

**Modèle de régionalisation sanitaire réussie:
Cas du Maroc.
Successful health regionalization model:
Case of Morocco.**

CHAGAR HASSAN

Enseignant chercheur

Université Internationale Abulcasis des Sciences de la Santé – UIASS – Maroc

Université de Strasbourg – UNISTRA – France

Exécutive MBA Gouvernance et Management Santé & Master Organisation Santé

emba.uiass@gmail.com; chagar.hassan@gmail.com

EL BOUHALI HOSSAIN

Médecin spécialiste en santé publique

Université Internationale Abulcasis des Sciences de la Santé – UIASS – Maroc

Université de Strasbourg – UNISTRA – France

Exécutive MBA Gouvernance et Management Santé & Master Organisation Santé

hosselbouh@gmail.com

Date de soumission : 16/07/2021

Date d'acceptation : 24/08/2021

Pour citer cet article :

CHAGAR H. et EL BOUHALI H. (2021) « Modèle de régionalisation sanitaire réussie : Cas du Maroc », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 2 : Numéro 8 » pp : 150 – 177.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



Résumé

Le Maroc à l'instar de beaucoup de pays dans le monde, afin d'améliorer la santé de ses citoyens, il a tenté plusieurs plans de développement sans atteindre les objectifs souhaités. Par conséquent, la restructuration des soins de santé est obligatoire pour rendre ces services plus équitables, inclusifs et justes. Dans ces conditions la régionalisation avancée par le biais des Directions Régionales de Santé (DRS), s'est affirmée comme une condition de l'amélioration de la santé de la population, malheureusement le modèle actuel de DRS a montré ses limites en termes d'organisation. Notre objectif est de dresser un état des lieux sur la régionalisation du secteur de la santé et proposer un modèle d'Agence Régionale de Santé pour le Maroc. La méthodologie adoptée consiste à analyser par le biais d'une analyse du macro-environnement selon le modèle PESTEL et l'analyse SWOT d'une part, l'organisation actuelle du système de santé, le diagnostic organisationnel des DRS et des entretiens semi-directifs auprès des acteurs du système de santé. Le modèle proposé constituera un espace de management efficace, pouvant même intégrer les différents systèmes de santé, publics et privés, aboutissant à un modèle fort, compétitif, intégré et adaptables aux 12 régions sanitaires du Royaume du Maroc.

Mots clés : Diagnostic stratégique ; Régionalisation ; Région sanitaire ; Agence Régionale de la santé ; Maroc.

Abstract

In order to improve citizen's health, like many countries throughout the world, Morocco has adapted many development plans, which don't enable it to effectively reach its objectives. The restructuration of health Care is necessary in a way to make these services more equitable, inclusive and appropriate. In the following cases, the advanced regionalization via DRS has been affirmed as a condition of people health improvement, unfortunately, the current model of DRS has revealed its limits in terms of organization. Our objective is to take stock of the regionalization of the health sector and propose a model of Regional Health Agency for Morocco. The adopted methodology consists of analyzing through a macro-environment analysis according to the PESTEL model and analyses SWOT on one hand the current organization of the health system and on the other hand the organizational diagnostic of health regional directions of the health and semi-directive interviews of the health system staff. The proposed model will constitute an effective managing space that can even integrate different health systems: private or public, which result in a strong, competitive, integrated model, adapted to the 12 sanitary regions of Morocco.

Keywords: Strategic diagnosis; Regionalization; Health region; Regional Health Agency; Morocco.

INTRODUCTION

Les systèmes de santé actuels sont confrontés à de graves problèmes, notamment parce qu'ils ne peuvent pas répondre aux besoins de santé de la population, mais aussi parce qu'ils ne prennent pas en compte les déterminants de la santé en expansion, à savoir l'évolution des conditions politiques, environnementales et organisationnelles, gouvernance et services publics. Par conséquent, la restructuration des soins de santé est obligatoire pour les rendre plus équitables, inclusifs et justes.

Les réformes visant à améliorer l'efficacité du système de santé ont commencé dans les années 1970 et ont été renforcées au début des années 1990. Ils s'inscrivent dans le processus global de décentralisation institutionnelle et sont liés à l'accroissement du pouvoir « local ». Comme espace d'action.

Le Maroc a opté pour des réformes profondes du champ politique, juridique, économique et social. En particulier après la constitution de 2011, notamment la régionalisation avancée. Cela se traduira par des politiques et des plans pour répondre aux besoins de la population locale dans la pratique.

À l'article 31 de la Constitution du Royaume du Maroc de 2011, inscrit le droit à la santé comme droit constitutionnel, soutenant ainsi les réformes engagées par les pouvoirs publics, à savoir la loi 65-00 sur la couverture médicale de base de 2002, l'initiative nationale pour le développement humain (l'INDH) lancée en 2005, la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins de 2011, ainsi que la généralisation du RAMED et le régime d'assistance médicale.

En 2018, la charte de la décentralisation administrative vise à « soutenir l'avancement de la régionalisation et favoriser la mise en œuvre coordonnée et complémentaire des politiques publiques locales ». Elle a aussi réparti les attributions entre les services centraux et ceux périphériques.

C'est pourquoi la régionalisation se veut la feuille de route de l'institution administrative et politique du Maroc. Connaissant ainsi une double dynamique de déconcentration et de décentralisation, pour aider la réforme administrative. En effet c'est sur le terrain par le biais du territoire que se traduira l'enjeu principal de la modernisation de l'action publique. Au Maroc, le système de santé se caractérise par une triple transformation démographique, épidémiologique et socio-économique. De plus, les ressources sur le territoire national sont rares et mal réparties. En effet, ces éléments indiquent que les réformes structurelles de la gouvernance du secteur assureront des ressources stratégiques, notamment humaines, et garantiront les services de base, tout en prenant en compte les enjeux de santé environnementale et de sécurité sanitaire.

