

FR

**ANNEXE 1**

À la décision d'exécution de la Commission approuvant le programme d'action annuel 2014 en faveur du Maroc

**Fiche d'Action pour le Programme d'appui sectoriel à la réforme du système de santé**  
**"Santé II "**

**1. IDENTIFICATION**

Intitulé/Numéro	<b>PROGRAMME D'APPUI A LA REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE "SANTE II"</b> CRIS numéro: ENI/2014/037373		
Coût total	Le montant total de la contribution de l'Union européenne (UE) s'élève à 90.000.000 EUR répartis comme suit : 85.500.000 EUR au titre de l'appui budgétaire 4.500.000 EUR au titre de l'appui complémentaire.		
<b>Appui Budgétaire</b>			
Méthode d'assistance / Mode de gestion	Gestion directe Contrat de réforme sectorielle		
Type du code de l'appui	A02 – Appui budgétaire sectoriel	Indicateurs	BSAR
Code CAD	12110	Secteur	Politique de Santé et gestion administrative
<b>Appui complémentaire</b>			
Méthode d'assistance / Mode de gestion	Gestion directe Gestion indirecte avec le Royaume du Maroc Gestion indirecte avec l'Organisation Mondiale de la Santé		
Code CAD	12110	Secteur	Politique de Santé et gestion administrative

**2. MOTIF ET CONTEXTE NATIONAL**

**2.1. Résumé de l'action et de ses objectifs**

S'inscrivant dans la continuité du Programme d'Appui sectoriel à la réforme du système de Santé (PASS 2009-2014) et dans la complémentarité du programme Couverture Médicale de Base (CMB II et III 2009-2017), ce programme d'appui à la réforme du secteur sanitaire « Santé II » vise à consolider les acquis des appuis antérieurs à travers un soutien à la stratégie sectorielle 2012-2016, et à renforcer l'accès équitable de la population à des soins de qualité, en perspective d'un accès universel, notamment dans les zones rurales et pour les populations vulnérables (notamment les personnes en situation de handicap et migrants). Il soutient ainsi la

mise en œuvre d'un des axes prioritaires du plan d'action UE-Maroc pour la période 2013-2017, notamment la promotion de la politique sociale et de la santé publique.

Dans cette logique, ce programme s'articule autour de quatre axes :

1. L'accès équitable aux soins de santé primaire ;
2. L'amélioration de la gestion et le renforcement des compétences du personnel de santé ;
3. L'amélioration de la gouvernance ;
4. Le développement d'un système d'information sanitaire intégré, informatisé et accessible.

## **2.2. Contexte national**

### *2.2.1. Principaux défis pour la réduction de la pauvreté/ une croissance inclusive et durable*

Le Maroc est un pays de 33 millions d'habitants, aux liens très étroits avec l'Union européenne. C'est un pays à revenu intermédiaire bas, tributaire des importations d'énergie. Depuis le début des années 2000, le pays connaît une phase de croissance soutenue et de stabilisation macroéconomique. Le taux de croissance annuel du Produit Intérieur Brut (PIB) se situerait à 4,4%<sup>1</sup> en 2013, avec un niveau de revenu moyen par habitant de 2310 EUR. Cette évolution favorable n'a cependant pas entraîné de transfert significatif de la valeur ajoutée entre secteurs. Bien qu'on ait observé une légère tertiarisation de l'économie au dépend du secteur primaire, la structure de la production est restée relativement inchangée : 16,4% pour le secteur primaire, 28,5% pour le secteur secondaire et 55,1% pour le secteur tertiaire. Cette croissance économique a permis des progrès sociaux importants. Le Haut-Commissariat au Plan prévoit que le pays serait en mesure, en 2015, de réaliser tous les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM). L'ODM 1 de réduction de l'extrême pauvreté et de la faim est déjà atteint. En effet, le "Global Monitoring Report" de 2011 de la Banque Mondiale confirme que le Maroc n'accusait pas de retard dans l'achèvement de cet ODM. Il était à 10% de l'achèvement des cibles 2.a pour l'éducation primaire et 5.a pour la réduction de la mortalité maternelle.

Le niveau de développement social reste limité, au regard de la situation dans des pays à niveau de revenu comparable. La part de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national est passée à 9% en 2009<sup>2</sup>, mais le niveau d'inégalité reste parmi les plus élevés de la région, avec un indice de GINI à 40,9 en 2009 (32,1 en Egypte ou 37,7 en Jordanie).

La situation en matière de santé et d'éducation montre aussi un écart significatif par rapport aux autres pays de la région, en dépit des avancées importantes. En 2012, le taux de mortalité infantile s'élevait à 28.8/1000 (contre 16 en Tunisie, 21 en Egypte ou 19/1000 en Jordanie), et le taux d'alphabétisation des adultes âgés de 15 ans et plus se situait à 67% durant la période 2008-2012, contre 79,1% en Tunisie, 74% en Egypte ou 91% en Jordanie.

---

<sup>1</sup> L'ensemble des données macroéconomiques présentées dans cette partie sont issues des derniers documents publiés par le Ministère de l'Economie et des Finances (Direction des Etudes et des Prévisions Financières, DEPF), le Haut Commissariat au Plan, la Banque Centrale (*Bank al-Maghrib*) et le Rapport du FMI sur les consultations au titre de l'Article IV et l'accord de mise en œuvre d'une Ligne de Liquidité et de Prévention (LLP).

<sup>2</sup> Données sur les indicateurs sociaux issues du Rapport Mondial sur le Développement Humain 2011 (PNUD) et des travaux du Haut Commissariat au Plan.

En matière d'emploi, le taux de chômage s'est réduit, s'établissant à 9% en 2012, mais son niveau reste important parmi les jeunes en milieu urbain où il touche 32,4% de la population active des 15-24 ans. Le niveau d'éducation moyen des chômeurs est plus élevé que celui de l'ensemble de la population active, signe de l'inadéquation de la formation à l'emploi et de la difficulté du système socio-économique à générer des emplois qualifiés.

Les objectifs de la lutte contre la pauvreté et de l'amélioration de l'accès aux services de base font partie des priorités gouvernementales. La loi de finances 2013 a prévu de pérenniser le Fonds de cohésion sociale créé en 2012 en instituant une contribution de solidarité financée en partie par le secteur privé et les personnes physiques. Toutefois, une vision globale coordonnée permettant de faire face aux dimensions multiples de l'exclusion et de la pauvreté reste à élaborer.

