dénote un niveau d'engagement de 86% des dépenses budgétées. Aucun rapport de fin

d'exercice n'est encore disponible pour 2013<sup>75</sup>. Le dernier rapport d'exécution budgétaire de fin d'année pour la santé (2012) montre un niveau d'exécution des dépenses courantes élevé (100,95%), mais un taux d'exécution faible pour les dépenses d'investissement (42%).

132. **On dispose de peu d'éléments pour mesurer l'efficacité du programme de dépenses.** De façon générale, on constate un manque d'évaluation de l'efficacité des dépenses publiques au Maroc. Ceci a conduit à la mise en place d'une réforme budgétaire ambitieuse qui vise une budgétisation basée sur les programmes, suivant une approche orientée vers la performance, assortie d'une évaluation annuelle de la performance et de l'utilisation d'indicateurs de performance. Le Ministère de la Santé concourt activement à cette réforme (qui est présentée avec davantage de détails ci-dessus). La Cour des comptes inclut régulièrement dans son programme de travail des évaluations de programmes sanitaires 2013 un rapport qui traite de la gestion du médicament par le Ministère de la Santé. Il y a peu d'indices permettant d'établir qu'il a été donné suite aux observations faites par la Cour sur ce sujet dans le cadre d'un plan d'action défini et mis en place avec rigueur.

## **B2. Activités prévues par le Programme**

133. Le programme sera mis en œuvre aux niveaux central et décentralisé et impliquera plusieurs directions nationales et régionales du Ministère de la Santé, dans les zones ciblées. Dans les domaines d'intervention, le programme financera des services, des équipements, des biens et des travaux soutenant la mise en œuvre des activités, comme cela est présenté dans la section de ce document consacrée à la description du programme (voir plus haut) et dans la chaîne de résultats (voir annexe 4). Plus précisément, le programme financera : (i) l'acquisition d'équipements médicaux et techniques pour les structures de soins de santé primaires ; (ii) les travaux de rénovation des structures de soins de santé primaires ; (iii) l'achat de médicaments et de produits pharmaceutiques ; (iv) l'acquisition de 57 unités de soins de santé mobile pour cinq régions sélectionnées ; (v) l'acquisition de logiciel pour le développement du SIS et la mise en place d'un pilote dans une région ; (vi) l'acquisition de matériel de dépistage (sphygmomanomètres électroniques, sphygmomanomètres muraux, glucomètres, bandelettes de test, tables de gynécologie, kits de dépistage pour le cancer du col...) pour chaque centre de santé et chaque équipe mobile ; (vii) les services permettant la mise en place de procédures standard de soins pour la SMI et les MNT ; (viii) les services permettant le développement d'outils d'éducation à la santé ; (ix) les services permettant le développement de mécanismes de doléances appropriés et facilement accessibles pour les populations locales dans une région pilote, qui seront ensuite répliqués dans les autres régions ciblées par le programme ; (x) les services permettant la promotion de modes de vie sain (dans les mosquées, les collèges, les ESSP, via les équipes mobiles, les programmes des radios locales, les souks, etc...) ; (xi) les services assurant les campagnes de sensibilisation visant toute la population, les écoles et les professionnels de santé dans les zones rurales sur des sujets tels que les dangers du tabagisme et les bénéfices des régimes alimentaires équilibrés et sains et de l'activité physique ; (xii) plusieurs activités de développement des capacités aux échelons central et décentralisé visant principalement les professionnels en santé, etc...

## **B3. Résumé des risques fiduciaires et actions d'atténuation**

134. Le risque fiduciaire pour le PPR dans le secteur de la santé est jugé globalement **“modéré.”**

135. Les conclusions de l'évaluation fiduciaire mettent en évidence le risque relatif au système fiduciaire national lui-même (la budgétisation, la passation des marchés, la gestion financière et les

---

<sup>75</sup><https://www.tgr.gov.ma/wps/wcm/connect/88fafd8042afaa46800fcb4ee5b22fb0/BSFP+DECEMBRE+2013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=88fafd8042afaa46800fcb4ee5b22fb0>

décaissements) et de son environnement, puis les risques en lien avec les agences d'exécution (les directions centrales et régionales du Ministère de la Santé) pour ce qui concerne leur capacité et la façon dont elles sont organisées pour mettre en œuvre le programme et remplir la fonction fiduciaire. Les principaux risques ainsi que les mesures d'atténuation correspondantes sont précisées dans le tableau synthétique ci-dessous.

**Tableau 16 : Problèmes fiduciaires spécifiques liés au Programme**

<b>Sujet</b>	<b>Risques</b>	<b>Atténuation ou résolution</b>
<i>Planification et budgétisation</i>	Le retard en matière de transfert budgétaire dans certaines régions entrave la passation des marchés et la mise en œuvre du projet	Transférer les crédits aux <i>sous-ordonnateurs au début de chaque année budgétaire</i>
<i>Soumission et contractualisation</i>	Les risques sont liés à : (i) la qualité des spécifications techniques et des termes de référence ; (ii) la qualité des documents soumissionnés ; (iii) la rigueur de l'évaluation des soumissions; et (iv) la qualité des travaux, des biens ou des services fournis. Les procédures et le dispositif de contrôle sont adéquats mais les risques persistent à cause du grand nombre de contrats aux capacités limitées au niveau régional	(i) la préparation d'une section fiduciaire au sein du manuel de procédures du programme ; (ii) des revues d'audit renforcées; (iii) un programme de formation dans le domaine fiduciaire; (iv) la création d'un comité de coordination fiduciaire;(v) des procédures de règlement des réclamations renforcées; et (vi) davantage de reporting efficace sur la passation des marchés au sein du système de gestion de l'information avec les indicateurs clé de mesure de la performance en matière fiduciaire.
<i>Rapport sur le programme</i>	Le SIS actuel ne fournit pas de rapport standard adéquat sur la passation des marchés	Mise en œuvre du SIS dans une région ( <i>ILD # 7</i> )
<i>Supervision des passations de marchés, contrôle interne et audit</i>	<i>La supervision de la passation des marchés est conduite par le Ministère de l'Economie et des Finances. La Cellule de Coordination des Marchés au Ministère de la Santé réalise un contrôle préalable de tous les documents au niveau central. Un contrôle préalable similaire est aussi nécessaire au niveau régional. Audits internes : des progrès restent nécessaires, mais la situation a évolué positivement récemment. Le Ministère de la Santé participe au processus de rationalisation des contrôles financiers ex-ante lors de la phase d'engagement qui a été soutenue par la série des PPD dans le domaine de la gouvernance. Ce processus intra gouvernemental promet un contrôle module en fonction des risques au lieu d'une approche systématique. Le Ministère de la Santé se trouve dans la catégorie 1 (faible risque) et applique de ce fait un <i>contrôle allégé</i>.</i>	(i) créer des fonctions opérationnelles de contrôle de gestion et d'audit interne aux niveaux central et régional ; (ii) harmoniser l'organigramme et les recommandations opérationnelles dans les 16 directions régionales ; (iii) développer la fonction d'analyse de la dépense au sein de la DPRF; (iv) développer les capacités des ordonnateurs et des équipes fiduciaires ; et (v) créer des organismes d'audit interne au niveau régional.
<i>Audit du programme</i>	L'audit du programme est réalisé par l'IGF. En outre, la DPRF a pris l'initiative de demander à KMPG un audit de tous les <i>sous-ordonnateurs</i> pour les années budgétaires 2011-2012 et qui couvre un champ plus large y compris la conformité et la performance. Les rapports d'audit fournissent une garantie raisonnable de l'utilisation des fonds par les agences d'exécution. Mais le suivi des recommandations de l'audit doit être amélioré.	Une équipe de coordination fiduciaire mettra en place des recommandations et des règles concernant l'audit des états financiers du programme, l'audit technique et des mesures afin d'inclure la couverture des activités de passations de marchés avec suffisamment de détails. La mise en œuvre des recommandations de l'audit sera une priorité.
<i>Institutionnalisation du système de plaintes et d'appel</i>	Aucun système formel de traitement des plaintes n'existe encore. La préparation d'un décret gouvernemental est en voie de finalisation et il	(i) formaliser et généraliser un mécanisme de gestion des doléances à travers le secteur, couvrant notamment les plaintes

	devra s'appliquer au secteur de la santé. Un projet de loi sur l'accès à l'information est dans le circuit d'adoption.	concernant la passation des marchés, en conformité avec les politiques et les réformes nationales ; (ii) une publication de l'information plus audacieuse et la mise en œuvre de la politique gouvernementale d'accès à l'information ; (iii) la publication des déclarations d'actifs des hauts responsables et des cadres supérieurs
<i>Planification et gestion des ressources humaines</i>	Renforcer les capacités de gestion fiduciaire et les ressources humaines	(i) augmenter la part du budget en ressources humaines et formation en matière de gestion fiduciaire ; (ii) institutionnaliser un programme de formation fiduciaire (formation initiale et continue) pour les ordonnateurs et leur personnel fiduciaire.

## C. LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LES DISPOSITIONS FIDUCIAIRES CONCERNANT LE PROGRAMME ET LA PERFORMANCE

### C.1 Planification et budgétisation du Programme

136. Le budget du Ministère de la Santé est préparé de façon classique et la documentation budgétaire (*morasse budgétaire*) favorise une présentation adéquate des fonds du programme. Au Ministère de la Santé, la classification budgétaire s'organise autour d'une classification régionale qui est ensuite détaillée à travers 5 programmes qui couvrent toutes les opérations. La proposition de budget est étayée par une programmation financière détaillée qui est disponible lors de la phase de soumission du budget. L'adaptation du processus budgétaire à la nouvelle loi organique des finances sera prise en compte dans le cadre du décret d'application et de la « circulaire de discipline budgétaire » en préparation, ce qui remplacera la réglementation actuelle tout en consolidant les bonnes pratiques actuelles.

137. La délégation budgétaire est préparée chaque année en octobre pour l'année suivante. Au même moment, une projection est préparée qui concerne également les deux années suivantes. Ces projections sont approuvées par le directeur régional et ensuite par la DPRF. Le Ministère de l'Economie et des Finances approuve le budget à la fin de l'année de préparation budgétaire. Au cours de l'année, le budget peut être révisé plusieurs fois si nécessaire.

138. En vertu de l'arrêté 69 du Ministère de la Santé sur les dispositions concernant la passation des marchés (1363-11, pages 56-58), le dispositif du Ministère de la Santé est organisé autour d'un approvisionnement centralisé impliquant une Direction et deux Divisions relevant du Secrétariat général:

- La *Direction de la Population* achète des vaccins à travers l'UNICEF afin de garantir la qualité, le prix et la fourniture en temps voulu.
- La *Division de l'approvisionnement*, qui veille à la mise en œuvre des dépenses courantes dans différentes directions ainsi que la passation des marchés, la conservation et la distribution des médicaments et produits médicaux. Cette division les services de l'offre, les contrats et la gestion des inventaires.

- La *Division des affaires générales et du parc automobile* qui est responsable de la gestion et de la maintenance de véhicules et des moyens de déplacement du ministère. Cette division inclut la gestion des moyens de transport, la maintenance des véhicules et les services des affaires générales.

