

**RAPPORT SUR L'ETAT DE LA SITUATION DES
RELATIONS CONTRACTUELLES AU SEIN DU SECTEUR
DE SANTE AU MAROC**

Dr Abdellaziz WAHID

M. Fath Allah EL ABDANI

M. Abderrahim KARIB

Encadrés par :

M. Jean PERROT
Expert à l'OMS

NOVEMBRE 2005

PLAN

Avant Propos

Objectifs, Méthodologie, Limites et contraintes

Introduction

I. Relations contractuelles (RC) basées sur un acte d'achat.

1. Relations contractuelles (RC) qui portent sur des inputs.

1.1 . La contractualisation dans le cadre des marchés publics.

1.1.1 : RC dans les domaines de travaux, fournitures et services.

1.1.2 : RC dans le domaine de la maîtrise d'ouvrage déléguée.

1.1.3 : Assistance technique dans le domaine de travaux.

1.2 Relations contractuelles fondées sur l'externalisation/sous-traitance :

1.2.1 : Evolution de l'externalisation/sous-traitance au sein du Ministère de la Santé.

1.2.2 : Expériences spécifiques dans le domaine de l'externalisation.

1.3 Les ressources humaines :

1.3.1. Achat de prestations médicales.

1.3.2. Achat de la consultation/assistance technique

1.4 Relations contractuelles dans le cadre de la location :

1.4.2. Location des équipements médico - techniques d'hémodialyse.

1.5 RC entre le CNTS et les Centres Hospitaliers relevant du secteur de santé publique.

1.5.1 Les conventions avec les Centres Hospitaliers SEGMA et les CHU

1.5.2 Les Contrats conclus avec le CHU de Casablanca

1.6 RC avec les établissements privés de formations aux carrières de santé.

1.7 Expérience spécifique dans le domaine de la maintenance

2. Relations contractuelles basées sur des outputs

II Relations contractuelles basées sur une délégation de responsabilité.

1. Expérience de contrats plans avec les CHU.

2. Expérience de la contractualisation interne avec les régions sanitaires basée sur le budget-programme

3. Expérience de la contractualisation avec les CHP SEGMA

III Relations contractuelles basées sur la coopération (le partenariat)

1 - Partenariat avec les ONG :

1.1. Conventions dans le domaine de prestation de soins curatifs, préventifs et promotionnels.

1.2. Conventions dans le domaine d'acquisition de médicaments, matériel etc.

1.3. Conventions dans le domaine des infrastructures sanitaires.

1.4. Conventions dans le domaine de la logistique.

1.5. Conventions dans le domaine des ressources humaines.

1.6. Conventions dans le domaine de PEC des malades chroniques et des handicapés.

2. Partenariat avec les services de coopération et les organisations internationales.

3. Partenariat avec les collectivités locales.

4. Partenariat avec les bienfaiteurs et mécènes.

Conclusion.

Avant propos

Le secteur de santé publique a été toujours ouvert aux relations contractuelles. De ce fait, la contractualisation, sous ses différentes formes, a constitué un outil fondamental pour rapprocher et réguler la diversité des intervenants dans la gestion du système de santé publique.

En effet, les biens et services ont été toujours produits par le secteur public et le secteur privé par le biais de la contractualisation. Les formes de contrat adoptées sont fondées, d'une part, sur des contrats classiques largement encadrés sur le plan juridique et réglementaire, et d'autre part, sur des contrats relationnels, émergés à travers le développement de partenariat « dans le sens de faire ensemble » avec des ONG, des associations, des collectivités locales etc.

A partir de 2003, nous assistons, au sein du Ministère de la Santé et des établissements publics relevant de sa tutelle, à l'implantation d'un nouveau concept de relations contractuelles, qui vise la régulation des relations entre le Ministère de la Santé, en tant qu'administration centrale, et ses services déconcentrés, dans un souci de déconcentration et de délégation de responsabilité.

Le recours à des relations contractuelles au sein du secteur de santé publique, dans certains cas, est impératif. Il est stipulé par des lois et des règlements qui déterminent les conditions et les formes dans lesquelles les contrats doivent être conclus aussi bien avec des prestataires externes privés qu'avec des organismes, associations et bienfaiteurs. Dans d'autres cas, le recours à la contractualisation dépend de la volonté des acteurs et partenaires ; la forme de la contractualisation adoptée, dans ce cas, est donc relationnelle.

Ce document, s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre le Ministère de la Santé représenté par la Direction de la Planification et des Ressources Financières et l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'appuie sur le canevas élaboré par Monsieur Jean Perrot expert à l'OMS qui présente trois typologies de relations contractuelles :

1. les relations contractuelles fondées sur un acte d'achat.
2. les relations contractuelles fondées sur la délégation de responsabilité.
3. les relations contractuelles fondées sur le partenariat.

Le document ne présente pas un état exhaustif des différents types de contrats conclus par les différentes structures au sein du secteur de santé publique au Maroc ni une étude scientifique ; toutefois, il relate un état de la situation des principales relations contractuelles développées dans le cadre de l'achat, la délégation de responsabilité et le partenariat, avec un aperçu sur certaines expériences spécifiques.

Objectif

L'élaboration de ce rapport vise la présentation de l'état de la situation en matière de contractualisation dans le département de la santé au Maroc. Il s'agit d'une part d'identifier les principaux domaines dans lesquels il y a eu recours à la contractualisation en ciblant particulièrement celles construites sur une finalité de recherche d'une valeur ajoutée pour le système, et d'autre part de procéder à une analyse de l'existant en perspective de l'élaboration d'une politique générale de contractualisation. Ceci en répondant à certaines questions à savoir :

1. Pourquoi a-t-on eu recours à la contractualisation? Pourquoi a-t-on choisi cet outil de préférence à un autre?
2. Quels sont les résultats que l'on escomptait et, si possible (selon l'ancienneté de l'expérience) quels sont les résultats qui ont été atteint?
3. Quel est le "volume" de cette contractualisation? Est-ce que c'est une expérience assez exceptionnelle ou au contraire est-ce que l'on a de plus en plus recours à la contractualisation dans ce domaine? Si c'est en développement, quels sont les facteurs qui poussent à recourir toujours plus à la contractualisation?
4. Comment s'établissent les relations contractuelles dans le domaine? Est-ce par recours à la compétition et à l'appel d'offre (et si oui, quelles sont les règles existant dans le pays) ou davantage par la négociation, le gré à gré?
5. Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de l'établissement des relations contractuelles?
6. Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du contrat?
7. Est-ce que l'on peut dire que les contrats signés sont bien rédigés?
8. Est-ce qu'il est facile de se procurer ces contrats? Existe-t-il des règles en matière d'enregistrement?
9. Est-ce que les expériences dans ce domaine vous semblent connues: par les autorités de la santé, par les professionnels de la santé? Ou bien est-ce que c'est uniquement quelque chose entre les signataires uniquement?

Méthodologie

La méthodologie adoptée pour l'élaboration du présent rapport est fondée sur les éléments suivants :

1. Revue de la documentation

Nous avons exploré une série de documents en lien avec les relations contractuelles : des contrats (marchés publics) passés par le Ministère de la santé et les établissements publics relevant de sa tutelle dans les différents domaines : marchés cadres, contrats plans, budgets programmes, différentes conventions conclues dans le cadre de partenariat à vocation nationale et internationale, des ouvrages, mémoires et autres documents sur la contractualisation.

2. Revue des textes réglementaires

Nous avons procédé à un recueil et à l'exploration d'une série de lois, décrets et circulaires qui érigent les relations contractuelles au Maroc notamment celles fondées sur un acte d'achat, sur la délégation de responsabilité et sur le partenariat.

3. Contact avec les acteurs

Plusieurs contacts ont été entrepris avec des acteurs en fonction au Ministère de la santé, aussi bien au niveau de l'administration centrale qu'au niveau des services déconcentrés, dans le but de rechercher les différentes typologies des relations contractuelles, les domaines concernés et la collecte des documents (contrats, conventions etc.)

4. Organisation de travail

Dès réception du canevas élaboré par Monsieur Jean Perrot en tant qu'encadrant, un plan a été élaboré et soumis à sa validation ainsi qu'à celle de la DPRF. Une fois le plan validé, le travail a été réparti entre les membres de l'équipe. Des séances de travail ont été régulièrement organisées pour harmoniser, reformuler, finaliser et valider le travail élaboré par chacun des membres. Plusieurs séances de travail ont été nécessaires pour l'élaboration de ce rapport.

5. Encadrement à distance

Un encadrement à distance a été assuré par Monsieur Jean Perrot tout au long de l'élaboration de ce rapport à travers un contact permanent par l'échange de courriers électroniques.

6. Réunions avec l'équipe de la DPRF

Des réunions ont été tenues avec l'équipe de la DPRF durant toute la période de l'élaboration de ce rapport, à l'occasion de quoi il a été procédé à la présentation de

l'état d'avancement périodique de travail, l'échange des différents points de vue en ce qui concerne les éléments développés et l'adaptation du contenu du document aux objectifs assignés.

Limites et contraintes

Les domaines des relations contractuelles ainsi que les intervenants sont vastes et diversifiés. De ce fait, l'élaboration d'un état de la situation avec une analyse approfondie nécessite un temps suffisant et des enquêtes sur le terrain auprès des acteurs potentiels qui constituent une source d'information incontournable. A cet effet, deux contraintes majeures ont prédominé lors de l'élaboration de ce rapport :

- Le temps consacré à l'élaboration de ce travail est limité, ce qui n'a pas permis l'élaboration d'un état de la situation avec une analyse approfondie.
- Les rencontres avec des acteurs centraux et locaux sont un moyen utile indispensable pour collecter les informations nécessaires pour compléter le document.

Introduction

1. Le système de santé marocain

Le secteur public est le principal prestataire de soins de santé au Maroc. Depuis l'indépendance, l'Etat a investi un effort particulier pour l'amélioration du niveau de santé à travers le renforcement des activités de soins, de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre les maladies. La couverture sanitaire a connu une progression substantielle sur l'ensemble de territoire, grâce à l'extension de l'infrastructure de soins de santé de base et au développement du réseau hospitalier. Ce secteur est renforcé par un ensemble d'instituts et laboratoires nationaux, les services de santé des forces armées royales, les services de médecine scolaire et universitaire, les bureaux d'hygiène municipaux et communaux et les services de médecine pénitentiaire.

Le réseau de soins de santé de base est constitué de **2437** établissements toutes catégories confondues; soit un établissement sanitaire pour 12 400 habitants. 1 786 établissements sont situés en milieu rural, soit **74%**. Le réseau hospitalier, qui est hiérarchisé en plusieurs niveaux d'intervention, est constitué de 124 hôpitaux, d'une capacité litière fonctionnelle de plus de 23000 lits. La capacité d'accueil du secteur public est d'environ 80%.

L'effectif médical compte 7953 médecins dont 36,6% sont des spécialistes. Les deux tiers de cet effectif, soit 57%, exercent dans le réseau hospitalier. Le nombre du personnel infirmier s'élève à 26 790.

Au côté du secteur public, le secteur privé occupe une place importante dans le système de santé marocain. Ce secteur est composé de cabinets médicaux, de médecine dentaire, de soins paramédicaux, de laboratoires, des officines de pharmacie et d'un réseau de cliniques privées (à but lucratif et à but non lucratif). En 2005, le nombre de cliniques privées à but lucratif est de 269 ; leur capacité litière est estimée à 6000 lits. La capacité d'accueil de ce secteur est estimée à 20%.

2. Aspect démographiques au Maroc

Selon le recensement de 2004, la population du Maroc compte 29.891.708 habitants (contre 17,3 millions habitants en 1975). 55% vit en milieu urbain (contre 37,8% en 1975). L'indice synthétique de fécondité est de 2,7 enfants par femme durant la période de 2000 à 2005.

3. Profil épidémiologique du pays

Le profil épidémiologique est caractérisé par un triple fardeau de morbidité :

- Persistance des maladies transmissibles des pays en voie de développement : maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique;

- Emergence des maladies non transmissibles, dites maladies de l'opulence, prédominantes dans les pays développés. (Cancers, diabète, affections cardiovasculaires, rénales et respiratoires chroniques);
- Accidents et traumatismes : Le nombre de décès par accident de circulation en 2002 est de 3761, soit plus de 10 par jour alors que celui des blessés est, en moyenne, de 200 par jour. En terme de coût, ces accidents ont coûté à l'Etat plus de 2,5% du PIB.

4. Financement du secteur de santé publique

En 2004, le budget du Ministère de la santé s'élève à **5,5 milliards de dirhams (0,55 milliards Euro)**; soit une moyenne de **183 dirhams (18,3 Euro)** par habitant et par an. Il représente 5,5% du budget global de l'Etat (contre 7% en 1960) et 1,27 par rapport au PIB.

La masse salariale absorbe à elle seule un montant de **3,5 milliards de dirhams (0,35 milliards d'Euro)**, soit 62,7%. Le montant réservé au fonctionnement est de **1,03 milliards dirhams (0,103 milliards d'Euro)**, soit 18,8%. Le montant destiné à l'investissement est de **1,02 milliards dirhams (0,102 milliards d'Euro)**, soit 18,5%.

Les dépenses globales de santé par habitant et par an sont estimées à **550 dirhams (55 Euro)**. Elles sont supportées par les ménages à hauteur de 54% (plus 5% à travers les cotisations salariales à l'assurance maladie); l'Etat prend en charge 26% (à travers le budget du MS); les collectivités locales contribuent de 1%, les entreprises privées participent de 5% à travers les cotisations patronales, 1% provient de la collaboration internationale et enfin le caritativisme et les autres sources de financement contribuent à hauteur de 3%.

5. Réforme de l'Administration

La réforme de l'administration publique et la gestion rationnelle des deniers de l'Etat constituent une priorité stratégique nationale. Ainsi, la lettre Royale du 28 septembre 1999 est venue pour tracer les grandes orientations du plan de développement économique et social 2000-2004. Le premier axe stratégique développé dans cette lettre met l'accent sur l'importance de la déconcentration administrative comme mécanisme pour améliorer la gestion de la chose publique, mais aussi apporter une réponse de proximité aux besoins des populations. Ainsi, la création d'un niveau régional visant l'élargissement de l'espace de décision a été considéré comme un levier pour la mise en œuvre de la réforme de l'administration publique.

Dans le même sens, le Ministère de la santé au Maroc a initié plusieurs réformes durant la dernière décennie. Ces réformes étaient radicales. Elles visent trois composantes : la réforme de la dépense publique, la réforme institutionnelle, la réforme hospitalière et la réforme de financement.

Le recours à des relations contractuelles, sous différentes formes, est situé au cœur de cette dynamique de réforme, laquelle s'inscrit dans le cadre de la nouvelle vision de la gestion publique orienté vers la recherche de la performance et de l'efficacité de la dépense publique.