### 2.2.2. Valeurs fondamentales

Le Maroc est une monarchie constitutionnelle, dont l'évolution vers un système de plus en plus libéral et démocratique pendant les dernières années paraît assurée, bien que des progrès restent encore à réaliser. Le pays est partie à toutes les principales conventions des Nations Unies sur les droits de l'Homme et coopère de manière satisfaisante avec les comités conventionnels. Les droits de l'Homme ont pris une place très importante dans la nouvelle Constitution de 2011, mais la mise en œuvre effective de la législation reste un défi. Le pays a connu des progrès significatifs dans la transparence et la neutralité de son processus électoral. La capacité institutionnelle et le pouvoir réel du Parlement sont encore assez limités, cependant, la réforme constitutionnelle prévoit pour celui-ci un rôle accru, ce qui est un signe encourageant. Au cours de la dernière décennie, le Gouvernement a entamé des réformes importantes pour renforcer les droits des femmes, même si la mise en œuvre du Plan pour l'égalité devrait permettre des améliorations. Par ailleurs, les carences du système judiciaire appellent une réforme profonde. A cet égard, un chantier national de réforme du secteur de la justice, qui devrait assurer son indépendance et renforcer la prévisibilité, la transparence et l'équité dans l'application de la loi, vient d'être mis en place.

Enfin, les indicateurs existants en matière de corruption (le Maroc est classé à la 91ème place sur 170 pays pour l'Indice de perception de la corruption de Transparency International en 2013) démontrent que beaucoup d'efforts doivent être investis dans l'application effective du cadre juridique et institutionnel créé pour lutter contre la corruption.

## 2.3. Admissibilité à l'appui budgétaire

### 2.3.1. Politique générale

#### Brève description des principales caractéristiques de la politique générale

Le Maroc a entrepris durant la dernière décennie des réformes très importantes dans les secteurs sociaux, et notamment dans le secteur de la santé et de la protection sociale. Les changements en cours transforment radicalement le paysage dans lequel opère le secteur de la santé au Maroc. Les appels à la réforme découlent ainsi de changements profonds dans le profil des besoins en santé et dans celui des attentes vis à vis du système de santé, ainsi que des insuffisances manifestes du système en place.

Le secteur de la santé a connu une intense activité sur le plan réglementaire et des changements dans son financement afin d'étendre progressivement la couverture médicale et réformer l'offre de soins. Cependant, le développement du système de santé est conditionné par la levée des contraintes liées à l'accès aux soins, aux

modalités de financement du secteur et à la productivité du système (développé ci-dessous).

Des acquis marquent le contexte sanitaire: la réduction de la mortalité maternelle (de 227 pour 100.000 naissances vivantes en 2003 à 112 en 2010) et infantile (40 pour 1.000 en 2003 à 28,8 pour 1.000 en 2011) s'est accélérée, mais les progrès sont restés moindres dans les zones rurales. La «transition épidémiologique» caractérisée par une évolution à la baisse du taux de fertilité, une augmentation constante de l'espérance de vie à la naissance et au cours de la vie, se traduit aussi par un glissement du fardeau des maladies infectieuses prédominantes vers des maladies non transmissibles et chroniques.

Le nouveau plan d'action du Ministère de la Santé 2012-2016, capitalise sur les acquis et traduit en pratique les nouvelles dispositions de la constitution. Il se base sur trois volets : le droit à la santé, la démocratie sanitaire et le renforcement du système de santé. La Lettre Royale d'ouverture de la seconde Conférence Nationale de la santé (juillet 2013) a confirmé les engagements des plus hautes instances du Maroc, les grandes lignes de la politique de santé et les grandes visions de l'avenir; ces points sont développés dans les recommandations de la Conférence.

La réforme du secteur de la santé est suivie et évaluée au travers du système d'information sanitaire encore très fragmenté, et par les services de l'Inspection Générale du Ministère de la Santé. Le Ministère de la Santé publie chaque année une revue des principaux indicateurs sectoriels dans « *La santé en chiffres* », ainsi que les « *Réalisations saillantes* » qui présente d'une façon neutre la performance sectorielle. L'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF), réalisée tous les 5 ans (la dernière date de 2011) suit aussi le secteur de manière périodique. Cependant, aucun organe sectoriel n'est investi de la responsabilité d'analyse de l'ensemble des informations et de leur consolidation pour élaborer une analyse critique des progrès de la mise en œuvre du plan sectoriel. La précision et l'exhaustivité incertaines, la faible réactivité des statistiques publiées par le Ministère de la Santé, constituent autant d'obstacles à un pilotage efficace du secteur. Les contrats programmes signés entre le niveau central et régional sont un outil de planification et de suivi au niveau régional intéressant<sup>3</sup>. Il existe aussi au niveau central un comité spécifique intersectoriel et interministériel de suivi de la réduction de la mortalité maternelle.

Les nouvelles orientations du gouvernement relancent le processus d'amélioration de l'information sanitaire en rapport avec le besoin de transparence du secteur et le besoin de documenter des indicateurs qui sont identifiés par la Charte sociale du Maroc. Le Ministère de la Santé a mis en pratique l'engagement de redevabilité du gouvernement en présentant des bilans annuels devant le Parlement. Cet engagement accroît la nécessité de plus de réactivité du système d'information.

### Pertinence de la politique

Dans la mesure où la stratégie sectorielle vise la promotion d'un accès universel équitable à des soins de santé de qualité, en particulier des populations vulnérables et à besoins spécifiques, et qu'elle vise aussi à l'établissement d'un système d'assurance maladie qui contribue à élargir l'accès aux services et à l'instauration d'un mécanisme de solidarité nationale en faveur des populations et régions les plus

<sup>3</sup>

Quatre comités assurent la gestion de cet outil: un comité d'orientation, central, présidé par le Ministère de la Santé; un comité de pilotage central présidé par le SG qui valide le budget proposé; un comité régional opérationnel par région, qui suit et évalue les actions menées, complété dans chaque région par un comité régional de mise en œuvre.

défavorisées, la politique proposée est pertinente et répond aux principes de la politique de voisinage et de la politique de développement de l'UE.

### Crédibilité de la politique

L'état de santé de la population, appréciée au travers d'un certain nombre d'indicateurs, met en relief certains acquis de cette politique tels que la maîtrise de l'accroissement démographique, le gain important en espérance de vie et l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les transitions épidémiologique et démographique imposent une redéfinition des priorités et enjeux du secteur; à noter que les maladies non transmissibles et la santé maternelle et infantile figurent parmi les priorités arrêtées du Ministère de la Santé.

Le développement du système de santé est fortement conditionné par la levée des contraintes du secteur, notamment par : la correction du déficit qualitatif et quantitatif existant en professionnels de santé (tributaire d'une capacité de formation et de recrutement limitée); la correction de l'inégalité de répartition géographique des ressources (humaines et financières) entre milieux urbain/rural et entre régions<sup>4</sup>; l'amélioration de la sensibilisation des populations avec la diffusion de la gratuité des soins auprès des démunis, l'utilisation des services de santé étant très limitée (0,6 visites en moyenne par habitant par an et 0.4 en milieu rural).

