

ROYAUME DU MAROC
ministère de la santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

Direction de la Planification et des Ressources Financières

LA STRATEGIE DE CONTRACTUALISATION INTERNE AVEC LES REGIONS SANITAIRES BASEE SUR L'APPROCHE "BUDGET-PROGRAMME"

Juin 2006

ROYAUME DU MAROC
ministère de la santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

Direction de la Planification et des Ressources Financières

LA STRATEGIE DE CONTRACTUALISATION INTERNE AVEC LES REGIONS SANITAIRES BASEE SUR L'APPROCHE "BUDGET-PROGRAMME"



Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

PREFACE	4
1. HISTORIQUE.....	5
1.1 Introduction.....	5
1.2 Le budget-programme 2004-2006.....	6
2. LA LOGIQUE DE LA REFORME DE LA GESTION BUDGETAIRE AXEE SUR LES RESULTATS: BUDGETS-PROGRAMME DES SERVICES DECONCENTRES.....	9
2.1 La première phase : l'élaboration et l'entente du budget-programme	10
2.1.1 Les principes	10
2.1.2 Les mécanismes.....	11
2.2 La deuxième phase : la mise en œuvre du budget-programme	12
2.2.1 Le budget annuel	12
2.2.2. Le recours à la contractualisation entre la région sanitaire et l'administration centrale	13
<i>a. Justification du recours à la contractualisation du budget-programme.....</i>	13
<i>b. Les mécanismes</i>	14
<i>c. Les critères d'éligibilité à la contractualisation.....</i>	15
<i>d. Le respect des engagements contractuels</i>	16
2.2.3 Le recours à la contractualisation entre la région sanitaire, ses composantes et ses partenaires	17
3. CONCLUSION.....	18

PREFACE

Dans le cadre de la réforme des dépenses publiques visant à améliorer les performances des différentes structures du Ministère de la Santé, et en vue de responsabiliser les acteurs à tous les niveaux et de créer un espace réel de dialogue non seulement entre le niveau central et les niveaux déconcentrés mais aussi à l'intérieur de ces deux niveaux de responsabilité, il a été décidé d'introduire de nouveaux modes de gestion axée sur les résultats, au travers des budgets programmes. Néanmoins, les expériences initiées dans ce cadre nécessitent un encadrement d'ordre stratégique.

La stratégie de contractualisation interne avec les services déconcentrés a été décidée, donc, pour repenser les expériences des budgets programmes initiées avec les régions et les Centres Hospitaliers SEGMA, et les contrats - plan expérimentés au niveau des Centres Hospitaliers et Universitaires, dans le but de proposer les éléments de base pouvant asseoir des relations conformes aux principes fondamentaux de la contractualisation.

Deux questions principales ont prédominé lors des différentes phases de préparation de cette stratégie :

1. Comment construire sur les expériences des budgets programmes 2004-2006 et des contrats plans 2003-2004 ?
2. Comment concilier le processus de planification et celui de la contractualisation ?

Le document présente un cadre logique permettant d'assurer le lien entre le processus de planification, les impératifs du dispositif de gestion budgétaire axée sur les résultats « budget programme » et la contractualisation. Les éléments proposés dans le cadre de cette stratégie ont été décidés à l'unanimité par les responsables du Ministère de la Santé au niveau central et déconcentrés dans un climat consensuel lors d'un atelier organisé à l'Institut National d'Administration Sanitaire les 10 et 11 novembre 2005 et approuvés par Monsieur le Ministre de la Santé.

Pour mettre en œuvre la stratégie, il est indispensable d'élaborer un document de méthodologie qui doit présenter en sus des modalités pratiques de mise en œuvre, la conception des supports nécessaires à l'implantation. De même, la formation et l'assistance des acteurs à tous les niveaux demeurent une condition sine qua none pour concrétiser sur le terrain les éléments de cette stratégie.

La présente stratégie s'adresse particulièrement à la région sanitaire. Toutefois, les principes de celle-ci peuvent être transposés sans difficulté aux services déconcentrés à vocation nationale: Institut National d'Hygiène (INH), Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Centre National de Radio Protection (CNRP), Centre National Anti Poison (CNAP), Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM).

1. HISTORIQUE

1.1 Introduction

Le Maroc vit actuellement une période charnière où la politique de proximité, la décentralisation et la réforme de l'administration publique et la gestion rationnelle des deniers de l'État sont autant de préoccupations nationales stratégiques. La décentralisation notamment implique la création d'un niveau régional de l'administration publique visant plus de souplesse dans le processus budgétaire et un élargissement dans l'espace de décision des acteurs périphériques. Ceci a motivé un certain nombre de réformes pour moderniser l'administration et rationaliser les dépenses publiques. La lettre Royale du 28 septembre 1999 a marqué une impulsion notoire à ce renouveau et tracé les grandes orientations du Plan de développement économique et social 2000-2004. Parmi les six priorités définies dans ce plan, la première d'entre elles est intitulée "*La mise en place du cadre institutionnel approprié pour une meilleure gestion du développement*"; elle 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.

La circulaire n° 12/2001 du 25 décembre 2001 de Monsieur le Premier Ministre portant sur l'*"adaptation de la programmation et l'exécution du budget de l'État au cadre de la déconcentration"* apporte des précisions opérationnelles. Ainsi, la modernisation de la gestion financière de l'État concerne:

- ▶ *La globalisation des crédits budgétaires qui accordera une plus grande autonomie et de larges responsabilités aux responsables des services déconcentrés;*
- ▶ *L'implantation d'un nouveau dispositif de gestion budgétaire, axée sur les résultats et privilégiant les engagements réciproques entre les administrations centrales et leurs services déconcentrés.*

Cette circulaire invite les responsables des différents départements ministériels à mettre en œuvre ces mesures qui devront entrer en vigueur à partir du 1er janvier 2002.