En matière de santé, la région a établi son propre niveau pertinent car le niveau de tutelle et d'arbitrage central ne permet plus d'atteindre l'efficacité attendue, autrement dit il est temps de repenser la régionalisation sanitaire et de voir quel état des lieux et quelles perspectives faut-il

proposer.

« Le Ministère de la Santé a fait de la fonction gouvernance et du leadership sa priorité, pour développer le secteur de la santé en région sanitaire, d'ailleurs La première Direction Régionale de la Santé a vu le jour à l'Oriental en janvier 2005. En 2016, le Ministère de la Santé a voulu donner un nouveau souffle au processus de régionalisation sanitaire » (Bouazza A, 2019).

Le Plan Santé 2025 a considéré la régionalisation comme une orientation stratégique pour réorganiser le secteur de la santé, et surtout le transfert des compétences vers les régions sanitaires, ce qui nous mènent à supposer que la proposition d'un nouveau modèle de région sanitaire serait très justifiée.

Le modèle actuel de DRS est arrivé à ses limites en terme d'organisation ce qui entrave la mise en œuvre des stratégies nationale et sectorielle de santé, et ainsi la bonne marche des services de santé publique et privés, se répercutant négativement sur la qualité des soins et sur leur disponibilité dans un contexte de plus en plus marqué par des disparités inter-régionale et intra régionale. Ce qui nous pousse à nous poser la question suivante : **Quel nouveau modèle de région sanitaire pour le Maroc ?**

Pour répondre plusieurs connaissances ont été mobilisées et appréciées. Elles seront présentées ci-après à travers d'abord les enseignements conceptuels et le retour d'expérience ainsi qu'un benchmarking, c'est l'objet du premier paragraphe décrivant l'état de l'art en rapport avec la régionalisation dans le domaine de la santé. Puis, le deuxième paragraphe décrit les apprentissages du développement stratégique entreprise, et ce via le bilan du diagnostic stratégique de la régionalisation dans le domaine de la santé au Maroc, sa discussion à travers les modèles de références étrangers et les recommandations qui en ont découlé.

1. Etat de l'art en rapport avec la régionalisation dans le domaine de la santé

Le défi dans le domaine de la santé, auquel le Maroc est actuellement confronté est placée dans une perspective régionale, la réflexion sur la santé et la régionalisation doit nécessairement intégrer, dans le court terme, les contraintes économiques, spatiales et institutionnelles et l'optimisation des possibilités du cadre régional actuel, tout en cherchant à définir, pour le long terme, les contours de la configuration de la région sanitaire de demain, aptes à répondre aux problèmes de santé.

1.1. Enseignements conceptuels

1.1.1. La régionalisation

En matière d'organisation territoriale, la régionalisation est une forme de décentralisation au profit des régions auxquelles un Etat accorde une autonomie administrative et transfère certaines de ses prérogatives. Le conseil de l'Europe définit la région comme étant « une unité administrative territoriale intermédiaire, située entre le niveau de l'état et celui local, les autorités de laquelle sont élues par vote et qui bénéficient des moyens financiers pour l'affirmation et le soutien de son

autonomie » (Jafari M, 2016).

1.1.2. Décentralisation :

La décentralisation est la politique de transfert du pouvoir de l'État aux collectivités locales ou aux institutions publiques afin qu'elles aient un pouvoir juridique et une autonomie financière. Le transfert de ces responsabilités est toujours sous la tutelle de l'Etat, ce qui permet à ce dernier d'alléger la charge du gouvernement central et de déléguer les responsabilités au niveau le plus approprié, (Hureau R, 2003). (Par exemple, l'autorité de l'ordre public du ministère de l'Intérieur sur divers bureaux territoriaux).

Les décisions sont prises par le pouvoir central au niveau des services implantés sur les territoires régionaux.

Une première typologie distingue quatre formes de décentralisation : déconcentration, délégation, dévolution et privatisation (Rondinelli et al, 1983). Cette approche a été appliquée à la décentralisation des systèmes de santé par l'OMS (Mills et al, 1991).

1.1.3. Dévolution

Le « centre » confie des pouvoirs à des institutions territoriales « autonomes » (par exemple, le transfert de la gestion des systèmes d'éducation publique, santé et services sociaux depuis le Gouvernement central aux communautés autonomes (CCAA) en Espagne). Le mot « dévolution » est donc équivalent ici au terme « décentralisation » au sens strict.

Afin d'analyser le secteur de la santé, un modèle un peu plus compliqué est proposé, qui comprend également trois aspects spécifiques (Vrangbaeck, 2004):

- Le champ (fonctions sur lesquelles s'exerce la décentralisation: financement, gestion, organisation des soins) = quoi?
- Le niveau (du national au producteur de soins ou à l'utilisateur, en passant par les structures territoriales) ou jusqu'à où?
- Le type de processus institutionnel (dévolution politique, déconcentration administrative, délégation ou privatisation) = comment?

1.1.4. Management stratégique

Un rappel des concepts de management stratégique se voit nécessaire pour pouvoir faire un choix judicieux des outils qu'on doit utiliser pour mener à bien notre recherche. En particulier ceux pour le diagnostic et les choix stratégiques.