Les cibles de la stratégie nationale sont souvent ambitieuses, qu'il s'agisse de l'extension des capacités du système ou de l'amélioration de l'état de santé de la population. Ainsi, la cible de la mortalité maternelle a été fixée à 50 pour 100.000 naissances vivantes en 2016, alors que la cible des OMD de 83 pour 100.000 en 2015 risque de ne pas être atteinte. En revanche, les 25 pour 1.000 naissances vivantes de mortalité infantile prévue dans les OMD en 2015 seront sans doute atteints.

Concernant le financement du secteur, la source de financement principale des actions du Ministère de la Santé est le budget de l'État. Malgré une augmentation en termes réels d'environ 11% par an du budget de la santé entre 2005 et 2013, la progression a été moindre que celle du budget global de l'Etat. Au titre du projet de loi de finances 2014, le budget du Ministère de la Santé s'élève à 13 milliards de Dirhams (en hausse de 4,41% par rapport à 2013) pourtant sa proportion de 4,17% du budget de l'Etat reste toujours loin des 7% prônés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et des 8% que le Ministère de la Santé s'est fixé comme objectif. La part des paiements directs des ménages reste trop importante (53%) et doit être réduite au bénéfice de paiements collectifs et solidaires.

Dans l'optique d'appuyer le renforcement du lien entre la stratégie sectorielle et la planification budgétaire, la gouvernance de la réforme et le dialogue entre Ministère de la Santé et Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) doit continuer à être soutenue. Il convient de noter que le Ministère de la Santé sera un des 4 ministères pilotes, en 2015, pour la mise en œuvre de la nouvelle Loi Organique des Finances. Cette loi organique est considérée comme un véritable référentiel en matière de finances publiques, visant l'adoption d'une nouvelle philosophie de gouvernance basée sur la performance, la transparence et la reddition des comptes.

Sur base des éléments susmentionnés, il ressort **que la politique sectorielle est considérée suffisamment pertinente et crédible** pour que les objectifs du programme d'appui budgétaire soient largement atteints et qu'elle contribue par

---

<sup>4</sup> Le Maroc est répertorié par l'OMS parmi les 57 pays souffrant d'une grave pénurie en ressources humaines. La densité des accoucheuses qualifiées est inférieure à 2.28 pour 1000 habitants, qui est le seuil critique de dotation en personnel pour l'OMS.

ailleurs aux objectifs de réduction de la pauvreté et de croissance inclusive et durable.

### 2.3.2. *Politique macroéconomique*

L'économie marocaine fait preuve d'une certaine résilience face à la conjoncture régionale et mondiale défavorable. La croissance du PIB a atteint 4,5% en 2013, grâce à une production agricole exceptionnellement bonne (+17%). Parallèlement, l'inflation est restée bien maîtrisée en 2013. Pour l'ensemble de l'année, l'indice des prix à la consommation (IPC) a augmenté de 1,9%.

L'exécution de la Loi de Finance 2013 a été marquée par un fort allègement du déficit budgétaire, pour s'établir à 5.4% du PIB, contre 7.3% en 2012. La diminution des dépenses ordinaires, de 3.1%, s'explique par une baisse substantielle des dépenses de compensation, de 24,2%, par rapport à 2012, attribuable principalement au repli des cours internationaux de pétrole brut ainsi qu'à l'adoption d'un système d'indexation partielle de certains produits pétroliers, en septembre 2013.

Le compte courant a enregistré, selon des chiffres provisoires pour 2013, un déficit d'environ 71 milliards de DH (hors transferts officiels), soit 8% du PIB (10 % du PIB en 2012). Ceci, associé au niveau des emprunts et prêts des bailleurs de fonds, a permis au Maroc de maintenir un niveau stable de réserves internationales, à environ USD 19 milliards (représentant l'équivalent de 4 mois d'importations de biens et services).

Les dernières projections, réalisées en janvier/février 2014, par la Banque Centrale, le MEF et le FMI, concordent sur: une hausse de la production globale, de l'ordre de 3,5 à 4,2 % en 2014, sur base d'un retour à une croissance moyenne du secteur primaire et une légère reprise de la production non agricole, un déficit budgétaire de 4,8 à 4,9% du PIB, un niveau d'inflation aux alentours de 2,5 % et un déficit du compte courant de la balance des paiements de 7.5% du PIB.

Sur la base de ces informations nous pouvons conclure qu'un cadre macroéconomique axé sur la stabilité est en place et que des progrès visant à maintenir les principaux équilibres essentiels sont réalisés. La condition générale des appuis budgétaires liée à la stabilité macroéconomique est par conséquent remplie.

### 2.3.3. *Gestion des finances publiques*

Le Maroc met en œuvre, depuis près d'une décennie, une vaste réforme de son système budgétaire, couvrant les différentes phases (formulation, exécution et contrôle) et dimensions du système de gestion des finances publiques. Cette réforme, concernant le volet "dépenses", est mise en œuvre parallèlement à une importante réforme du volet "recettes" (système fiscal) des finances publiques; toutes deux faisant l'objet d'un accompagnement de l'Union européenne.

La réforme budgétaire a permis certains progrès au cours de ces dernières années, notamment: l'accroissement de l'information rendue publique sur la gestion budgétaire; l'introduction et l'extension progressive à différents Ministères d'une programmation budgétaire pluriannuelle; l'introduction expérimentale de budgets par programmes, associés à des indicateurs, dans différents Ministères; le renforcement des méthodes de contrôle et audit interne; la refonte du cadre de passation des marchés publics, en conformité avec les standards internationaux.

Les défis qui persistent sont, en particulier: un budget de l'Etat encore trop fragmenté; une information sur l'exécution budgétaire en cours ou au terme de l'exercice qui reste encore trop agrégée; une nomenclature d'adoption du budget

encore fondée sur une logique de moyen et non d'objectifs; une capacité d'audit au sein de chaque Ministère qui reste à renforcer.

Ces défis devraient être progressivement adressés par la mise en œuvre de la nouvelle Loi Organique relative à la Loi de Finances (LOLF), dont l'UE accompagne la mise en œuvre, à travers le programme "Hakama" (Gouvernance Publique), signé en décembre 2013. Le projet de LOLF, qui constitue le cadre stratégique de mise en œuvre de la réforme budgétaire pour les quatre à cinq années à venir, a été adopté en janvier 2014 en Conseil des Ministres et est actuellement en cours d'examen au Parlement.

La nouvelle Loi Organique favorisera davantage de performance, transparence et démocratie budgétaires, par la mise en œuvre d'un ensemble cohérent et interdépendant de dispositions, couvrant l'ensemble du système budgétaire.

Compte tenu de ce qui précède nous pouvons conclure que le Maroc continue à être éligible à l'appui budgétaire, du point de vue de la condition générale associée au système de gestion des finances publiques.