I - RELATIONS CONTRACTUELLES BASEES SUR UN ACTE D'ACHAT

Cette catégorie de relation contractuelle correspond à la situation où le détenteur de fonds opte pour l'achat de la prestation de services plutôt que de produire lui-même ce service. La logique s'appuie ici, sur le fait, qu'un acteur de la santé, plutôt que d'assurer lui-même la prestation, va en confier l'exécution à un prestataire externe contre rémunération. L'objet de la relation contractuelle consiste donc au financement d'activités. Le détenteur du fonds cherche à en faire le meilleur usage possible en confiant la réalisation de l'activité au partenaire qui lui offre la meilleure prestation.

1. Relations contractuelles qui portent sur des inputs

Le Ministère de la santé, de par sa mission, intervient dans un domaine complexe et diversifié ne permettant pas le cumul des fonctions de financeur et de prestataire de service et des soins. De ce fait, le système a toujours été ouvert à des relations contractuelles fondées sur un acte d'achat qui portent sur des inputs, dans plusieurs domaines et avec des prestataires externes relevant de multiples corps de métiers. Ces relations contractuelles ont été développées sous formes de contrats classiques et relationnels.

Définitions des contrats classiques et contrats relationnels :

Le contrat classique se définit à partir des caractéristiques suivantes : l'objet du contrat est clair, le contrat est de durée limitée, les parties savent exactement, dès le moment de la formation du contrat, à quoi elles s'attendent, l'avenir est prévisible et peut être décrit dans le contrat (complétude des clauses contractuelles)

Le contrat relationnel est basé sur la confiance que se font des acteurs pour agir dans l'intérêt commun. De ce fait, il n'est pas nécessaire que le contrat soit complet et détaillé ; il suffira de s'entendre sur les grands objectifs de la relation, sur les méthodes de travail et sur les moyens que l'on mobilise pour réaliser les actions. La flexibilité et la coopération caractérisent ce type de contrat.

Jean Perrot : le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé

1.1 La contractualisation dans le cadre des marchés publics

1.1.1 : Relations contractuelles dans les domaines de travaux, fournitures et services

Historiquement, le Ministère de la Santé au Maroc a fait recours aux relations contractuelles, sous forme de contrats classiques (marché, convention et bon de commandes), pour la construction, l'aménagement et l'extension des établissements sanitaires ; l'approvisionnement des hôpitaux et des formations de soins de santé de bases, en matériels, médicaments, divers produits, fournitures et denrées nécessaires pour leur fonctionnement.

Les contrats conclus dans ce cadre dit « *marchés publics* » sont les plus répandus au sein du secteur de santé publique aussi bien au niveau de l'administration centrale qu'au niveau des services déconcentrés. De par la réglementation en vigueur, ce type de relations contractuelles est caractérisé par son caractère obligatoire. Tous les achats auprès des prestataires privés doivent faire l'objet d'un contrat conclu conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Ce genre de relations contractuelles est le plus encadré sur le plan réglementaire. Les contrats conclus dans ce cadre sont soumis aux dispositions de plusieurs textes de loi, décrets et circulaires ministérielles ; néanmoins les principaux textes qui servent de base pour l'élaboration, la passation et l'exécution de ceux-ci se résument comme suit :

- Le décret n° 2.98.482 du 30 décembre 1998 fixant les conditions et les formes de passation des marchés de l'Etat ainsi que certaines dispositions relatives à leur contrôle et à leur gestion.
- Le décret royal n° 330.66 du 24 avril 1967 portant règlement général de la comptabilité publique.
- Le cahier des clauses administratives générales de travaux. (CCAGT)
- Le cahier des clauses administratives générales des études et de maîtrise d'œuvre CCAG- EMO).
- Le décret n° 2.75.839 du 30 décembre 1975 relatif au contrôle des engagements de dépenses de l'Etat tel qu'il a été modifié et complété.

Les textes qui érigent ce type de relations contractuelles ont connu une évolution positive au fil des années. Ainsi le premier texte réglementaire qui a encadré les marchés publics consistait en la circulaire présidentielle du 27 Février 1959, laquelle était aussi appliquée aux établissements publics et aux collectivités locales. L'année 1976 a connu la naissance et la mise en application du décret n° 2.76.839 du 14 octobre 1976 portant code des marchés publics. Après 22 ans, ce texte est devenu obsolète. Dans le cadre d'une réforme globale, visant l'amélioration des procédures et des règles régissant la préparation et l'attribution des marchés publics et l'institution d'un système de suivi et d'audit, le décret de 1976 a été remplacé par celui portant n° 2.98.482 du 30 décembre 1998.

Les modes de passation des marchés prévus par le décret sus cité se limitent à l'appel d'offres ouvert et restreint, le concours et la procédure des marchés négociés. L'attribution de ces contrats est soumise, obligatoirement, au principe de la concurrence. Le recours à la procédure dite «marché négocié» n'est autorisé qu'exceptionnellement et dans des conditions précisées dans le décret précité.

De même, ces contrats sont soumis à un contrôle a priori, Ils ne sont exécutoires qu'après leur visa au préalable par le contrôleur des engagements de dépenses de l'Etat et leur approbation par l'autorité compétente, à savoir le Ministre ou la personne habilitée par lui.

Définition du marché :

Un marché est défini par l'article 3 du décret n° 2.482.98 du 30 décembre 1998 comme étant : « tout contrat conclu entre, d'une part, un maître d'ouvrage et d'autre part une personne physique ou morale appelée entrepreneur ou prestataire de service ayant pour objet l'exécution de travaux, la livraison de fourniture ou la prestation de service ».

1.1.2: Relations contractuelles dans les domaines de la maîtrise d'ouvrage déléguée

La maîtrise d'ouvrage déléguée est une convention aux termes de laquelle une administration publique confie, après autorisation du premier Ministre, à un organisme technique de droit public ou privé, l'exécution en son nom et pour son compte tout ou une partie des missions de maîtrise d'ouvrage. Le maître d'ouvrage délégué représente le maître d'ouvrage à l'égard des tiers dans l'exercice des attributions qui lui sont confiées jusqu'à ce que le délégant ait constaté l'achèvement de la mission dont les conditions sont définies par la convention.

Ce genre de procédé est observé, principalement, dans le domaine de génie civil où le ministère de la santé a conclu des conventions pour la maîtrise d'ouvrage déléguée avec un établissement de l'Etat spécialisé (le Ministère des Travaux Publics) et avec un organisme de droit privé (la Compagnie Générale Immobilière) dans le cadre de l'exécution de certains projets de construction des établissements hospitaliers.

Le recours à un prestataire externe, dans ce domaine, est justifié principalement par l'insuffisance en ressources humaines et techniques.

1.1.2.1 : Maîtrise d'ouvrage déléguée auprès d'un organisme de l'Etat

La première opération qui a fait l'objet de relations contractuelles entre le Ministère de la santé en tant qu'acheteur de service et le Ministère de l'Equipement en tant que prestataire pour la maîtrise d'ouvrage déléguée a été réalisée dans les années quatre vingt. Le domaine qui a fait l'objet de cette relation contractuelle concerne l'exécution de deux projets dans le domaine de génie civil :

- Le premier concerne la construction des établissements des soins de santé de base au niveau des provinces de Taroudant et Settât dans le cadre de PDSS¹;
- Le second concerne la rénovation des bâtiments du centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca.

En 2000, ces deux parties ont réalisé une nouvelle convention pour la maîtrise d'ouvrage déléguée des projets de construction des centres hospitaliers universitaires de Marrakech et de Fès. Le Ministère de l'Equipement s'est engagé à prendre en charge l'assistance à la définition du programme technique des deux projets, le suivi

¹ PDSS : Projet de Développement des Soins de Santé de base

des études et la réalisation des travaux de tous les corps d'états, la participation aux réceptions de travaux et la livraison de l'ouvrage, clefs en main, après l'achèvement des travaux. En contrepartie, le Ministère de la Santé paie, à titre d'honoraires, un montant équivalent à 1,25% du montant total des dépenses inhérentes à la réalisation des deux projets².

1.1.2.2 : Maîtrise d'ouvrage délégué auprès d'un organisme du droit privé

Le Ministère de la santé s'est orienté, pour la première fois, vers la maîtrise d'ouvrage déléguée auprès d'un organisme de droit privé en 2005. La convention conclue entre les deux parties concerne la maîtrise d'ouvrage pour l'exécution du projet de construction du centre hospitalier universitaire d'Oujda.

Le contrat a été établi, de gré à gré, entre le ministère de la santé en tant qu'acheteur de service et une société anonyme marocaine spécialisée dans le domaine de l'immobilier notamment le génie civil.

Au terme de ce contrat, le contractant s'est engagé à accomplir toutes les études, opérations et démarches nécessaires à la réalisation du projet de construction du centre hospitalier d'Oujda, selon les modalités et les conditions définies dans la convention. En contrepartie, il percevra à titre d'honoraire, les frais d'intervention qui sont fixés à 4% appliqués à l'ensemble des dépenses hors taxes, majorés du montant de la TVA. Les rémunérations au titre de la convention seront payées en deux phases : la phase des études (50%) et la phase des travaux (50%).

Malgré la particularité de ce genre de relations contractuelles, on observe l'absence d'une réglementation spécifique. Néanmoins, le nouveau décret n° 2.98.482 du 30 décembre 1998 fixant les conditions et les formes de passation des marchés de l'Etat notamment l'article 82 a autorisé les administrations publiques à confier à une administration publique habilitée ou à un organisme public agréé, par décision du Premier Ministre, et dans les conditions définies par une convention, l'exécution en son nom et pour son compte de tout ou partie des missions de maîtrise d'ouvrage. En ce qui concerne les paiements, les dispositions du décret royal n° 330.66 du 21 avril 1967 sont applicables.

1.1.3 : L'assistance technique dans le domaine de travaux

Dans le même domaine des travaux, le Ministère de la santé achète l'appui technique des architectes, des bureaux d'études techniques, des bureaux de contrôle ou encore des laboratoires d'expertises ou d'études géotechniques dans la cadre de la réalisation des projets de construction, d'extension ou d'aménagement des Hôpitaux, des Centres de santé etc. Dans ces contrats, les architectes ont pour mission l'étude et le suivi des travaux contre des honoraires prédéfinis et calculés en pourcentage des montants des travaux réellement exécutés. Dans ce cas, l'acheteur de service conserve toutes les prérogatives et les responsabilités en sa qualité de maître d'ouvrage. Le règlement est soumis aux dispositions du décret royale n° 330.66 du 31 décembre 1967 précité. Les

² Convention n°5/7/00 du 5 juillet 2000

contrats conclus dans les autres cas de l'assistance dans ce domaine sont soumis aux mêmes dispositions réglementaires applicables aux marchés publics.

1.2 Relations contractuelles fondées sur l'externalisation/sous-traitance

1.2.1 : Evolution de l'externalisation/sous-traitance au sein du Ministère de la Santé

L'externalisation/sous-traitance est une forme de « relation contractuelle » dans laquelle le détenteur de fonds délègue une activité à un prestataire externe. Il cherche ainsi à accroître la qualité de service, créer de la valeur, réduire le coût, et se recentrer sur son métier de base.

Dans cette perspective le Ministère de la santé, dans ses choix stratégiques, a opté pour l'externalisation de certaines activités dites de soutien. Les raisons principales qui ont motivé le recours à ce mode de relation contractuelle sont fondées sur les éléments suivants :

- La complexité des organisations sanitaires (Hôpitaux, polycliniques, Centres de santé...) dont le fonctionnement oblige la présence d'une multitude d'activités appartenant à plusieurs corps de métiers.
- La contre performance constatée surtout dans les activités dites de soutien, ce qui porte, substantiellement, préjudice à l'image des établissements de soins.
- Le manque de moyens matériels et humains pour assurer un service minimal en terme de qualité.
- La nécessité de se recentrer sur la mission principale.
- Le gaspillage des deniers publics en contre partie d'un service ne donnant pas toujours pleine satisfaction.

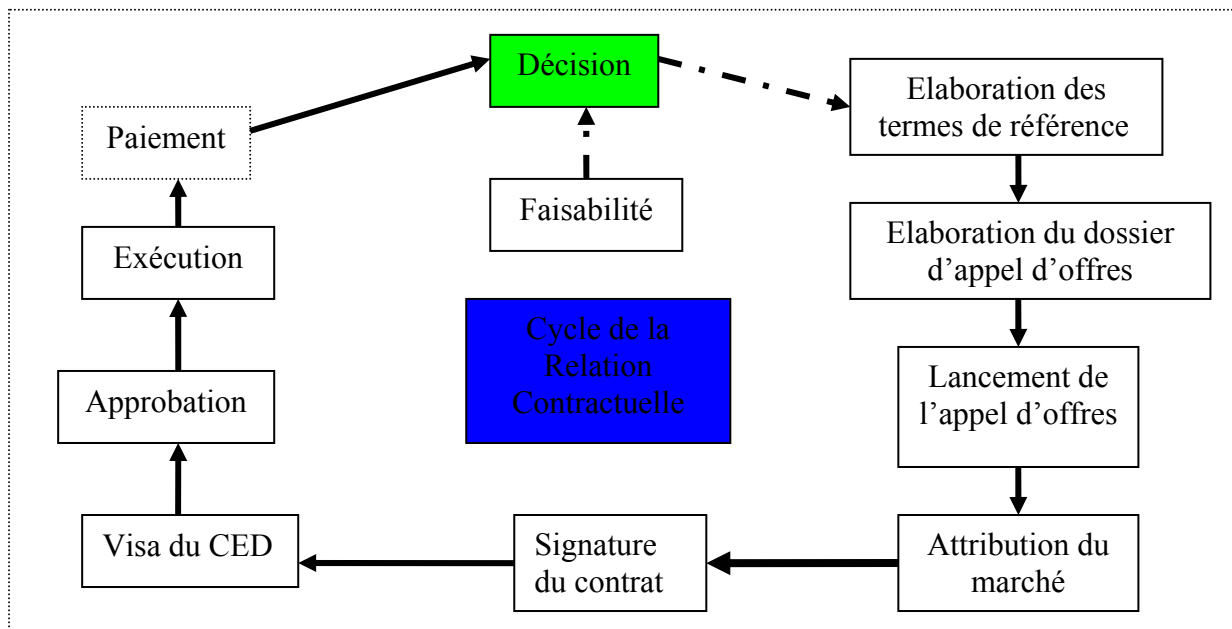
Au vu de ce qui précède, les pouvoirs décisionnels ont décidé de faire réaliser certaines activités à des prestataires externes. Ainsi, la première expérience a été mise en œuvre en 1993 à l'hôpital Mohammed V de Tanger érigé en service de l'Etat géré de manière autonome (SEGMA). L'activité externalisée concerne le nettoyage des locaux. L'idée de commencer par cette activité provient du fait que l'insuffisance de la propreté était parmi les dysfonctionnements qui compromettent l'image des hôpitaux et les exposent à beaucoup de critiques de la part des utilisateurs.