La stratégie ne se résume pas pour autant à une définition aussi simple. Elle concerne les questions clés pour le futur d'une organisation (Gerry Johnson et al, 2011). Elle est déployée et mise en œuvre aussi bien par les managers à l'intérieur de l'organisation, que par les spécialistes et les consultants en stratégie. La stratégie peut être résumée au travers du modèle VIP :

- Quel modèle de création de la Valeur (V) ?
- Quelle résistance à l'Imitation (I) ?
- Sur quel Périmètre (P) ?

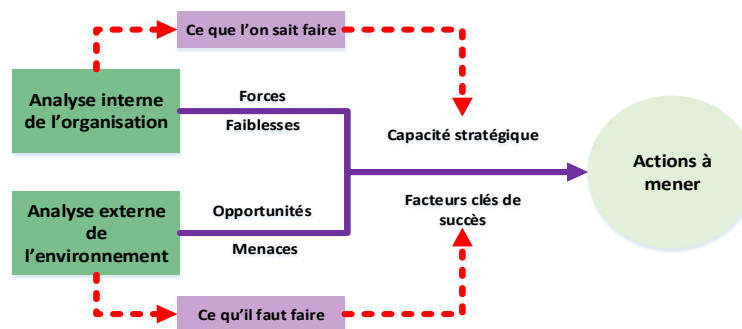
Le management stratégique s'effectue essentiellement en trois phases:

Phase 1 : le diagnostic stratégique	Phase 2 : les choix stratégiques	Phase 3 : le déploiement stratégique
<ul style="list-style-type: none"> ○ Comprendre l'environnement concurrentiel d'une organisation. ○ Analyser les facteurs qui sous-tendent la capacité stratégique (ressources & compétences). ○ Comprendre les objectifs d'une organisation via le gouvernement d'entreprise les attentes des parties prenantes et l'éthique. ○ Analyser l'influence de l'histoire et la culture sur l'élaboration de la stratégie. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Présenter les méthodes de positionnement de chacun des (DAS) par rapport aux concurrents. ○ Définir le périmètre de l'organisation en termes de produits et de marchés. ○ Présenter les modalités de déploiement d'une stratégie. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Présenter les techniques d'évaluation des choix stratégiques ; ○ Expliquer selon quel processus les stratégies se développent dans une organisation ; ○ Déterminer le rôle des structures, des processus de coordination et des interactions organisationnelles dans le déploiement stratégique ; ○ Gérer le changement stratégique ; ○ Répondre aux questions de la pratique de la stratégie (qui fait quoi).

La compréhension de l'environnement d'une organisation permet de mieux la connaître et Le macro environnement peut être décrit grâce au modèle PESTEL qui va le décomposer en six sous-ensembles à savoir : Un cadre politique, économique, socioculturel, technologique, écologique et légal.

Un autre outil permettant d'analyser la capacité stratégique d'une organisation qu'est l'analyse SWOT, c'est une matrice qui permet de synthétiser l'adéquation des forces et des faiblesses de l'organisation et des opportunités et des menaces de son environnement pour entreprendre les actions à mener.

Figure 1 : L'analyse SWOT



Source : Gerry Johnson, Richard Wittington, Kevan Scholes et Frédéric Fréry "Stratégie", 9ème Édition, juin 2011.

La régionalisation est un levier de déploiement de la stratégie et le management stratégique ne doit en aucun cas être considéré comme un processus linéaire, selon lequel le diagnostic stratégique précède les choix stratégiques, ceux-ci précèdent à leur tour le déploiement et la mise en œuvre de la stratégie. En fait, les concepts présentés sont interdépendants.

1.2. Contexte national

En tant que forme de décentralisation, la régionalisation est une double exigence de démocratisation et de rationalisation administrative, c'est-à-dire qu'elle peut inciter les collectivités locales les plus touchées par les problèmes de santé à assumer davantage de responsabilités. C'est aussi un moyen politique de mobiliser les communautés locales pour participer aux plans de soins de santé et au financement, et un moyen de redistribution des ressources humaines et financières, en vue d'améliorer la qualité du bien-être et des services par une gestion locale.

En ce sens, plusieurs actions de grande importance politique ont été formulées. Il s'agit, entre autres, de la création des conseils régionaux, la mise en place des centres régionaux d'investissements et la création d'agences de développement, sans compter l'action sectorielle au niveau régional.

Le tournant historique et décisif qu'a constitué la nouvelle Constitution de 2011, dans le parachèvement du processus de construction de l'État de droit et du système démocratique ainsi que les bonnes pratiques de gestion pour rendre la reddition des comptes et les systèmes de responsabilité interdépendants, peut aboutir à une organisation territoriale pouvant être la base de la régionalisation avancée.

Dans le secteur national de la santé, une analyse des données de l'historique de la régionalisation soulève que, malgré les avancées du ministère de la santé en matière de la régionalisation, Il existe encore certains dysfonctionnements.

1.2.1. Expérience de la Régionalisation au Maroc

Au Maroc, les régions sanitaires ont été fondées par le gouvernement du Protectorat français sous la forme d'un service public décentralisé sur un très vaste territoire, sous le contrôle et l'orientation des médecins chefs de régions et de la Direction de la Santé et de la Famille rattachée au Résident Général.

Juste après l'indépendance et grâce à l'évolution de l'administration de l'Etat et des politiques de proximité, des préfectures et provinces médicales ont été édifiées par le Ministère de la Santé au niveau de chaque préfecture et province pour accompagner le découpage administratif du pays.