139. Le décret sur la passation des marchés présente diverses possibilités de contrôler et de superviser les comités d'évaluation qui sont impliqués dans l'un des aspects les plus critiques du processus de passations de marchés. Le premier contrôle est détaillé dans l'article 34 du projet de décret et il prévoit une revue ex-ante par un contrôleur des engagements marocains qui représente le Ministère de l'Economie et des Finances/la trésorerie générale du royaume et a la responsabilité de vérifier la conformité avec les dispositions du décret, en particulier pour ce qui concerne l'ouverture des soumissions. Une fois l'évaluation réalisée (le contrôleur n'y participe pas), le rapport et le projet de contrat sont soumis au contrôleur pour revue et approbation (visa préalable), ce qui est requis avant qu'un contrat puisse être signé. Le décret inclut d'autres dispositions pour limiter les risques dans des contrats de ce type. En outre, la CCM située à Rabat est en charge des revues avant et après appels d'offre, y compris l'étude des contrats, le suivi, le conseil et l'audit.

140. Un second contrôle consiste dans l'audit annuel qui a été mis en place pour toutes les activités réalisées par le Ministère de la Santé. Cet audit recouvre une revue des procédures de marchés publiques et la gestion des contrats et il est conduit conjointement par l'IGF du Ministère de l'Economie et des Finances et l'inspecteur général du Ministère de la Santé.

141. Enfin, toutes les entités qui mettent en œuvre des activités prévues par le programme sont également soumises à un contrôle qui concerne la conformité, l'économie et l'efficacité par la *Cour des Comptes* au niveau central et par les *cours régionales des comptes* au niveau local.

142. **Conservation des dossiers et systèmes de gestion des documents.** En général, la documentation ayant trait aux passations de marchés est conservée dans tous les établissements liés aux passations de marchés. Au niveau provincial, les documents liés aux passations de marchés sont gérés par trois unités différentes : (i) le *service chargé des contrats* ; (ii) l'unité de comptabilité au sein de " la *Division du Budget et du Matériel*," et (iii) l'unité de comptabilité au sein de la "*Division de l'Équipement*."

143. Dans la mesure où les entrées de données et les processus de génération de rapports sont relativement agrégés<sup>76</sup> et pas intégrés, il est fortement recommandé de revoir et d'améliorer le report fiduciaire.

144.

## **C2. Planification des marchés publics**

145. Les fonds consacrés aux contrats pour la passation des marchés sont garantis par le budget de l'État. Un plan annuel des passations de marchés est préparé sur la base du budget annuel du Ministère de la Santé. Ce dernier rend une décision par laquelle le plan annuel de passations de marchés est approuvé. Lorsqu'il prépare son plan, le Ministère de la Santé recueille des informations concernant les besoins des différentes directions au sein du ministère mais aussi émanant des différentes institutions de santé (hôpitaux d'état et régionaux, directions de soins de santé primaires, etc...). Le plan comprend des informations conformes avec les obligations du projet de décret sur la passation des marchés, notamment

---

<sup>76</sup> Voir le rapport IGF-IGM de 2008

le thème du marché public et son numéro de référence, la valeur estimée, le type de procédure de passations de marchés suivie, y compris la procédure utilisée pour l'attribution des marchés, le cas échéant, une mention précisant si la procédure de marché public doit se traduire par un contrat de marché public ou par un accord cadre, le début prévu de la procédure et la durée prévue du contrat de marché public ou de l'accord cadre.

### **C3. Les marchés publics dans le cadre du Programme**

146. Il est proposé d'assurer la gestion des passations de marchés liés au programme en utilisant les systèmes et les processus de passations de marchés actuels du Maroc. Le programme s'inscrira dans le cadre budgétaire du pays et s'appuiera sur les systèmes institutionnels existants pour sa mise en œuvre.

147. L'évaluation des passations de marchés a comporté des questions sur : (i) le rapport coût-efficacité : les qualifications des soumissionnaires, l'évaluation des offres et l'attribution des contrats (ii) la compétitivité et la conformité dans le processus de passations de marchés (iii) la conformité : la revue et la supervision des passations de marchés ; (iv) le personnel ; (v) les processus d'exclusion des contractants et (vi) la gestion des contrats.

148. **Coût-efficacité : les qualifications des soumissionnaires, l'évaluation des offres et l'attribution des contrats.** Pour des raisons d'économie, la DP commande les vaccins à travers UNICEF. Le Ministère de la Santé suit les dispositions du projet de décret sur la passation des marchés en termes de passations de marchés pour les médicaments, les équipements et les vaccins. Mais le décret exige la publication d'estimations, ce qui rend difficile la négociation et l'obtention de meilleures offres en termes de coût pour l'entité acheteuse. Au-delà de la passation des marchés, des progrès sont attendus dans les domaines de la logistique et de la distribution car les ESSP font l'expérience de nombreuses pénuries et des retards de livraison, notamment pour les médicaments, qui sont dus à l'absence de système de suivi et de reporting.

149. **Compétitivité et conformité dans le système de passations de marchés.** Le décret sur la passation des marchés exige que les documents d'appels d'offre précisent les critères d'éligibilité et les critères de classement des offres. Cependant, il n'est pas explicitement mentionné que le critère d'évaluation de l'offre, en dehors du prix, doive être exprimé en termes monétaires. De telles pratiques peuvent diminuer le niveau de transparence dans les processus de passations de marchés dans la mesure où elles offrent la possibilité aux processus d'appels d'offre de favoriser de façon injustifiable un candidat particulier et par conséquent altèrent la rigueur de l'évaluation de l'offre.

150. De telles pratiques ont un impact négatif potentiel limité étant donné la standardisation des documents de soumission, mais dans certains cas un système de notation sera aussi utilisé pour qualifier les offres. Pour atténuer davantage encore ce risque, le gouvernement du Maroc a préparé des recommandations qui expliquent le processus de préparation des documents de soumission et elles ont été publiées sur le portail des passations de marchés. Cependant, les personnels sans expérience pourraient avoir besoin de détails additionnels à ceux qui sont contenus dans ces recommandations. Par exemple, conformément aux observations fréquentes et récurrentes de la CCM, les documents de soumission standards sont utilisés de façon mécanique compte tenu de l'absence de compétences et de formation dans le domaine fiduciaire (l'utilisation de ces documents suivant « mot pour mot » les formulaires standards).

151. Dans le cadre du programme, ce risque sera atténué en partie par l'accroissement des connaissances de tous les acteurs concernés à travers une grande initiative de développement des capacités qui inclut : (i) la dissémination de manuels simplifiés et mis à jour sur la passation des marchés ; (ii) la mise à disposition d'autres outils de documentation (électroniques et sur internet) ; et (iii) la mise en

œuvre de plans de développement des capacités fiduciaires dans les provinces. La CCM peut jouer le rôle de plateforme de formation fiduciaire dans la mesure où la CCM fournit déjà des formations au niveau des régions.

152. **Conformité : Revue et supervision des passations de marchés.** Les contrats publics exécutés au niveau régional sont soumis à un contrôle systématique par les services régionaux de la Trésorerie générale du Royaume.

153. Les dernières conclusions contenues dans les revues ex post des corps d'inspections (IGF et Inspection générale du Ministère de la Santé, l'IGM) couvrent les années 2007 et 2009 et un rapport d'auditeur indépendant est en cours. Les conclusions principales découlaient en général de la faiblesse des capacités du personnel dans des entités petites ou isolées de passations de marchés révélée par : (i) des spécifications techniques et des termes de référence confus ou imprécis ; (ii) la qualité médiocre des rapports d'évaluation des offres en lien avec des documents de soumission eux-mêmes de qualité médiocre ; (iii) la non-conformité avec les termes du contrat ; (iv) un travail supplémentaire non spécifié dans le contrat ; et (v) des listes de sélection incluant des soumissionnaires non qualifiés.

154. **Mécanisme de gestion des doléances.** L'absence d'un système indépendant d'appel concernant la passation des marchés et de processus clair pour traiter les doléances constitue l'autre problème majeur identifié par la Banque dans son diagnostic. Le gouvernement du Maroc prend des mesures pour régler ce problème à travers le processus en cours de réforme des passations de marchés, grâce à de nouvelles lois ou décrets qui sont en préparation et grâce à une politique et à un décret du gouvernement portant sur la gestion des doléances en cours de finalisation qui s'appliqueront au secteur de la santé.

155. **Personnel.** La plupart des personnels travaillant dans le domaine fiduciaire sont recrutés au sein du groupe des ressources humaines en santé. Bien que ceci apporte des compétences techniques utiles lorsqu'il s'agit de la gestion des ESSP et des hôpitaux, la capacité fiduciaire du personnel doit être renforcée. Un programme de formation solide (initiale et continue) sur la gestion fiduciaire est nécessaire.

156. **L'exclusion des contractants.** En accord avec les directives de la Banque mondiale concernant la lutte contre la corruption dans les opérations de type PPR, le programme prendra des mesures pour garantir que « toute personne ou entité exclue ou suspendue par la Banque mondiale ne peut se voir attribuer un contrat ou être autorisée à participer au programme pendant la période de cette exclusion ou de cette suspension ». A la fin du processus d'appel d'offres concernant chaque contrat et avant l'attribution des contrats, le Ministère de la Santé publiera des informations détaillées sur l'attribution du contrat sur le portail officiel des passations de marchés. Le Ministère de la Santé vérifiera que les noms des contractants ne figurent pas sur la liste des contractants exclus ou suspendus par la Banque mondiale ([www.worldbank.org/debarr](http://www.worldbank.org/debarr)) afin de veiller à ce qu'aucun de ces contractants ne se voit attribuer un contrat dans le cadre du programme.

157. **La gestion des contrats.** Il n'existe aucune information formelle sur l'administration des contrats. Afin de faciliter la gestion des contrats et leur suivi, il est recommandé qu'un système approprié de gestion et de suivi soit mis en place. Ceci devrait inclure la définition du processus et des moyens nécessaires, la démonstration des performances du contrat en termes de délais, de qualité et de coût, l'inspection de la qualité des biens et des services fournis, les délais de paiement et le règlement contractuel effectif des conflits, le cas échéant et la mise en œuvre des recours contractuels. L'objectif est de garantir le développement continu et durable des capacités du personnel en matière de gestion des passations de marchés et des contrats, tant au niveau central que régional.