Le Ministère de la Santé a été parmi les premiers ministères à s'engager dans cette voie. Dès l'exercice 2002, il met en place la globalisation des crédits. Celle-ci offre aux ordonnateurs et sous ordonnateurs déconcentrés de la santé une souplesse et une flexibilité dans la gestion budgétaire par le biais de virements de crédits entre lignes budgétaires d'un même paragraphe pour certains chapitres. La circulaire de Monsieur le Ministre de la Santé en date du 17 juillet 2002 précise ces chapitres: 1.2.1.2.12 "Matériel et dépenses diverses", 1.2.2.0.12 "Investissement", "budgets des services gérés de manières autonomes" (SEGMA) et 3.1.12.01 "compte d'affectation spéciale de la pharmacie centrale". Pour ces chapitres, le visa préalable des décisions de virement de ligne en ligne à l'intérieur d'un paragraphe du Ministère des Finances et de la Privatisation n'est plus nécessaire. Cette réforme offre des commodités indéniables aux administrations déconcentrées qui peuvent ainsi adapter leurs dépenses à l'évolution de leurs besoins en cours d'exercice budgétaire; mais cette réforme demeure principalement comptable et n'apporte pas de modifications profondes de l'organisation du système de santé.

Par contre, à partir de 2003, le Ministère de la Santé s'engage dans une réforme d'une plus grande envergure, à savoir l'adoption de nouveaux dispositifs de gestion budgétaire axée sur les résultats entre l'administration centrale et les services déconcentrés.

1.2 Le budget-programme 2004-2006

La mise en place de l'approche "budget-programme" a véritablement démarré en 2003. Après certaines hésitations dues au contexte institutionnel, il a été retenu que le niveau déconcentré retenu serait les régions sanitaires au nombre de seize (16) sur l'ensemble du territoire du Royaume. Le processus, engagé sous la responsabilité de la DPRF, a été marqué par les étapes suivantes:

- ▶ Élaboration d'un "*guide de la gestion budgétaire axée sur les résultats (contractualisation)*".
- ▶ Réalisation d'ateliers de sensibilisation/formation pour les services déconcentrés en juin/juillet 2003. Vingt ateliers, touchant 500 cadres environ, ont été tenus. Ces ateliers, pilotés par la DPRF et l'Institut National d'Administration de la Santé (INAS), ont bénéficié du soutien de l'OMS et de l'USAID/JSI;
- ▶ Envoi, aux coordonnateurs régionaux, d'une lettre de cadrage pour la préparation du budget-programme 2004-2006;
- ▶ Toutes les régions sanitaires ont préparé leur budget-programme et l'ont adressé au niveau central; sous la présidence de Monsieur l'Inspecteur Général du Ministère de la Santé, entre le 29 septembre et le 15 octobre 2003, chaque région sanitaire est venue à Rabat pour présenter et discuter le budget-programme qu'elle avait préparé relatif à la période 2004-2006.

Les budgets programmes initiés en 2004, à titre d'expérience, entre l'Administration centrale représentée par la DPRF et les services déconcentrés représentés par les coordonnateurs régionaux consistent à la budgétisation d'un programme triennal 2004 - 2006 englobant toutes les actions et activités à financer aussi bien dans le cadre du budget de fonctionnement que d'investissement. Le financement et les engagements réciproques des deux parties ont porté uniquement sur les actions et activités retenues et validées lors des réunions de négociation organisées à Rabat durant le dernier trimestre 2003. Néanmoins, les engagements des deux parties n'ont pas été formalisés dans un contrat conformément aux principes fondamentaux de la contractualisation.

De ce premier exercice, on peut retenir les points suivants:

- ▶ La porte d'entrée de la réforme a été la préparation du budget de la région sanitaire, à savoir les moyens du budget de l'État qui sont affectés à ce niveau déconcentré. Même si les recommandations de la démarche insistent sur la nécessité de définir, pour chaque domaine stratégique de résultat, des activités et des objectifs propres, le but ultime consiste à établir un "budget-programme". Il faut d'ailleurs rappeler que cette démarche a été initiée par la DPRF;
- ▶ On peut souligner que toutes les régions sanitaires ont entendu la notion de budget-programme comme une méthode axée sur les priorités avec pour conséquence de ne pas faire figurer au budget-programme les activités de routines. Par conséquent la démarche holistique de développement global de la région n'a jamais prévalu. Cette approche rend alors difficile l'articulation entre le budget-programme, dans l'approche partielle qui a été adoptée, et le budget qui est une approche globale;
- ▶ On peut également souligner des compréhensions différentes selon les régions: certaines 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

financières que pour la première année du budget-programme. La raison en est sans doute une maîtrise encore insuffisante des mécanismes de planification notamment au niveau des services déconcentrés;

- ▶ Il s'agit de déterminer les activités, et leurs ressources financières, qui seront menées par le service déconcentré -la région sanitaire- sans réellement tenir compte des autres acteurs du secteur, tels que le secteur privé, les ONG, les collectivités locales dont l'importance a pourtant été soulignée par Sa Majesté le Roi. De même, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont généralement absents de la réflexion des régions sanitaires. La complémentarité entre les différents acteurs, et donc entre les différentes sources financières, reste encore absente. Le budget-programme concerne uniquement la programmation et l'affectation des moyens de l'État central;
- ▶ Les indicateurs de performance permettant de suivre la mise en œuvre d'un budget-programme doivent encore être revus de sorte à aboutir à une meilleure harmonisation. Il faut que le niveau central, en concertation avec les niveaux déconcentrés, définissent les indicateurs retenus. Indicateurs en nombre restreint, indicateurs mesurables, indicateurs qui permettent de faire le point sur le processus et sur les résultats atteints pour chaque activité. Les indicateurs d'impact devraient plutôt être réservés à des évaluations spécifiques;
- ▶ La réforme du budget-programme se met en place dans un contexte institutionnel aux contours flous. A ce jour, seule la région sanitaire de l'orientale est mise en place avec des structures et des attributions définies. Pour toutes les autres régions, ce n'est pas le cas;
- ▶ Toutes les équipes régionales ont exprimé leur adhésion inconditionnelle et leur satisfaction vis-à-vis des retombées positives de la nouvelle démarche, notamment la création des espaces de dialogue à tous les niveaux, et la consécration de la région à travers les outils de planification stratégique;
- ▶ Il a toutefois été retenu de momentanément surseoir à la formalisation sous forme contractuelle des engagements réciproques;
- ▶ Le processus actuel du budget-programme de la région sanitaire entre en télescopage avec des processus similaires mis en place en parallèle. Ainsi en est-il de l'expérience menée par 15 centres hospitaliers qui ont développé pour l'année budgétaire 2004 un budget-programme spécifique. Ce budget-programme donne lieu à la signature d'un accord entre le directeur du centre hospitalier, la délégation provinciale, la direction des hôpitaux (DHSA). L'articulation avec le budget-programme de la région sanitaire reste encore à parfaire. A ce jour, les budgets programme de ces 15 centres hospitaliers ont été élaborés après le budget-programme de la région sanitaire;