La nouvelle collectivité territoriale sous le nom de région est reconnue à part entière dans la constitution révisée de 1996, par la loi 47/96, promulguée le 02 Avril 1997 (Dahir N° 01.97.84, du 02 Avril 1997). Cette loi fixe les compétences et les ressources du conseil régional dont la mission principale est de contribuer au développement économique, social et culturel de la région (Art 1er).

En 2011 les Directions Régionales de la Santé furent officiellement créées dans les 16 régions du Royaume (arrêté du Ministre de la Santé n°1363-11 du 16 mai 2011- B.O 5958 du 7 juillet 2011) avec redéfinition de l'organisation et des attributions des services déconcentrés du Ministère de la Santé. Et Depuis 2015, la Commission Consultative de la Régionalisation CCR a proposé un

découpage régional fonctionnel capable de contribuer au renforcement de la démocratisation de l'Etat et d'amorcer une nouvelle conception de la relation qui lie la région à l'Etat et aux collectivités territoriales. Ce découpage régional a fixé le nombre des régions à 12. Elle a soumis à la Haute Attention de Sa Majesté Le Roi, un rapport sur la régionalisation avancée, comportant trois livres et des annexes.

En fait la régionalisation est un outil de bâtir le processus démocratique à travers une réelle décentralisation du pouvoir central cela a besoin de plusieurs réformes des structures de l'État, à travers la modernisation des institutions et l'obligation d'une nouvelle répartition des pouvoirs basée sur la rationalité faisant de la région un cadre qui garantit la démocratie et le pluralisme.

En parallèle à cela un fondement constitutionnel du processus de la régionalisation a été mis en marche, selon le premier article de la nouvelle constitution de 2011 « l'organisation du royaume est décentralisée, elle est fondée sur une régionalisation avancée ». Le titre IX contient 11 articles relatifs aux régions et autres collectivités territoriales. Les faits ont prouvé le rôle que doit jouer la région au cours des prochaines années est très important à tous les niveaux de l'économie, de la société, de la politique, de la culture et de l'environnement.

La loi-cadre N° 34-09 est la première du genre. Elle fixe les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de santé ainsi que l'organisation du système de santé. L'article 1^{er} précise que le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat et de la société. La loi donne aussi une définition du système de santé comme un ensemble d'éléments interdépendants et complémentaires, largement conforme à la conception de l'OMS.¹

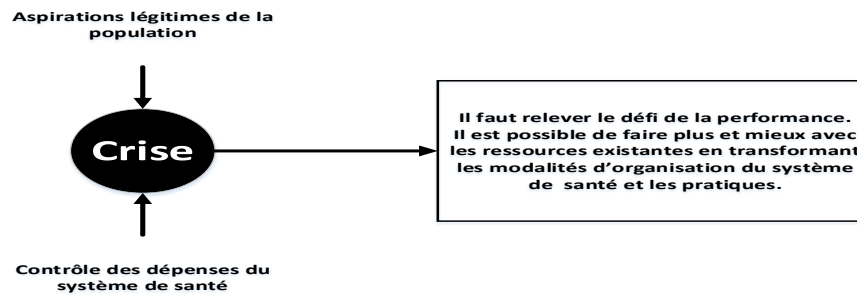
En Juillet 2015 la loi organique n° 111-14 relative aux régions a été promulguée conformément aux dispositions de l'article 146 de la Constitution. Et en 25 octobre 2018 une charte nationale de la déconcentration administrative a été adoptée en conseil du Gouvernement, elle se pose comme la première pierre de la régionalisation avancée qui vise à donner plus de pouvoirs aux régions.

1.2.2. Régionalisation au Maroc dans le domaine de la Santé

Ces dernières années, le Maroc a subi de profonds changements. Ces changements modifient fondamentalement le paysage opérationnel du secteur de la santé. L'appel à la réforme découle de changements profonds dans le profil des besoins et des attentes du système de santé en matière de santé, ainsi que des failles évidentes du modèle de système existant. Ces changements font que l'organisation du département n'est plus adaptée aux défis d'aujourd'hui et de demain. La Constitution de 2011 a fait du droit aux soins médicaux un droit fondamental, une expression politique de la nécessité de moderniser le secteur de la santé dans un environnement en constante évolution.

¹ http://www.espace-associatif.ma/wp-content/uploads/2019/05/resumé_du_rapport.

Figure 2 : La nécessité de réformer le système de soins



Source : J. C. Suárez-Herrera & A.-P. Contandriopoulos & F. P. Cupertino de Barros et Z. M. A. Hartz, 2017

La régionalisation est un choix politique, c'est le premier choix stratégique parmi les quatre choix sur lesquels se fonde la réforme sanitaire marocaine. Sa mise en place reste toutefois lente et la marge de manœuvre des régions en matière de santé reste limitée. Ce processus a également connu différentes modalités d'implantation dépendamment du secteur concerné.

La réussite des transformations requises repose, entre autres choses, sur la possibilité d'élaborer, de développer et d'utiliser de nouveaux outils d'évaluation de la performance.

La réforme du système de santé au Maroc devient une nécessité et non pas un choix. Pour cela, il devient impératif d'instaurer de nouvelles bases pour une meilleure gouvernance et de mobiliser un financement suffisant et équitable.

1.3. Expérience Internationale de Régionalisation de la santé

En **France** les Agences Régionales de la Santé ont été créées par la Loi HPST du 21 juillet 2009 dans le but d'améliorer l'efficacité des politiques de santé (meilleure réponse aux besoins) et l'efficience (meilleure maîtrise des dépenses) et de décloisonner le système de santé. Elles regroupent tous les organismes publics chargés des politiques de santé dans les régions et les départements à savoir les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS), une partie des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et enfin une partie des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), des caisses du Régime Social des Indépendants (RSI) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

L'ARS développe 4 axes stratégiques à savoir la réduction des inégalités territoriales de santé, assurer un meilleur accès aux soins, améliorer l'organisation des parcours de soins et assurer une meilleure maîtrise des dépenses de santé (Jolivet A & Laurent J, 2018).