#### **C4. Cadre de gestion financière du Programme**

158. Il est proposé d'opérer la gestion financière du programme en utilisant les systèmes existants et les processus de gestion des finances publiques du Maroc. Le programme s'inscrira dans le cadre du processus national budgétaire et s'appuiera sur les systèmes institutionnels existants pour sa mise en œuvre. Les trois entités impliquées dans la gestion financière et la supervision du programme sont :

- *Le Ministère de la Santé* : Le Ministère de la Santé est géré selon un processus dans lequel 90% des crédits votés pour le ministère font l'objet d'une délégation de crédits à 99 sous-ordonnateurs. Seulement neuf de ces sous-ordonnateurs sont des directeurs centraux. Tous les autres sont des directeurs régionaux (on compte 16 directions régionales de la santé), chefs de délégation (chaque région comprend plusieurs délégations) et gestionnaires d'entités autonomes. Plusieurs établissements publics, hôpitaux ou agences sont placés sous la supervision légale de l'échelon central ou régional. Le Ministère de la Santé est très avancé dans le processus en cours de décentralisation et il est associé à la prochaine mise en œuvre de la future loi organique des finances. La plupart des fonds du programme seront donc gérés au niveau des régions/délégations. Les ESSP ne sont pas gestionnaires de crédits et leurs finances et leurs passations de marchés sont gérées au niveau des délégations.
- *La division financière au sein de la DPRF* : Cette division de la DPRF comprend trois services : (i) un service du budget qui est chargé de la programmation financière, des discussions budgétaires avec le ministère de l'économie et des finances, de l'allocation des ressources et de l'exécution budgétaire ; (ii) un service de la comptabilité qui est chargé de gérer les transferts de crédits aux *sous-ordonnateurs* et de préparer les rapports d'exécution budgétaire qui réconcilient les données du service du budget et celles provenant du système de gestion intégrée de la dépense géré par la Trésorerie générale du royaume au sein du Ministère de l'Economie et des Finances ; et (iii) un service du suivi et de l'évaluation des ressources financières qui traditionnellement rassemble les rapports et les tableaux de bord faisant désormais partie du système de gestion intégrée de la dépense. Ce service s'emploie à évoluer et à développer une fonction d'analyse de la dépense au niveau des projets, y compris un observatoire des ressources.
- *La Trésorerie générale du Royaume (TGR)* : Au sein du Ministère de l'Economie et des Finances, la TGR joue un rôle essentiel dans le suivi de l'exécution du budget, en vertu de l'art. 124 du règlement général de la comptabilité publique (Ordre No. 330-66 du 21 avril 1967), qui stipule que la TGR doit « adresse(r) mensuellement au ministre des finances, un état présentant la situation des transactions budgétaires, des transactions des comptes spéciaux et des transactions de trésorerie constatées dans le mois, avec rappel des résultats antérieurs ». La TGR synthétise ces données dans son « bulletin statistique mensuel sur les finances publiques » publié sur son site internet. A travers les fiches de données de la TGR, les bureaux centraux des ministères techniques ont accès aux données détaillées concernant l'exécution de leur budget ; les ministères principaux utilisent cette information pour préparer une mise à jour trimestrielle de l'exécution budgétaire. A la fin de l'année, la division du budget au sein du Ministère de l'Economie et des Finances prépare un rapport d'exécution budgétaire pour chaque ministère et le personnel financier des ministères principaux préparer le compte administratif par chapitre, par article, par paragraphe et par ligne budgétaires. Ces documents sont envoyés à la Cour des comptes, en vue de la préparation de son rapport sur l'exécution de la loi de finances. Au-delà, la TGR a aussi la charge des contrôles d'engagements depuis 2006. Plusieurs réformes visant à rationaliser le processus ont donné aux ministères techniques plus d'autonomie dans la gestion de leur budget (une fongibilité partielle) et ont mis en place un système de contrôle financier *ex ante* davantage axé sur les risques, moins systématiques et ciblés sur les opérations à haute valeur et à hauts risques. Il est encore trop tôt pour savoir si cet agenda soutenu de réformes a eu un impact durable sur les comportements.

159. ***Evaluation du risque concernant la gestion du programme financier.*** La DPRF au sein du Ministère de la Santé sera responsable des dispositifs de gestion financière du programme. L'évaluation de ces dispositifs de gestion financière est satisfaisante car ils s'appuient sur un cadre solide de gestion des finances publiques au niveau du gouvernement central et sur un système raisonnable de gestion financière au niveau du Ministère de la Santé. Le principal risque est lié au changement de direction et à la capacité de la DPRF à appliquer la nouvelle loi organique en matière de budgétisation axée sur les résultats et de projection pluriannuelle pour la programmation financière et la régionalisation. Le plan d'action du programme devrait soutenir le changement de direction avec des moyens fiduciaires appropriés et des mesures adéquates du cadre de résultats. Si la discussion doit rester ouverte à ce stade, un ILD lié à la gestion financière n'est pas jugé nécessaire ou utile pour le moment.

160. Les systèmes de gestion des finances publiques du pays sont généralement considérés comme bons au vu des normes internationales, comme cela est reflété dans l'évaluation PEFA du Maroc 2009. Depuis cette date, le Maroc a poursuivi ses efforts en matière de gestion des finances publiques, en particulier à travers le renforcement de sa budgétisation axée sur les résultats, ainsi que de la transparence et de l'accès à l'information et à travers la rationalisation des contrôles des dépenses publiques. Ce sont autant d'éléments du dialogue avec les partenaires au développement qui sont reflétés dans le cadre de résultats du PPD Hakama. Ces évolutions seront généralisées et pleinement appliquées dès le vote de la loi organique des finances (qui a été adressée au Parlement).

161. Pour autant, certaines faiblesses relevées en 2009 demeurent. La production des rapports financiers annuels du gouvernement central accuse toujours des retards importants et ces rapports ne sont disponibles que pour la seule année budgétaire 2010. L'information sur les actifs et les passifs financiers demeure lacunaire. Un plan de réforme de la comptabilité de l'Etat ambitieux a bien été conçu, incluant un plan comptable modernisé et de nouvelles normes de comptabilité, mais il n'est pas encore mis en œuvre. La projection pluriannuelle des dotations budgétaires demeure largement virtuelle et le cadre de dépenses à moyen terme n'est toujours pas utilisé en tant qu'instrument de budgétisation. Au-delà, la budgétisation basée sur les résultats en est toujours largement à la phase théorique et expérimentale.

## **C5. Contrôles internes et audit interne**

162. La situation concernant les contrôles internes doit s'améliorer, mais elle a récemment évolué favorablement. Premièrement, le Ministère de la Santé participe au processus de rationalisation des contrôles effectués ex ante lors de la phase d'engagement qui a été soutenu par la série des PPD de la Banque dans le domaine de la gouvernance. Ce processus intra-gouvernemental promeut une approche fondée sur les risques (*contrôle modulé*) pour les contrôles financiers plutôt qu'une approche systématique. Chaque ministère et chaque agence sont évalués par l'IGF en termes de système de contrôle interne et classés dans une catégorie spécifique. Cet audit est réalisé par la TGR au niveau du sous-ordonnateur. Le Ministère de la Santé a été classé dans la catégorie 1 (risque faible) et peut donc appliquer le cadre de contrôle allégé. Deuxièmement, la DPRF a demandé à KPMG un audit de tous les sous-ordonnateurs pour l'année budgétaire 2011-2012 et dont le large champ porte également sur la conformité et la performance. Des rapports provisoires d'audit ont été reçus en octobre 2013 et les commentaires des sous-ordonnateurs ont été pris en compte. Le Ministère de la Santé s'attend à recevoir rapidement ces rapports dans leur version définitive.

163. Le Ministère de la Santé est soumis à plusieurs niveaux d'audits internes. Le premier niveau est l'audit des sous ordonnateurs demandé par la DPRF avec l'intention d'en faire un élément permanent du cadre de contrôle interne. Ensuite, l'inspection générale du Ministère de la Santé, qui rend compte directement au Ministre, met en œuvre un programme annuel de contrôle et d'audit. Enfin, l'IGF, en vertu de son mandat interministériel, conduit également de façon régulière des audits dans le secteur de la santé,

la TGR complétant ce travail au niveau des sous-ordonnateurs. Ce processus d'audit interne est assez complet, mais il est potentiellement faible en termes de coordination. Il est également assez difficile pour la TGR de mettre en œuvre son vaste programme d'audit des sous-ordonnateurs à travers tous les ministères compte tenu des capacités limitées dévolues à cette mission. Au-delà, on manque de preuve d'un suivi systématique des conclusions des audits. Des améliorations sont possibles en termes de complémentarité et d'impact de ces audits.

## **C6. Audit du Programme**

164. L'auditeur externe des fonds publics gérés par le Ministère de la Santé est la Cour des Comptes (CDC). La Cour dispose d'un mandat juridictionnel systématique pour contrôler les comptes de gestion produits par les comptables du gouvernement (venant de la TGR) assignés aux niveaux central et déconcentré du Ministère de la Santé. Elle réalise également des audits de performance de routine (sur l'évaluation des résultats, l'inspection des actifs physiques, l'évaluation des contrôles internes...). La CDC a récemment engagé des audits thématiques dans le secteur de la santé (un à deux par an). Les sujets récemment traités incluent les infrastructures hospitalières, les soins de santé primaires ou encore la gestion des médicaments en 2012 (publication dans le rapport de 2013). Les résultats de ces investigations s'insèrent dans le rapport annuel de la Cour, publié en arabe et en français sur le site internet de la Cour.

## **C7. Comptabilité du Programme et reporting financier**

165. Tous les paiements dans le cadre du programme seront effectués à travers la TGR. Les fonds du programme seront entièrement reflétés dans le budget de l'État. Aucun établissement de santé primaire ou établissement public autonome ne recevront ou ne géreront de fonds à travers le programme.

166. Tous les paiements ainsi que la comptabilisation des dépenses seront réalisés au sein du réseau des comptables de la TGR qui utilisent les différents systèmes d'information et de gestion financière intégrée comme la gestion intégrée des dépenses et la gestion intégrée des ressources. Chaque ministère dispose d'un trésorier ministériel. Il est le comptable de la TGR pour tous les crédits gérés au niveau central. Les crédits gérés aux niveaux régionaux et des délégations sont payés et comptabilisés par le *Trésorier payeur régional* qui est responsable de tous les *sous-ordonnateurs* dans la région (pour le Ministère de la Santé et tous les autres ministères) et dirige le réseau des *trésoriers préfectoraux*. Certaines dépenses sont engagées au niveau régional mais payées à l'échelon central si elles dépassent un certain seuil. Les Trésoriers payeurs produisent une comptabilité annuelle qui est envoyée à la CDC. Le Ministère de la Santé ayant été évalué par l'IGF comme une entité à faible risque, plusieurs contrôles financiers effectués lors de la phase d'engagement et de paiement sont actuellement en voie d'être partiellement et progressivement « internalisés » au sein du ministère.

167. Le Ministère de la Santé sera le gestionnaire du programme pour le PPR. Le Ministère de l'Economie et des Finances sera responsable de la gestion de ces fonds. Le Ministère de la Santé - et plus particulièrement la DPRF - sera responsable de la préparation des états financiers du programme résultant de la compilation des rapports financiers produits par les sous-ordonnateurs. Les protocoles relatifs à la réception et à la compilation des états financiers annuels du programme seront discutés et convenus entre les parties au moment de l'approbation du programme. L'audit annuel des états financiers du programme sera réalisé par l'IGF. Les termes de référence concernant cet audit seront discutés et convenus avec l'IGF.

## **C8. Dispositions concernant les flux de financement**

168. Le programme appliquera les dispositions concernant les flux de financement utilisées pour l'exécution du budget de l'Etat. Les fonds de la Banque mondiale seront transférés au compte courant du Trésor au sein de la Banque centrale (Bank Al-Maghrib) qui est géré par la TGR, via un compte dédié au Programme qui sera créé à cet effet au niveau de Bank Al-Maghrib.