#### *2.3.4. Transparence et contrôle du budget*

L'information rendue publique sur la gestion budgétaire s'est progressivement accrue au cours de ces dernières années avec aujourd'hui 10 rapports thématiques, accompagnant le Projet de Loi de Finances, dont, notamment, ceux portant sur: la présentation du PLF (Rapport Economique et Financier), les dépenses fiscales, les Etablissements et Entreprises Publics, les Comptes Spéciaux du Trésor, la Dette publique ou la Caisse de Compensation (mécanisme de subvention des produits de première nécessité).

Egalement, la Trésorerie Générale du Royaume publie, désormais, des bulletins mensuels, présentant des données agrégées, selon la classification économique, de l'exécution de la loi de Finances.

Le niveau de détail (en particulier sur l'exécution), la quantité et la qualité de l'information sur la gestion budgétaire rendue publique, en temps souhaitable, aux différentes phases du cycle budgétaire, devrait s'accroître au cours des prochaines années avec la mise œuvre des dispositions prévues par le projet de LOLF.

Le Gouvernement a rendu public, sur le site internet du Ministère de l'Economie et des Finances, le Projet de Loi de Finances (PLF) 2014, suite à son approbation en Conseil de Gouvernement, puis en Conseil des Ministres (présidé par le Chef de l'Etat), au moment de la transmission au Parlement, au mois d'octobre 2013. Suite à son approbation, successivement par la Chambre des Représentants (Chambre basse) et par la Chambre des Conseillers (Chambre haute), la Loi de Finances a été à nouveau rendue publique, fin décembre 2013, dans sa version amendée par les Parlementaires.

Compte tenu de ce qui précède nous pouvons également conclure que le Maroc continue à être éligible à l'appui budgétaire, du point de vue de la condition générale associée à la transparence et au contrôle du Budget.

#### **2.4. Enseignements tirés**

Les efforts du Ministère de la Santé ont permis des avancées significatives dans l'amélioration du système de santé et de l'offre de soins, confirmées dans l'évaluation du PAS 2008-2012. Ces avancées ont été obtenues sur un fond de changement majeur du contexte institutionnel et réglementaire. Un certain nombre de mesures ont été mises en œuvre pour renforcer la confiance de la population dans le service public, visant l'amélioration de la transparence, de l'accueil des usagers et de

l'accès aux soins au niveau des hôpitaux. Les interventions sur les médicaments ont permis de revoir le prix des médicaments et des consommables à la baisse et une pénétration accrue des génériques. Les efforts importants ont permis la réduction de la mortalité maternelle et infantile grâce à la gratuité de l'accouchement et de la césarienne dans les hôpitaux et du transport des parturientes. Des maternités et des maisons d'accouchement ont été mises à niveau ainsi que les premiers Services d'Aide Médicale Urgentes (SAMU) ruraux. Le dépistage et la prise en charge des maladies non transmissibles ont été significativement renforcés. Le déploiement des ressources humaines (RH) en milieu rural demeure problématique, obligeant le Ministère de la Santé à favoriser des interventions ciblées -santé maternelle et infantile- plutôt que globales.

Parmi les principaux acquis du PASS, on dénombre: l'amélioration du suivi des maladies chroniques, en particulier le diabète et l'hypertension artérielle ; l'augmentation du nombre d'accouchements assistés dans les structures de santé publiques et l'amélioration de la prise en charge des complications obstétricales, notamment en milieu rural où le nombre de consultations a augmenté; l'amélioration de la qualité des soins et des structures par l'engagement du Ministère de la Santé dans un Concours Qualité; l'amélioration de la coordination des bailleurs, par la mise en place d'un système de suivi conjoint et de réunions annuelles des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), présidées par le Ministère de la Santé.

Les enseignements à tirer de la mise en œuvre de la réforme et des programmes d'appui, montrent la nécessité d'appuyer la mise en place d'un cadre législatif clair (ainsi la carte sanitaire doit pouvoir être mise en œuvre) et l'adoption par les autorités d'un cadre stratégique global approprié accompagné par un financement réaliste établi par sources, attribuant un rôle à toutes les parties prenantes.

La poursuite de l'appui de l'UE à cette réforme d'envergure demeure pertinente et opportune, pour les raisons suivantes: si l'appui aux régions défavorisées a montré des avancées certaines, le contact par habitant avec le système de santé reste faible et la réduction de la mortalité maternelle et infantile présente une accélération moindre dans les régions défavorisées que dans le reste du pays, nécessitant de capitaliser sur l'effort de santé rurale ; si l'appui à la politique de ciblage des populations les plus vulnérables reste en ligne avec les priorités du partenariat renouvelé et en continuité avec ses appuis passés, son renforcement est toujours d'actualité notamment pour les femmes, les enfants, les personnes en situation de handicap et les migrants.

## **2.5. Actions complémentaires**

L'UE accompagne le secteur de la santé par des appuis budgétaires depuis 2000. Le PASS signé en 2009 est un programme d'appui multi-bailleurs (Coopération espagnole, coopération française, Fonds des Nations-Unies pour la Population) qui cible en particulier trois axes du Plan d'Action 2008-2012: l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité du système public de santé, le renforcement institutionnel du Ministère de la Santé et l'amélioration de la gouvernance au niveau régional. L'appui complémentaire de l'UE pour le PASS comprenait notamment des assistances techniques (ATs) sur la gestion et la planification des RH (dernière AT encore en cours), la gestion et l'organisation des pharmacies hospitalières, la mise en place d'une démarche de suivi/évaluation du plan d'action 2008-2012, ainsi que des actions de communication autour du programme. L'appui de l'UE pour la troisième fois à la CMB contribue à garantir à l'ensemble de la population l'accès aux prestations de soins de santé selon les principes de solidarité et d'équité.



Le programme PARCOUM III de la Banque Africaine de Développement (BAD), (d'environ 140 millions d'Euros), porte sur la poursuite de la réforme de la CMB et sur l'offre de soins.

D'autre part, l'Agence de coopération espagnole appuie le secteur à travers un projet bilatéral visant à appuyer l'Ecole nationale de santé publique.

La Banque Mondiale (BM) se propose de financer un programme d'appui au secteur de la santé à travers son "programme pour résultats (P4R)" et de s'associer à l'identification d'un cadre logique et d'une matrice d'indicateurs commune avec "Santé II".

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a renforcé son appui financier au Maroc pour la période 2014-2016 (enveloppe de 37,4 millions de dollars US). Cet appui est élargi pour la première fois au renforcement du système de santé. Les interventions du Fonds mondial appuieront certaines actions retenues comme prioritaires par le programme "Santé II", notamment en ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge des populations migrantes par les programmes de santé publiques. La Délégation de l'UE aura une vision privilégiée de l'analyse qui sera faite de la répartition de ce fonds en siégeant auprès de l'instance de coordination nationale du Fonds mondial. Concernant les autres initiatives mondiales de la Santé, le Maroc n'est pas éligible pour l'Alliance Globale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI Alliance).