En **Belgique**, les responsabilités en matière de politique de santé sont partagées entre le niveau fédéral et les entités fédérées (régions et communautés). Le niveau fédéral est notamment responsable de la réglementation et du financement de l'assurance maladie obligatoire, du

fonctionnement et du financement des services hospitaliers. Au niveau des entités fédérées (régions et communautés), les gouvernements sont responsables de la promotion de la santé et de la prévention, de la coordination et de la collaboration entre les différents systèmes de santé (soins primaires ou secondaires, soins palliatifs, soins de réadaptation, soins de longue durée), de la mise en œuvre du financement des investissements hospitaliers. Pour faciliter la coopération entre le niveau fédéral et les gouvernements des régions et des communautés, des conférences interministérielles sont régulièrement organisées.

En **Italie** L'organisation du système de santé italien en service national de santé (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) est organisé au niveau régional offrant une couverture universelle et des soins totalement gratuits. A l'échelon national, le Ministère de la santé, assisté par des institutions spécialisées, fixe les objectifs fondamentaux ainsi que les principes du système de santé, détermine l'ensemble des prestations de santé de base remboursables dans tout le pays et alloue des fonds nationaux aux régions, en se basant sur les ressources collectées par la fiscalité générale. L'organisation et la prestation des soins de santé sont sous la responsabilité des régions. Au niveau local, les Autorités Sanitaires locales (ASL) fournissent des services de santé publique et des services de soins primaires, secondaires et spécialisés, soit directement, soit par le biais d'hôpitaux publics ou privés conventionnés.

Bien que les prestations fournies par les services de santé nationaux soient les mêmes dans toute l'Italie, les termes et conditions de la couverture peuvent varier d'une région à l'autre. En effet, la législation nationale prévoit un certain nombre de tarifs de référence, tout en permettant à la région d'ajuster les équipements prévus en fonction de ses particularités (par exemple en termes de population, de structure médicale sur le territoire ou de fonds disponibles). Il est recommandé de consulter le site portail de votre zone de résidence ou de contacter votre centre de santé pour obtenir des informations personnalisées.

Après la deuxième Guerre Mondiale, l'accès aux soins pour tous est devenu la devise des systèmes de santé dans le monde, malheureusement, à partir des années 1980 et suite à la crise économique, le changement des équilibres démographiques et les nouveaux enjeux sanitaires, les systèmes de santé n'ont pas eu la capacité de s'adapter à l'évolution du contexte dans lequel s'inscrivaient, ce qui a généré des réformes depuis les années 2000. Actuellement la plupart des pays du monde sont concernés par ces réformes qui reposent sur trois facteurs: la régulation financière, le développement des partenariats et le transfert des compétences.

2. Développement stratégique

2.1. Diagnostic stratégique

Dans notre contexte le diagnostic stratégique regroupera l'ensemble des ressources et compétences

dont dispose la Directions régionale de la Santé au Maroc à savoir les ressources financières, humaines, industrielles, compétences intellectuelles etc. Le but est d'élaborer le reflet exact de la situation de la DRS à l'état actuel.

Le diagnostic stratégique interne comprendra une démarche analytique des ressources et des compétences afin de mettre en évidence les ressources qui constituent des forces (Strengths) et celles qui représentent des faiblesses (Weaknesses). Cette étape du diagnostic stratégique est cruciale car elle déterminera les ressources que les DRS devront utiliser pour se démarquer et les lacunes à combler.

Le diagnostic stratégique externe concernera l'environnement des DRS. Il permettra d'identifier et de distinguer, parmi les éléments de l'environnement des DRS, ceux qui constituent des opportunités (Opportunities) et ceux qui constituent pour elles des menaces (Threats). On distinguera le microenvironnement, qui est l'environnement proche et immédiat des DRS, de son macro environnement, constitué des éléments plus larges et éloignés de son environnement immédiat.

2.2. Méthodologie

Cette étude, dans le cadre de la région sanitaire au Maroc, a pour objectif de dresser un état des lieux sur la régionalisation du secteur de la santé et essayer de proposer un modèle de type Agence Régionale de Santé (ARS).

Notre méthodologie reposera sur un diagnostic qui sera basé sur l'analyse du macro-environnement selon le modèle PESTEL (dimensions politique, économique, sociologique, technologique, écologique et légale). Afin de pouvoir identifier et analyser les opportunités et les menaces du processus de régionalisation lancé par le Ministère de la Santé.

Par la suite nous allons essayer d'identifier les forces et les faiblesses afin de les combiner avec les opportunités et menaces dans le cadre de la matrice d'analyse SWOT².

Les méthodes de collecte des données sont :

- L'observation et l'Analyse documentaire: C'est une exploitation de toute documentation disponible, en particulier celle qui peut nous renseigner sur la mise en place d'une régionalisation avancé dans le domaine de la santé.
- Les entretiens semi directifs, qui n'a pas été toujours facile dans le contexte actuel de la pandémie mondiale du Covid-19, avec les responsables centraux, les directeurs régionaux et les délégués du Ministère de la santé.
- La grille: a été utilisée pour faire l'analyse des informations recueillies lors des entretiens, discussion avec les différents intervenants.