## D. LUTTE CONTRE LA CORRUPTION ET OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES

169. Le décret des marchés publics est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Il accentue la modernisation de la passation des marchés à travers l'utilisation accrue d'outils électroniques (enchères inversées) et en ayant, parmi ses objectifs principaux, celui de réduire la possibilité de corruption et de pratiques frauduleuses. Les efforts de modernisation de la passation des marchés ont été soutenus par la Banque mondiale à travers des dons provenant de son Fonds pour le Développement Institutionnel (2005 et 2009). La Banque mondiale soutient également actuellement le gouvernement du Maroc à travers un don du Fonds pour le développement institutionnel (400 000 US\$). Celui-ci vise à soutenir le développement des capacités et le développement institutionnel, en appui au renforcement de la CDM mise en place par le SGG dans le but de réaliser un mandat national qui inclut, parmi d'autres fonctions, la gestion des doléances.

170. Le portail des marchés publics concernant les appels d'offre que gère la TGR a largement accru la disponibilité des informations concernant la passation des marchés (appels à proposition, documents relatifs aux contrats pour tous les soumissionnaires, etc...). Il favorise une plus grande publication de l'estimation des coûts des biens ou des projets à acquérir, la dissémination et la publication des résultats des appels d'offre. Découlant du décret des marchés publics, qui renforce les bases légales pour la passation électronique des marchés (e-procurement), des dispositions nouvelles sont actuellement introduites depuis janvier 2015: la soumission des offres par voie électronique, une base de données des fournisseurs, les enchères inversées électroniques et les achats groupés.

171. En l'absence de ressources humaines et financières appropriées, la CDM n'a pas pu assumer toutes ses responsabilités. Ceci a contribué au manque de mécanismes réglementaire et de coordination efficaces. Le rôle de la CDM en matière de gestion des plaintes a été minimisé du fait de son manque de pouvoir de décision et de l'incapacité des plaignants à lui adresser directement leurs doléances. Pour corriger ces déficiences, le gouvernement du Maroc a lancé une réforme ambitieuse qui développe considérablement les moyens des structures institutionnelles et l'autorité de la CDM. Un projet de décret visant à créer une CNCP qui remplacera la CDM est en cours de validation par le SGG, en collaboration avec d'autres parties prenantes y compris le Ministère de l'Economie et des Finances. Les réformes augmenteront également de façon significative l'autonomie et l'indépendance de la commission, en lui conférant un budget propre, des locaux et davantage de personnel qualifié.

172. Par ailleurs, l'unité chargée de la passation des marchés au sein de la région MENA de la Banque a lancé une étude sur le Maroc (et sur un autre pays de la région) qui vise à aider les gouvernements à développer une stratégie efficace et efficiente de mise en œuvre des réformes en matière de passations de marchés qui soit adaptée aux conditions spécifiques du pays. Cet objectif ne peut en effet pas être atteint sans une meilleure compréhension de l'environnement et des facteurs qui affectent la mise en œuvre des réformes de la passation des marchés.

173. **Arbitrage et mesures pour combattre la fraude et la corruption.** Un système d'arbitrage est requis par la loi mais il n'apparaît pas dans les conditions générales de contrat actuelles. Des conditions générales de contrats de fourniture, qui n'existent pas encore, seront préparées et distribuées dans le cadre du don provenant du Fonds pour le développement institutionnel de la Banque et visant à soutenir le développement des capacités et le développement institutionnel de la CDM. Le décret contient aussi des mesures en faveur d'un mécanisme de gestion des doléances et d'appel plus efficace. Une loi concernant l'arbitrage et la médiation a été adoptée dans le cadre des réformes de 2007, mais nombre de ses dispositions sont restées insatisfaisantes. En vertu du décret de 2007, le traitement des plaintes (non judiciaire) concernant la passation des marchés fait partie des responsabilités de la CDM. Mais, comme indiqué ci-dessus, jusqu'à ce jour la CDM n'a pas disposé des moyens et des ressources fondamentales lui

permettant de jouer vraiment son rôle. Un nombre facteurs limitant l'efficacité du système de doléances a été identifié, y compris l'absence de certaines procédures (par exemple les délais pour rendre des décisions), le caractère non contraignant des décisions ou l'absence de représentation des soumissionnaires.

174. En outre, le pays a pris des mesures pour promouvoir des règles éthiques et lutter contre la fraude et la corruption, notamment la création de l'ICPC et d'une agence de lutte contre le blanchiment de l'argent. L'ICPC a mis en place un dispositif électronique permettant aux citoyens de dénoncer la corruption et la fraude de manière anonyme, même si aucun mécanisme d'investigation ou de sanction, autre que judiciaire, n'existe. Dans l'esprit de la nouvelle Constitution, l'ICPC devrait connaître une évolution sur le plan de son indépendance et prendre en charge de nouvelles missions pour améliorer la lutte contre ces fléaux (investigations, sanctions, etc...) grâce à de nouveaux pouvoirs qui seront effectifs une fois que l'ensemble des lois et décrets correspondants auront été adoptés.

175. Le décret des marchés publics dispose que toute entité coupable de fraude peut être privée de l'attribution de contrats publics dans un domaine donné ou pour tous les types de contrats publics en vertu d'une décision prise par le ministre concerné dans le premier cas et par le chef de gouvernement dans le second. Dans les deux cas, la décision doit être soumise à l'avis du bureau central des passations de marchés.

176. **Amélioration des systèmes pour lutter contre la fraude et la corruption.** La nouvelle Constitution du Maroc, adoptée le 1er juillet 2011, mentionne explicitement le besoin de lutter contre la corruption et de veiller à une bonne gouvernance et à la transparence en tant qu'outils essentiels d'une bonne gestion publique. Elle reconnaît également le droit à la participation citoyenne dans la prise de décision publique et l'engagement public, de même que le droit d'accès à l'information publique. La nouvelle Constitution définit les bases d'une transparence accrue et d'une plus grande efficacité de l'usage des ressources publiques dans son Titre II qui porte sur le conflit d'intérêt, les fautes commises en matière de passations de marchés, le mauvais usage des fonds publics, la transparence accrue, l'obligation de rendre des comptes et la lutte contre la fraude et la corruption et à travers son Titre XII relatif à la bonne gouvernance.

177. Le programme intègre une série de mesures au niveau de la conception fiduciaire et technique afin de limiter les risques de fraude et de corruption. Parmi les mesures clés, citons : (a) le renforcement du cadre de contrôle à travers le plan d'action systématique aux niveaux central et régional pour la mise en œuvre des recommandations faites par l'IGF, la CDC et les auditeurs externes ; (b) la création d'unités d'audit interne aux niveaux des régions pour veiller à la conformité avec les directives fiduciaires ; (c) la mise sur pied d'un mécanisme de gestion des doléances et l'introduction d'une base de données centrale accessible au niveau régional permettant le suivi de la soumission et du traitement des plaintes et facilitant le report ; et (d) le développement de modules fiduciaires dédiés dans le nouveau SIS du ministère afin de produire une information pertinente et fidèle sur la passation des marchés qui permettra d'évaluer la performance (voir les indicateurs de performance). Le programme du gouvernement bénéficiera du soutien financier de l'UE grâce à un financement parallèle. Par conséquent, le programme est soumis non seulement au dispositif de contrôle interne, mais également aux audits externes commandités par l'UE.

178. Le gouvernement utilisera ses propres systèmes pour prendre toute mesure appropriée permettant de prévenir la fraude et la corruption en lien avec le programme. Il a également l'obligation d'utiliser les directives anti-corruption du PPR, ce qui inclut le droit pour la Banque mondiale d'accéder à l'information de façon non intrusive. Toutes les entités impliquées dans des passations de marchés devront contrôler la liste d'exclusion de la Banque mondiale, qui est aisément accessible, avant d'attribuer des contrats. Ceci ne devrait pas poser de problèmes importants. Le gouvernement a acquis de

l'expérience dans ce domaine avec le bureau anti-fraude de l'UE. La DPRF aura la responsabilité de signaler à la Banque les allégations apparues dans le cadre du programme et leur traitement dans les rapports annuels sur la mise en œuvre du programme. Le gouvernement collaborera avec la Banque mondiale sur les enquêtes sur les allégations que la Banque souhaite poursuivre. Les participants au programme (y compris les entités d'exécution, les fournisseurs, les contractants et sous-contractants) seront informés de la possibilité d'une investigation sur leurs livres et comptes par une clause standard insérée dans les documents d'appel d'offres et les contrats.

## **Transparence et redevabilité**

179. **Transparence et divulgation de l'information.** Le Ministère de la Santé et tous les établissements de santé seront concernés par la nouvelle loi sur l'accès à l'information. Cette loi demande aux entités publiques de divulguer pro-activement, y compris en ligne, des informations importantes concernant leurs services, leur organisation, leur financement et leurs programmes. Le Ministère de la Santé devra aussi recruter un spécialiste de l'information et mettre en place un système permettant aux citoyens de demander des informations et de se plaindre si leur demande n'a pas été satisfaite. Le ministère devra donc revoir son organisation interne, ses procédures et son système de gestion de l'information pour se mettre en conformité avec la loi. Les documents d'appel d'offre sont gratuits et ils peuvent être téléchargés depuis le portail consacré aux passations de marchés. Les séances d'ouverture des plis sont publiques mais l'ouverture des enveloppes techniques et financières n'est pas simultanée. Cependant, dans la plupart des cas, ces ouvertures sont organisées le même jour (même réunion) compte-tenu de la simplicité des opérations. Dans le cadre de ce programme, le site internet du Ministère de la Santé et le portail national sur la passation des marchés géré par la TGR devraient être utilisés pour rendre publics les annonces et l'attribution des contrats. Comme cela a été noté plus haut, les plans en matière de passations de marchés, lorsqu'ils existent, et les opportunités d'appel d'offre font l'objet d'une publicité appropriée. La liste des participants durant les ouvertures de pli n'est pas systématiquement établie (« parce que cela n'est pas obligatoire d'après le décret », disent certaines personnes consultées), mais la publication des résultats concernant l'attribution est faite par voie d'affichage et par l'envoi de lettres à tous les candidats. Ils sont souvent invités au même moment à venir retirer leurs garanties d'offre. Parmi les améliorations attendues de la composante SIS du programme, le nombre de participants dans chaque processus d'appel d'offres sera mesuré à travers les indicateurs clé de performance.

180. **Comptabilité.** L'exécution du programme s'appuie sur les structures administratives et provinciales existantes concernées. Les responsabilités au sein des structures administratives sont clairement définies.

181. L'implication de chaque bureau administratif et chaque projet du programme sont définis par des circulaires. Le manuel de mise en œuvre du programme définira les rôles et les responsabilités. La mise en œuvre du programme est déléguée aux services décentralisés de l'Etat chaque fois que des capacités de gestion suffisantes sont disponibles. Mais le niveau de capacité requis n'est défini nulle part et aucun mécanisme d'évaluation n'existe. Dans le cadre du programme, une évaluation systématique des capacités fiduciaires sera réalisée, ce qui permettra de déclencher des formations adaptées et des programmes de mentorat de même qu'un service de soutien au niveau provincial.

182. **Les mesures de gestion des risques en gestion financière.** Le décret relatif aux passations de marchés fournit la liste des membres permanents du comité d'évaluation : trois représentants du maître d'ouvrage, un représentant de la TGR et un représentant du ministère des finances si le contrat dépasse 30 millions de dirhams. Le comité devrait inviter un représentant du ministère du commerce si le montant du contrat se situe au-dessus d'1 million de dirhams.

183. Le droit de la Banque mondiale d'enquêter sur des cas de fraude et de corruption a été discuté avec le gouvernement et approuvé.