## **2.6. Cadre de gestion des risques**

Le Maroc s'est engagé depuis plus d'une décennie sur la voie de réformes sociales, politiques et économiques qui ont permis d'accomplir des avancées en matière de gouvernance publique, de progrès social, de consécration des libertés et droits fondamentaux. Le « plan d'action 2014 – 2017 pour la mise en œuvre du Statut Avancé » négocié entre l'Union européenne et le Maroc réitère les engagements du Maroc en matière de réformes politique et socio-économique. Toutefois, certains facteurs de risques subsistent, que la coopération européenne s'attache à résoudre.

De manière générale, les risques les plus saillants identifiés à ce jour concernent notamment l'administration de la justice, ainsi que son manque de moyens. Les faiblesses identifiées en matière de convergence et d'efficacité des politiques publiques constituent également un défi. L'effectivité du contrôle parlementaire et supérieur/juridictionnel sur les finances publiques, bien qu'en progression, devrait également être améliorée. Enfin, les indicateurs existants en matière de corruption (le Maroc est classé à la 88ème place sur 176 pays pour l'Indice de perception de la corruption de Transparency International en 2012) démontrent que beaucoup d'efforts doivent être investis dans l'application effective du cadre juridique et institutionnel créé pour lutter contre la corruption.

Afin d'atténuer les risques identifiés, l'Union européenne se propose notamment d'accompagner la mise en œuvre de la réforme de la justice par le biais d'un programme d'appui sectoriel. Elle suit, au titre de son dialogue sur les politiques ou par le biais de la coopération, la réflexion entamée sur la convergence des politiques publiques et s'est engagée récemment dans un nouveau programme d'appui à la réforme budgétaire et fiscale. Elle appuie par ailleurs les principales institutions de contrôle interne (Inspection générale des Finances) et externe (Cour des Comptes). En matière de corruption, enfin, elle mène un dialogue politique renforcé avec le gouvernement et les institutions concernées, ainsi qu'avec la société civile et renforce les capacités de l'Instance centrale de prévention de la Corruption et des organisations spécialisées dans la lutte contre celle-ci.

### 3. DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU CONTRAT D'APPUI BUDGÉTAIRE

#### 3.1. Objectifs

L'**objectif général** du programme est de renforcer l'accès équitable de la population à des soins de qualité, en perspective d'un accès universel.

Les **objectifs spécifiques** (OS) consistent en:

OS1 : Accès équitable aux soins de santé primaire

OS2 : Amélioration de la gestion et renforcement des compétences du personnel de santé

OS3 : Amélioration de la gouvernance

OS4 : Développement d'un système d'information sanitaire intégré, informatisé et accessible.

Concernant les **aspects transversaux**, le programme d'appui: prend en compte l'égalité des genres en accordant une attention particulière aux femmes; contribuera à la bonne gouvernance et à la lutte contre la corruption; soutiendra la dimension « gouvernance locale » en encourageant le renforcement des capacités et de l'action des services de santé au niveau régional; prend en compte les politiques environnementales de la santé en particulier celles définies dans la stratégie de gestion des déchets médicaux et des déchets toxiques; soutiendra les déterminants sociaux de la santé en appuyant la réforme de la santé publique et l'inter-sectorialité qu'elle implique. D'autre part, le programme est en synergie avec les interventions des autres bailleurs du secteur, notamment les Initiatives Mondiales pour la Santé.

Le programme se propose de cibler en priorité la réduction des écarts dans l'accès aux soins et dans le niveau de santé en adressant les causes de morbidité et de mortalité évitables, notamment dans les milieux défavorisés, et en ciblant directement les femmes et les enfants pour certains objectifs concernant la santé maternelle et néonatale/périnatale.

#### 3.2. Résultats escomptés

Les principaux résultats auxquels le programme d'appui entend contribuer sont :

##### 3.2.1. Résultats de l'objectif spécifique 1 (OS 1)

R.1. L'accès à des soins de santé de qualité est amélioré et rendu plus équitable :

R.1.1. La santé de la mère et de l'enfant est renforcée ;

R.1.2. Les écarts entre milieu urbain et milieu rural sont réduits;

R.1.3. La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques est renforcée ;

R.1.4. La prise en charge des maladies non transmissibles est optimisée.

Les actions à mener pour l'atteinte de ces résultats concerneraient à titre indicatif, outre la continuité des actions de la stratégie sectorielle: l'optimisation de la prise en charge à la fois des maladies transmissibles et non-transmissibles compte tenu des ressources disponibles en milieu rural et en milieu urbain, en s'attachant aux principes d'équité et d'égalité dans l'accès aux soins ainsi qu'aux besoins spécifiques des femmes ; la disponibilité de RH (femmes et hommes) formées et adaptées à l'offre des soins; l'élaboration d'un plan national de prévention et de prise en charge des populations vulnérables (femmes et hommes en situation de handicap et migrants).

### 3.2.2. *Résultats de l'objectif spécifique 2 (OS 2)*

#### **R.2. Les compétences des ressources humaines et leur gestion sont améliorées :**

**R.2.1.** La répartition des RH est adaptée aux besoins des populations;

**R.2.2.** Les compétences du personnel médical, paramédical et gestionnaire sont améliorées.

Les actions à mener pour l'atteinte de ces résultats concerneraient, à titre indicatif: la mise en place effective de la déconcentration régionale des RH et le développement d'une politique de reconnaissance et de rétention du personnel de santé; le suivi et l'amélioration de la performance du personnel de santé dans les structures de soins de santé primaire fixes et mobiles ; l'évaluation de l'impact et de la qualité de la formation continue ; la création de la spécialité de médecine de famille (en collaboration avec le Ministère de l'Enseignement supérieur) et l'élaboration d'un programme de formation en médecine de famille des médecins déjà sur le terrain (formation à distance et nouvelles technologies) .

### 3.2.3. *Résultats de l'objectif spécifique 3 (OS 3)*

#### **R.3. La gouvernance du système de santé est améliorée:**

**R.3.1.** La régionalisation de la politique de santé est étendue et renforcée;

**R.3.2.** La démocratie sanitaire est amorcée;

**R.3.3.** La lutte contre la corruption est renforcée.

Les actions à mener pour l'atteinte de ces résultats concerneraient, à titre indicatif: le renforcement des moyens d'action de l'Inspection Générale du Ministère de la Santé; le développement d'outils et modèles de partenariat public-privé pour répondre au mieux aux besoins de la population; le développement de la régulation du médicament (encadrement, financement de l'approvisionnement, mise à jour des normes pour chaque niveau de soins préalable à l'élaboration d'un processus d'accréditation des structures sanitaires, etc.); la mise en place du Conseil national consultatif de santé; et l'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre la corruption dans le domaine de la santé.