2 SWOT: Strengths, Weakness, Opportunities, and Threats.

Dans notre cas elle a été déterminée par le consentement préalable auprès du public cibles après être informés des objectifs de l'étude, le respect de l'anonymat des enquêtés et des structures.

2.3. Résultats

2.3.1. Bilan diagnostic interne

2.3.1.1. Les considérations des responsables territoriaux vis avis de la régionalisation sanitaire

La plupart des responsables territoriaux ont avancés des arguments au bénéfice de la régionalisation, ainsi que les avantages potentiels, et les mécanismes par lesquels ils pourraient être atteints, à savoir :

- Meilleure allocation des ressources, car les préférences et les besoins locaux sont mieux pris en compte, conduisant à une meilleure mobilisation des ressources financières au niveau local, et à une meilleure compréhension des décisions collectives et des décisions des pouvoirs publics pour répondre aux besoins de santé ;
- En raison de la capacité de comparer et de concurrencer entre les régions, il a une efficacité de production élevée;
- En améliorant la qualité du système de soins de santé grâce à l'équité et à l'efficacité;
- Pour réaliser des changements durables dans la performance du système de santé aux niveaux régional et national;
- Utiliser le potentiel offert par la régionalisation avancée pour obtenir un impact visible et local dans l'amélioration des services fournis aux citoyens ;
- A la capacité d'innover en raison de son autonomie, qui peut répondre aux différents besoins des personnes en matière de soins médicaux;
- Promouvoir l'accès de la population aux soins médicaux et contrôler les facteurs de risque;
- Par une bonne gouvernance du système de santé pour obtenir un accès équitable et étroit aux soins de santé;
- Par la gestion transversale du changement en se concentrant sur les réseaux de soins intégrés (publics, privés et CHU);
- Donner aux responsables régionaux plus d'autonomie et une marge de manœuvre pour « une totale autonomie avec des contrats cibles négociés par les différentes parties prenantes »;
- La prise de décision au niveau régional doit être plus étroite et rationnelle;
- Selon les particularités locales et régionales, une bonne gouvernance du système de santé, une gestion raisonnable et des projets voisins responsables des ressources locales;

- La décision a une plus grande visibilité dans la prise de décision, un grand nombre de mobilisation et de participation des acteurs régionaux, des responsabilités accrues à tous les niveaux et des comptes réédités;
- Par le biais d'accords et de partenariats, en particulier les autorités locales et les institutions nationales et l'INDH, pour renforcer les systèmes de santé régionaux grâce à des ressources financières et humaines;
- Améliorer la réponse aux problèmes de santé de la population de la région en améliorant le processus décisionnel: « ... la proximité permet aux gens d'avoir une meilleure compréhension des problèmes de santé, mais si d'autres méthodes ne peuvent pas les empêcher de se concrétiser, alors, pour réussir, la santé doit être le principal facteur » ;
- Avoir une démocratie locale et une bonne gestion de toutes les parties prenantes.

Ce constat est souvent fait par la plupart des processus internationaux de décentralisation. Il est toutefois primordial d'étudier ses considérations car il n'est pas toujours évident que la décentralisation pourra atteindre ces objectifs. Pour la simple raison, elle n'a pas été la bonne solution pour plusieurs exemples de pays.

Au contraire des considérations ont été décrits en défaveur de la régionalisation sans pouvoir porter un jugement.

L'ensemble des inconvénients potentiels de la décentralisation, tels qu'on peut les recensés, peut être résumé ainsi:

- L'insuffisance des ressources humaines affecte l'offre de soins;
- Manque de compétences et faible soutien des responsables régionaux. « Pour le moment, ce n'est pas suffisant »;
- Il existe un déséquilibre entre les ressources humaines et matérielles dans la région;
- Forte implication des autorités régionales notamment les walis et les présidents des conseils régionaux « ... Car il ne faut pas oublier les prérogatives de la charte de déconcentration dévolues aux Walis et Gouverneurs »;
- Les directeurs régionaux sont assimilés aux chefs de service, ce qui limite leur pouvoir aux représentants et directeurs d'hôpitaux régionaux et provinciaux. Seuls les directeurs de l'ISPITS sont désignés comme directeur par arrêté du chef du gouvernement;
- Les privilèges et responsabilités des fonctionnaires au niveau régional se chevauchent encore et ne sont toujours pas définis;
- Certains professionnels de la santé ont des comportements contraires à l'éthique et illégaux;
- Parfois le pouvoir politique central et régional domine en raison de l'appartenance

politique du Ministre et du Conseil régional élu;

- Manque de précision concernant les prérogatives et attributions à tous les niveaux de responsabilité régionaux et même au sein d'une DRS;
- Manque de système d'information intégré;
- Des pratiques contre la loi et contre l'éthique ;
- Un Tiraillement entre le niveau central et le niveau régional selon la couleur politique du ministre et la couleur politique du Conseil régional.

2.3.1.2. Le pilotage et l'implantation du processus de la régionalisation sanitaire

- Existence d'un cadre légal bien réglementé malheureusement sous utilisé;
- Difficulté d'application de la délégation de signature;
- Un niveau régional en difficulté de repositionnement ;
- Existence d'importants outils de planification et de planification régionale, mais ils ne sont pas pleinement utilisés;
- Un système d'information sanitaire inutile et sous utilisé par les responsables;
- Une gouvernance régionale en phase d'implantation.