Le résultat de cette expérience était satisfaisant, ce qui a encouragé les décideurs à étendre progressivement l'expérience à d'autres Hôpitaux et d'autres domaines. Ainsi, au cours de la dernière décade, un puissant mouvement d'externalisation a été observé dans l'ensemble des structures du Ministère de la santé. La quasi-totalité des hôpitaux ont externalisé *la restauration, le jardinage, le gardiennage, le buandage et le*

nettoyage. Les directions centrales et les services à vocation nationale, quant à eux, ont sous-traité le gardiennage et le nettoyage.

En l'absence de texte particulier, les contrats conclus dans ce domaine sont encadrés, sur le plan réglementaire, par les dispositions du décret n° 2.482.98 du 30 décembre 1998 portant code des marchés de travaux, fournitures et services au compte de l'Etat. Le mode d'attribution est soumis à la procédure d'appel à la concurrence qui prévaut dans tous les contrats passés avec des acteurs privés. Ce type de contrat est soumis au contrôle a priori; ces contrats ne sont exécutoires qu'après obtention de leur visa auprès du contrôleur des engagements de dépenses de l'Etat et leur approbation par l'autorité compétente (directeurs centraux, délégués, directeurs des hôpitaux SEGMA... en tant que délégataires de ce pouvoir).

Le schéma ci-après présente le cadre référentiel pour l'aboutissement d'une relation contractuelle dans le cadre de l'externalisation :



NB : la faisabilité n'est pas un procédé systématique.

Pour encadrer davantage ce genre de relations contractuelles, le Ministère de la Santé a établi une circulaire ministérielle sous n° 49 DHSA/20/21 du 06 août 2002 à laquelle des Cahiers de prescriptions spéciales types ont été annexés. Cette mesure avait comme but d'encourager l'externalisation, d'uniformiser les documents de base à utiliser et d'inciter les acteurs à adopter la procédure de marchés cadres dans ces relations contractuelles.

Marché cadre : Selon les dispositions de l'article 5 du décret n° 2.98.482 du 30 décembre 1998, le marché cadre est un contrat qui ne fixe que le minimum et le maximum des prestations arrêtées en quantité ou en valeur susceptibles d'être commandées au cours d'une période n'excédant pas une année. Il comporte une clause de tacite reconduction sans toutefois que la durée totale du contrat puisse dépasser cinq années. Les prestations qui peuvent faire l'objet d'un marché cadre sont arrêtées par la décision du Premier Ministre n°3.56.99 du 13 juillet 1999.

L'externalisation/sous-traitance a permis une différenciation accrue par une grande qualité de service et une meilleure satisfaction des clients des hôpitaux publics. L'enquête entreprise auprès de 46 Centres Hospitaliers érigés en service de l'Etat géré de manière autonome (SEGMA), a dégagé des résultats satisfaisants, notamment en terme, d'amélioration de la qualité des prestations, de recentrage sur la mission principale, de maîtrise et de réduction des coûts³.

Cependant, ces relations contractuelles avec des prestataires externes bien qu'elles soient favorablement appréciées, ne sont pas sans inconvénients. En effet, si les contrats conclus dans ce cadre ne sont pas précis en terme d'obligations contractuelles, et/ou sont insuffisamment gérés, ils peuvent générer les conséquences suivantes:

- le risque de désengagement de l'administration envers les activités externalisées, à travers l'absence du suivi et du contrôle, ce qui peut porter préjudice à la qualité de service, et pousser les prestataires à tricher pour augmenter leurs marges de bénéfice aux dépens de la qualité des produits utilisés et de service produit;
- se limiter à des rapports de longue date avec un seul et unique prestataire au travers des marchés cadres permet sans doute à l'administration d'éviter la lourdeur de la procédure des marchés annuels. Mais ces rapports étroits limitent le choix de l'administration. Elle n'est plus libre de lancer des appels à la concurrence pour profiter de prix compétitifs. Autre risque, et non des moindres, le prestataire pourrait se tourner vers la concurrence en exploitant des relations privilégiées mal seines;
- autre contrainte: dans un marché dominé par une concurrence parfois déloyale, les prix proposés par les attributaires sont en deçà du niveau qui leurs permettraient d'honorer leurs engagements. Le manque à gagner est récupéré, dans la plupart des cas, au détriment de la qualité de service et la faible qualification du personnel engagé par la société prestataire.

³ Rôle des arrangements contractuels dans le développement du système de santé cas du Maroc, Dr A. Belghiti Aloui, Dr S. Jroni et Dr Ghoulbzouri, avril 2004.)

1.2.2 : Expériences spécifiques dans le domaine de l'externalisation

L'éventail de l'externalisation continue à s'élargir touchant ainsi de nouveaux domaines. Deux cas méritent d'être soulignés. Il s'agit de l'externalisation du traitement des déchets hospitaliers et de la paie des salaires du personnel.

1.2.2.1 : Externalisation de la gestion des déchets hospitaliers

Jusqu'à 2004, les établissements hospitaliers marocains traitent leurs déchets médicaux et hospitaliers dans les mêmes conditions que les déchets ménagers. Cette problématique préoccupe les acteurs impliqués dans le système de santé, du fait de ses conséquences néfastes sur l'environnement et la santé de la population. Un arsenal réglementaire (lois, décrets ...) est en cours de mise en place, notamment les nouvelles lois de la protection de l'environnement⁴ qui ont obligé les intervenants à prendre les dispositions qui s'imposent pour que les déchets à risques, entre autres, les déchets hospitaliers soient traités dans des conditions de sécurité et selon des normes spécifiques.

Aussi, certaines municipalités ont pris conscience que la gestion et le traitement des déchets hospitaliers ne relèvent pas de leurs compétences. Par conséquent, ils ont saisi, officiellement, les hôpitaux relevant de leur autorité territoriale pour qu'ils prennent en charge cette activité à leur niveau.

Pour faire face à cette problématique, certains établissements sanitaires se sont orientés vers l'externalisation de l'activité du « **traitement des déchets hospitaliers** ». Ainsi, en 2004, l'expérience a été initiée au niveau de quatre établissements; les CHU de Casablanca et de Fès, le centre hospitalier de Kenitra et le centre national de transfusion sanguine. Pour ce faire, chaque établissement a opté pour une forme de relation contractuelle différente de l'autre.

Expérience du CHP de Kenitra

La relation contractuelle adoptée par le Centre Hospitalier de Kenitra est fondée sur le partenariat « dans le sens de faire ensemble ». La convention de partenariat pour la gestion et le traitement des déchets hospitaliers à risque a été conclue, pour une durée d'une année renouvelable par tacite reconduction, entre la délégation du ministère de la santé, l'association du Gharb pour la protection de l'environnement, six cliniques privées et une polyclinique relevant de la CNSS⁵. L'objet de cette convention consiste à mettre en place un système de ramassage et de traitement des déchets hospitaliers à risque au niveau de stérilisateur - broyeur de l'hôpital Idrissi de Kénitra.

⁴ Loi n° 11-03, 12-03 et 13-03 relatives respectivement à la protection et à la mise en valeur de l'environnement, aux études d'impact sur l'environnement et à la lutte contre la pollution de l'air.

⁵CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Les engagements des parties au titre de cette convention se résument ainsi :

- La délégation provinciale s'est engagée à mettre à la disposition des partenaires le stérilisateur broyeur des déchets à risque installé à l'hôpital Idrissi et financé par le Ministère de la santé;
- L'association du Gharb pour la protection de l'environnement s'est engagée à veiller sur le bon déroulement des opérations de ramassage et de sélection des déchets à risque, à mener les études nécessaires pour évaluer l'impact de cette expérience et éventuellement à inciter d'autres partenaires à adhérer à cette convention;
- Les partenaires représentant les cliniques privées et la CNSS se sont engagés à assurer le conditionnement et le transport des déchets à risque suivant les normes d'hygiène.

Expérience du CHU Ibn Rochd de Casablanca et du CNTS

L'expérience lancée par ces deux établissements a été mise en œuvre à partir de 2005. La relation contractuelle est fondée sur le type du contrat classique. Il s'agit de deux marchés cadre passés entre ces deux établissements en tant qu'acheteurs de service et des sociétés privées spécialisées dans le domaine du traitement des déchets pour une durée de cinq ans. Ce contrat se distingue par son caractère d'opposabilité. Il dispose en plus des engagements des deux parties en matière administrative et réglementaire, d'une partie technique qui présente les conditions et les modalités techniques de collecte et de traitement de déchets selon les normes reconnues à l'échelon international.

Le fondement réglementaire sur la base de quoi les deux contrats ont été conclus n'est autre que les dispositions du décret n° 2.98.482 du 30 septembre 1998 et le décret royal n° 330-66 du 14 avril 1967 précités.

Expérience du CHU Hassan II de Fès

L'expérience lancée par le CHU de Fès dans ce cadre peut être considérée comme une initiative unique. Contrairement à l'expérience de Kenitra, il s'agit d'une convention conclue entre le CHU en tant qu'établissement public et une société privée spécialisée dans le domaine du traitement des déchets hospitaliers. L'objet de cette convention consiste à la définition des conditions et des modalités de l'élimination des déchets d'activités de soins par broyage - stérilisation ainsi que les droits et obligations des parties contractantes.

Au titre de ce contrat, le CHU s'engage à mettre à la disposition de co-contractant les équipements pour l'exploitation des déchets notamment un broyeur - stérilisateur avec les aires de stockage, de lavage de bacs, de déchargement et la fourniture d'eau et d'électricité pour le traitement des déchets. Le partenaire externe s'engage, en

contrepartie, à assurer l'exploitation des équipements sus cités et à prendre en charge la collecte et le traitement des déchets des hôpitaux relevant du CHU.

L'intérêt de la société privée dans cette relation contractuelle, comme étant une société à vocation lucrative, consiste à l'utilisation des équipements appartenant au CHU pour l'élimination des déchets du secteur sanitaire privé contre rémunération.

Il y a lieu, enfin, d'observer que les trois expériences sont récentes. Les premières impressions semblent favorables. Cependant, des évaluations objectives de leur impact sur l'amélioration de la collecte et de traitement des déchets hospitaliers au sein de ces établissements hospitaliers devront être réalisées.

1.2.2.2 : Externalisation de la paie du personnel des CHU

L'activité de la paie du personnel relevant du budget autonome des centres hospitaliers universitaires est la seule activité administrative externalisée jusqu'à présent. En raison de l'insuffisance des moyens humains et techniques permettant d'assurer convenablement cette prestation en interne, les CHU ont opté pour son externalisation auprès d'un prestataire externe spécialisé, à savoir la paierie principale des rémunérations relevant de la trésorerie générale du Royaume.

Il s'agit d'une relation contractuelle entre public/public fondée sur la conclusion d'une convention entre un organisme de l'Etat à savoir le Ministère des finances et de la privatisation représenté par le trésorier général du Royaume et le CHU représenté par son Directeur. Au terme de cette convention la PPR s'engage à assurer, sur son système d'information, la confection de la paie mensuelle des agents relevant du budget autonome du CHU.

Les dispositions réglementaires qui ont servi de base, pour la conclusion de cette relation contractuelles figurent au décret n° 330.66 du 21 avril 1967 portant règlement de la comptabilité publique et deux décrets et arrêtés relatifs à l'organisation du Ministère des Finances et de la Privatisation et la Paierie principale.

1.3 : Les ressources humaines

1.3.1 : Achat de prestations médicales

Pour faire face aux insuffisances en ressources humaines, notamment dans les domaines médicale et de pharmacie, le Ministère de la Santé au Maroc a fait recours aux relations contractuelles avec des prestataires externes appartenant au secteur de santé libéral au niveau des préfectures et provinces où le besoin se fait sentir. Les profils touchés dans ce cadre sont, particulièrement, les médecins généralistes et spécialistes et les pharmaciens.

La relation contractuelle est passée sous forme de convention. Elle est encadrée sur le plan réglementaire par les dispositions du décret n° 2-71-641 du 7 Hija 1331 (24

Février 1972), tel qu'il a été modifié par la circulaire ministérielle n° 28 /DRC, en date du 4 août 1993.

Les conventions conclues dans ce cadre sont signées entre les délégués du ministère de la santé au niveau des provinces et les praticiens exerçant dans le secteur privé. Elles sont approuvées par le Ministre de la santé ou la personne déléguée ; mais elles ne sont valables que si elles sont visées par le président du conseil national de l'ordre des médecins (article 51 de la loi n° 10-94 du 21 août 1996).

1.3.2 : Achat de la consultation/assistance technique

Le recours à des relations contractuelles pour l'achat des services de médecins et pharmaciens est devenu rare en raison de l'amélioration substantielle de la couverture médicale à travers le pays ; néanmoins, on observe ces dernières années, au sein du Ministère de la santé, le recours à de nouvelles relations contractuelles pour l'acquisition de compétences, notamment dans le domaine de la consultation, dans le sens de l'assistance technique. Plusieurs relations contractuelles ont été développées ces dernières années dans ce domaine. Toutefois, nous évoquons dans ce document, à titre d'exemple, le cas du recrutement de l'assistance technique dans le cadre du Projet de financement et de gestion des services de santé (PFGSS).

Le PFGSS est un projet d'appui à la réforme hospitalière au Maroc. Il prévoit d'apporter un soutien aux modifications attendues dans le système de santé à travers les trois composantes suivantes :

- Renforcement de la gestion hospitalière et amélioration de la qualité des soins;
- Amélioration du financement du secteur;
- Renforcement des capacités du Ministère de la Santé dans la formulation de politique et la prise de décision.

Il vise l'atteinte des objectifs suivants:

1. Mettre en place et développer des mécanismes de financement de la santé;
2. Restructurer les hôpitaux publics en terme de mission, de hiérarchisation et d'organisation interne;
3. Améliorer le management des hôpitaux;
4. Améliorer et renforcer la qualité des soins;
5. Entreprendre les études et enquêtes nécessaires pour mettre en œuvre les mesures d'accompagnement.

Pour la réalisation des objectifs 2,3 et 4, le ministère de la santé a opté pour l'achat de l'appui technique à travers le recours à la contractualisation avec un prestataire externe « dans le sens de faire faire ». A ce titre, un appel d'offres international a été lancé pour élaborer et mettre en pratique, dans cinq hôpitaux, l'ensemble des éléments de la réforme en matière de normes hospitalières, de méthodes de gestion, de développement et d'acquisition d'outils de gestion, de modèles de réorganisation des services et de contrôle et supervision.