## E. PLAN DE SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE

184. A travers son soutien à la mise en œuvre, l'équipe chargée de la gouvernance de la Banque mondiale mesurera la performance globale (les améliorations) des systèmes de gestion financière et de passations de marchés. En particulier, l'équipe devra : (i) examiner les progrès des réformes en matière de gouvernance et dans le domaine fiduciaire au niveau national ; (ii) évaluer l'efficacité du système de supervision fiduciaire ; (iii) soutenir la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du plan de développement des capacités dans les domaines fiduciaire et de gouvernance ; (iv) contrôler la mise en œuvre du mécanisme de gestion des doléances et de la politique en matière de plaintes ; et (v) mesurer l'atteinte des indicateurs fiduciaires clés. Les dispositions sont détaillées à l'annexe 9.

185. **Les indicateurs clés de performance mentionnés en annexe 2 seront utilisés pour évaluer la performance fiduciaire.** Les indicateurs clés de performance seront vérifiés et analysés par la Banque mondiale deux fois par an au cours des missions de soutien à la mise en œuvre et un suivi approprié sera assuré lorsque des voyants rouges s'allument à l'analyse de ces indicateurs.

186. **Des indicateurs clés de performance concernant la passation des marchés.** Des indicateurs clés concernant la passation des marchés liés aux différentes étapes du processus d'appel d'offre ont été choisis afin d'évaluer la performance du programme dans ce domaine. Ces indicateurs, qui vont de la phase de préparation à l'exécution sont tous extraits de la base de données concernant la passation des marchés gérée par la TGR (Tableau 17).

**Tableau 17 : Indicateurs clé de performance**

Phases d'approvisionnement	Indicateurs correspondants dans la base de données de la TGR sur la passation des marchés	Indicateurs	Définitions
Préparation	IC14	Nombre de soumissionnaires ayant soumis une offre	Nombre de soumissionnaires ayant soumis leur offre (moyenne= Nombre de soumissionnaires ayant soumis leur offre/ nombre d'appels d'offre ou d'appels à proposition ou demandes de devis, avec des offres ouvertes et des contrats attribués)
	IC18	Délai pour l'attribution des contrats après l'appel d'offre/un appel à proposition/une demande de devis	Délai pour l'attribution des contrats suivant un appel d'offre ou un appel à proposition ou une demande de devis ([addition de (date de l'attribution- date d'ouverture des plis)] / Nombre d'appels d'offre ou appels à proposition ou demandes de devis, avec ouverture des plis/propositions/devis et attribution des contrats
Paiement	IC58	Délai de paiement des factures	Délai de paiement des factures



## **Annexe 6 : Résumé de l'évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale (ESGES)**

### **Contexte et objectifs**

187. Une évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale (ESGES) a été préparée dans le cadre du PPR proposé. L'ESGES examine les systèmes de gestion environnementale et sociaux qui s'appliquent au programme afin d'évaluer leur conformité avec les politiques opérationnelles de la Banque OP/BP 9.00 relatives aux PPR. Elle vise à s'assurer que les risques environnementaux et sociaux du programme seront gérés de façon appropriée et que le programme est conforme avec les principes de base du développement durable.

188. L'ESGES vérifie la conformité des systèmes du programme avec les directives de la politique opérationnelle OP 9.00 concernant les points suivants : (i) les lois, les règlements, les procédures, etc... (« le système tel que défini ») ; (ii) la capacité des institutions du programme de mettre en œuvre les systèmes efficacement (le système comme il s'applique en réalité). Elle identifie et analyse les différences entre les systèmes nationaux et les principes essentiels qui s'appliquent au programme et elle formule des recommandations pour améliorer la conformité des systèmes de gestion environnementale et sociaux avec les directives de l'OP 9.00.

### **L'approche suivie par l'ESGES**

189. La préparation de l'ESGES et le développement des mesures visant à renforcer le système de gestion environnementale et sociale ont bénéficié de plusieurs contributions et informations et d'un large processus de consultation, y compris :

1. **Des interviews et des visites sur le terrain** : L'examen s'est fondé sur :
  - a. Des interviews de personnels techniques dans les organisations pertinentes du gouvernement et des visites d'un échantillon représentatif d'ESSP, notamment de dix centres de santé communautaires en milieu rural et CSCA afin d'évaluer l'état des systèmes de protection environnementale et sociale au niveau d'un centre de santé
  - b. Des visites de structures et de programmes communautaires mis en place par les autorités locales et les organisations de la société civile en partenariat avec le Ministère de la Santé, tels que la maison de la maternité Dar al Oumouma, ainsi que des actions d'éducation à la santé.
  - c. Des réunions avec des partenaires techniques et financiers oeuvrant dans le domaine des soins de santé au Maroc.
  - d. Des interviews de représentants de la société civile et d'organisations du secteur privé.
2. **Revue documentaire** : La revue a porté sur la législation et les règlements en matière environnementale et sociale qui s'appliquent au programme, sur les documents afférents et les rapports relatifs aux projets précédents et en cours dans le secteur de la santé soutenus par la Banque mondiale ou par d'autres partenaires.
3. **Réunion consultative initiale** : Des réunions se sont tenues avec le personnel technique du Ministère de la Santé et du ministère de l'énergie, des mines, de l'eau et de l'environnement,

avec les partenaires au développement œuvrant dans le domaine de la santé au Maroc et avec des représentants du secteur privé et de la société civile dans le but de mieux comprendre les procédures, les normes et les approches.

4. **Atelier de validation** : Un premier atelier de consultation interne au Ministère s'est tenu durant la mission d'évaluation en octobre 2014. Un atelier permettant une consultation plus large a été organisé le 4 février 2015 associant des partenaires au développement ainsi que des organisations de la société civile et du secteur privé. Le projet de rapport de l'ESGES sera partagé avant la réunion. Les réactions observées lors de l'atelier seront incorporées à l'ESGES et une liste complète des participants ainsi qu'un résumé de leurs commentaires seront annexés au rapport.
5. **Dissémination du rapport** : Le rapport de l'ESGES sera rendu public à la boutique d'information de la Banque mondiale (Infoshop/ [www.worldbank.org/infoshop](http://www.worldbank.org/infoshop)) et sur le site du Ministère de la Santé.

### Principales composantes et activités du programme

190. L'objectif du programme est d'accroître l'accès des populations rurales aux services de soins de santé primaires. Les zones rurales ciblées par le programme sont situées dans neuf régions<sup>77</sup> identifiées comme prioritaires par le Ministère de la Santé comme ayant des indicateurs de santé inférieurs à la moyenne nationale. La durée du programme est de quatre ans, d'avril 2015 à juin 2019, et il couvre les domaines et sous-composantes décrits dans la section II et les activités décrites en annexe 1.

191. Le programme ne financera aucun travail de construction (centres de santé, hébergement du personnel de santé, etc.). Mais il soutiendra la réhabilitation des ESSP existants et la mise aux normes de leurs équipements (tels que la plomberie, la peinture, l'électricité). Le programme ne financera aucune activité conduisant à l'acquisition foncière, ou à l'installation involontaire ou toute autre activité pouvant avoir un impact économique négatif sur la population.

192. Les appels d'offre dans le cadre du programme seront limités à : (a) l'acquisition et/ou le renouvellement des équipements médicaux et techniques des établissements de santé primaire ; (b) l'achat de médicaments et de produits pharmaceutiques ; (c) 57 unités de soins de santé mobile venant s'ajouter à l'ensemble des équipes du Ministère de la Santé dans les neuf régions ciblées ; (d) l'acquisition de logiciels pour ordinateurs afin de développer le système de gestion en santé et un pilote du système dans une région ; (e) la mise en place de procédures de soins standardisées liées à la SMI et aux MNT ; (f) le développement d'outils pédagogiques en santé ; (g) le développement d'un mécanisme de doléances approprié accessible aux populations locales dans une région pilote, pouvant être répliqué dans les autres régions ciblées ; et (h) des activités de développement des capacités.

193. Le programme ne financera aucune activité entraînant un impact social et environnemental irréversible, majeur et de large échelle. Le projet ne financera aucune activité de catégorie A (telle que (i) des activités susceptibles d'altérer les habitats naturels de façon significative ou à même de causer des changements substantiels concernant les zones de biodiversité et/ou les ressources culturelles

---

<sup>77</sup> Le programme ciblera des communes rurales dans neuf régions qui sont isolées et/ou témoignent de taux faibles concernant les consultations prénatales, les accouchements pratiqués par du personnel qualifié, des taux élevés de malnutrition infantile et une absence ou un niveau très faible de soins pédiatriques complets : (a) Oriental; (b) Marrakech Tensift Al Haouz; (c) Tanger Tétouan; (d) Sous Massa Drâa; (e) Gharb Chrarda Beni Hssein; (f) Taza Al Houceima Taounate; (g) Doukkala Abda; (h) Tadla Azilal; et (i) Meknès Tafilalet

potentiellement importantes ; ou (ii) des activités qui nécessitent le déplacement des populations locales ou des acteurs économiques et/ou l'expropriation de larges parcelles de terre).

### **Les institutions, les rôles, les responsabilités et la coordination**

194. Les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme proposés sont le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances. Le Ministère de la Santé est le principal bénéficiaire et il sera responsable de la mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé, conformément aux priorités et aux directions définies dans les documents de stratégie. Le Ministère de l'Economie et des Finances sera le récipiendaire des transférés liés aux ILD. Le Ministère de la Santé est également responsable de la mise en œuvre des réformes qui rendront possible l'atteinte des résultats définis dans le Plan d'action du programme.

195. Les directions du Ministère de la Santé suivantes seront impliquées à l'échelon central :

- La DP est chargée de mettre en œuvre le plan d'action en SMI et le plan d'action concernant le développement des équipes de santé mobile. Cette même direction sera chargée de développer le système d'information sanitaire et de piloter le système dans une région du Maroc.
- La DELM sera responsable de la réalisation des activités liées à la prévention et au traitement des MNT dans les centres de santé communautaire des ESSP.
- La DRH sera responsable de la préparation de la stratégie sur les ressources humaines et de la supervision des mesures de décentralisation et des incitations. Cependant, l'introduction d'incitations financières nécessitera l'approbation du Ministère de l'Economie et des Finances.
- La DHSA sera chargée d'encourager davantage de CSCA à participer aux compétitions en matière de qualité et d'opérer un suivi des taux de mise en œuvre des recommandations des audits de qualité.
- La DPRF aura la charge du développement du système d'information sanitaire et son pilotage dans une région du Royaume.

196. Le programme impliquera également du personnel de santé décentralisé :

- Au sein des directions régionales de la santé situées dans les capitales régionales, qui sont en charge de la supervision et de la coordination des activités des établissements de soins de santé, de la gestion des ressources humaines, de la gestion budgétaire et financière et des évaluations du programme.
- Les personnels des préfectures et des provinces, qui ont la charge de diriger, superviser et coordonner les soins de santé préventifs et curatifs dans leur zone d'activité ; le personnel des SIAAP, qui sont responsables de la coordination des activités de santé des préfectures et des provinces liées à la prévention, à l'épidémiologie, à la santé environnementale et aux soins ambulatoires.
- Les médecins chefs et les infirmières chef des centres de santé concernés, qui ont la responsabilité de la gestion administrative et de l'organisation et de la prestation des soins dans les centres de santé.