Tableau 1 : Bilan diagnostic interne

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une volonté politique chez le Ministre de la Santé ; - Existence d'un cadre juridique adéquat (loi cadre, décrets, arrêtés, circulaires) ; - Création des DRS avec un organigramme ; - Processus progressif et participatif de la régionalisation sanitaire ; - Forte appropriation du processus par les différentes parties prenantes notamment les DRS et DPS ; - Délégation de plusieurs actes de gestion des ressources humaines aux DRS, DPS et aux directeurs des hôpitaux ; - Augmentation du montant de l'autorisation des marchés publics à 5 millions de dirhams ; - Existence d'un esprit d'équipe au sein des DRS ; - Coordination et collaboration régulière et fluide entre les différents responsables territoriaux ; - Relations professionnelles de collaboration entre les DRS, les DPS et les directeurs d'hôpitaux ; - Existence d'un plan de formation continue des DRS. - Grande couverture territoriale par un réseau de services déconcentrés bien développé ; - Développement du partenariat et de la Contractualisation notamment avec les collectivités territoriales et l'INDH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de vision claire chez tout le monde sur le processus de régionalisation ; - Transfert partiel des compétences en matière de GRH ; - Nécessité de renforcement des attributions et de l'autonomie des services déconcentrés ; - Manque de valorisation des ressources humaines : valeurs, compétences, capacités et motivation ; - Faible modernisation des outils et moyens de gestion ; - Faible accompagnement des DRS par le centre dans le processus de régionalisation ; - Absence d'une culture de performance et de qualité chez les différentes parties prenantes ; - Manque de compétences managériales ; - Fort sentiment d'appartenance favorisant le cloisonnement et limitant la convergence ; - Départs à la retraite engendrant une perte de compétences liées à l'expérience ; - Médecins et infirmiers difficiles à motiver pour les postes éloignés géographiquement ; - Absence d'un système national et régional d'information sanitaire intégré ; - Manque flagrant des ressources humaines en quantité et en qualité dans les régions, ce qui compromet l'efficacité et l'efficience des DRS ; - Nécessité d'efforts pour combattre certaines dérives et comportements illicites contraires aux règles de bonne gouvernance ; - Partenariat avec les collectivités territoriales, la société civile, les ONG et le secteur privé peu exploité ; - Déficience de communication interne et externe.

2.3.2. Bilan diagnostic externe et bilan global

Les difficultés et les défis que soulève la « Régionalisation avancée » pour laquelle une commission royale a été constituée, sont immenses. Ils sont à la mesure de l'ambition qui, in fine, devrait aboutir à la réforme des structures de santé tout en s'appuyant sur la diversité des régions, dotées d'instances de décision, pour leur développement sanitaire.

La gestion démocratique des régions sanitaires par des instances qui auraient la légitimité d'œuvrer pour l'épanouissement de leurs potentialités, peut-être une condition préalable et cela permettrait de sortir des carcans de la centralité bureaucratique et de ses conséquences sur les multiples dysfonctionnements du secteur de santé.

Certes, mais le risque est de décentraliser le pouvoir à des équipes incapables d'honorer leur mission. D'où la nécessité d'accompagner ce processus par la décentralisation des compétences du niveau central vers les régions et d'ajuster l'assise juridique pour une réelle régionalisation.

Le Ministère a pris la décision, dans le cadre de la 3^{ème} réforme de son système de santé national, de réaliser une nouvelle architecture de gouvernance régionale à travers la création des ARS qui se traduira par la transformation/transition des DRS vers des ARS et une gouvernance hospitalière territoriale via la création des Groupements Sanitaires de Territoire (GST).

Une commission pluridisciplinaire est en train de piloter ce changement avec l'accompagnement de consultants dans le cadre du programme PASS2 (Programme Appui à la réforme du secteur de la santé au Maroc).

A ce point il faut rappeler l'existence de plusieurs modèles dans différents pays qui ont opté pour une régionalisation avancée. Malgré les différences des contextes, la régionalisation a donné de bons résultats en matière de réforme et d'amélioration des systèmes de santé chez ces pays. De ce fait, il est souhaitable d'aller vers la création des ARS, ce qui constituera un espace de management efficace, pouvant même intégrer les différents systèmes publics et privés, aboutissant à un modèle fort, compétitif et intégré.

Tableau 2 : Bilan diagnostic Externe

OPPORUTNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - Forte volonté politique pour la décentralisation et la déconcentration ; - Existence d'un arsenal juridique important : constitution du royaume, lois cadres 111-12, 111-13 et 111-14 sur la décentralisation ; charte de déconcentration de l'administration, etc... ; - Chantier la régionalisation avancée ; - Possibilité de mobilisation de fonds supplémentaires de chez les collectivités territoriales (régions, provinces et communes) ; - Possibilités de mobilisation de fonds de l'INDH (Initiative Nationale de Développement Humain) ; - Forte implication de plusieurs fondations dont notamment la Fondation Mohammed V pour la Solidarité et la Fondation Lalla Salma ; - Possibilités de bénéficier de fonds supplémentaires dans le cadre du partenariat public-privé ; - Pratiques plus courante de contrat programme ; - Consolidation et renforcement des actions de coopération bilatérale et multilatérale ; - Existence de plusieurs initiatives en matière d'accès aux soins de la part des associations de la société civile. 	<ul style="list-style-type: none"> - Résistance au changement de la part des différentes parties prenantes ; - Risque d'instrumentalisation politique ; - Transition démographique avec un besoin croissant en services de santé ; - Existence de malversations et de corruption ; - La maturité insuffisante du secteur privé ; - Mauvaise répartition géographique des ressources humaines ; - Evaluation et suivi de la performance insuffisants.