Cet appel d'offres a abouti à la conclusion d'un contrat entre le Ministère de la santé, représenté par la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires en tant qu'acheteur, et un bureau d'études Canadien.

Les textes réglementaires ayant servi de base pour la conclusion de ce contrat consiste, principalement, aux directives de la BIRD⁶ pour le recrutement des consultants, du fait que le projet est financé par cet organisme dans le cadre d'un prêt, et le décret Royal n° 330-66 du 26 avril 1967 portant règlement de la comptabilité publique au Maroc.

L'objet du contrat consiste principalement à "la fourniture de l'appui technique et de la formation au Ministère de la santé". Les obligations des consultants recrutés au titre de ce contrat consistent à l'exécution des prestations objet du contrat de façon diligente et économique avec l'utilisation des techniques de pointe efficace. En contrepartie, le Ministère de la Santé procédera à la facturation et au paiement des prestations exécutées sur la base des conditions prévues dans le contrat.

1.4 : Relations contractuelles dans le cadre de la location

Historiquement le Ministère de la santé a toujours été ouvert à des relations contractuelles pour la location. Les domaines touchés dans ce cadre se limitaient, auparavant, aux prestations de location du bâtiment pour usage administratif et/ou pour abriter des formations sanitaires de soins de santé de base, et la location des moyens de transport de médicaments et des équipements auprès de l'ONT. L'année 2004 a connu l'exploration d'un nouveau domaine, il s'agit de la location des équipements médico-techniques. Nous traitons dans ce rapport le cas de la location du bâtiment et des équipements médico technique.

1.4.1 : Location de bâtiment

Le recours à ce genre de relations contractuelles est matérialisé par la nécessité de satisfaire les besoins en locaux pour abriter des structures administratives ou encore des formations sanitaires. La relation contractuelle est concrétisée à travers un contrat de bail. Elle est encadrée, sur le plan réglementaire, par les dispositions du droit des obligations et de contrats marocain. Dans ce cadre, il y a lieu de citer, à titre d'exemple, les cas de siège de la Direction des hôpitaux et de soins ambulatoires et du centre de santé urbain de Youssoufia à la province de Safi.

Au titre de ces contrats, le contractant, en tant que propriétaire, s'engage à mettre à la disposition du Ministère de la santé sa propriété (bâtiment) pour l'usage précisé dans le contrat. En contrepartie, le Ministère de la Santé s'engage à payer au titre de cette location la un loyer mensuel déterminé en commun accord entre les deux parties et précisé dans le contrat. Ce type de contrat se renouvelle par tacite reconduction à l'expiration de chaque année sauf préavis de l'une ou de l'autre partie adressé par lettre recommandée au moins trois mois à l'avance.

⁶ BIRD : Banque Internationale pour la Reconstitution et le Développement.

1.4.2 Location des équipements médico-techniques d'hémodialyses⁷

Au Maroc, le nombre actuel de patients en stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) est estimé à 3500 dont 1420 sont pris en charge par le secteur privé. La modalité de prise en charge qui prédomine consiste en « *l'Hémodialyse* ». Au fil des années, le problème de la prise en charge de cette catégorie de patients ne cesse de s'aggraver en raison d'une incidence préoccupante située autour de 3000 nouveaux cas par an.

Le nombre de centres d'hémodialyses existants est d'environ 95, dont 28 relevant du secteur public. Ils disposent de 1023 reins artificiels, dont 351 dans les centres relevant du secteur public. Cette offre n'est pas en mesure de répondre à une demande qui progresse sans cesse. De même, la situation s'aggrave en raison du coût élevé des prestations et l'absence quasi-totale de la couverture médicale obligatoire.

Le conventionnement avec des associations à but non lucratif était la principale forme de relation contractuelle pour la prise en charge de cette catégorie de malades. Cependant, pour atténuer le poids de cette problématique, et compléter l'effort fourni par les associations impliquées dans ce domaine, le ministère de la santé, en tant qu'autorité sanitaire responsable de la santé des citoyens a lancé, dans le cadre d'une stratégie globale, une grande opération de construction, d'aménagement et d'équipement d'un nombre important de centres d'hémodialyse à travers le Royaume.

L'opération d'équipement médico- technique s'est distinguée par le recours, pour la première fois, à un type particulier de relation contractuelle fondé sur « *la location des équipements* ». Le contrat adopté ne sort pas du type classique. Il s'agit d'un marché cadre passé pour une durée de cinq années sur la base des dispositions de l'article 5 du décret n° 2.98.482 du 30 décembre 1998.

Le contrat est passé entre le Ministère de la Santé en tant que détenteur de fonds (acheteur) et un prestataire privé spécialisé dans le domaine des équipements médico technique et de consommable d'hémodialyse; il s'élève à 5 millions de dirhams par an. Au terme de ce contrat, l'attributaire s'engage à équiper 32 centres au niveau national par 240 générateurs d'hémodialyse (reins artificiels), 34 unités de traitement d'eau et 225 000 kits d'hémodialyse par an.

1.5 Les relations contractuelles entre le CNTS⁸ et les Centres Hospitaliers relevant du secteur de santé publique

Le CNTS relève, sur le plan structurel et réglementaire, du Ministère de la Santé. De par les dispositions du décret n° 2.94.985 du 21 novembre 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé, il est rattaché, hiérarchiquement, à la

⁷ Rôle des arrangements contractuels dans le développement du système de santé cas du Maroc, Dr A. Belghiti Alaoui, Dr S. Jroni et Dr Ghoulbzouri, avril 2004.)

⁸ CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine.

direction des hôpitaux et des soins ambulatoires. Etant un service de l'Etat géré de manière autonome « SEGMA », il jouit d'une autonomie financière; par conséquent, il peut exécuter des dépenses et encaisser des recettes. Sa mission consiste, entre autres, à l'approvisionnement des centres régionaux de transfusion sanguine et des banques de sang domiciliés dans les hôpitaux publics en fongibles médicaux, fournitures et imprimés spéciaux, réactifs et produits chimiques et biologiques afférents à la transfusion sanguine, et ce à titre onéreux. Sa relation avec les centres hospitaliers publics bénéficiaires est fondée sur deux types de contrats: les conventions et les marchés.

1.5.1 Les conventions avec les Centres Hospitaliers SEGMA et les CHU

Le type de contrat adopté dans le cadre des relations contractuelles avec les centres hospitaliers SEGMA et les CHU de Rabat, Marrakech et Fès consiste en « conventions de partenariat ». La conclusion de celles-ci est fondée sur les dispositions de la circulaire du Ministre de la Santé n° 3 DRC du 4 avril 1994. Elles sont passées, entre deux structures relevant du même département ministériel, CNTS en tant que prestataire de service d'une part, et les directions des centres hospitaliers SEGMA en tant qu'acheteurs de prestations d'autre part.

Au titre de ces conventions, qui sont annuelles, le CNTS s'engage à approvisionner les CRTS⁹ en fongibles médicaux, fournitures et imprimés spéciaux, réactifs et produits chimiques et biologiques afférents à la transfusion sanguine en contrepartie; les CHP SEGMA s'acquittent des sommes dues, après service fait, dans la limite des montants prévus dans les conventions.

Le mode de passation de ces conventions est le « gré à gré » ; néanmoins, leur visa par les instances compétentes du Ministère de Finances soulève beaucoup de difficultés, notamment réglementaires. En effet, certains contrôleurs des engagements de dépenses de l'Etat ont accepté, difficilement, d'apposer leur visa sur ces contrats, du fait qu'ils passent outre des dispositions du décret n° 2.98.482 portant code des marchés publics.

1.5.2 Les Contrats conclus avec le CHU de Casablanca

La relation contractuelle entre le CRTS de Casablanca et le CHU de Casablanca diffère de celles adoptées par le CNTS et les autres établissements hospitaliers. Elle est fondée sur le type du contrat classique. En effet, les deux parties passent un marché annuel basé sur le mode « négocié », conformément aux dispositions du décret n° 2.98.482 relatifs aux marchés publics.

1.6 Les relations contractuelles avec les établissements privés de formation aux carrières de santé

Les établissements privés de formation aux carrières de santé, niveau infirmier, ont connu ses dernières années un développement aussi important à travers le Royaume.

⁹ CRTS : Centre Régionaux de Transfusion Sanguine.

Ceci est justifié par l'insuffisance accrue de ce profil au sein du marché d'emploi marocain. Le cursus de formation exigé au niveau de ces établissements est celui enseigné au niveau des instituts relevant du Ministère de la santé. Pour les stages pratiques de formation, ces établissements privés ont sollicité l'autorisation pour que leurs élèves soient pris en charge dans les hôpitaux publics.

Pour ce faire, il a été décidé de recourir aux relations contractuelles. Celles-ci sont fondées sur des conventions de coopération conclues entre les directions des Centres Hospitaliers et ces établissements. Ces conventions définissent le cadre dans lequel les établissements privés sont autorisés à organiser des stages pratiques au profit de leurs élèves dans le domaine des sciences paramédicales existant dans les établissements hospitaliers concernés.

Au terme de ces conventions, les directions des hôpitaux publics s'engagent à assurer la formation pratique et l'encadrement des élèves de ces établissements sur la base du programme de formation du Ministère de la santé ; en contrepartie, elles perçoivent une contribution financière forfaitaire par élève stagiaire et par année scolaire. Pour les soins de santé de base, la contrepartie est constituée de dons en nature.

Le soubassement réglementaire de ces conventions consiste pour les CHU, principalement à la loi 37.80 relative aux CHU et l'arrêté du ministère des finances du 26 février 1991 portant organisation financière et comptable des CHU. Pour les hôpitaux SEGMA et les établissements de soins de santé de base c'est la décision du Ministère de la santé n° 020713/DRC/10/13/AF du 1/8/2005 à titre d'exemple.

1.7 Expérience spécifique dans le domaine de la maintenance

La problématique de la maintenance constitue une préoccupation de tous les acteurs au sein de système de santé. Une grande partie de patrimoine immobilier et des équipements médicaux appartenant au Ministère de la santé se trouve dans un état de dégradation très avancé en raison, d'une part de l'absence d'une politique et d'une stratégie de maintenance et d'autre part de l'insuffisance du budget réservé à la fonction maintenance.

Historiquement, dans certains domaines, en l'occurrence la maintenance des équipements de l'imagerie médicale et de certains équipements biomédicaux, le Ministère de la santé a toujours fait recours à des relations contractuelles avec des sociétés spécialisées, dans un marché prédominé par l'exclusivité de représentation de fabricants. Le type de contrat adopté dans ce cadre est le « Marché cadre ». Pour la maintenance des bâtiments et autres installations techniques, les opérations sont exécutées coût par coût. La relation contractuelle est concrétisée dans la plus part des cas soit sur la base du marché annuel, soit moyennant des bons de commandes.

En 2004, un projet pilote sur un nouveau système de gestion de maintenance immobilière a été initié dans la région d'El Gharb Chrarda, Beni Hssein. La mise en œuvre de ce projet intitulé « *Cadre de gestion de la maintenance du patrimoine Immobilier* » a été concrétisée à travers une relation contractuelle adoptée pour la

première fois; il s'agit d'un « *contrat programme* » établi entre le Ministère de la santé et la région pilote sus indiquée.

L'objectif de ce projet consiste à placer la maintenance dans une position qui lui permet d'une part, de concevoir et de se donner les moyens d'une véritable politique de maintenance préventive et corrective, et d'autre part, mettre en place une politique de normalisation en vue d'harmoniser les prestations, les processus décisionnels, et les procédures. Aussi le projet cible la modernisation des méthodes de gestion de la maintenance et la mise en place des mécanismes d'échange et de transfert des informations entre les différents niveaux centraux et déconcentrés.

Le projet est financé dans le cadre d'un prêt de la BIRD au profit du gouvernement marocain échelonné sur une période de deux ans. Il vise, en général, la mise en place d'une organisation et d'une gestion de la maintenance basée sur l'atteinte de résultats plutôt qu'une gestion axée sur les moyens.

Le contrat programme établi, en conséquence, s'inscrit dans une logique de gestion axée sur les résultats. Il précise d'une part, l'objet, la durée du contrat, les engagements des deux parties et les modalités de suivi et d'évaluation, et d'autre part, le plan d'action pour la mise en œuvre du système de gestion immobilière à travers la définition des objectifs, des actions à réaliser sur la base d'un échéancier étalé sur trois ans et les indicateurs d'objectifs permettant de mesurer les résultats à atteindre. Il prévoit aussi les ressources humaines et financières nécessaires pour la réalisation des actions prévues pendant la durée du contrat. Les ressources financières mobilisées pour ce projet sont estimées à 4,85 millions de dirhams en 2004 et 10,35 millions de dirhams en 2005.

Le contrat présente, en outre, la stratégie organisationnelle du cadre de gestion immobilière comme étant un processus qui doit s'articuler, nécessairement, autour des fonctions de planification, d'exécution et du contrôle et dévaluation.

Il n'y a pas assez de recul pour évaluer l'expérience; néanmoins, elle est étendue, en 2005, à trois autres régions sanitaires ; il s'agit de celles concernées par le projet REDRESS¹⁰ financé par l'Agence Française de Développement (AFD), Doukkala Abda, Tadla Béni Mellal et Al Hoceima Taza Taounat au titre de 2005 ; en 2006, il est prévu d'étendre l'expérience aux régions de l'oriental et de Fès.

2. Relations contractuelles basées sur des outputs

Les établissements sanitaires sont des producteurs de soins et de services. Dans la plupart des cas, ceux-ci sont payants ; par conséquent, ils ont été toujours ouverts à des relations contractuelles fondées sur des outputs avec des organismes de prévoyance sociale. A ce titre, nous proposons dans ce document l'expérience relative aux relations contractuelles avec les organismes de prévoyance sociale.

¹⁰ REDRESS : Renforcement et Développement du Réseau de Soins de Santé de base

Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, les soins et services produits par les établissements sanitaires publics au Maroc sont payants. Les tarifs actuellement appliqués sont réglementés par l'arrêté conjoint du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances et de la Privatisation n°10.04 du 25 mars 2004 fixant les tarifs des services et prestations rendus par les hôpitaux et services relevant du Ministère de la santé, et l'arrêté du Ministre des affaires sociales n° 221-98 du 29 janvier 1998 pour les Centres Hospitaliers Universitaires. La clientèle des hôpitaux publics est composée des personnes supportant le paiement direct et intégral de la dépense, des personnes disposant d'une couverture assurantielle (organisme de prévoyance sociale ou mutuelle) et des personnes indigentes.