197. En outre, l'ANAM sera mobilisée pour la mise en place du SIS.

198. Le Secrétariat général du Ministère de la Santé supervisera la mise en œuvre du programme avec la DPRF, laquelle fera office de secrétariat et fournira à la Banque mondiale toutes les données nécessaires, les rapports, etc...

## **Les risques environnementaux et sociaux associés au programme**

### Les principaux risques environnementaux

199. Globalement, les effets négatifs susceptibles d'être provoqués par le Programme concernent une zone limitée. Ils sont aisément contrôlables et gérables, dès lors que les mesures d'atténuation résumés dans l'ESGES et qui seront détaillées dans le manuel de mise en œuvre sont appliquées durant la phase de mise en œuvre du Programme. Les risques environnementaux associés au Programme sont généralement de portée faible à modérée, réversibles et aisément contrôlables, par rapport à contrôlables par rapport à :

- i) L'objectif du Programme en termes de santé (améliorer l'accès équitable aux soins de base et réduire les taux de mortalité maternelle et infantile) ;
- ii) La zone géographique concernée qui se limite à neuf régions cibles ;
- iii) Aux faibles volumes de déchets médicaux et pharmaceutiques produits par les CSC et les CSCA ;
- iv) La nature des activités du programme qui ciblent essentiellement le renforcement des processus de gestion du Ministère de la Santé et ne devraient pas créer de pollution significative ou de dommage environnemental ; et
- v) Aux mesures recommandées pour atténuer et mesurer les impacts, qui sont bien connues, gérables et efficaces.

200. L'information et la participation du public sont garanties par la Constitution<sup>78</sup>. Cependant, le fonctionnement actuel du système n'implique pas de mécanismes spécifiques d'information ou de consultation du public ou pour gérer des conflits potentiels et donc pour veiller à ce que les impacts se limitent à des niveaux acceptables.

201. Les activités planifiées dans le cadre du Programme généreront davantage de déchets médicaux ou pharmaceutiques en augmentant l'accès aux soins de santé primaire. En l'absence de mesures d'atténuation adéquates, ces déchets pourraient avoir un impact négatif sur l'habitat naturel et sur les ressources naturelles lorsque les centres de santé communautaire et les CSCA sont situés dans des sites importants sur le plan biologique ou écologique, voire dans des parcs naturels.

202. La plupart des activités prévues dans le Programme ne devraient pas créer de risque particulier en terme de sécurité au travail. Ces risques sont inexistant dans la mesure où le programme ne finance pas de travaux de construction. Cependant, la sécurité publique pourrait être affectée par les pratiques actuelles en matière d'entrepôt des déchets et la sécurité des travailleurs impliqués dans la collecte, le transport et de traitement des déchets médicaux pourrait être, elle aussi, affectée. Des mesures de protection du public et des travailleurs contre ces risques potentiels seront prises en conformité avec les règlements nationaux et internationaux.

203. L'augmentation du nombre d'unités de soins de santé mobile conduira à accroître la pollution et les volumes d'huile usagée. L'entrepôt de ces déchets devra se faire en conformité avec les réglementations nationales.

---

<sup>78</sup> Article 27 : « Les citoyennes et les citoyens ont le droit d'accéder à l'information détenue par l'administration publique, les institutions élues et les organismes investis d'une mission de service public ».

## Les principaux risques sociaux

204. Compte-tenu des activités développées dans le cadre du programme dans les neuf régions ciblées – qui visent à améliorer l'accès de la population rurale à des soins de santé maternelle et infantile primaires et au dépistage et au traitement des MNT (diabète et hypertension) qui soient équitables et de haute qualité- l'impact social devrait être bénéfique : un accès amélioré aux soins de santé primaires ; des taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile en diminution et ; une moindre prévalence des complications liées à l'hypertension et au diabète.

205. En outre, le programme ne requiert aucune construction. Par conséquent, aucune acquisition foncière ou déplacement de population ne seront dus à ce programme. Les activités prévues par le programme concernent essentiellement le renforcement et l'amélioration de la qualité de soins fournis par les centres de santé communautaires existants (les centres de santé communautaire et les CSCA) et par les équipes mobiles. Le programme améliorera non seulement les centres de santé eux-mêmes, grâce à un équipement amélioré et plus fonctionnel, mais également les conditions de travail du personnel de santé. Aucun impact négatif sur les populations ne devrait se produire.

206. Les risques d'impact social négatif sont faibles. Ils sont principalement liés à :

- a) Un accès peu équitable aux soins de santé primaires, notamment pour les personnes les plus vulnérables ;
- b) Une gestion et une réponse inadéquates aux doléances provenant des bénéficiaires du programme.

207. Le programme vise précisément à renforcer l'équité et l'inclusion dans le domaine des soins de santé primaire dans les zones rurales les moins desservies. Il introduit des mesures qui ont pour objectif de gérer ces risques dans sa composante liée à la gouvernance, notamment à travers la mise en place de mécanismes locaux de redevabilité et de gestion des doléances.

## **Les systèmes de gestion environnementale et sociale**

### Le système de gestion environnementale

208. Les procédures d'évaluation environnementale et de suivi utilisées par la DELM doivent être mises à jour et complétées afin de corriger les faiblesses identifiées lors de l'évaluation environnementale et d'être mises en conformité avec les réglementations nationales en matière de 1) gestion des déchets médicaux, 2) gestion des déchets liquides et 3) gestion des huiles usagées. Le manuel de mise en œuvre du programme destiné aux SIAAP, aux centres de santé communautaires et aux CSCA devra notamment refléter des progrès dans les domaines suivants :

- Les procédures de conditionnement et de stockage des déchets médicaux coupants ;
- Les procédures de conditionnement et de stockage des déchets médicaux organiques ;
- Les procédures d'élimination des déchets médicaux coupants ;
- Les procédures d'élimination des déchets médicaux organiques sur le site ;
- Des procédures de maintenance pour les fosses septiques les fosses sèches ;
- Des procédures de stockage et d'élimination des huiles usagées ; et
- Le contenu des rapports de suivi.

209. Il convient de noter que le Ministère de la Santé et le ministère de l'environnement rédigent conjointement une ordonnance pour l'application des recommandations prévues par le décret 2-09-139. Cette ordonnance s'appuiera sur le plan national de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques qui est en cours de préparation par le ministère de l'environnement, en collaboration avec le Ministère de la Santé et avec le soutien de la GiZ. Ce plan national devrait être finalisé en avril 2015.

#### Le système de gestion sociale

210. La Constitution de 2011 reconnaît le droit à la santé<sup>79</sup>, à la parité et à la non-discrimination<sup>80</sup>, la gouvernance participative et la redevabilité sociale<sup>81</sup> et l'Amazighe comme langue officielle<sup>82</sup>.

211. Le Ministère de la Santé a conduit de larges consultations, connues sous le nom d'«*Intidarat Assiha*» en 2012 et en 2013 afin d'identifier les attentes de la population et des professionnels et leurs frustrations concernant le système de santé. Les résultats de cette consultation ont donné lieu à un Livre blanc sur « une nouvelle gouvernance du système de santé » qui a été présenté lors de la seconde conférence nationale de santé en juillet 2013.

212. La stratégie du secteur de la santé 2012-2016 met l'accent sur l'équité d'accès aux soins de santé (notamment en milieu rural) et sur la gouvernance du secteur de la santé.

213. Le programme de santé communautaire a été renforcé afin de conforter l'engagement et la participation des communautés. Les mesures ont inclus le développement d'un guide de participation communautaire, la mise en place de points focaux de santé communautaire dans quatre régions ciblées par le programme (l'Oriental, Tanger-Tétouan, Taza-Al Hoceima-Taounate, Sous Massa Draa) et l'inclusion d'un module sur la santé communautaire dans le programme national de formation en santé.

214. Des partenariats ont été forgés avec les autorités locales et avec les organisations de la société civile, en particulier pour les actions qui concernent la santé maternelle et infantile (maison de la maternité Dar al Oumouma, activités d'éducation et de promotion de la santé, transport médical, entrepôt des médicaments et équipement médical), le dépistage et le traitement des MNT et les caravanes médicales. Mais ces actions ne couvrent pas toutes les institutions de soins de santé primaires, surtout en milieu rural. Des structures de collaboration et des mécanismes de dialogue, de consultation et de prise de décision n'ont toujours pas été créés officiellement. Le développement des partenariats public-privé dans les zones rurales reste limité, essentiellement en raison du manque d'organisations de terrain ou du manque de soutien pour de telles organisations.

215. En présence de dispositifs pour gérer les doléances, la population qui se sent désavantagée en termes d'accès aux soins et aux médicaments ou victime de corruption peut contacter les responsables infirmier ou médicaux d'institutions de soins de santé primaires, les délégués des provinces ou des responsables régionaux. Des boîtes à lettres ont été installées dans les ESSP. Les doléances sont

---

<sup>79</sup> « Le droit à la vie » [Article 20], y compris la lutte contre la mortalité évitable ; « le droit aux soins de santé, à la protection sociale et à la couverture médicale et à un environnement sain », [Article 31]; le droit à la santé « pour les citoyens et les groupes de personnes ayant des besoins spécifiques » [Article 34]; le droit à une « couverture équitable du territoire et (à) la continuité des prestations rendues » [Article 154].

<sup>80</sup> Parité entre les hommes et les femmes » et « lutte contre les discriminations » (Article 19), et inclusion des « personnes et catégories aux besoins spécifiques » (Article 34).

<sup>81</sup> La consultation et la participation du public dans le développement et le suivi des politiques (Article 136, Article 139); les pétitions (Article 15); l'accès à l'information (Article 27); la gestion des doléances (Article 156).

<sup>82</sup> Article 5

consignées dans les registres. La population peut aussi recourir à des mécanismes qui ne sont pas spécifiques au secteur de la santé, comme les responsables des municipalités rurales, les autorités locales, les organismes d'appel indépendants (les bureaux locaux du conseil national des droits de l'homme, le Médiateur et l'ICPC). Cependant, au niveau local, la plupart des doléances sont exprimées oralement et ne sont pas enregistrées. Les dispositifs locaux d'audition et de traitement des doléances sont informels et ils ne sont pas adaptés à la population locale qui est largement illettrée. Ceci rend impossible un suivi rigoureux des doléances et des démarches opérées afin d'y répondre.

216. Dans le cadre du contrôle de la qualité, un système d'auto-évaluation et un concours de qualité réservé aux ESSP ont été introduits afin d'évaluer certains facteurs tels que : (i) la satisfaction de l'utilisateur ; (ii) l'accessibilité et la disponibilité des soins ; (iii) la participation communautaire et ; (iv) le fonctionnement des institutions. Ce système de contrôle de la qualité vise à renforcer la performance des institutions et à promouvoir la certification et l'accréditation.

217. Dans son ensemble, le système de gestion sociale (les lois, les règlements, les institutions, etc...) est conforme aux obligations fixées par l'OP 9.00, mais certains aspects sont susceptibles d'être améliorés, notamment :

- L'inclusion et la participation systématique des populations locales et des organisations de terrain ;
- La mise en place de mécanismes de recueil des doléances accessibles et adaptés au niveau d'éducation de la population locale et disponibles dans leur propre langue ; et
- Les capacités de gestion sociale du personnel des établissements de soins de santé primaire.