### 3.2.4. *Résultats de l'objectif spécifique 4 (OS 4)*

#### **R.4. Un système d'information sanitaire est opérationnel**

Les actions à mener pour l'atteinte de ce résultat concerneraient, à titre indicatif: la définition du cadre stratégique du Système d'information Sanitaire (SIS) avec la formation de deux comités (pilotage et opérationnel); la définition de la stratégie nationale de suivi et évaluation; l'urbanisation du SIGS; la révision du schéma directeur existant du SIGS; la création d'un centre national d'information sanitaire, et le développement aux échelons provinciaux et des établissements de santé; la mise à l'échelle du système.

### 3.3. **Motivation des montants alloués à l'appui budgétaire**

Le montant total alloué à ce programme dans le cadre de l'Axe 1 du Cadre d'Appui Unique est de 90.000.000 d'euros. Ce montant représente autour de 56% du Plan d'action annuel 2014. Il est fondé sur l'évaluation des besoins, la capacité d'absorption du secteur ainsi que des performances dans le cadre du PASS et la cohérence avec les autres interventions en cours ou prévues de l'UE et des bailleurs de fonds actifs dans le secteur.

La problématique de la maîtrise des dépenses de santé devient de plus en plus d'actualité. La croissance exponentielle des dépenses de santé depuis 2006 est

impressionnante (en valeur absolue elle est passée de 5700 DH par an/par habitant à 8000 DH en seulement 4 ans). Mais cette croissance est essentiellement expliquée par les dépenses de santé des ménages (et plus particulièrement les paiements directs qui demeurent toujours à plus de 50%). Selon l'OMS, le but de la couverture universelle est de diminuer les paiements directs des ménages au bénéfice de paiements collectifs et solidaires. Sur les quatre dernières années, le pourcentage des paiements directs n'est passé que de 57% à 53%, une réduction très modeste. Pourtant, le financement collectif et solidaire (fiscal et contributif) est passé de 39,6% en 2006 à 44% en 2010.

Concernant la part des Partenaires Techniques et Financiers dans le budget de la santé, elle a été évaluée à environ 6% du financement de la santé pour les années 2010 et 2011. Cette part est en diminution constante sachant que plusieurs partenaires ne peuvent plus apporter de soutien significatif au secteur (coopération espagnole, coopération italienne ou l'AFD). Cette part diminue tandis que le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du Ministère de la Santé pour la période 2014-2016 prévoit une augmentation de 13,6% de l'allocation au Ministère de la Santé par rapport à l'année 2013.

Sur un budget de 13 milliards de dirhams (1 161 886 847 d'euros) en 2014, le montant maximum des tranches de cet AB, 25 millions d'euros, représenterait dans l'hypothèse d'un budget constant et si la tranche était déboursée en totalité, autour de 2,15% du budget du Ministère de la Santé.

De manière générale, l'appui budgétaire sectoriel est la modalité de mise en œuvre privilégiée de la coopération européenne au Maroc. Sa valeur ajoutée principale est d'accompagner avec réalisme et ambition les politiques sectorielles clés définies par le Gouvernement marocain. Il permet un effet de levier sur des réformes structurantes, un suivi incitatif sur les résultats et favorise dans de plus en plus de cas la coordination interministérielle et des bailleurs de fonds autour d'objectifs sectoriels communs. En termes quantitatifs, ces programmes d'appuis dont le présent appui sectoriel ne représentent qu'une faible part des dépenses publiques, et ont donc un impact réduit sur le cadre budgétaire global. De plus, l'appui complémentaire qui accompagne les appuis budgétaires dans un cadre cohérent permet d'apporter l'expertise et le renforcement des capacités recherchées par les ministères, en particulier en termes de convergence avec les meilleures pratiques européennes.

### **3.4. Principales activités**

#### *3.4.1. Appui budgétaire*

Les principales activités prévues dans le cadre du volet d'appui budgétaire du programme sont: le dialogue politique sectoriel (principalement axé sur la mise en œuvre générale de la réforme de la santé) via des réunions bilatérales régulières avec les parties-prenantes concernées à différents niveaux et plus élargies dans le cadre de la coordination des bailleurs de fonds (y incluses les Initiatives Mondiales pour la Santé); le suivi des performances du programme et la vérification des conditions de déboursement prévues pour chaque tranche dans la convention de financement (cf. 4.7); et le décaissement de l'appui budgétaire, sous forme de tranches annuelles, en fonction des performances atteintes.

#### *3.4.2. Soutien complémentaire*

Les moyens relatifs à l'accompagnement technique et institutionnel seront mobilisés pour appuyer la mise en œuvre du programme et la stratégie générale du Gouvernement dans ce secteur. L'appui complémentaire pourra s'articuler selon les axes indicatifs suivants:

- Un accompagnement technique moyen-terme auprès du Ministère de la Santé pour la mise en œuvre de sa stratégie 2012-2016, avec possibilité de mobiliser de l'AT court-terme pour répondre aux besoins identifiés par le Ministère de la Santé et l'UE.
- Un jumelage avec l'Agence Nationale de Santé Publique pour accompagner la réforme de la santé publique.
- Un projet en gestion indirecte avec l'OMS qui s'orienterait vers les Déterminant Sociaux de la Santé, la définition d'un paquet de soins primaires, et la mise en place d'un système d'évaluation des établissements de soins de santé primaires.

L'appui complémentaire comprendra aussi l'identification et la mise en œuvre d'un plan de communication et la visibilité, le suivi externe, les audits et l'évaluation finale du programme. Les détails concernant sa mise en œuvre sont développés au point 4.4.

### **3.5. Coordination des bailleurs de fonds**

La coordination avec les bailleurs de fonds a été assurée durant l'identification et la formulation de ce programme en consultant les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) et en les associant aux réunions de restitution. Cette coordination sera poursuivie durant la mise en œuvre du programme lors des missions de suivi, mais aussi dans le cadre du "Groupe thématique Santé", initié et co-présidé par la Délégation et la coopération espagnole.

D'autre part, le Ministère de la Santé organise et préside une réunion annuelle de coordination des bailleurs de fonds du secteur, à laquelle sont invités tous les PTF, ainsi que le MEF et d'autres institutions partenaires et acteurs sectoriels. Elle sert de forum pour le partage d'informations et pour des discussions sur les progrès et les priorités du secteur, ainsi sur des thématiques ciblées.

La coordination avec la BM s'est concrétisée par des missions conjointes durant la formulation de son "Programme pour résultats" au secteur de la santé, qui devrait démarrer en 2015. La coordination sera poursuivie au travers de missions de suivies conjointes.

Dans cette nouvelle phase, s'ajoute l'appui des Initiatives mondiales pour la santé, partie intégrante des PTFs.