L'expérience des budgets programmes initiés en 2004 au niveau de quinze Centres Hospitaliers pilotes érigés en service de l'État géré de manière autonome, encadrée par la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, portent sur les budgets de ces établissements au titre d'un exercice budgétaire. Par contre les engagements réciproques des co-contractants que sont le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances et de la Privatisation au niveau central, les Délégués du Ministère de la santé aux préfectures et Provinces et les Directeurs des Centres Hospitaliers pilotes au niveau déconcentré, portent sur des axes stratégiques prédéfinis d'une manière consensuelle. Ces axes stratégiques sont déclinés en objectifs à réaliser dans une durée de deux ans. Les engagements des deux parties sont formalisés dans un contrat signé par les deux parties qui précise l'objet du contrat, les objectifs, la durée d'exécution qui est de deux ans et les modalités de suivi et d'évaluation sans toutefois préciser le financement par axe dans le contrat

Par ailleurs, les contrats-plan entre l'État représenté par le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé en tant que départements du tutelle et les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) ont été conclus pour 2003-2004 sans liaison avec le processus du budget-programme des régions sanitaires. L'harmonisation de ces différents processus permettrait une approche davantage systémique;

Les contrats plans sont mis en œuvre pour la première fois en 2003, entre l'Etat représenté par le Ministère de la santé et le Ministère des Finances et de la Privatisation en tant que tutelle et les Centres Hospitaliers et Universitaires Ibn Sina de Rabat et Ibn Rochd de Casablanca. 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 ; en contrepartie, l'Etat s'est engagé à mettre à la disposition des CHU les subventions et l'assistance technique nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Les contrats plans signés entre les deux parties précisent l'objet, les engagements, les objectifs, les modalités de suivi et d'évaluation et les résultats à atteindre.

L'harmonisation des pratiques conduit à retenir les éléments suivants:

- ▶ Le budget-programme doit être compris comme une planification globale de l'action d'une région sanitaire, même s'il se doit de clairement définir ses axes stratégiques;
- ▶ Le budget-programme doit, pour chaque élément qui le compose, produire une estimation des moyens qui seront nécessaires pour atteindre les résultats escomptés.

L'élaboration d'un budget-programme d'une durée de trois ans, même lorsque l'on dispose des capacités nécessaires, demande beaucoup de temps et d'énergie. La région, en concertation avec toutes ces composantes, devra mener une analyse stratégique, arrêter ses choix, préparer les documents et enfin mener les négociations avec le niveau central. Le niveau central, quant à lui, devra analyser les documents, mener les négociations avec chacune des régions et enfin procéder aux arbitrages. Si la technique du budgets programme triennaux glissant est retenue, la charge de travail des uns et des autres sera telle qu'il y a un risque majeur que le travail ne soit pas correctement réalisé et que l'on se contente alors de reproduire plus ou moins chaque année les

mêmes documents. Aussi est-il préférable d'adopter une démarche de budget-programme séquentiel portant sur les activités et sur le financement sur les trois années, allant dans le sens d'une vision de "cadre budgétaire à moyen terme". Notamment parce que la contractualisation permettra de réintroduire un certain glissement (cf. ci-après), cette approche permet une approche plus en profondeur du processus et donne du temps aux différents acteurs pour effectuer leurs tâches.

2. LA LOGIQUE DE LA REFORME DE LA GESTION BUDGETAIRE AXEE SUR LES RESULTATS: BUDGETS-PROGRAMME DES SERVICES DECONCENTRES

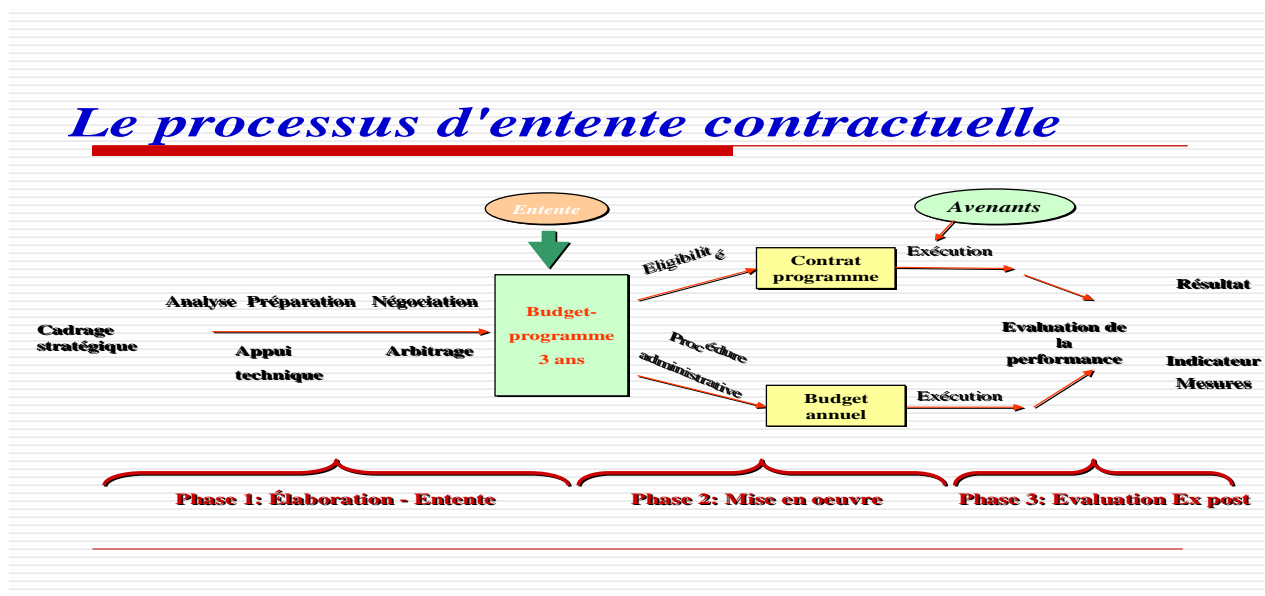
Traditionnellement, le budget des services déconcentrés, tant au Ministère de la Santé que dans le reste de l'administration marocaine, est préparé chaque année par les services centraux et discuté avec le Ministère chargé des finances. L'approche consiste à partir des moyens budgétaires disponibles 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 qui 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 une 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 besoins de la population.