- Le système d'assurance maladie concerne environ 17% de la population dont la quasi-totalité est citadine. Les agents de l'Etat et du secteur public, ainsi que leurs ayant droits, constituent plus des 2/3 de la population couverte. Le critère d'adhésion est le revenu salarial ou plus rarement la pension de retraite. Avant 2005, le système d'assurance maladie était facultatif et volontaire;
- Les personnes économiquement faibles sont exclues du système d'assurance maladie. Elles sont prises en charge d'une façon quasi totale dans les structures publiques de soins: systématiquement pour les soins de santé primaires et moyennant la production d'un certificat d'indigence pour les soins hospitaliers;
- Le reste de la population (ni assurée, ni indigente) s'acquitte des dépenses de soins par paiement direct aux établissements hospitaliers.

La loi 65.00 est venue pour instituer un système de couverture médicale de base comprenant l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED):

- L'assurance maladie obligatoire (AMO) est entrée en vigueur en 2005. Elle prévoit de porter le nombre de bénéficiaires de 17% actuellement à 34% de la population. La mise en œuvre de l'AMO au Maroc vise l'extension de la couverture médicale à quelque 216.000 nouveaux bénéficiaires, dont 78.000 retraités, soit un total de 700.000 bénéficiaires dans le secteur public. Ainsi, elle portera à 3.200.000 personnes le nombre global des bénéficiaires des prestations de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS¹¹). L'AMO sera étendue, dans une deuxième phase, à la catégorie des professions libérales, portant ainsi à 50% le taux de couverture de la population marocaine. L'application du régime de l'AMO dans cette catégorie de professions prévoit de couvrir plus de 4,5 millions de bénéficiaires;
- Le régime d'assistance médicale (RAMED) entrera en vigueur à partir de 2006 et continuera de garantir la gratuité des prestations dans les hôpitaux publics au profit des couches nécessiteuses. Le RAMED permettra de couvrir entre 6,5 et 7,0 millions de Marocains à revenus limités qui ne bénéficient d'aucune couverture médicale.

¹¹ CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

Jusqu'à aujourd'hui, les relations entre les établissements sanitaires en tant que producteurs de soins et les organismes de prévoyance sociale chargés de remboursement des frais d'hospitalisation et de soins prodigués par les hôpitaux publics (CNOPS, CNSS...) ne sont pas réellement fondées sur des relations contractuelles. Ainsi, pour le cas de la CNOPS, le remboursement au profit des CHP SEGMA est effectué sur la base des tarifs référentiels définis et imposés par cet organisme.

Toutefois, la loi 65.00 portant code de l'assurance maladie de base définit les responsabilités, les modalités et les conditions de remboursement ou de prise en charge. Ainsi, elle stipule dans son article 12 que « ***la tarification nationale de référence pour le remboursement ou la prise en charge des prestations de soins garanties est fixée :***

- ***Par voie conventionnelle.***
- ***Par voie réglementaire, le cas échéant.***
- ***Pour les médicaments, le tarif national de référence est le prix public des médicaments... »***

Par conséquent, l'éventualité de recours aux relations contractuelles dans ce cadre est privilégiée par la nouvelle loi. Ainsi, on s'oriente sans doute vers l'élaboration et l'adoption de conventions-cadre entre les organismes d'assurance santé et les prestataires relevant du secteur public d'une part et ceux relevant du secteur privé d'autre part. ces conventions-cadre devront se prononcer sur les modalités de prise en charge: se contenter de rembourser sur un tarif défini conjointement, organiser le tiers-payant, se comporter en acheteur actif.

II- RELATIONS CONTRACTUELLES BASEES SUR UNE DELEGATION DE RESPONSABILITE

Le contexte national est caractérisé par des mutations profondes dans plusieurs domaines notamment socio-économiques, institutionnels, financiers et budgétaires. Pour faire face aux besoins croissant de la population, le gouvernement, dans ces choix stratégiques, a opté pour l'approche de proximité, la dynamique de l'adaptation de la gestion budgétaire au cadre de la déconcentration et le développement de partenariat.

En 2001, les pouvoirs publics ont décidé d'introduire le dispositif de gestion axée sur les résultats au sein des administrations publiques et de mettre en oeuvre le processus de **la globalisation des crédits budgétaires**, comme outil, au service de la dynamique de la gestion financière (Circulaire n° 12/2001 du 28 décembre 2001 de Mr le Premier Ministre).

Le Ministère de la Santé est parmi les premiers départements ministériels qui se sont impliqués dans ce processus dans le sens de développer des relations contractuelles fondées sur la délégation des responsabilités, à travers trois expériences :

- Les contrats plans 2003/2004 avec les CHU Ibn Rochd de Casa et Ibn Sina de Rabat
- La contractualisation interne avec les régions sanitaires basée sur les budgets-programme
- La contractualisation avec les Centres hospitaliers SEGMA 2004/2005.

Par la contractualisation interne, il s'agit de développer les responsabilités et l'autonomie de services par la mise en place de centres de responsabilités dans le cadre desquels sont élaborés les projets de services qui définissent des objectifs et des moyens et qui font l'objet d'un contrat signé entre l'administration centrale et les services déconcentrés. Au travers l'adoption du budget-programme, l'échelon central délègue ses responsabilités au niveau déconcentré.¹²

Toutefois, les trois expériences initiées au niveau du secteur de santé publique au Maroc demeurent en stade d'expérimentation.

1. Expérience de contrats - plan avec les CHU

Le contrat plan est la première expérience en matière de relations contractuelles développées dans le secteur de la Santé. Elle a été adoptée et mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2003. Les contrats ont été conclus entre l'Etat représenté par le Ministère

¹² Le rôle de la contractualisation dans la performance des systèmes de santé, J.Perrot, OMS, 2004.

de la Santé et le Ministère des Finances d'une part et les Centres Hospitaliers Universitaires Ibn Sina de Rabat et Ibn Rochd de Casablanca d'autre part.

Il convient de rappeler que les CHU au Maroc sont érigés en établissements publics conformément aux dispositions de la loi 37.80 relative aux centres hospitaliers. En conséquence, ils jouissent de la personnalité morale et de l'autonomie financière, sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et la tutelle financière du Ministre des Finances et de la Privatisation. De ce fait, ils disposent des pouvoirs de négociation et de conclusion de contrats avec des organismes publics ou privés, nationaux et/ou internationaux, comme étant des entités, réglementairement autonomes agissant en leur nom et pour leur compte. Ils peuvent, ainsi, conclure des conventions et des contrats sans passer par la tutelle. A titre d'exemple, il y a lieu de citer la convention de coopération conclue entre le CHU Ibn Sina de Rabat et l'ESPA (Ecole des Sciences Paramédicales Appliquées). A signaler que, les CHU sont administrés par des conseils d'administration qui sont investis de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration des centres. Ces conseils d'administration peuvent déléguer une partie des pouvoirs aux conseils de gestion. Les CHU sont gérés par des directeurs qui détiennent les pouvoirs nécessaires à la gestion des centres et à l'exécution des décisions des conseils d'administration.

Les contrats plans ont été conclus pour une durée de deux ans couvrant la période 2003/2004. Ils s'inscrivent dans le cadre du renforcement des rapports entre l'Etat et les CHU de manière à accroître l'efficacité d'intervention des deux grands CHU, qui constituent la principale référence de soins tertiaires au sein du système de soins au Maroc. Ils matérialisent la volonté des deux parties d'introduire, pour la première fois, de nouvelles relations.

Le recours à ce type de contractualisation permet donc de responsabiliser les trois acteurs concernés, de sécuriser durant la période contractée, le financement et la mise en œuvre de certaines actions du contrat plan et enfin d'assurer une meilleure transparence dans la gestion du bien public, à travers les mécanismes de suivi, d'évaluation et d'imputabilité.

Les contrats plans sont conclus entre deux entités différentes que sont l'Etat et des établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils ont suivi, donc, le processus habituel pour l'établissement d'un contrat, et qui sont fixés ainsi:

- La durée et les objectifs du contrat.
- Les engagements des deux parties contractantes.
- Les modalités du suivi et d'exécution.

Les engagements des deux parties ont fait l'objet d'une entente. Les Centres Hospitaliers se sont engagés à réaliser un certain nombre d'actions et d'activités définies dans les contrats durant deux ans 2003-2004, notamment l'externalisation de certaines activités connexes, la mise à niveau des plateaux techniques, l'humanisation

des hôpitaux relevant des CHU ; en contrepartie, l'Etat s'est engagé à mettre à la disposition des CHU les fonds, à titre de subventions et l'appui technique nécessaire.

Une évaluation à mi parcours a été effectuée durant l'année 2004 par les comités de suivi et d'évaluation prévus par les deux contrats. Les rapports de cette évaluation ont évoqué les principales contraintes et difficultés rencontrées au cours de la première année de mise oeuvre. Ces contraintes se rapportent, notamment, à la non adhésion du personnel, au manque de ressources financières pour l'acquisition de nouvelles technologies, ce qui a engendré un retard dans l'exécution des principales actions prévues dans les contrats.

Les principales recommandations de cette évaluation consistent à orienter les parties contractantes pour revoir leur stratégie de mise en œuvre de certains axes dans le sens de cibler les actions structurantes. Pour ce faire, il a été procédé à une opération de priorisation des actions prévues.

Les résultats de l'évaluation à mi parcours ont poussé les deux parties à revoir leur stratégie pour la réalisation de ce qui reste de leurs engagements. Si cela a permis aux deux parties de réorienter le processus et cibler les actions prioritaires, l'évaluation montre, sans doute, que le processus n'a pas été suffisamment préparé. Ainsi, tout le processus a été mené par le département des Finances, le département de la Santé et les CHU ; néanmoins, il faut noter que ces derniers ont été appelés à élaborer leurs contrats sans avoir assez de temps. Aussi, les conditions dans lesquelles cette première expérience a été préparée n'ont pas permis de faire une corrélation entre les contrats plans et les projets d'établissement de deux CHU. Toutefois, l'expérience demeure une opportunité intéressante pour la formalisation et l'institutionnalisation des relations entre CHU en tant qu'établissements publics autonomes et leurs tutelles.

Quoique le Maroc dispose actuellement de quatre CHU, l'adoption de l'approche - contrat plan- au niveau des deux autres établissements (Fès et Marrakech) n'a pas été réalisée jusqu'ici. De plus, la pérennisation de l'approche avec les CHU de Rabat et de Casablanca après l'expiration de la première période (2003-2004) n'a pas été assurée. L'expérience est à la phase d'évaluation de l'évaluation finale. On demeure ainsi, limité à ce stade de réalisation.

2. Expérience de la contractualisation interne avec les régions sanitaires basée sur le budget-programme

En 2003, le Ministère de la santé au Maroc a adopté l'approche "budget - programme avec les régions sanitaires". Cette approche s'inscrit dans le cadre du dispositif de gestion budgétaire axée sur les résultats dont les aboutissements sont fondés sur la contractualisation interne. Son fondement réglementaire est basé sur la circulaire de Monsieur le Premier Ministre n° 12 /2001 du 25 décembre 2001.

La nouvelle gestion axée sur les résultats peut être définie comme un processus formalisé visant à délimiter chaque année, mais dans le cadre d'un programme triennal glissant, avec une budgétisation annuelle, les responsabilités respectives, coordonné par les régions sanitaires bénéficiant d'une délégation de pouvoir, en vue de la réalisation des objectifs fixés de commun accords.¹³

Engagé, sous la responsabilité de la DPRF, la mise en œuvre du processus est passée par les étapes suivantes :

- L'élaboration d'un guide de la gestion budgétaire axée sur les résultats;
- L'organisation d'ateliers de sensibilisation/formation pour les services déconcentrés (20 ateliers touchant 400 cadres environ ont été tenus);
- L'envoi, aux coordonnateurs régionaux, d'une lettre de cadrage pour la préparation du budget programme 2004-2006;
- Toutes les régions sanitaires ont préparé leurs budgets-programme et l'ont adressé au niveau central.

La première mise à l'essai de cette approche a consisté à élaborer un programme triennal (2004-2006) portant sur des actions et des activités dont le financement est assuré par le budget de l'Etat. Ce Budget Programme porte sur les engagements réciproques des deux parties. Les engagements en question ont porté uniquement sur les actions et les activités retenues lors des réunions de négociation qui se sont déroulées à la fin de l'année 2003. La formalisation de tous ces engagements sous forme contractuelle n'a pas eu lieu.

Au niveau du processus d'élaboration du budget - programme, on peut souligner une particularité qui réside dans les compréhensions différentes selon les régions. Ainsi, et à titre d'exemple, certaines régions ont procédé à des estimations financières de chacun de leurs axes stratégiques pour chacune des trois années du budget - programme, alors que d'autres n'ont procédé à ces estimations que pour la première année du budget - programme. Toutefois, on peut constater que la quasi-totalité des budgets - programmes élaborés demeurent conforme à l'approche de gestion budgétaire axée sur les résultats et cadrent avec la démarche préconisée par le département de la Santé dans le guide méthodologique.

Le lancement de cette expérience par le Ministère de la santé montre sa détermination à revoir ses relations avec les services déconcentrés. En effet, cette expérience s'est avérée positive de part les résultats réalisés en matière de dynamique de l'équipe régionale, et de maîtrise du processus de planification. Toutefois, la non formalisation des relations entreprises entre les parties constitue une limite à cette expérience.

Le Ministère de la Santé a ensuite reconsidéré l'ensemble de cette approche et est en train de finaliser l'élaboration d'une "stratégie des budgets-programme pour les

¹³ Guide méthodologique d'élaboration des budgets programmes.

services déconcentrés du Ministère de la Santé au Maroc". Celle-ci peut être résumée ainsi:

Traditionnellement, le budget des services déconcentrés, tant au Ministère de la Santé que dans le reste de l'administration marocaine, est préparé chaque année par les services centraux et discuté avec l'administration des finances. L'approche consiste à partir des moyens budgétaires disponibles pour la prochaine année et à les répartir sans grande variation par rapport à ceux de l'année en cours. Dans ce cadre, les destinataires que sont les services déconcentrés ne sont que très peu impliqués: ils prendront connaissance des crédits qui leur sont destinés une fois que ceux-ci auront été votés.

Les conséquences de cette pratique sont une inéquité et inefficacité dans l'allocation des ressources entre les différentes régions. Ceci est dû à l'absence de critères explicites prenant en considération les particularités régionales et les capacités des acteurs locaux.

Pour faire face à cette situation, le Maroc a enclenché plusieurs réformes dont la réforme des dépenses publiques. Au niveau du Ministère de la Santé, cette réforme de la gestion budgétaire se traduit par la mise en place du budget-programme. Ce mécanisme permet d'avoir des relations plus démocratiques et plus transparentes entre le niveau central, les établissements publics, les services déconcentrés, la société civile et le secteur privé.