### **3.6. Parties prenantes**

Les parties prenantes dans la mise en œuvre du Programme Santé II peuvent être groupées dans les catégories suivantes :

- Le gouvernement, à savoir: le Ministère de la Santé et ses niveaux décentralisés responsables directs de la mise en œuvre de la réforme de santé; le MEF en charge du budget de la santé ; les ministères de l'Intérieur, l'Emploi, la Solidarité et la Famille, impliqués dans les volets de la réforme concernant l'égalité, l'équité et la solidarité de l'accès aux soins pour diverses catégories de la population, et le Ministère de l'Enseignement Supérieur concerné par la formation initiale médicale ;
- Les organisations non gouvernementales et membres de la société civile, y incluses organisations de femmes présentes dans le secteur, parties prenantes à la mise en œuvre de la stratégie de réforme du secteur;
- Les collectivités locales qui participent inégalement à la réforme, certaines mettant à disposition du personnel, le gardiennage des établissements de santé, le transport, d'autres prenant en charge les frais d'eau et d'électricité.

### **3.7. Conclusion sur la comparaison des risques encourus (2.6) et les résultats/bénéfices escomptés (3.2.)**

Depuis près de dix ans, l'UE accompagne le Gouvernement du Maroc dans ses efforts d'amélioration des performances du système de santé, particulièrement au niveau des soins de santé de base au travers des programmes d'appui PASS et CMB. Malgré l'évolution positive indéniable de la réforme du secteur de la santé, telle que mentionnée au point 2.3.1, le bilan de sa mise en œuvre montre des défis importants encore à relever. Le présent appui de l'UE permettra, d'une part, de consolider les acquis du programme précédent, notamment pour soutenir les autorités marocaines afin de maintenir le cap de la réforme, et d'autre part, de prendre en charge des besoins qui deviennent fondamentaux: l'accès équitable à des soins de qualité, l'amélioration de la gestion des RH, l'amélioration de la gouvernance, la mise en place d'un système d'information et d'appui à la décision.

En outre, la valeur ajoutée reconnue de l'appui budgétaire mobilisé par l'UE réside aussi dans le développement d'un dialogue politique transparent et constructif qui permet d'échanger avec les autorités marocaines sur l'avancement des réformes entamées et de prendre en compte les difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre. Un autre élément qualifiant de l'appui de l'UE est l'accompagnement technique, notamment dans le renforcement des capacités institutionnelles, l'identification des outils et mécanismes pour améliorer la gestion et l'analyse financière et l'amélioration des systèmes d'information.

## **4. QUESTIONS DE MISE EN ŒUVRE**

### **4.1. Convention de financement**

Pour mettre en œuvre cette action, il est prévu de signer une convention de financement avec le pays partenaire, telle que prévue à l'article 184(2)(b) du règlement (EU, Euratom) N° 966/2012.

### **4.2. Période de mise en œuvre opérationnelle indicative**

La période de mise en œuvre opérationnelle indicative de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites aux sections 3.4 et 4.4 seront réalisées, est de 48 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement, sous réserve des modifications à convenir par l'ordonnateur responsable dans les accords concernés.

### **4.3. Critères et calendrier indicatif du décaissement du soutien budgétaire**

Pour l'appui budgétaire sectoriel, **les conditions générales de décaissement** de toutes les tranches ont trait à la permanence des critères d'éligibilité à l'AB et des composantes du présent programme sectoriel. Les conditions, qui doivent être remplies chaque année sur toute la durée du programme, sont des progrès satisfaisants dans le maintien d'une politique macroéconomique orientée vers la stabilité; des progrès satisfaisants dans la mise en œuvre du programme de réforme de la gestion des finances publiques; des progrès satisfaisants dans la mise en œuvre de la politique et de la stratégie sectorielle; et des progrès satisfaisants en matière de transparence et de contrôle de la gestion budgétaire en vue de la mise à disposition du public et du pouvoir législatif d'une information budgétaire adéquate, pertinente et dans les délais requis. Conformément à la méthodologie de mise en œuvre de l'AB adoptée en 2012, chacun de ces critères fera l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre d'un rapport qui leur sera consacré.

En ce qui concerne les décaissements des tranches d'AB variables, tout d'abord tributaires de la réalisation des conditions générales, ils seront décidés sur la base de

l'évaluation d'une série **d'indicateurs de performance**, portant sur des aspects quantitatifs et qualitatifs. Ces indicateurs, de processus et de résultats permettront d'apprécier les progrès réalisés au niveau de chacun des résultats attendus du programme. Les décaissements de l'AB seront réalisés avec une première tranche fixe et trois tranches variables subséquentes. Pour les trois tranches variables, un seul décaissement annuel est prévu, de préférence, au cours du deuxième trimestre de chaque année, les données nécessaires à la vérification d'une grande partie des indicateurs de performance étant disponibles en décembre de l'année précédente à celle du décaissement. Le calendrier et les montants indicatifs des décaissements sont résumés dans le tableau ci-dessous (en millions d'euros) sur la base de l'exercice budgétaire du pays partenaire.

Année fiscale (Année N= signature)	N	N+1				N+ 2				N+ 3				Total
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Type de tranche														
Tranche fixe	10,5													10,5
Tranche variable			25				25				25			75,0
<b>Total</b>	<b>10,5</b>		<b>25</b>				<b>25</b>				<b>25</b>			<b>85,5</b>

#### 4.4. Détails concernant le soutien complémentaire

##### 4.4.1. Passation de marchés publics (Gestion directe)

De manière indicative, les marchés publics ci-dessous seront passés dans le cadre de la mise en œuvre du soutien complémentaire décrit au point 3.4.2, ci-dessus :

Objet, en termes génériques, si possible	Type	Nombre indicatif de contrats	Trimestre indicatif de lancement de la procédure
AT moyen terme	Services	1	T3 2015
AT court terme (Enquêtes, formation continue personnel de santé, stratégie de santé, communication et visibilité)	Services	1	T1 2016
Missions de suivi	Services	1	T1 2016

##### 4.4.2. Gestion indirecte avec une organisation internationale (OMS)

Une partie de la présente action ayant pour objectif l'appui à la mise en œuvre du programme pourra être mise en œuvre en gestion indirecte avec l'OMS conformément à l'article 58 (1)(c) du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. L'OMS, en tant qu'autorité directrice et coordinatrice de l'action sanitaire mondiale, joue un rôle stratégique en tant que chef de file dans le secteur de la santé. Partenaire privilégié du MS grâce à son expertise technique dans les domaines sanitaires prioritaires, la participation de l'OMS à la mise en œuvre du programme est à la fois une nécessité et un souhait exprimé par les autorités sanitaires marocaines. L'OMS pourrait apporter une expertise particulière au Ministère de la Santé sur la mise en œuvre de la stratégie nationale des déterminants sociaux de la santé, la mise en place d'un système d'évaluation des performances des Etablissements de Soins de Santé de Base, la définition du paquet de soins de santé primaire, et la mise en place d'un programme en vue de la couverture sanitaire universelle.