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 ;
- ▶ L'évaluation du budget-programme.



2.1 La première phase : l'élaboration et l'entente 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".

2.1.1 Les principes

Le budget-programme est une technique de planification qui s'appuie sur les principes suivants:

- ▶ Contrairement à l'approche budgétaire classique, le budget-programme adopte **une vision stratégique à moyen terme : 3 ans**. Il s'agit par conséquent d'imaginer le développement du système local (ici la région sanitaire) pour les trois années à venir. Cette projection à trois ans permet de définir des tendances sur un plus long terme et de ne plus se focaliser uniquement sur les activités de l'année qui vient;
- ▶ L'approche en terme de budget-programme permet **une vision holistique du développement du système de développement de la région sanitaire**; par conséquent, le budget-programme doit envisager l'ensemble des activités de la région sanitaire, tant en terme de mise en œuvre des activités de fonctionnement qu'en terme d'investissement. Toutefois, le budget-programme fera ressortir clairement les "axes stratégiques", c'est-à-dire les priorités de la région sanitaire;
- ▶ Le budget-programme n'est pas basé sur l'utilisation de moyens mais sur **l'atteinte de résultats**: les moyens financiers doivent par conséquent être entendus comme des moyens d'atteindre les résultats qui ont été définis. Néanmoins, chacun des axes stratégiques et chacune des activités du budget-programme ne devront pas uniquement être définis en terme de résultats à atteindre mais également en termes financiers sur les trois ans. Il est en effet difficile d'appréhender la faisabilité d'une action sans prendre en compte les moyens financiers qui lui seront consacrés;
- ▶ C'est le service déconcentré qui a l'initiative et **la responsabilité** de préparer son budget-programme, même si, pour cela, il reçoit des consignes du niveau central au travers une lettre de cadrage, et, au moins pour les premières années, une guidage technique de ce même niveau central. L'élaboration du budget-programme doit être négociée et concertée avec l'administration centrale mais aussi avec les différents acteurs (collectivités locales, associations, bienfaiteurs, ONG, etc.). De même, la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de ce budget-programme sera de la responsabilité du service déconcentré;
- ▶ **La région sanitaire** dans l'élaboration de son budget-programme doit prendre en considération les différents éléments la constituant: les délégations provinciales, les centres hospitaliers préfectoraux, les observateurs régionaux d'épidémiologie ou de santé et les instituts de formation. Elle doit aussi tenir compte de sa relation avec les CHU et, le cas échéant, avec le CHU implanté dans son territoire;
- ▶ Afin d'assurer la conformité avec les orientations stratégiques du département, le service déconcentré doit préparer son budget-programme en **concertation avec les directions**

techniques centrales en fonction des domaines stratégiques de résultats dont elles assurent le pilotage;

- ▶ **L'évaluation des performances** des services déconcentrés repose d'une part sur les indicateurs de routines issus du système d'information et d'autre part sur une concertation à propos des indicateurs notamment de processus et de résultats lors de l'étape d'entente. Ceci ne devra pas empêcher l'éventualité d'une variation en terme de valeur ou de nature des indicateurs en fonction des spécificités des services déconcentrés. L'évaluation de la performance peut être aussi assurée à travers d'autres outils développés par le Ministère de la Santé tels que le concours qualité, enquêtes, etc.

Par cette méthode, le Ministère de la Santé entend tout d'abord améliorer l'efficacité de ses services de santé en impliquant ses responsables. Les services de santé deviennent ainsi concernés par leur avenir en définissant les résultats qu'ils pensent pouvoir atteindre et en prévoyant les besoins qui seront nécessaires à cet effet. En corollaire, ils seront comptables de leur performance et des résultats atteints. Par ailleurs, le Ministère de la Santé entend ainsi mieux répondre aux besoins et aux attentes des populations en rapprochant d'elles les centres de décision. Par cette proximité, il pense que les besoins spécifiques des populations seront mieux pris en compte par les services déconcentrés qui vivent à leurs côtés. La vérification de l'atteinte des résultats se fera moyennant d'indicateurs qui auront été définis; ces derniers devront être pertinents pour apprécier les résultats obtenus, solides, vérifiables et d'un coût abordable.

Cette méthode est celle d'une administration moderne qui ne cherche plus à imposer ses choix du haut en bas de la pyramide des services mais qui adopte une démarche participative de bas en haut avec pour souci l'efficacité dans la prestation de ses responsabilités. Le budget-programme devient ainsi l'objet d'une négociation entre le niveau central du Ministère de la Santé et les services déconcentrés au niveau régional.

Établir un budget-programme est toutefois impératif pour chaque région sanitaire. L'administration centrale, tutelle du service déconcentré, en a fait une obligation à laquelle la région sanitaire n'a pas la possibilité de déroger.

2.1.2 Les mécanismes

Cette première phase est donc celle qui conduit à l'adoption d'un budget-programme¹. Il est préparé pour trois ans par le service déconcentré concerné, avec l'appui technique des services centraux (orientations, lettre de cadrage, etc.) : le processus d'élaboration du budget-programme est décrit dans le guide méthodologique de la stratégie. Avant l'entrée en négociation, ce document est envoyé au niveau central : chacune des directions centrales aura ainsi la possibilité d'apprécier son adéquation avec les stratégies nationales.