Il convient de souligner que l'approche budget-programme peut, dans son ensemble, être qualifiée de "*processus d'entente contractuelle*"; elle comporte des phases bien distinctes:

- l'élaboration et l'entente du budget-programme;
- la mise en œuvre du budget-programme.

La première phase du processus d'entente contractuelle est celle qui est relative à l'élaboration et à l'entente du budget-programme. L'élaboration correspond au temps où les services déconcentrés préparent le budget-programme de leur région sanitaire et l'entente correspond au moment où la région sanitaire et l'administration centrale négocient le budget-programme et l'arrêtent dans une "entente".

Une fois l'entente établie sur le budget-programme de trois ans, peut commencer la phase de mise en œuvre de ce budget-programme. Celle-ci se fera au travers de deux outils :

- le budget annuel
- la contractualisation de certains axes stratégiques prioritaires

Le budget annuel marque l'engagement de l'État pour mettre en œuvre les activités. Dans la mesure où il s'appuie sur les prévisions du budget-programme, il prend en compte les priorités de la région sanitaire et par conséquent n'est plus défini de haut en bas. Néanmoins, il souffre de faiblesses. Tout d'abord, l'engagement de l'État n'est pas entier; dans le respect des règles de la comptabilité publique, il peut être dérogé à la mise en place de ces moyens budgétaires. Par ailleurs, le budget de l'État ne fait pas

ressortir l'engagement du service déconcentré. Enfin, en raison du principe de l'annualité budgétaire, le budget annuel ne permet pas l'engagement sur trois ans et perd ainsi l'esprit du budget-programme qui marque une vision sur trois ans.

La contractualisation peut alors être vue comme un outil permettant de concilier la vision administrative et la vision planificatrice. Par rapport au budget-programme qui est une entente non impérative, la contractualisation engage les parties prenantes dans une relation qui oblige, c'est-à-dire qui devient impérative. Par rapport au budget annuel, la contractualisation permet de sortir de la logique de la tutelle. Le recours à la contractualisation permet:

- de responsabiliser les deux acteurs ici concernés, à savoir l'administration centrale de la santé mais aussi des finances et la région sanitaire afin d'améliorer l'efficacité des services de santé pour améliorer la santé des populations;
- de sécuriser, sur trois ans, la mise en œuvre de certaines actions du budget-programme;
- d'assurer une meilleure transparence dans la gestion du bien public, au travers les mécanismes de suivi, d'évaluation et d'imputabilité.

La formalisation de l'entente qui découle de ces principes par les parties prenantes prend la forme d'un "contrat", c'est-à-dire d'un acte dans lequel des partenaires s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.

Il faut souligner le contexte institutionnel. Les services déconcentrés du Ministère de la Santé - ici la région sanitaire - ne sont pas dotés d'une personnalité morale spécifique. Au même titre que l'administration centrale, ils sont des éléments constitutifs de l'administration sanitaire. Par conséquent, seul le Ministère de la Santé, par délégation d'ailleurs du gouvernement, jouit d'une personnalité morale. L'arrangement contractuel qui peut unir les deux composantes d'une même personnalité morale que sont l'administration centrale d'une part et les services déconcentrés d'autre part est alors d'une nature particulière. En effet, tel que l'entend le droit, un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes (au sens juridique du terme). A l'évidence, cette contractualisation ne s'inscrit pas dans ce contexte: elle est une "contractualisation interne", c'est-à-dire une contractualisation entre des parties d'une même entité juridique.

Par la contractualisation interne il s'agit de développer les responsabilités et l'autonomie de services par la mise en place de centres de responsabilités dans le cadre desquels sont élaborés les projets de services qui définissent des objectifs et des moyens et qui font l'objet d'un contrat signé entre l'administration centrale et les services déconcentrés. Au travers l'adoption du budget-programme, l'échelon central délègue ses responsabilités au niveau déconcentré.

3. Expérience de la contractualisation avec les CHP SEGMA

Dans le même contexte stratégique et réglementaire, le Ministère de la Santé a initié à partir de 2004, à titre d'expérience, l'approche du budget programme au niveau de 15 Centres Hospitaliers SEGMA. Cette expérience a été pilotée par la DHSA en collaboration avec la DPRF et en coordination avec le Ministère des Finances et de la Privatisation. Elle suit le même cheminement et applique les mêmes règles adoptées dans l'expérience des régions, notamment en terme de processus de mise en œuvre et d'implantation.

Les objectifs ciblés à travers cette expérience se résument ainsi:

- La consolidation des acquis en matière de planification hospitalière;
- La rationalisation des ressources;
- L'amélioration des outils de gestion.

L'implantation de ce dispositif est passée par plusieurs étapes qui se résument dans les points suivants :

- L'élaboration et la validation des outils et supports avec les acteurs concernés, notamment, le Ministère des Finances et de la Privatisation;
- Le choix et la validation des axes stratégiques;
- La détermination des objectifs;
- Le choix des engagements des deux parties;
- La détermination de la durée du budget programme;
- L'élaboration des indicateurs de suivi et de résultats.

A la différence de l'expérience des régions, le budget-programme adopté par les CHP SEGMA donne lieu à la signature d'un contrat entre le Ministère de la Santé, représenté par la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, les délégués des provinces chef lieu d'implantation du CHP et les Directeurs des Centres hospitaliers contractants. Ce contrat précise, principalement, les objectifs, la durée du budget-programme, les engagements des deux parties ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

Les engagements réciproques des contractants sont fondés sur des axes stratégiques prédéfinis suite à une entente consensuelle. Ainsi, les deux parties ont arrêté un certain nombre d'axes jugés prioritaires ayant un impact direct sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

A titre d'exemple ces axes concernent :

A- Les engagements réciproques des contractants ont porté sur des axes stratégiques prédéfinis suite à une entente consensuelle. Ainsi, les deux parties ont arrêté un certain nombre d'axes jugés prioritaires ayant un impact direct sur le fonctionnement des établissements hospitaliers. Les axes choisis concernent :

- Le maintien du niveau de fonctionnement des CHP concernés;
- L'implantation des outils conçus dans le cadre du PFGSS et l'extension de la réforme à d'autres établissements hospitaliers;
- L'apurement des arriérés, notamment ceux relatifs aux fluides médicaux à l'eau et l'électricité;
- La mise en place d'un système d'information, en particulier le dossier médical;
- La mise en place d'une stratégie de maintenance.

B- La durée de réalisation des objectifs est fixée à deux ans. Ce choix est jugé adéquat et suffisant l'expérimentation de ce processus.

En matière de suivi et d'évaluation, deux organes qui sont:

1. Comité central chargé d'analyser les bilans d'activités, les bilans annuels, les rapports trimestriels de l'état d'avancement ainsi que l'analyse des écarts entre prévisions et réalisations;
2. Comité régional chargé de faire le point et d'analyser périodiquement les réalisations des engagements contenus dans le budget programme.

Toutefois, l'évaluation à mi parcours après une année d'exercice par le Comité Central de Suivi et d'Evaluation. Elle a révélé le constat suivant:

- l'expérience a permis de développer une vision partagée sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre et d'instaurer un dialogue permanent entre l'AC et les CHP concernés;
- Les acteurs concernés ont prouvé une bonne assimilation du processus de la contractualisation;
- Les actions programmées dans les budgets - programmes des CHP ont enregistré une réalisation jugée performante.

Cette expérience a rencontré, au niveau de l'implantation du processus, certaines difficultés qui ont influencés la réalisation des engagements des deux parties. La principale difficulté se rapporte à certains indicateurs qui ne présentent pas de liens entre les actions réalisées, les ressources mobilisées et l'atteinte les résultats. On peut penser que ceci est dû principalement aux difficultés d'implantation du système d'information, notamment le dossier médical, à la proportion très élevée des indigents par rapport aux utilisateurs des CHP ainsi qu'à l'écart important constaté entre les CHP PGGSS et non PFGSS et à l'intérieur même des CHP en terme de moyens.

III- RELATIONS CONTRACTUELLES BASEES SUR LA COOPERATION : LE « PARTENARIAT »

Le partenariat est une relation mettant en association deux ou plusieurs parties qui cherchent à réaliser ensemble des objectifs communs. Ces parties peuvent être soit de même secteur d'activités, soit appartenir à des secteurs d'activités différents. La relation de partenariat repose sur un certain nombre de principes importants, qualifiés de « fondements éthiques du partenariat ».

Avant d'être l'expression d'un contrat naturel et pragmatique, ce partenariat doit comporter une charge d'autorité, de confiance et de respect mutuel. Cette double dimension à la fois relationnelle et matérielle du partenariat est importante dans la mesure où la qualité du premier contribue indubitablement à garantir le succès du second. Le partenariat doit refléter le devoir solennel des parties à établir des relations stables et fructueuses; il doit préciser clairement leurs attentes et leurs engagements réciproques pour la réalisation de leurs attentes communes.

Le partenariat suppose un nouveau regard sur le pouvoir; il ne s'agit nullement pour les partenaires de chercher à tirer le maximum d'intérêt, mais au contraire d'apporter chacun sa propre contribution pour élaborer un projet commun qui soit profitable aux deux parties. Le partenariat implique des relations sociales. Il est donc primordial d'annoncer, dès le début, des règles du jeu que chacun des partenaires doit observer.

Dans une relation de partenariat on distingue cinq formes de rapports :

La communication : c'est un processus basé sur l'échange de l'information. La communication favorise le dialogue et la compréhension mutuelle et facilite le rapprochement des points de vue. Il s'agit de trouver des formes d'entente et de convergence à même de servir des intérêts réciproques.

La contribution : c'est une forme de relation qui est souvent circonstancielle. Elle signifie que les parties concernées s'apportent mutuellement de l'aide sans que cela ne rentre nécessairement dans le cadre d'objectifs communs aux deux parties. C'est une forme de relation qui exige confiance et crédibilité.

La coordination : c'est une forme de relation qui est habituellement intentionnelle, formalisée et qui nécessite une phase préalable de préparation et de réflexion. Elle cherche à donner une cohérence au déroulement des activités et à l'utilisation des ressources propres à chacun des partenaires; la finalité recherchée est l'atteinte de résultats communément arrêtés.

La coopération : c'est aussi une forme de relation formelle et intentionnelle au moyen de laquelle les parties concernées identifient leurs domaines d'intérêts communs,

planifient ensemble, négocient leurs rôles réciproques et engagent leurs ressources et leurs activités afin de réaliser des objectifs communs. A la différence de la coordination, la coopération aboutit à la conclusion d'un accord de partenariat et à l'édification de coalitions stratégiques qui s'inscrivent dans le moyen et le long terme. La coopération suppose évidemment la confiance, et l'engagement réciproque des partenaires. Toutefois, elle fait conserver à chacun d'eux son autonomie de gérer le processus de mise en œuvre des dispositions le concernant dans l'accord de partenariat conclu.

La collaboration : elle constitue enfin le niveau d'intégration le plus élevé dans une relation de partenariat. Elle commence par l'exploration des domaines d'intérêts communs dans le but de les mettre au service de la réalisation de leurs objectifs réciproques. Cette forme de relation évolue de manière constructive vers l'engagement autour de ces objectifs et conduit au regroupement de leurs ressources, de leurs activités et enfin au partage des résultats et des risques. Cette forme de relation instaure une autorité commune de direction qui assure la mise en œuvre et le suivi de cette collaboration.

Le chemin qui conduit à une relation contractuelle entre deux partenaires commence par la simple étape de communication et d'échange de point de vue, pour terminer, enfin, le parcours à l'étape de la collaboration qui est le degré le plus élevé sur ce parcours.

1. Partenariat avec les ONG

Au début des années 1980, face à la situation de crise économique qui a mis en péril les équilibres sociaux, face à l'inéquité en matière de l'offre de soins et aux effets de la transition épidémiologique concrétisés par l'accroissement des maladies non transmissibles et chroniques (cardiovasculaire, insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), cancers, l'Etat a montré son incapacité à mobiliser les ressources nécessaires pour mener ses fonctions de redistribution.

L'Etat est face à des contraintes économiques majeures et les pressions intérieures et extérieures en faveur d'une ouverture politique et sociale sont nombreuses. Le recours à la collaboration avec les ONG constitue une des réponses à cette situation. Par ailleurs l'émergence des ONG dans le contexte marocain est le résultat d'une part de l'attitude des institutions de la coopération internationale, bilatérale et multilatérale, qui voient dans ces ONG un troisième secteur permettant une opportunité pour échapper à la bureaucratie des administrations centrales et pour une meilleure utilisation de l'argent de la coopération. Enfin, les ONG elles-mêmes, dans leur diversité, s'organisent en groupes de pression ou en espaces d'expression de la demande sociale de la population.

Dans ce contexte, les ONG oeuvrant dans le domaine de Santé ont connu au Maroc un essor spectaculaire. L'incapacité des ménages à assumer des coûts des soins de plus en plus importants et le manque de couverture sociale ont conduit les ONG à proposer des formes d'entraide et de solidarité au Ministère de la Santé.

Les estimations du nombre d'ONG travaillant dans le domaine de la santé sont très incertaines. En dehors d'une centaine de petites associations dont les relations avec les services de santé sont en majorité non contractuelle, trois catégories d'ONG ont caractérisé l'évolution et la pratique associative, notamment, en matière de partenariat avec l'administration publique et, plus particulièrement, le Ministère de la santé :

- Les ONG de type « élitiste » comme les rotary et les lion's club nationaux dont les leaders sont des membres de professions libérales, des industriels et des grands négociants. Elles mobilisent des fonds assez importants pour les actions de santé moyennant des conventions conclues, directement, avec les services de santé ou par l'intermédiaire des petites ONG locales. Les domaines de ces conventions sont surtout représentés par des équipements des établissements de soins, la fourniture de lunettes, l'organisation de campagne de lutte contre la cataracte (l'achat des implants et le nécessaire à l'intervention), les médicaments et les équipements pour la prise en charge des diabétiques et les équipements destinés aux handicapés physiques.
- Une deuxième génération d'ONG, bien qu'également élitiste, est soutenue par les pouvoirs publics et bénéficie du statut d'association d'utilité publique. Rien ne distingue ces dernières, fondamentalement, des précédentes en ce qui concerne les domaines d'interventions, mais ils ont en plus une vocation régionale assez marquée leur donnant plus de légitimité. On peut citer les associations Ribat El Fath, Fès Saiss, Grand Atlas – Marrakech.
- La dernière génération d'ONG et d'associations nettement engagées dans le travail social et le développement économique doivent leur création et leur pérennité à des organismes internationaux de coopération ; c'est le cas par exemple de l'Association Marocaine de Solidarité et de Développement (AMSED). D'autres ONG doivent leur succès à un soutien appuyé de certains opérateurs économiques privés, comme c'est le cas de la Fondation Zakoura, avec pour partenaires les bailleurs de fonds, de grandes banques et compagnies d'assurances de la place financière de Casablanca. Une autre catégorie d'ONG a pu compter, d'abord, sur ses propres ressources avant d'entrer en relation avec l'administration et les institutions de la coopération internationale. A titre d'exemple, l'association Migration et Développement qui fédère plusieurs petites associations qui travaillent dans le domaine de la santé et de développement local, notamment, en milieu rural d'accès difficile.
- Il est observé ces dernières années l'émergence d'autres ONG qui interviennent dans le secteur de la santé, en l'occurrence, la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, l'Agence de Développement des Provinces du Nord et des ONG étrangères telles que Medicus Mundi Andalucia, Agence de Coopération pour la Paix, la Junta Andalucia.