### **Le contenu du plan d'action du programme**

218. Même si les impacts sociaux et environnementaux des activités du programme sont classés comme modérés, le programme a la possibilité de corriger les faiblesses mentionnées plus haut et de renforcer le système global de gestion environnementale et sociale du Ministère de la Santé. Dans ce but, le Programme soutiendra des mesures spécifiques qui sont présentées dans le Plan d'Action du Programme et leur mise en œuvre sera vérifiée au cours des missions de supervision.

219. Ces actions sont de trois types : (i) les actions qui renforcent le système de gestion environnementale et sociale ; (ii) les actions qui renforcent la mise en œuvre et le suivi du système ; et (iii) les actions qui renforcent les capacités en gestion environnementale et sociale.

### Le renforcement du système de gestion environnementale et sociale

220. Les actions recommandées pertinentes peuvent se résumer comme suit :

- La préparation d'un manuel de mise en œuvre du Programme qui inclut : (i) les procédures et les outils de gestion environnementale et sociale ; (ii) les procédures de mise en œuvre, de suivi et de reporting ; (iii) les procédures de report. Le manuel de mise en œuvre doit être simple, facile à utiliser et accessible à l'ensemble du personnel. La version finale sera disponible en français, en arabe et en amazigh. Le manuel permettra aux acteurs de l'échelon primaire en milieu rural (SIAAP et ESSP) d'identifier les risques environnementaux et sociaux et les mesures d'atténuation appropriées. Il inclura les outils pratiques pour leur permettre d'évaluer, de suivre les impacts et de mettre en œuvre les mesures d'atténuation.
- Les responsables de suivi et évaluation des SIAAP assureront le suivi des aspects environnementaux et des mesures d'atténuation et le reporting ;

- Le Ministère de la Santé réalise une étude diagnostic sur le système de traitement des déchets liquides ;
- Le renforcement du système de traitement des doléances (à travers la redevabilité et les sous-composantes du *concours qualité*) ; et
- L'intégration des données sociales et environnementales (collectées en utilisant les formulaires qui seront annexés au manuel) dans le SIS.

#### Le renforcement de la mise en œuvre et du suivi du système de gestion sociale et environnementale

221. Les actions recommandées pertinentes peuvent se résumer comme suit :

- Les neuf régions ciblées préparent des plans régionaux de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, en s'appuyant sur le plan national ; Les neuf régions ciblées produisent des rapports d'étape annuels sur la mise en œuvre des plans régionaux ; et
- Le reporting environnemental et social : les formulaires de suivi du manuel de mise en œuvre du programme seront complétés par les gestionnaires des établissements de soins de santé primaires au niveau local et consolidés à l'échelon provincial avant d'être intégrés dans le système de gestion et de suivi de l'information sanitaire. Les rapports de suivi de la mise en œuvre de la partie technique du manuel de mise en œuvre du programme incluront le suivi des mesures d'atténuation dans les domaines environnemental et social.

#### Le renforcement des capacités de gestion environnementale et sociale

222. Les actions recommandées pertinentes peuvent se résumer comme suit :

- Formation du personnel des SIAAP et ESSP en milieu rural dans les zones ciblées par le Programme conformément sur la partie technique du Manuel de Procédures relative aux aspects sociaux et environnementaux ;
- La revue des manuels d'auto-évaluation par la division de la qualité de la DHSA, y compris sur le suivi des mesures d'atténuation environnementale et sociale et la pleine participation des établissements de soins de santé primaire au *concours qualité*.

## Annexe 7 : Evaluation intégrée du risque

### MAROC : Programme pour Résultats d'amélioration de la santé primaire en milieu rural

<b>RISQUES DU PROGRAMME</b>				
<b>1 Risque technique</b>	<b>classement:</b>			<b>Substantiel</b>
<p><b>Description : les faibles capacités du Ministère de la Santé</b>                      Les capacités du Ministère de la Santé aux niveaux central, régional et local sont globalement assez limitées. Le rythme des réformes a traditionnellement été faible en raison du manque de personnels qualifiés et du manque de coordination efficace entre les différentes directions du ministère et entre les échelons central et locaux, et ce en dépit de l'engagement du gouvernement.</p>	<p><b>Gestion du risque :</b> Le programme proposé est soutenu en parallèle par l'UE qui financera un don d'assistance technique de 2 millions d'euros en soutien au programme. Certaines sous-composantes sont également appuyées par le système des Nations Unies (exemple : la SMI). En outre, un fonds fiduciaire (MDTF) a été mobilisé pour soutenir le pilier relatif au SIS. Une assistance technique complémentaire devrait être mobilisée pour le mécanisme de gestion des doléances, les RHS, le protocole de vérification et l'étude diagnostic sur le système de gestion des déchets liquides dans les ESSP ruraux.</p>			
	<b>Resp: Banque mondiale</b>	<b>Etape: mise en œuvre</b>	<b>Echéance: récurrent</b>	<b>Situation: en progrès</b>
<p><b>Description : RHS</b>                      Le mécanisme d'incitation défini et préparé pourrait rencontrer des difficultés pour sa mise en œuvre,</p>	<p><b>Gestion du risque :</b> Une assistance technique est prévue afin de soutenir les phases de conception et de mise en œuvre du mécanisme. Le mécanisme sera conçu à partir des meilleures pratiques internationales et avec la participation des parties prenantes (Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration, syndicats, etc.) ce qui facilitera la décision du gouvernement quant à sa mise en œuvre.</p>			
	<b>Resp: Ministère de la Santé et Banque mondiale</b>	<b>Etape : Mise en œuvre</b>		<b>Echéance: Récurrent</b>

<p><b>Description : SIS</b></p> <p>Le SIS nécessite la préparation d'un ensemble de documents techniques et l'application d'un nombre d'actions techniques ; B. La mise en œuvre des protocoles d'installation du matériel, du logiciel, d'entrée, de gestion et de dissémination des données présentera des difficultés ; C. Une compétition autour de la gestion des données au sein du Ministère de la Santé et une résistance aux solutions proposées sont possibles ; D. La soutenabilité de ce sous-programme sera menacée si les personnels de santé n'adhèrent pas au concept.</p>	<p><b>Gestion du risque :</b> Le projet prévoit une assistance technique portant sur le développement des capacités et un soutien complet en vue de la définition des stratégies et de la rédaction des documents techniques et des fonds provenant du Fonds fiduciaire multi-bailleurs concernant ces tâches ont été mobilisés et sont acheminés en parallèle ; B. Une assistance technique portant sur le développement des capacités et le soutien à l'installation du matériel et du logiciel est prévue ; C. un comité technique et un comité de pilotage (présidé par le Secrétaire général) ont été créés, permettant de piloter le processus et de gérer les divisions internes. Un atelier sur le renforcement des capacités et une retraite d'un jour pour ces deux comités ont été organisés en septembre et des fonds provenant du fonds fiduciaire multi-bailleurs pour soutenir cette tâche ont été mobilisés et sont acheminés en parallèle ; D. deux ateliers consultatifs et favorisant le consensus sont prévus afin de soutenir les stratégies nationale de suivi et évaluation et le plan directeur relatif au SIS et ils associeront tous les acteurs clés. Des fonds provenant du fonds fiduciaire multi-bailleurs ont été mobilisés et sont acheminés en parallèle pour soutenir cette action.</p> <table border="1" data-bbox="571 831 1747 928"> <tr> <td data-bbox="571 831 949 928"><b>Resp: Banque mondiale et Ministère de la Santé</b></td> <td data-bbox="949 831 1230 928"><b>Etape : Mise en œuvre</b></td> <td data-bbox="1230 831 1499 928"><b>Echéance: Récurrent</b></td> <td colspan="2" data-bbox="1499 831 1747 928"><b>Situation : en cours</b></td> </tr> </table>				<b>Resp: Banque mondiale et Ministère de la Santé</b>	<b>Etape : Mise en œuvre</b>	<b>Echéance: Récurrent</b>	<b>Situation : en cours</b>	
<b>Resp: Banque mondiale et Ministère de la Santé</b>	<b>Etape : Mise en œuvre</b>	<b>Echéance: Récurrent</b>	<b>Situation : en cours</b>						
<p><b>2. Risque fiduciaire</b></p>	<p><b>Classement:</b> Modéré</p>								
<p><b>Description :</b> Compte tenu de la nouvelle loi organique des finances, le Ministère de la Santé doit mettre en place un système d'information intégré qui rassemble les données financières, budgétaires et liées à la performance.</p>	<p><b>Gestion du risque :</b> La composante liée au SIS devrait prendre en compte ce besoin en veillant à ce que les données relatives à la gestion financière, aux passations de marchés et à la performance soient bien acheminées vers le Ministère de la Santé.</p> <table border="1" data-bbox="562 1123 1915 1305"> <tr> <td data-bbox="562 1123 886 1305"><b>Resp: Ministère de la Santé</b></td> <td data-bbox="886 1123 1562 1305"><b>Etape :</b> Préparation (Appel d'offre au stade avancé)</td> <td data-bbox="1562 1123 1755 1305"><b>Echéance: Décembre 2015</b></td> <td colspan="2" data-bbox="1755 1123 1915 1305"><b>Situation: non encore échu</b></td> </tr> </table>				<b>Resp: Ministère de la Santé</b>	<b>Etape :</b> Préparation (Appel d'offre au stade avancé)	<b>Echéance: Décembre 2015</b>	<b>Situation: non encore échu</b>	
<b>Resp: Ministère de la Santé</b>	<b>Etape :</b> Préparation (Appel d'offre au stade avancé)	<b>Echéance: Décembre 2015</b>	<b>Situation: non encore échu</b>						
<p><b>Description :</b></p> <p>Retards dans la soumission du</p>	<p><b>Gestion du risque :</b> Les auditeurs doivent commencer leur mission en temps opportun et la DPRF doit disposer de tous les états financiers au bon moment après la fin de l'année.</p>								

rapport d'audit	<b>Resp: Ministère de la Santé</b>	<b>Etape: Mise en œuvre</b>	<b>Echéance: Décembre 2015</b>	<b>Situation: non encore échu</b>
<b>Description :</b> Une connaissance insuffisante du nouveau décret relatif aux passations de marchés entré en application le 1er janvier 2014	<b>Gestion du risque :</b> le développement des capacités en passations de marchés est mis en place en suivant un plan bien conçu visant l'efficacité tout au long de la mise en œuvre du programme afin de compenser la faible capacité du personnel du Ministère de la Santé.			
	<b>Resp: Banque mondiale</b>	<b>Etape : Préparation et premier semestre de mise en œuvre</b>	<b>Echéance: Récurrent</b>	<b>Situation: en cours</b>
<b>Description :</b> Les mesures de lutte contre la corruption, d'exclusion, d'audit et d'enquête peuvent ne pas être prêtes.	<b>Gestion du risque :</b> l'équipe de la Banque mondiale doit s'assurer que les mesures pertinentes sont appliquées et le Ministère de la Santé doit mettre en œuvre les recommandations de l'ICPC.			
	<b>Resp : Ministère de la Santé et Banque mondiale</b>	<b>Etape : Preparation et mise en oeuvre</b>	<b>Echéance :</b> Récurrent	<b>Situation :</b> non encore échu
<b>Description :</b> Absence de système de gestion de la performance fiduciaire	<b>Gestion du risque :</b> suivi d'un échantillon d'indicateurs de performance fiduciaires pertinents tout au long de la durée du programme			
	<b>Resp : Banque mondiale</b>	<b>Etape :</b> mise en œuvre	<b>Echéance: Récurrent</b>	<b>Situation :</b> non encore échu
<b>Description :</b> Le nouveau système relatif aux mécanismes de gestion des doléances qui est envisagé offre une chance d'institutionnaliser le système de plaintes existant au sein du Ministère de la Santé.	<b>Gestion du risque :</b> Le système de gestion des doléances doit prendre en compte les doléances en matière fiduciaire.			
	<b>Resp : Ministère de la Santé</b>	<b>Etape : Préparation et mise en œuvre</b>	<b>Echéance :</b> 2015	<b>Situation :</b> en cours
<b>3 Risques environnementaux et sociaux</b>	<b>Classement :</b>	<b>Modéré</b>		