Ce budget-programme est ensuite négocié lors de rencontres au niveau central du Ministère de la Santé. A l'issue de cette rencontre, une "**entente**" est constatée. A ce niveau, cette entente n'est pas contractuelle, à savoir qu'elle n'est pas opposable ou encore qu'elle n'engage la responsabilité ni d'un parti ni de l'autre. Le budget-programme est indicatif à savoir que les deux partis reconnaissent son bien-fondé et s'engagent moralement à mettre tout en œuvre pour le réaliser.

¹ L'appellation "Budget-Programme" peut paraître restrictive par rapport à la réalité. En effet, il s'agit davantage d'un plan de développement du service déconcentré concerné, le budget étant les moyens de mise en œuvre de ce plan de développement. Pourtant, l'appellation "budget-programme" a été conservée car elle est celle qui est aujourd'hui utilisée par les uns et les autres.

Toutefois, la mise en œuvre de ce budget-programme pourra ne pas se dérouler comme prévu : par exemple, le Ministère de la Santé ne disposera pas finalement de moyens budgétaires nécessaires (un service déconcentré ne pourra pas arguer de l'inscription d'un investissement donné dans le budget-programme pour exiger que le Ministère de la Santé s'exécute) ou bien le niveau déconcentré fera face à des éléments imprévus. En outre, en raison du principe de l'annualité budgétaire, le budget-programme ne peut être considéré que comme un plan indicatif. Ceci n'enlève rien cependant à la valeur de l'approche qui permet la discussion et la négociation et doit déboucher sur une amélioration de la confiance entre les deux partis augmentant sans doute l'implication des deux partis dans la réalisation du budget-programme.

Cette entente sera signée par les parties prenantes attestant ainsi de la réalité de cette entente; celle-ci sera signée par la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF). Il faut encore rappeler que cette signature n'a aucune vertu d'engagement formel. Elle est une reconnaissance du bon déroulement du processus d'élaboration du budget-programme et du réalisme de son contenu.

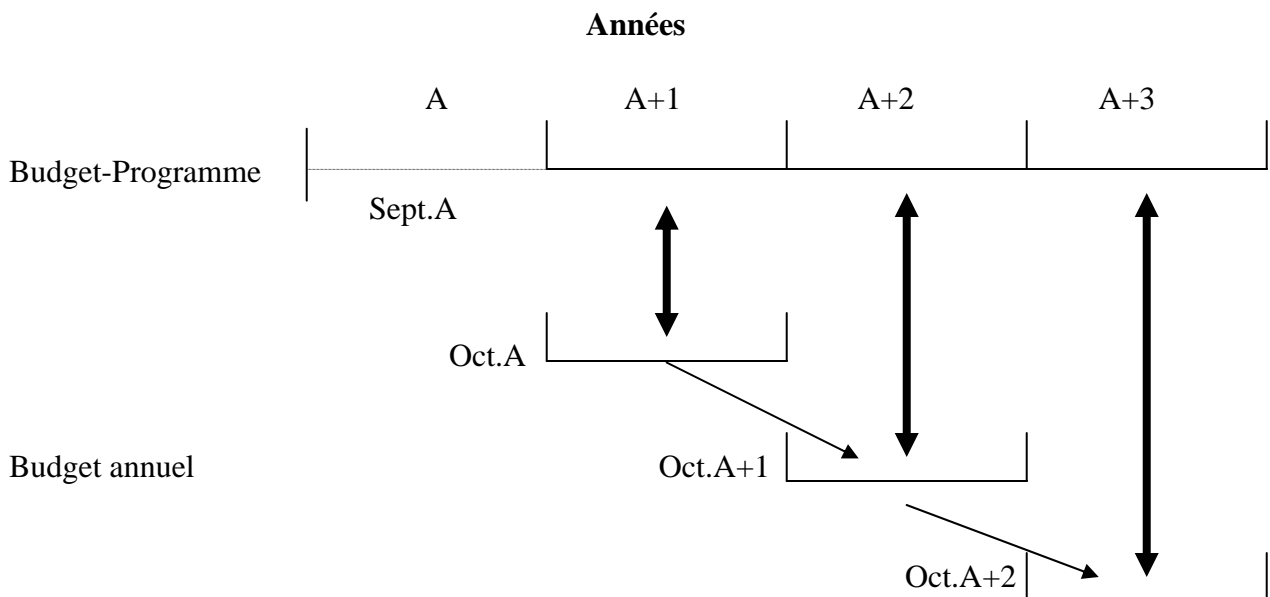
2.2 La deuxième phase : la mise en œuvre du budget-programme

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

2.2.1 Le budget annuel

Le budget annuel se fera sur la base du budget-programme. Ainsi, une fois le budget-programme (A+1, A+2, A+3) arrêté en septembre de l'année A, le budget de l'année suivante, à savoir A+1, sera établi et arrêté dans les trois mois suivants, à savoir de octobre à décembre. Il sera procédé de la même manière un an plus tard pour le budget de l'année A+2 et encore de la même manière pour le budget de l'année A+3. Selon une telle procédure, il va sans dire que le budget de l'année A+1 sera très proche des estimations fournies dans le budget-programme pour cette année A+1. Par contre, plus on ira dans le temps, plus il est possible que le budget annuel s'écarte des prévisions établies dans le budget-programme. Il en est ainsi de tout exercice de planification.



L'élaboration et l'adoption de ces budgets annuels suivront les procédures budgétaires habituelles et notamment la note ministérielle n°22/DPRF/21 du 20 juin 2005 ayant pour objet "l'instauration d'une nouvelle discipline budgétaire au sein du Ministère de la Santé.

Par rapport aux estimations contenues dans le budget-programme, les budgets annuels marquent l'engagement de l'État pour la réalisation de ses activités. De ce point de vue, un budget annuel est une forme de contrat, c'est-à-dire d'engagement de l'administration centrale vis-à-vis de la région sanitaire. Cet engagement obéit néanmoins aux règles de la comptabilité publique et de la fonction publique en ce qui concerne les personnels.