Le processus croissant de démocratisation et l'importance des défis à relever dans le secteur de la Santé ont amené l'Etat à reconnaître de plus en plus le rôle des ONG.

Celles-ci ont pris conscience de leur place dans la défense de l'intérêt des citoyens et dans le développement social. L'intervention de ces ONG se fait en complément des actions de l'État.

Si l'encadrement réglementaire fait défaut pour certaines relations contractuelles fondées sur la coopération et le partenariat, il est à noter qu'à partir de 2003, la circulaire du Premier Ministre n° 7/2003 du 27 juin 2003 est venue pour réglementer les relations contractuelles fondées sur le partenariat et définir un modèle du contrat à adopter dans ce cadre. Cette circulaire avait pour objet de baliser la voie vers la définition d'une nouvelle politique du partenariat dans le sens de mettre en commun les ressources humaines, matérielles ou financières, en vue de l'exécution de prestations sociales, de la réalisation de projets de développement ou de la prise en charge de services d'intérêt collectif. Aussi, elle traduit la volonté du Gouvernement de faire du partenariat avec les associations l'un des instruments privilégiés permettant de concrétiser la nouvelle politique de proximité qui vise à lutter contre la pauvreté et l'exclusion et améliorer les conditions de vie des citoyens en situation de précarité ou de difficulté à travers la satisfaction de leurs besoins prioritaires.

A travers cette circulaire, le Gouvernement entend développer de nouvelles relations avec les associations fondées sur une politique de partenariat renouvelée, visant d'une part à accroître les capacités d'action des partenaires associatifs et d'autre part à préciser le cadre de leur intervention. Le but recherché est d'optimiser l'emploi des ressources, de centrer les partenariats sur les besoins des populations défavorisées et de garantir la transparence. A cet effet, elle a fixé les domaines et les conditions dans lesquelles les relations de partenariat entre l'Etat et les associations doivent être établies. Les modalités de mise en œuvre, telles qu'elles sont précisées dans la circulaire du premier Ministre précitée, se résument ainsi :

- Les partenariats à promouvoir seront dirigés vers les secteurs prioritaires de l'action gouvernementale
- Inscription du partenariat dans un cadre conventionnel
- Le respect des procédures d'éligibilité des projets associatifs aux contributions financières publiques: Comité d'éligibilité
- Procédures d'engagement et de paiement des contributions
- Suivi, évaluation et reddition des comptes.

Les projets retenus par les comités d'éligibilité doivent tenir compte des engagements déjà souscrits dans la convention conclue entre les deux parties et rester dans la limite des crédits ouverts par la loi de Finances.

Le contrat adopté dans ce cadre est de type « contrat relationnel » qui est basé sur la confiance que se font des acteurs pour agir dans l'intérêt commun. De ce fait, le contrat n'est pas complet et détaillé ; néanmoins, il renseigne sur les grands objectifs de la relation, sur les méthodes de travail et sur les moyens que l'on mobilise pour réaliser les actions. La flexibilité et la coopération caractérisent ce type de contrat.

A ce titre, la circulaire a préconisé, en annexe, un modèle de « convention type de partenariat entre l'Etat et les associations » qui est fourni à titre indicatif et qui peut être adapté aux spécificités de chaque action de partenariat. Le contenu de cette « convention type » renferme toutes les clauses nécessaires qui sont en faveur d'une logique de gestion axée sur les résultats plutôt que d'une gestion fondée sur les moyens. De ce fait, elle est composée d'une part des clauses relatives aux dispositions générales, l'objet, la durée, les engagements des parties prenantes, et d'autre part des clauses concernant les modalités de suivi et d'évaluation (comité de suivi, indicateurs de suivi etc.). Ce modèle de contrat a fait l'objet d'une adaptation aux spécificités du Ministère de la Santé. Il a été diffusé par circulaire du Ministre de la Santé. Suite à cela, le Ministère de la Santé a lancé un appel à projets qui a débouché sur treize contrats dans des domaines différents.

Quelles que soit la nature de coopération entre les ONG et les structures du Ministère de la santé, les relations entre ces deux acteurs sont de deux types :

- Relations contractuelles basées sur des conventions signées par les deux parties sous forme de contrat relationnel. Ceci c'est le cas généralement des grandes ONG ou des fédérations.
- Relations ad hoc et ponctuelles en réponse à des besoins exprimés généralement par les petites ONG, sans engagement contractuel concret.

Les domaines d'intervention dans le cadre de la coopération avec les ONG sont divers. Néanmoins, pour cerner les principaux aspects qui font l'objet de relations contractuelles, il a été procédé à la classification suivante :

1.1. Conventions dans le domaine de la prestation de soins curatifs, préventifs et promotionnels

En matière de prestation de soins, les relations contractuelles entre les services déconcentrés du Ministère de la santé et les ONG sont souvent sous forme de contrat relationnel dit "convention de partenariat" signé entre les deux parties et validé par le service central. L'objet de ces contrats varie en fonction du domaine d'intervention de l'ONG. La majorité des cas se sont des conventions conclues pour le suivi médical, soit dans des établissements gérés ou dirigés par l'ONG comme les orphelinats, les maisons sociales pour les enfants abandonnés ou en difficultés, pour les sujets âgés ou pour les malades mentaux, soit dans des points de rassemblement pour les populations se trouvant dans des zones d'accès difficiles qui ne sont pas couvertes ou irrégulièrement couvertes par les services de santé (équipe mobile, itinérance).

Dans ces conventions, les services du Ministère de la santé s'engagent donc à prodiguer des soins curatifs et préventifs tels qu'ils se pratiquent dans les établissements de soins, y compris les programmes sanitaires et les activités de surveillance d'hygiène alimentaire et des locaux. A ce titre, les services de santé contribuent par l'octroi de personnel de santé (médecins, infirmiers, rééducateurs, kinésithérapeutes, etc.), des dotations en médicaments et de certains équipements, des moyens de mobilité pour la sortie des équipes mobiles, ainsi que l'accès à certains

examens ou prise en charge dans les hôpitaux à titre gratuit. De leur part, les ONG contribuent par l'octroi de locaux pour l'exercice des activités médicales et paramédicales (consultation, suivi, éducation, soins,...), l'achat des équipements et matériel des médicaments, moyens de mobilité et les frais de leur fonctionnement, les frais d'administration et de gestion de ces unités de soins, et, dans certains cas, des primes de motivation du personnel mis à leur disposition.

Un autre type de convention est établi dans le cadre des programmes sanitaires de prévention et de lutte contre certaines maladies et la promotion de la santé. La convention de partenariat, à l'échelle nationale, signée entre le ministère de la santé et l'Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF) dans le cadre des programmes de santé maternelle et infantile vise à promouvoir la santé de la reproduction en dispensant les services d'information, d'éducation et de communication. Les deux parties s'engagent à collaborer en matière de :

- l'exécution de la stratégie de communication en matière de santé reproductive par la production et la diffusion de messages éducatifs par les différents canaux de communication interpersonnelles et de masse.
- de plaider par l'organisation de congrès, colloques et séminaires sur le thème de la santé reproductive.
- l'organisation de campagnes de sensibilisation pour la promotion de la santé de reproduction, notamment des populations les moins desservies dans les zones les plus éloignées.
- le soutien en matière de formation dans le domaine de la santé de reproduction au personnel du département de la santé ou autres départements gouvernementaux et ONG.
- la dotation des médecins du secteur privé et des établissements publics en moyens de contraceptions (pilules, DIU, injectables,...) et la formation afférente.
- la présentation de projets communs dans le domaine de la santé de reproduction aux différents donateurs nationaux et internationaux pour diversifier les ressources.

D'autres types de relation contractuelle sont observés dans le domaine de prestation de soins ; il s'agit de convention concernant des activités ponctuelles, répétitives ou non, comme l'organisation des journées de consultation ou des caravanes médicales en faveur des populations démunies ou pour lesquelles la couverture sanitaire est insuffisante en raison de l'inaccessibilité et de l'éloignement. Dans ces conventions, se sont surtout les associations de médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes,... publics et privés qui s'engagent à être à la disposition des services de santé en cas de besoin pour l'organisation avec d'autres partenaires ONG ou autres, des activités de soins. Dans certains cas, l'engagement de ces associations concerne aussi l'apport de médicament par l'intermédiaire des firmes pharmaceutiques.

1.2 Conventions dans le domaine d'acquisition de médicaments, matériel et équipement et consommables médicaux

L'achat des médicaments et de consommables médicaux figure dans la majorité des conventions de partenariat entre les ONG et les structures du Ministère de la santé en matière de prestation de soins et services. Néanmoins, il existe des conventions spécifiques à ce domaine dans lesquelles les ONG prennent en charge l'achat de médicaments et fongibles pour la prise en charge des malades souffrants d'une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ou de pathologie cancéreuse (chimiothérapie,...) ou d'autres pathologies chroniques (diabète, cardiopathie, hypertension,...). Il s'agit des associations de malades soutenues par des médecins, par des personnes aisées ou par des leaders dans le but de contribuer, avec les services de santé, à améliorer les conditions de vie de ces malades et à soulager la lourdeur des dépenses des services de santé. Il est à signaler que ces conventions contiennent des clauses contractuelles qui exigent le respect de certaines conditions telles que les lois et règlements relatifs à la prescription médicale, à l'indication des différents traitements, aux modalités de gestion et d'utilisations des médicaments, ainsi qu'aux modalités de suivi et d'évaluation.

1.3 Conventions dans le domaine des infrastructures sanitaires

Les relations contractuelles dans ce domaine visent la proximité et l'extension de la couverture sanitaire afin de corriger les inégalités entre les régions, provinces, ainsi qu'à l'intérieur d'une région ou d'une province. Les ONG ont joué un rôle important en matière de financement de constructions, de réaménagement, ou de rénovation des formations sanitaires (centres de santé, hôpitaux,...), ainsi que le don de terrain pour la construction des établissements de soins. Les conventions entre les ONG et le Ministère de la santé précisent les engagements des ONG durant toutes les étapes de réalisation du projet, allant des études jusqu'à l'achèvement des travaux et leur réception. Le Ministère de la santé se charge du suivi de ces différentes étapes et leur validation selon les critères et les normes en vigueur. Le déplacement des cadres techniques du Ministère de la santé pour cette fin est à la charge de ce dernier, leur présence est obligatoire lors du lancement des travaux et au moins une fois au cours de la réalisation pour constater l'état d'avancement et superviser le déroulement des travaux et la réception définitive du projet. A la réception du projet effectuée par le Ministère de la santé, l'établissement, y compris le terrain sur lequel est bâti, devient propriété du Ministère. En contrepartie, le Ministère s'engage à équiper ces établissements nécessaires, si cet équipement n'est pas pris en charge par l'ONG, à offrir le paquet de soins en réponse aux besoins de la population desservie (population de responsabilité) et à assurer le fonctionnement de l'établissement selon la réglementation en vigueur.

1.4 Conventions dans le domaine de la logistique

Dans ce domaine, on observe le recours à des relations contractuelles, notamment pour l'acquisition d'ambulances au profit des établissements de soins hospitaliers et ambulatoires. Dans les conventions conclues dans ce cadre, les associations

s'engagent à acheter les ambulances et/ou à prendre leur fonctionnement (carburant, entretien, chauffeur). En contrepartie, le Ministère de la Santé prend en charge le fonctionnement des ambulances mises à sa disposition et/ou les activités de soins.

1.5 Conventions dans le domaine des ressources humaines

Pour mener leurs activités, les ONG connaissent un grand déficit en ressources humaines. Généralement, les conventions signées avec le Ministère de la Santé stipulent qu'elles sont autorisées à recruter à titre provisoire des personnes volontaires (secouristes, aides soignants ou agents de santé communautaire formés par les services de santé) en attendant l'affectation de personnels de santé par le Ministère de la Santé. On observe dans de rares cas des ONG qui recrutent des personnels de santé qualifiés et qui les mettent à la disposition des services de santé.

1.6 Conventions dans le domaine de PEC des malades chroniques et des handicapés

En matière de prise en charge des maladies chroniques en plus des relations contractuelles citées dans le domaine de la prestation de soins, le cadre de partenariat entre les signataires concerne, dans la majorité des cas, des activités ponctuelles telles que :

- activités de dépistage des maladies chroniques par l'organisation des caravanes médicales
- information et sensibilisation de la population par l'organisation des journées médicales et la célébration de journées de différentes natures
- diagnostic et traitement : dépistage, et traitement (Diabète, HTA, ...)
- les activités d'information et de la sensibilisation ainsi que la formation des personnes relais et des pairs
- le financement de la prise en charge des malades nécessiteux.

Pour les handicapés, les conventions signées visent à leur intégration et à leur insertion dans le tissu social, à leur assurer un suivi médical régulier et à les faire bénéficier des services de réadaptation qu'offre le Ministère de la santé.

Le financement des ONG oeuvrant dans le domaine de la santé provient d'une part de la contribution de l'Etat conformément aux dispositions de la circulaire du Premier Ministre n° 7/2003 et d'autre part du soutien des bailleurs de fonds, aussi bien sur le plan matériel que sur le plan du transfert de savoir faire et des apports méthodologiques. Ceci se fait essentiellement via les services de coopération et des affaires culturelles des Ambassades selon des axes prioritaires fixés en commun accord.

2. Partenariat avec les services de coopération et les organisations internationales

Selon les programmes de coopération bilatérale entre le gouvernement Marocain et d'autres gouvernements, on trouve des organismes tels que la GTZ pour l'Allemagne, le DGCD pour la Belgique, USAID pour les Etats-Unis d'Amérique... qui soit travaillent directement avec le Ministère de la Santé soit ont recours à des ONG pour la réalisations de certains programmes. Selon les programmes des Nations Unis, on trouve l'OMS – FNUAP – PNUD – UNICEF – ONUSIDA

Les domaines d'intervention des différents intervenants sont très vastes et couvrent les activités suivantes :

- Les activités de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre les maladies qui englobent presque tous les programmes du Ministère de la Santé en matière de santé reproductive – Maternelle et infantile, les maladies transmissible IST/SIDA etc., certaines maladies non transmissibles. Les activités d'information et de sensibilisation pour les thèmes prioritaires au profit des populations cible, des personnes relais ou les pairs via les services de santé directement ou à travers les ONG.
- Les activités de formation des professionnels de santé : c'est l'activité la plus présente dans les interventions des organismes internationaux; elle vise le transfert d'un savoir faire et un apport méthodologique.
- Appui à la déconcentration et à la décentralisation du système de santé Marocain : l'appui des organismes internationaux en matière de mise en place de structure régionale de santé se fait à travers de projets comme le PAGSS, le projet d'appui à la gestion des services de santé dans la région orientale.