<p><b>Description :</b></p> <p>Les risques environnementaux associés au programme sont modérés, Pour autant les activités prévues dans le programme conduiront à produire davantage de déchets médicaux et pharmaceutiques. En l'absence de mesures d'atténuation, ces déchets pourraient avoir un impact négatif sur l'habitat naturel et sur les ressources naturelles L'accroissement des équipes de soins de santé mobiles conduira à augmenter la pollution et les volumes d'huile usagée. L'élimination de ces déchets doit se faire en conformité avec les règles nationales.</p> <p>L'impact social du programme est positif, notamment pour les populations pauvres et vulnérables vivant dans les zones rurales. Le risque d'impact social négatif est faible. Le risque principal concerne l'incapacité à atteindre les objectifs du programme lui-même, par exemple le manque d'équité dans l'accès aux soins</p>	<p><b>Gestion du risque :</b> Le Programme ne financera aucune activité conduisant à une acquisition foncière, à l'installation involontaire ou toute autre activité susceptible d'avoir un impact économique négatif sur la population.</p> <p>Dans le but de gérer les risques environnementaux et sociaux, le programme soutiendra des mesures spécifiques afin de renforcer : i) le système de gestion environnementale et sociale ; ii) la mise en œuvre et le suivi du système ; et iii) les capacités en gestion environnementale et sociale. Ces mesures sont présentées dans le PAD.</p>	<p><b>Resp :        Ministère de la Santé</b></p>	<p><b>Etape :</b> <b>Préparation et mise en oeuvre</b></p>	<p><b>Echéance :</b> <b>voir Plan d'Action en Annexe 8</b></p>	<p><b>Situation :</b> <b>en cours</b></p>
---	---	---	--	--	---

de santé primaires et l'échec en matière de prise en compte des doléances et des griefs formulés par les bénéficiaires.				
<b>4 Risques liés aux ILD</b>	<b>Classement :</b>	<b>Modéré</b>		
<b>Description :</b>  Des ILD mal définis pourraient conduire à des problèmes concernant leur report et l'exactitude des données.  Des cibles trop ambitieuses peuvent conduire à l'échec.	<b>Gestion du risque :</b> Les ILD et les cibles ont été identifiés conjointement avec le Ministère de la Santé afin de veiller à ce qu'ils soient bien définis et atteignables. Plus spécifiquement, les ILD et les cibles proposés sous le pilier I prennent en compte l'expérience du Ministère de la Santé dans l'opération précédente de soutien budgétaire financée par l'UE qui incluait des cibles trop ambitieuses ou mal définies.			
	<b>Resp :</b>	<b>Ministère de la Santé et Banque mondiale</b>	<b>Etape:</b> <b>Préparation</b>	<b>Echéance :</b> <b>Mars 2015</b>
				<b>Situation :</b> <b>Finalisé</b>
<b>EVALUATION GLOBALE DU RISQUE</b>				
<b>Globalement, le risque pour l'opération proposée est jugé substantiel essentiellement en raison des difficultés techniques associées à l'introduction de nouveaux sous-programmes, aux capacités de mise en œuvre limitées et en raison des contraintes qui pèsent traditionnellement sur le Ministère de la Santé en matière de ressources.</b>				

### Annexe 8: Plan d'actions du programme

Action	ILD	Clause juridique	Echéance	Responsabilité	Mesure de réalisation
<b>Manuel de Procédures</b>					
Finalisation du manuel de procédures, incorporant notamment les dispositions du Plan national de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques.	Tous	Non	30 juin 2015	Ministère de la Santé	Manuel de procédures soumis à la Banque et jugé acceptable par la Banque.
Dissémination /formation sur les aspects environnementaux du Manuel de procédures auprès du personnel des 9 régions cibles.	Tous	Non	2016	Ministère de la Santé	Plan de dissémination ; Plan de formations
<b>Système de gestion environnementale et sociale (SGES)</b>					
Les responsables des 9 régions assureront le suivi des aspects environnementaux sur la base des indicateurs convenus avec les Ministère de la Santé.	Tous	Non	Avril 2016	Ministère de la Santé	Accord sur les indicateurs de suivi
Les neuf régions ciblées préparent des plans régionaux de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, en s'appuyant sur le plan national  Les neuf régions ciblées produisent des rapports d'étape annuels sur la mise en œuvre des plans régionaux	Tous	Non	2016  2017-2018	Ministère de la Santé	9 plans régionaux  9 rapports d'étape annuels
Réalisation de l'étude diagnostic du système de traitement des déchets liquides	Tous	Non	Décembre 2015	Ministère de la Santé	Etude
Le diagnostic des systèmes actuels de gestion des doléances, la stratégie et le projet de manuel de mise en place des mécanismes de gestion des doléances sont finalisés.  Un pilote est mis en place pour tester le système de gestion des doléances  Le pilote est évalué et le manuel de mise en œuvre revu  Expansion du mécanisme de gestion des doléances revu	Tous	Non	Décembre 2015  Décembre 2016  Décembre 2017  Décembre 2018	Ministère de la Santé	Procédure de gestion des doléances  MIS  Rapports
<b>Système fiduciaire</b>					
Audit  1) Mettre en place des systèmes d'audit et de contrôle interne fonctionnels au niveau central et	Tous	Non	2015-2016	1) Ministère de la Santé	Supervision BM

<p>régional du Ministère de la Santé. Au niveau régional, ces fonctions seront situées au sein de la Direction Régionale de la Santé.</p> <p>2) Se mettre d'accord sur la portée de l'audit afin que l'audit couvre les aspects relatifs à la gestion des marchés, de la gouvernance et des performances fiduciaires.</p>				2) IGF	
<p>Appui à la mise en œuvre du nouveau cadre de la Gestion Financière Publique et la loi organique de finances, notamment la préparation d'un budget programmatique, avec une programmation pluriannuelle, un projet de performance de gestion des contrats et suivi et évaluation</p>	Tous	Non	2015-2016	Ministère de la Santé	Supervision par la Banque mondiale

## Annexe 9 : Plan de soutien à la mise en œuvre

### Principales priorités du soutien à la mise en œuvre

<i>Date</i>	<i>Ciblage</i>	<i>Compétences requises</i>	<i>Estimation des ressources</i>	<i>Rôle du partenaire</i>
<i>24 premiers mois</i>	RHS. Soutien à la préparation d'un mécanisme de paiement à la performance : Conception du mécanisme, et stratégie de mise en œuvre, préparation du plan d'évaluation	Connaissance des expériences de paiement à la performance, expérience en gestion des RHS n	20K	
	Mécanisme de gestion des doléances. Soutien à la préparation du diagnostic et à la rédaction du guide de procédures	Expérience opérationnelle dans la création de mécanismes de gestion des doléances	5K	
	Appui à la réalisation de l'étude diagnostic du système de traitement des déchets liquides	Spécialiste de la gestion des environnemental	8 K	
	Appui à la finalisation du Manuel du Programme et au plan de dissémination	Expertise en manuel de procédures  Expertise en sauvegardes environnementales	5 K	
<i>12-48 mois</i>	Mécanisme de gestion des doléances. Soutien à la mise en œuvre et évaluation	Expérience opérationnelle en création de mécanismes de gestion des doléances	10K	
Durée du programme	Opérer un suivi de la gestion financière et des systèmes de passations de marchés globalement aux niveaux du pays et du programme, y compris des indicateurs de performance clés, (durant chaque mission de supervision).	Equipe en charge des pratiques globales sur la gouvernance : gestion financière, passations de marchés, gestion des dépenses publiques, gouvernance	20K	

12 premiers mois	Conseil sur la mise en œuvre de la politique en matière de pétition et d'accès à l'information dans le secteur de la santé, y compris les initiatives anti-corruption et de traitement des doléances requises dans le cadre du programme (durant les missions de supervision du programme).	Equipe chargée des pratiques globales sur la gouvernance : gestion financière, passations de marchés, gestion des finances publiques, gouvernance	Non applicable	Mise en œuvre du décret sur les pétitions et de la loi sur l'accès à l'information
12-48 mois	Soutien à la mise en œuvre du nouveau cadre de gestion des dépenses publiques et de la nouvelle loi organique des finances. Ceci inclut le soutien à la préparation d'un budget programmatique, y compris le cadre de dépenses à moyen terme, un plan de performance, la contractualisation et le système de suivi et évaluation, dans le contexte du "plan de soutien à la mise en œuvre du nouveau cadre de gouvernance" (P143979).	Expertise en gestion budgétaire et des performances	Ministère de la Santé + ressources du Ministère de l'Economie et des Finances + avec un soutien du "plan de soutien à la mise en œuvre du nouveau cadre de gouvernance" (P143979)	Mise en œuvre de la nouvelle loi organique des finances
12-48 mois	Développement des capacités en passations de marchés	Expérience en appels d'offre, en contractualisation et en formation	Ministère de la Santé	Organisation et mise en œuvre du programme de formation  Transfert des connaissances
12-48 mois	Soutien aux équipes fiduciaires qui travaillent au niveau du <i>sous-ordonnateur</i> en programmation financière, en reporting financier, en exécution budgétaire et en passations de marchés.	Expertise en gestion financière et en gouvernance	Ministère de la Santé	Dissémination aux niveaux central et local

### Besoins en compétences des membres de l'équipe pour le soutien à la mise en œuvre (par année)

<i>Compétences requises</i>	<i>Nombre de semaines par personne</i>	<i>Nombre de missions</i>	<i>Commentaires</i>
Chef de l'équipe projet	15	2	Basé à Washington DC
Spécialiste de santé publique	7	2	Basé à Washington DC
Consultant en suivi et évaluation	4	2	Recruté à l'international
Création et évaluation du mécanisme de gestion des doléances	4		Basé à Washington DC
SIS	4	2	Basé à Washington DC
Gestion des RH, développement des capacités, évaluation	4	2	Recruté à l'international
Gestion financière	3	0	Basé dans le bureau pays
Passations de marchés	3	0	Basé dans le bureau pays
Environnement	4	2	Basé à Washington DC

### Rôle des partenaires dans la mise en œuvre du programme

<i>Nom</i>	<i>Institution/Pays</i>	<i>Rôle</i>
UE		<p>Coordination avec le gouvernement du Maroc pour la vérification des données concernant les ILD communs</p> <p>Missions conjointes de suivi du Programme</p>