2.2.2. Le recours à la contractualisation entre la région sanitaire et l'administration centrale

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.

a. Justification du recours à la contractualisation du budget-programme

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 bénéficiaires 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.

b. Les mécanismes

Une fois l'entente constatée sur le budget-programme, et en lien avec la budgétisation annuelle définie ci-dessus, la contractualisation portera sur certains axes stratégiques prioritaires du budget-programme et non pas sur la totalité du budget-programme. Plusieurs raisons justifient ce choix :

- ▶ la première, et la plus importante, concerne le principe de l'annualité budgétaire : l'administration ne peut pas s'engager financièrement au delà d'un an et par conséquent ne peut pas s'engager sur la période de trois ans et pour l'entièreté du budget-programme. Néanmoins, la mobilisation des ressources dans un "cadre à moyen terme" pourra être envisagée en fonction de l'évolution des réformes ce qui permettra de sécuriser le financement à moyen terme;
- ▶ au travers d'un contrat, il s'agit de s'engager – administration centrale d'un côté et région sanitaire de l'autre, sur des actions ciblées qui constituent des priorités pour la région sanitaire considérée;

Ce contrat, qui n'en demeure pas moins une contractualisation interne, contrairement à l'entente qui n'est qu'indicative, est un élément impératif; il s'impose aux partis et les oblige. Il devient opposable, selon des règles qui doivent être stipulées dans le contrat et en conformité avec la réglementation en vigueur.

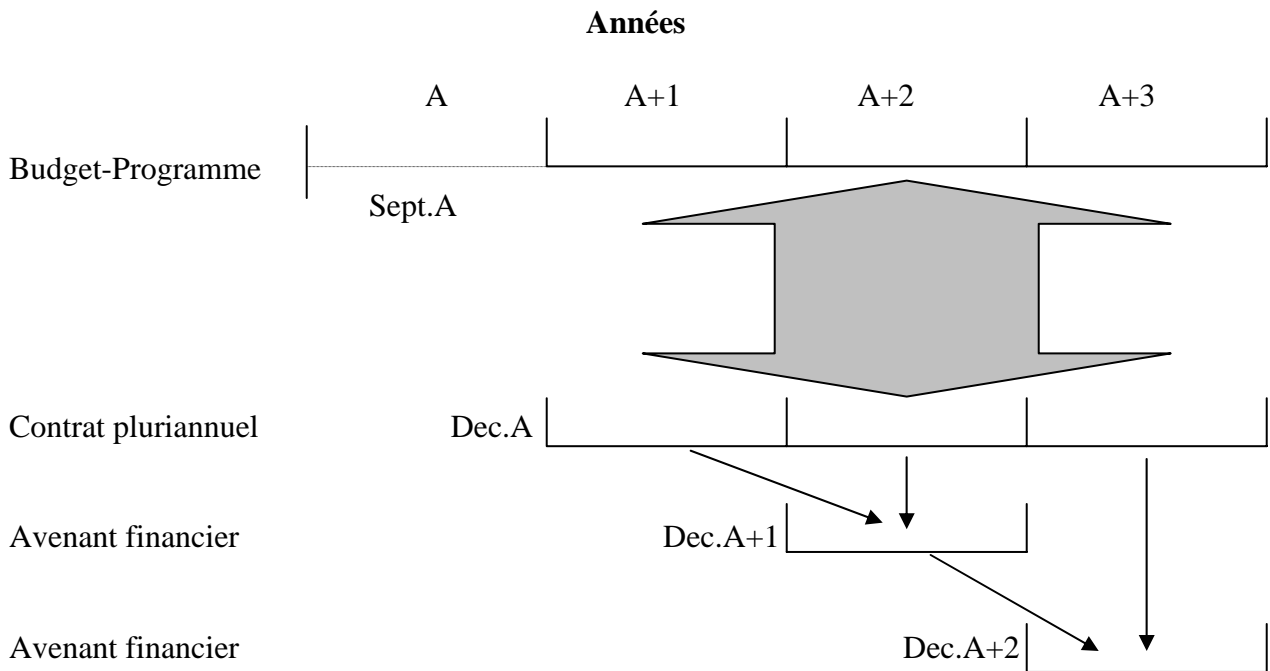
Les axes stratégiques qui auront été retenus seront rassemblés dans un seul contrat, pour autant que chacun des axes stratégiques soient clairement stipulés. Ce contrat sera signé par le responsable au niveau de la région sanitaire et par le Secrétaire général du Ministère de la Santé au nom de l'administration centrale (ou par son mandataire). Il convient de rappeler qu'il s'agit de signatures institutionnelles et non de signature personnelles. Le signataire engage la responsabilité de son institution et non sa personne.

Néanmoins, il y a lieu de prévoir, tant au niveau central que régional, les conditions nécessaires pour la mise en œuvre, sans difficulté, des éléments de cette stratégie, en l'occurrence la mise en place d'une structure mandatée pour jouer le rôle d'interface et des compétences responsables des aspects de suivi, d'accompagnement et de coordination.

La durée de ce contrat correspondra à la durée du budget-programme, c'est-à-dire trois ans. Le contrat portera donc sur les résultats à atteindre à la fin du contrat (et à chacune de ses étapes intermédiaires). Il définira les indicateurs de son suivi et de son évaluation. Il établira les moyens financiers, année par année, nécessaires à sa réalisation. Pour la première année du contrat, les moyens financiers valent engagement budgétaire. Pour les deux années suivantes, ces moyens financiers seront adaptés et confirmés dans un avenant pour chaque année. Le contrat stipulera clairement les conditions dans lesquelles les moyens financiers peuvent être révisés². Par cette technique de l'avenant, on conserve la vision de développement stratégique à moyen terme (3

² Si l'avenant peut porter sur les moyens financiers, il ne peut pas porter sur la remise en cause des résultats à atteindre. Cette situation correspondrait à une fin de contrat, laquelle peut être obtenue par consentement mutuel des deux parties ou par rupture du contrat par l'une des deux parties.

ans), le respect du principe de l'annualité budgétaire et la possibilité d'adapter les besoins financiers à l'évolution de la mise en œuvre.



c. Les critères d'éligibilité à la contractualisation

Le choix des axes stratégiques ne peut être laissé à la discrétion des uns et des autres. Le recours à la contractualisation doit suivre les critères suivants :

- ▶ les capacités à mettre en œuvre ces axes stratégiques. Du côté du service déconcentré, il faut évaluer les capacités de celui-ci à s'engager dans un contrat, c'est à dire dans une relation où il a toutes les chances d'atteindre les résultats escomptés. Du côté de l'administration centrale, il faut évaluer les capacités de celle-ci à faire face d'une manière certaine à ses engagements;
- ▶ la prise en compte du degré d'aléa. Une région peut avoir identifié un axe stratégique prioritaire compte tenu de son contexte; mais la mise en œuvre de cet axe stratégique peut renvoyer à un contexte très incertain rendant aléatoire l'atteinte des résultats. Dans un tel cas, il peut être préférable de ne pas inclure cet axe stratégique dans le contrat et de le laisser au niveau de l'entente sur le budget-programme.