L'entité chargée de l'exécution de ce projet se verra déléguée l'exécution de tâches relatives à la gestion d'appels d'offre, de passation et de gestion de contrats essentiellement pour la mobilisation d'expertise externe (internationale et locale) nécessaire à la couverture des thématiques qui seront couvertes par ce projet. Un

suivi resserré et documenté sera apporté par la Délégation de l'UE au respect de la visibilité du financement de ce projet par l'Union européenne.

L'OMS réalise actuellement l'évaluation ex-ante conformément à l'article 61(1) du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. Dans l'anticipation des résultats de cette évaluation, l'ordonnateur juge, sur la base d'une évaluation préliminaire et de la bonne coopération de longue date avec cette organisation, que celle-ci peut être investie des tâches d'exécution du budget dans le cadre de la gestion indirecte.

#### 4.4.3. *Gestion indirecte avec le Royaume du Maroc(Jumelage)*

Une partie de la présente action ayant pour objectif de renforcer la capacité de certains organes du Ministère de la Santé sera mise en œuvre en gestion indirecte avec le Gouvernement du Maroc conformément à l'article 58 (1) (c)(i) du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. L'instrument le plus approprié est celui du jumelage institutionnel qui se fera avec une institution similaire d'un pays européen. Un jumelage au profit de l'appui à la mise en place de l'Agence de Santé Publique a été identifié. Le Royaume du Maroc agit en tant que pouvoir adjudicateur dans le cadre des procédures de passation de marchés et d'attribution de subventions. La Commission procède à un contrôle ex- ante pour toutes les procédures de marchés publics et de subventions. Les paiements sont exécutés par la Commission.

Conformément à l'article 262, paragraphe 3, du règlement délégué (UE) N° 1268/2012, le Royaume du Maroc applique les règles de passation de marchés publics établies au chapitre 3, du titre IV de la Deuxième Partie du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. Ces règles, à l'instar des règles applicables aux procédures de subvention en vertu de l'article 193 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012, sont fixées dans la convention de financement conclue avec le Royaume du Maroc.

#### 4.5. **Champ d'application de l'admissibilité géographique pour la passation de marchés dans le cadre de la gestion directe et la gestion indirecte**

Sous réserve de ce qui suit, l'admissibilité géographique en termes de lieu d'établissement en vue d'une participation aux procédures de passation de marchés publics et en termes d'origine des fournitures et matériaux achetés, telle qu'établie dans l'acte de base, est applicable.

L'ordonnateur compétent peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 9, paragraphe 2(b) du Règlement (UE) 236/2014 en cas d'urgence ou si les produits et services ne sont pas disponibles sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si les règles d'éligibilité risquent de rendre extrêmement difficile, voire impossible, la réalisation de la présente action.

#### 4.6. **Budget indicatif**

Le montant du programme s'élève à quatre-vingt-dix millions d'euros (90 millions d'euros), dont la répartition indicative se présente comme suit :

<b>Composante</b>	<b>Montant (en euros)</b>	<b>Autre contribution (indicative)</b>
3.3. – Appui budgétaire – Contrat de réforme sectorielle	85.500.000	N.A.
4.4.3. Passation de marchés (gestion directe) – (Assistance technique, études, formation et suivi).	2.650.000	N.A.
4.4.4. Gestion indirecte avec le Royaume du Maroc (Jumelage)	900.000	N.A.
4.4.5 Gestion indirecte avec une organisation	600.000	



internationale (OMS)		
4.8. – Evaluation et audit	250.000	N.A.
4.9. – Communication et visibilité	100.000	N.A.
Total	90.000.000	N.A.

#### 4.7. Suivi de l'exécution

Des missions annuelles externes de suivi auront lieu. Elles permettront d'évaluer l'état d'exécution du programme et de vérifier si les conditions de décaissement sont remplies. A titre indicatif, deux missions de suivi, conjointes avec la Banque Mondiale, seront prévues chaque année. Les conditions générales de déboursement de toutes les tranches correspondront à la permanence des critères d'éligibilité à l'appui budgétaire, tels que repris au point 2.3. La première mission annuelle de suivi sera plus particulièrement centrée sur la vérification des conditions de décaissement de l'appui budgétaire, sur base de la revue des pièces justificatives fournies par les autorités marocaines (rapports annuels d'activités, données statistiques, etc.), d'entretiens avec les parties prenantes et de visites de terrain.

#### 4.8. Évaluation et audit

Le déroulement fréquent de missions de suivi, permettant d'évaluer à intervalles réguliers la performance de la mise en œuvre du programme, rendent redondant une évaluation à mi-parcours.

La Délégation continuera à assurer un compte rendu régulier et complet de son dialogue politique avec le Ministère de la Santé (missions de suivi, réunions post décaissements, groupes thématiques santé, réunions annuels des PTFs), qui sont enregistrés dans la synthèse globale faite par la Délégation sur tous les dialogues de tous les programmes. Ce dialogue politique couvre également la partie "demande de soins/couverture médicale".

Le programme fera l'objet d'une évaluation externe finale par la Commission à la fin de son exécution et portera sur l'ensemble du programme. Le cas échéant, elle pourra être réalisée de façon conjointe avec les autres partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur.

En ce qui concerne la partie appui complémentaire, un audit des contrats d'assistance technique, études, formation et suivi, communication et visibilité, pourrait être effectué par des auditeurs indépendants contractés par la Commission.

Cet audit sera de préférence effectué à la fin des contrats objet de l'audit, durant la dernière année de la mise en œuvre opérationnelle de la présente action.

Objet, en termes génériques, si possible	Type	Nombre indicatif de contrats	Trimestre indicatif de lancement de la procédure
Evaluation finale du programme	Services	1	T4 2019
Audit éventuel de la composante d'appui complémentaire	Services	1	T1 2019

#### 4.9. Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations légales pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies, avant le début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan

d'action spécifique dans ce domaine et financées sur le budget indiqué dans la section 4.5 ci-dessus.

Ces mesures seront mises en œuvre a) par la Commission et/ou b) par le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et les entités désignées. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans les conventions de financement, les procédures de marchés, les contrats de subventions et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles nécessaires seront établis sur la base du manuel de communication et de visibilité applicables aux actions extérieures de l'Union européenne.

Ce plan inclura des actions à titre indicatif des conférences de presse, la diffusion de résultats d'études, des événements à dates emblématiques, un séminaire de clôture du programme, etc...), ainsi que la réalisation de supports d'information et de communication sur les aspects thématiques financés par le programme (brochures et publications, documents de vulgarisation grand public, etc.).

Le budget alloué à ce volet du programme est de 100 000 d'euros, intégré sous l'AT moyen-terme de l'appui complémentaire. Le plan de communication et de visibilité sera réalisé dans le cadre du contrat d'AT, qui sera conclu moyennant la conclusion de marchés publics suite à un appel d'offres international restreint.

Objet, en termes génériques, si possible	Type	Nombre indicatif de contrats	Trimestre indicatif de lancement de la procédure
Communication et visibilité	Services	1	T4 2015