Les interventions des partenaires dans ce cadre s'appuient sur la base des orientations stratégiques nationales et le soutien du niveau central. Les plans d'action de mise en œuvre des activités prévues au niveau de chaque région reposent sur les axes prioritaires suivants :

- Mise en place d'une offre de soins planifiée avec une répartition équitable sur l'ensemble du territoire régional à travers le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS)
- Amélioration de la qualité des soins à travers l'implantation d'une culture "qualité" chez les professionnels de santé
- Amélioration du management des services de santé et renforcement des capacités des équipes régionales en matière de gestion, compétences clinique et communicationnelles et de recherche sur le système de santé
- Renforcement des capacités de mobilisation des ressources financières pour permettre un financement suffisant et stable.

Le partenariat avec les organismes internationaux se fait sur la base d'un arrangement contractuel, le plus souvent d'une durée de 3 ans. Les engagements des organismes

concernent essentiellement l'appui technique et la contribution financière sous forme de dotation ou achat de matériel médical et médico - technique, de moyen de mobilité, de construction, d'aménagement ou de rénovation des locaux etc. Des rapports annuels de performance et des rapports d'évaluation de fin de projet sont établis et discutés avec tous les intervenants des services de santé régionaux et centraux.

3. Partenariat avec les collectivités locales

L'implication des collectivités locales dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des plans de développement sanitaire ne date pas d'aujourd'hui. En effet, la première charte communale du 20 Septembre 1976 a souligné la participation des collectivités locales aux activités d'hygiène du milieu. Le plan quinquennal 1981-1985 visant le renforcement des infrastructures sanitaires de base et des soins de santé primaires, conformément aux recommandations d'ALMA ATA 1978, avait connu la participation de plusieurs communes.

En 1990, le transfert aux collectivités locales des crédits relatifs à l'investissement en matière de projets locaux, notamment la construction et/ou l'aménagement des formations de soins de santé de base et les logements de médecins et d'infirmiers en milieu rural, et ce conformément aux plans de développement du Ministère de la Santé.

La révision constitutionnelle de 1996 a érigé les régions en collectivités locales; la loi n° 47/ 96 relative à l'organisation régionale est venue renforcer son rôle. Selon cette loi, la région exerce des attributions propres et des compétences transférées par l'Etat et insiste sur l'importance du partenariat entre les régions et les différents intervenants publics et privés pour les objectifs de développement. Elle indique, dans ses articles 100, que « les collectivités du Royaume sont les régions, les préfectures, les provinces et les communes ... » et 101 que « elles élisent des assemblées chargées de gérer démocratiquement leurs affaires dans les conditions déterminées par la loi... ».

Les collectivités locales constituent donc des entités distinctes de l'Etat avec une personnalité morale et juridique. Par le cadre législatif et réglementaire qui les régit, par les compétences de plus en plus large qui leurs sont dévolues, et par leur présence sur la totalité du territoire national, elles représentent un partenaire privilégié dans le développement socio-économique, en particulier pour le secteur de la santé. En effet, leurs interventions dans ce secteur est justifié par :

- L'insuffisance des ressources budgétaires allouées au secteur de la santé
- La diversité et la complexité des déterminants de la santé qui nécessitent le recours à plusieurs acteurs et à des stratégies d'intervention multisectorielle
- L'insuffisance de la couverture sociale par l'assurance maladie et la faiblesse du revenu moyen par habitant.

L'intervention des collectivités locales dans le secteur de la santé reste encore faible. En effet, d'après les données des comptes nationaux de la santé (CNS), l'analyse de la

composition des dépenses globales de la santé selon les sources de financement, la participation des collectivités locales dans les dépenses de la santé ne représente que 1,2%. Ceci est notoirement dérisoire si on la compare à celle supportée par les ménages, à savoir 56%. Il est à noter que 82,5% de cette participation est destinée à l'achat de médicaments, de vaccins, de produits de désinfections, et d'autres produits sanitaires, ainsi que des salaires du personnel du Bureau municipal et communal d'hygiène.

En 1997, les journées d'étude sur le développement de la coopération avec les collectivités locales en matière des activités de santé ont souligné les domaines de coopération et de partenariat comme suit :

- **Mise à disposition des ressources humaines** : il s'agit dans la majorité des cas de personnel de soutien (chauffeurs, agents de service, agents de la promotion nationale...); dans de rare cas, il s'agit de professionnels de santé, personnels infirmiers notamment.
- **Achat de médicament** : la grande partie des affectations est réservée à l'achat de sérum antirabique et des produits de désinfection dans le cadre des activités d'Hygiène du Milieu.
- **Moyens de mobilité** : le nombre de collectivités locales qui ont eu recours à l'achat de moyens de mobilité (ambulances et véhicules d'équipe mobile) pour les services de santé a nettement augmenté ces dernières années, avec des conventions de prise en charge des frais de fonctionnement (carburant, chauffeur, entretien)
- **Infrastructure sanitaire** : l'intervention des collectivités locales dans l'amélioration de la couverture sanitaire se fait sous forme d'investissements en matière de construction, d'aménagement ou de rénovation et d'équipement des locaux (Centres de Santé, Hôpitaux ...), ainsi que la contribution à la prise en charge des maladies chroniques.

En plus de ces domaines d'intervention, on peut citer des activités ponctuelles dans le cadre des programmes de prévention sanitaire, d'Hygiène du Milieu comme les campagnes de masses (JNV, campagnes de désinfection, activités de relances des programmes de santé...)

La contribution des collectivités locales dans ces domaines d'intérêt se fait soit dans le cadre des accords de partenariat, avec des conventions ou contrats précisant de façon claire l'engagement des uns et des autres, soit sous d'autres formes de coopération.

Un autre type de relation contractuelle qu'on peut qualifier «d'indirecte» à travers le Ministère de l'intérieur en tant que département du tutelle des collectivités locales est observé dans ce cadre. A titre d'exemple, la convention tripartite entre le Ministère de la santé, celui de l'éducation nationale et le Ministère de l'intérieur dans le cadre du programme de la santé scolaire et universitaire. Au terme de cette convention, les parties se sont engagées à renforcer les activités de contrôle et d'hygiène au niveau des établissements scolaires. A ce titre, le Ministère de l'éducation s'est engagé à

rationaliser la mission des médecins privés contractuels impliqués dans l'hygiène scolaire et à créer des unités médicales dans les établissements scolaires ; le ministère de la santé s'est engagé à dynamiser le programme de santé scolaire et universitaire, notamment en ce qui concerne le contrôle sanitaire des établissements scolaires et le contrôle de la santé des élèves et étudiants ; le Ministère de l'intérieur s'est engagé à travers les collectivités locales à appuyer la maintenance des équipements médico-techniques des établissements scolaires, à améliorer la collecte des déchets, le contrôle sanitaire des cantines scolaires et la participation des médecins des communes à la consultation médicale des élèves, notamment en milieu rural.

La coopération entre les collectivités locales et les services de santé sous forme de relation contractuelle présente encore des déficits. En effet, selon une étude sur le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales de la Province de SEFROU, la part de partenariat ne représente que 48,30% tandis que les autres formes de coopération représentent 51,70%, ceci montre que la formule de partenariat ne semble pas encore couvrir tous les domaines d'interventions des collectivités locales en santé et que les relations non structurées dans le cadre de convention ou contrat sont plutôt des relations de coopération conjoncturelles et circonstanciées .

Bien qu'elles soient parfois d'un apport très important, les formes non contractuelles de coopération montrent que l'engagement des parties pour réaliser les objectifs de santé n'est pas pérenne.

4. Partenariat avec les bienfaiteurs et mécènes

Dans ce cadre, les relations contractuelles sont fondées principalement sur des conventions ou contrats au titre desquels les bienfaiteurs s'engagent à construire ou équiper des établissements sanitaires (Hôpital, centre de santé etc.). En contrepartie, le Ministère de la Santé s'engage à prendre en charge le fonctionnement et les ressources humaines. A titre d'exemple, il y a lieu de citer les hôpitaux de : Moulay Youssef, El Hassani à Casablanca et la maternité de Fès.

Dans d'autres cas, on observe la participation des bienfaiteurs à travers des actes de Don de biens immobiliers (locaux, terrains etc.). Ce genre de dons est largement réglementé, il se traduit à travers des actes de cession qui font foi de contrat qui sert de base de transfert de bien privé au profit de domaine public affecté au Ministère de la Santé.

Les bienfaiteurs prennent en charge d'autres activités d'une façon ponctuelle, d'une informelle, et sans aucun engagement contractuel, en réponse à des demandes des établissements de soins ou de la population. Celles-ci concernent surtout l'achat de médicaments et les frais des prestations médicales ou chirurgicales des malades nécessiteux.

En conclusion de cette partie sur les relations contractuelles basées sur la coopération, on retiendra que le partenariat entre le Ministère de la Santé et ses "partenaires" prend des formes très variées. Dans certains cas, le partenariat correspond à un partage des

tâches dans un objectif à vision partagée, alors que dans d'autres cas, on observe une véritable collaboration dans l'action.

Conclusion

La présentation ci-dessus a permis de montrer à la fois la très grande diversité des expériences recourant à la contractualisation dans le système de santé Marocain mais également que toutes ces expériences pouvaient être rangées sous trois grandes catégories. Chacune d'elles renvoie à un objectif bien spécifique des relations contractuelles qui s'établissent entre les acteurs de la santé et à des modalités particulières de mise en œuvre. Cependant, chacune des expériences se situe à des niveaux différents: certaines font référence à des situations très spécifiques et simples entre deux acteurs alors que d'autres renvoient à des relations contractuelles plus complexes.

La plupart des expériences renvoient à des arrangements contractuels ponctuels, issus d'initiatives ou de besoins locaux, mais qui ne s'inscrivent pas réellement dans une stratégie globale. Pragmatique, le Ministère de la Santé ou son interlocuteur cherche la meilleure solution à un problème spécifique. Ainsi, les arrangements contractuels restent encore largement des réponses ad hoc, au coup par coup et souvent fragmentaires à des liaisons qui s'établissent entre des acteurs au gré des événements. Pour intéressante qu'elle soit, cette démarche reste réductrice. Ainsi, la pérennité des relations n'est pas toujours prise en compte; de même, l'intérêt général n'est pas toujours au centre des préoccupations de chacun.

Le développement non coordonné d'arrangements contractuels spécifiques peut être néfaste à la performance du système de santé. Aussi, face à cette montée en puissance rapide des arrangements contractuels spécifiques dans le système de santé Marocain, le temps est sans doute venu de poser un cadre à ce développement. Ce cadre est tout simplement l'élaboration d'une politique nationale de contractualisation. Celle-ci a pour objectifs de fixer les grandes orientations du recours à la contractualisation dans le secteur de la santé et d'harmoniser les pratiques contractuelles de tous les acteurs. Ce passage d'une approche pragmatique à une approche systémique permettra un recours efficace à la contractualisation.

En amont, ce cadre demande un rattachement clair à la politique nationale de santé. L'inscription de la contractualisation dans la politique nationale de santé lui confèrera légitimité et reconnaissance. D'outil ad hoc, la contractualisation devient alors un outil dont on préconise le recours et dont on souligne les potentialités, mais aussi les limites, pour améliorer la performance du système de santé.

On le voit, le succès du recours à la contractualisation passe également par une meilleure maîtrise de cet instrument par tous ceux qui veulent l'utiliser. La formation des acteurs, de tous les acteurs et à tous les niveaux, est essentielle pour garantir une utilisation efficace.

Bibliographie

- Rôle des relations contractuelles dans l'amélioration des systèmes de santé, Jean Perrot, OMS.
- Rôle des arrangements contractuels dans le développement du secteur de santé, A. Alaoui Belghiti, S. Choujaa Jroni, K. Ghoulbzouri, 2004.
- La loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base au Maroc.
- Dahir n° 02-297 portant loi n° 78.00 du 25 rajeb 1423 (3 octobre 2002) portant nouvelle charte communale.
- Le décret n° 2.94.985 du 21 novembre 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé au Maroc.
- Décret n° 330.66 du 21 avril 1967 portant règlement de la comptabilité publique.
- Décret n° 2.98.482 du 30 décembre 1998 portant code des marchés publics.
- La circulaire du Premier Ministre n° 12/2001, relative à l'adaptation de la gestion budgétaire au cadre de la déconcentration.
- L'Assurance Maladie Obligatoire au cœur de débat au Maroc / Conférence internationale de l'AIM - Dr Alami Greft Abdeljalil Expert de l'AMO auprès du Premier Ministre, Maroc.
- Les contrats plans des CHU de Rabat et de Casablanca 2003/2004.
- Les rapports annuels du comité de suivi chargé de l'évaluation des contrats plans Etat- CHU Ibn Rochd et Etat - CHU Ibn Sina, 2004 et 2005.
- Rapport du CCSE de l'évaluation à mi-parcours des Budgets - Programme des 15 CHP SEGMA, 2005.
- Compte rendu général des réunions de discussions des projets des Budgets – Programme des Régions sanitaires, DPRF, 2004.
- La participation des collectivités aux soins de santé de base au Maroc, Abdellah Sâaf et Ahmed el Harti, Ministère de la Santé, 1987.
- Le développement social au Maroc entre l'administration publique l'administration privée – questions sur la place et la réalité du tiers secteur, Aziz Chakir, 2000.
- Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales « cas de sefrou », Othman Lâazouzi, INAS, 2004.
- Comptes nationaux de la Santé 1997/1998, Ministère de la Santé, 1998.
- Les collectivités locales en chiffres, Ministère de l'intérieur, DGCL, 1998.
- Le développement régional et les programmes des collectivités locales : document accompagnant le plan de développement économique et social 2000-2004, Ministère de la prévision économique et du plan.
- Rapport d'un groupe d'experts sur « L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé », OMS, Genève, 1991.
- ONG et gouvernance dans le monde arabe ‘ colloque dans le cadre des programmes MOST (UNESCO) en partenariat avec l'IRD, le CEDEJ, le CEPS d'Alahram, Egypte, le Caire, 2000.
- Contrats et conventions ayant servi de base pour l'élaboration de ce rapport.