Cette analyse conjointe de la situation pourra conduire à des choix différents selon les régions sanitaires. Ainsi, pour une région donnée, il peut être retenu que les préalables à la contractualisation ne sont pas là et qu'il faut par conséquent attendre. Pour une autre région, il pourra être retenu de contractualiser plusieurs axes stratégiques. A terme, l'objectif est d'inclure dans le contrat la plus grande partie possible des composantes du budget-programme. L'atteinte de cet objectif ne peut être que progressive et à des rythmes différents selon les régions.

d. Le respect des engagements contractuels

L'ensemble des mécanismes présentés ici ont pour objectifs d'atteindre de meilleurs résultats afin que les services de santé contribuent à une meilleure santé de la population. L'élaboration des budgets-programme et l'entente qui en découle constitueront à n'en pas douter une meilleure efficacité des services de santé. En effet, l'élaboration de ces budgets-programme par la région sanitaire marque une volonté de prendre en compte les besoins et les spécificités de la région sanitaire. Par ailleurs, l'entente constitue un engagement moral de la part des parties prenantes important : le respect de la parole donnée, notamment si les négociations se sont déroulées dans un climat de confiance réciproque, seront des facteurs positifs lors de la mise en œuvre.

La contractualisation interne sera un atout supplémentaire pour autant qu'elle soit en mesure de mettre en place des mécanismes assurant le respect des engagements contractuels. Certes, la négociation d'un contrat constitue pour les acteurs un stimulant important au moment de la mise en œuvre du contrat; les parties prenantes auront à cœur de mettre en œuvre le contrat qu'elles auront pleinement négociés. Pour autant, il ne faut pas toujours compter sur la bonne volonté³.

Aussi le contrat doit-il comporter des clauses qui inciteront à son respect. Plusieurs voies peuvent être empruntées

- ▶ La mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation: pour chaque contrat, doit être mis en place un "comité paritaire" composé de représentants des deux parties. Son pouvoir s'arrête au niveau de la conciliation. Si celle-ci ne peut être obtenue, l'arbitrage sera alors rendu par le Ministre de la Santé ou son représentant et au travers d'une expertise;
- ▶ La mise en place d'incitations. Il faut distinguer entre les incitations personnelles et les incitations institutionnelles. Peut-être la progression dans la carrière pourrait-elle être davantage liée aux résultats atteints. Institutionnellement, on devrait réfléchir à des mécanismes par lesquels une région qui a atteint ses résultats, et peut-être plus que ses résultats, pourrait gagner certains avantages pour les budgets suivants. Ainsi, certaines expériences de par le monde basées sur des contrats de performance ont institué des systèmes de bonus/malus en fonction des résultats atteints. Certes, ce type d'incitations doit être utilisé avec précaution car la population d'une zone pourrait se voir pénalisée du seul fait que l'équipe de la région n'a pas atteint ses résultats;
- ▶ Le recours à des sanctions: cette voie est délicate en raison de la nature même de la relation contractuelle. Pourtant, la non signature du contrat, son non renouvellement ou même son interruption, et le retour aux mécanismes actuels d'affectation des crédits basés sur une tutelle centrale importante, constituent en soi des sanctions fortes pour la région sanitaire. Du côté de l'administration centrale, il convient également d'imaginer des sanctions en raison du non-respect de l'engagement contractuel par exemple, instituer des mécanismes permettant d'anticiper dans le lancement des opérations de dépenses par les régions même si les crédits n'ont pas été transférés, à partir du moment où le contrat a été signé;

³ Par ailleurs, en raison de la mobilité de chacun, il faut aussi considérer que ce ne sont pas toujours ceux qui ont négocié le contrat qui le mettront en œuvre.

2.2.3 Le recours à la contractualisation entre la région sanitaire, ses composantes et ses partenaires

De la même manière que la région sanitaire peut développer une contractualisation avec l'administration centrale, elle le peut également avec chacune de ses composantes, à savoir les délégations provinciales et les Instituts de Formation aux Carrières de la Santé (IFCS). Cette contractualisation interne suivant les mêmes principes que celle décrite ci-dessus entre la région sanitaire et l'administration centrale aurait pour avantage de responsabiliser davantage les différentes composantes de la région sanitaire dans la mise en œuvre du budget-programme de la région.

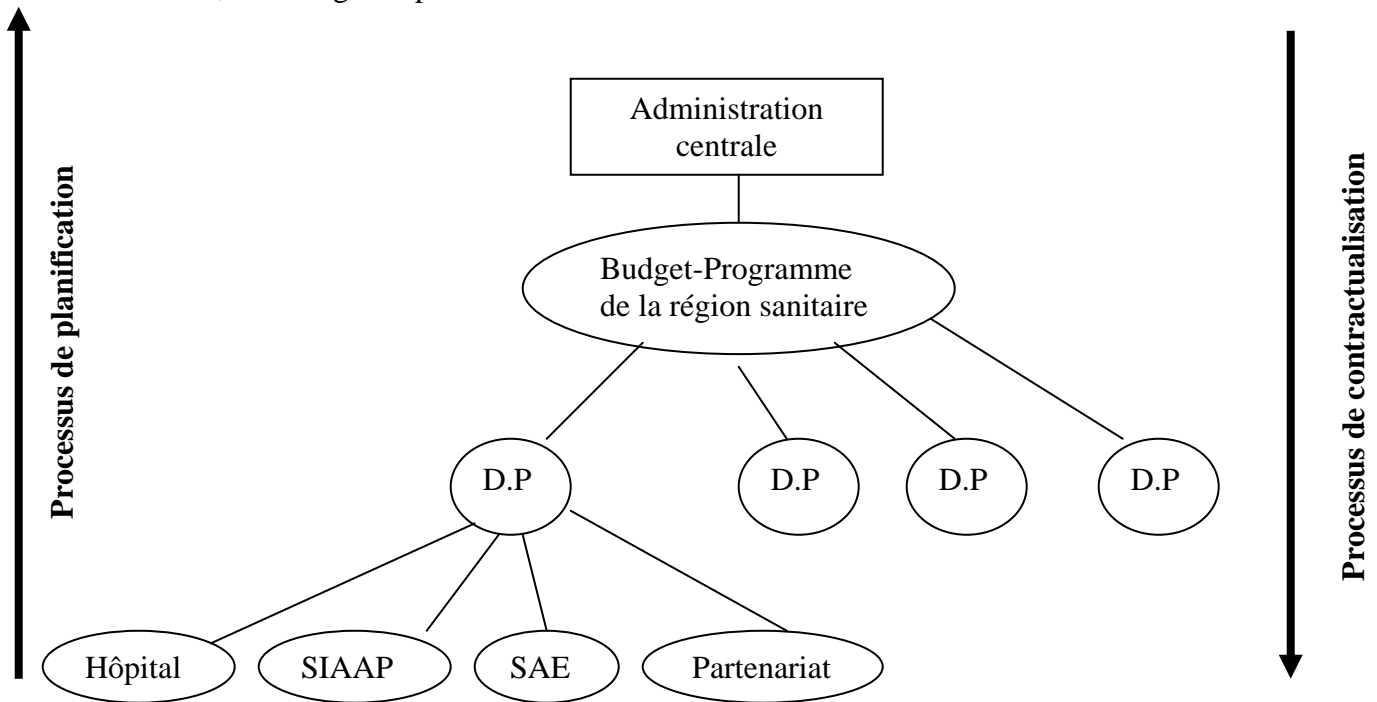
De la même manière, on peut également développer une contractualisation entre la délégation provinciale et ses différentes composantes au niveau de la prestation de services de santé d'une part - l'hôpital et le service des infrastructures et des actions ambulatoires publiques (SIAAP) et au niveau du service d'appui d'autre part qu'est le Service Administratif et Economique.

Cette contractualisation interne en cascade a l'avantage de responsabiliser chacune des structures au plus près des populations tout en respectant l'approche systémique, c'est-à-dire celle de l'intégration des différents systèmes et niveaux de soins.

Ainsi, la contractualisation entre le niveau central et la région sanitaire constitue un préalable à toute contractualisation entre la région sanitaire et ses composantes; il en est de même au niveau de la délégation provinciale. Toutefois, en fonction de ses ressources autres que le budget de l'État, une entité peut inclure dans son contrat des éléments qui ne figurent pas dans le contrat entre la région et l'administration centrale.

En outre, il convient de rappeler la possibilité pour une délégation provinciale d'établir des relations contractuelles avec des partenaires extérieurs au Ministère de la Santé: Associations, ONG, collectivités territoriales, bienfaiteurs, etc. Progressivement, ces relations contractuelles doivent être intégrées dans le dispositif du budget-programme et de la contractualisation

En résumé, la stratégie se présente comme suit :



3. CONCLUSION

L'administration sanitaire, à l'instar de l'ensemble de l'administration du Royaume, a longtemps été très centralisée. Les lourdeurs administratives classiques en sont l'apanage avec, pour corollaire, un manque d'efficacité. De même, elle a beaucoup de mal à identifier et à répondre aux besoins souvent spécifiques des populations.

L'administration sanitaire entend se rapprocher des citoyens. Cette modernisation de l'administration est fondée sur une plus grande proximité des besoins de la population. L'administration sanitaire déconcentrée, au contact quotidien avec les populations saura mieux identifier leurs besoins; mais il est aussi espéré qu'elle saura proposer des solutions plus adéquates et plus équitables.

Néanmoins, cette proximité ne sera réellement efficace que si elle s'accompagne simultanément d'une plus grande responsabilisation des services déconcentrés. Ainsi, ils seront incités à mettre en œuvre les activités qu'ils auront proposées.

L'approche en terme de région sanitaire permet de créer des systèmes locaux de santé, c'est-à-dire des ensembles présentant une certaine cohérence et harmonie dans les réponses aux problèmes d'une population inscrite dans un ensemble aux caractéristiques économiques, sociales et culturelles semblables. Ainsi, en se penchant sur son avenir, la région sanitaire devient responsable, au-delà des simples enjeux financiers, de son développement sanitaire. Le dialogue qui s'instaure avec l'administration centrale porte alors sur son "*Plan régional de développement sanitaire*". Les ressources financières en constituent un des moyens au même titre que les ressources humaines. Les résultats en deviennent l'objectif à atteindre. L'amélioration de la

performance du système et de la qualité des services de santé pourra alors bénéficier à l'ensemble de la population marocaine.

Une réforme de cette envergure, notamment dans le contexte institutionnel évolutif actuel, prend nécessairement du temps. En effet, en attendant l'aboutissement des textes réglementaires permettant la généralisation de la région sanitaire, il y a lieu d'envisager les mesures nécessaires pour gérer cette phase transitoire, notamment à travers l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de la stratégie du présent document.

Par ailleurs, elle demande une formation de tous les acteurs impliqués, qu'il s'agisse des responsables au sein du Ministère de la Santé, de l'administration des finances, mais aussi des responsables des collectivités locales dans le cadre de la décentralisation, des ONG et du secteur privé sans oublier enfin les populations. Pour cela, il faut élaborer, avec professionnalisme, des outils méthodologiques, pédagogiques et didactiques qui soient normalisés, simplifiés et adaptés aux besoins et aux particularités de chaque catégorie de services déconcentrés.

Enfin, cette réforme présente un caractère expérimental fort. Au fur et à mesure de sa mise en œuvre, des ajustements et des révisions devront être opérés.