2.4. Discussion

Suite au dépouillement des informations recueillis à travers ce travail de recherche, cela nous mènent à faire le constat suivant :

Le système de santé marocain, à travers la direction régionale de santé, est toujours affecté par l'offre de soins, notamment en termes d'allocation de ressources et de personnel inégalement réparti sur l'ensemble du territoire et ne peut répondre aux besoins de la population régionale.

Bien que la constitution de 2011 tente de décentraliser davantage les pouvoirs politiques et administratifs vers les 12 régions du pays, les objectifs du secteur de la santé n'ont pas encore été atteints. Ces régions ne disposent pas d'une réelle autonomie de production et de couverture sanitaire, de gestion des ressources financières ou d'autonomie réglementaire. Le processus de régionalisation n'a pas réussi à donner à chaque région l'autonomie en matière de production et de couverture sanitaire, de sorte que les inégalités de santé au sein et entre les régions ont persisté. En outre, la faible autonomie décisionnelle régionale a également un impact sur les soins médicaux et de santé. En effet, les régions ne disposent pas d'une autonomie effective dans la gestion des ressources financières ou d'une autonomie réglementaire, et encore moins d'une véritable participation à l'élaboration des politiques de santé. La plupart des décisions clés sont encore prises au niveau central.

Ce constat, et à travers un bilan diagnostic interne et externe, nous mène à proposer un modèle conceptuel de la région sanitaire au Maroc, sous la forme d'une Agence Régionale de la Santé Autonome, selon les attentes des responsables centraux et périphériques du Ministère de la santé. En effet le processus de décentralisation du système de santé marocain en est encore à ses débuts, et

il tente de passer d'une décentralisation à une véritable décentralisation. Pour atteindre les objectifs prévus et mettre en œuvre le processus, il est nécessaire de procéder à une décentralisation systématique, et de transférer véritablement et progressivement le pouvoir de décision et les ressources et moyens correspondant au niveau territorial approprié. Il faut donner à la région de santé une marge d'initiative et de pouvoir. Une véritable décentralisation au niveau régional sera une étape importante dans la revitalisation du système de santé. Cependant, elle doit être appuyée par des outils efficaces de suivi, d'évaluation et de contrôle. Il est nécessaire de renforcer l'expertise dans le domaine de la santé. L'aménagement du territoire doit reposer sur une approche multidisciplinaire (multisectorielle : santé, éducation, agriculture, transports, etc.). La région doit pouvoir générer des revenus et le centre doit pouvoir mettre en commun ces revenus. Inciter les élus régionaux à établir des relations interactives avec les professionnels de santé locaux. D'autre part, la direction centrale doit être en mesure d'assurer une collecte de données locale précise et en temps opportun, ainsi que de surveiller et de traiter ces données. Parallèlement, les régions doivent être dotées de personnel qualifié pour accomplir les nombreuses tâches qui leur sont confiées. De plus, les questions épineuses des ressources humaines en santé doivent être résolues en termes de quantité, de qualité et de répartition géographique.

2.4.1. Le modèle Français

Dans le modèle français la création des Agences régionales de santé est une organisation déconcentrée de la santé qui prennent en charge la définition et la conduite des politiques de santé du Ministère de la santé au niveau territorial, leur document de portée juridique capitale est le Projet régional de santé (PRS) qui est un élément d'orientation, de planification, d'allocation et de contrôle.

La mission de l'ARS est de définir et mettre en œuvre un ensemble de plans et d'actions coordonnés pour aider à atteindre les objectifs de la politique nationale de santé aux niveaux régional et sous régional; les principes de comportement social et médico-social et les principes de base confirmés par le Code de la sécurité sociale. L'orientation stratégique de l'ARS est complétée par le Comité National de Pilotage. Son organe exécutif est le Directeur général et son champ de compétence est très large, l'organe de révision est le Conseil des autorités de surveillance, composé de 25 membres, présidé par le Préfet de Région.

Dans ce modèle on note des interrelations de complémentarités par l'ARS sur les secteurs ambulatoires et hospitaliers, l'importance de l'inspection/contrôle (intégré dans l'organigramme ARS ou organisé nationalement avec des relais régionaux), les leviers incitatifs de l'ARS pour installer et fidéliser les professionnels de santé notamment dans les zones éloignées, et les relations entre les ARS et les CHU et GHT constituent les principes directeurs du pilotage des hôpitaux.

C'est un modèle qui se caractérise par sa rapidité de mise en œuvre, son efficacité et adaptabilité aux réalités du territoire, c'est un modèle où le dialogue est étroit avec le niveau régional de l'Etat et les ES et les élus. Il se caractérise malheureusement par de nombreuses instances notamment pour l'établissement support d'où la démultiplication des instances.

Les Agences Régionales de Santé constituent une ambition du décloisonnement et de l'autonomie. Elles sont créées par la loi du 21 juillet 2009 relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et au Territoire (HPST).

Les ARS, ne sont pas de simples Groupements d'Intérêt Public. Elles constituent chacune une structure administrative à part entière, dotée de sa propre personnalité morale et relevant du statut de l'Etablissement Public de l'État à caractère Administratif (EPA) sous la tutelle du ministère en charge de la santé. Le choix du statut d'EPA et du nom « d'agence » n'est pas une simple subtilité administrative, mais relève bien d'un choix stratégique du gouvernement, spécifique au secteur de la santé. Le statut d'EPA implique une forme de détachement en termes de gestion de la structure administrative hiérarchique traditionnelle de l'État caractéristique des DDASS/DRASS. Outre l'existence morale de l'EPA, ce dernier acquiert, à l'inverse d'une direction ministérielle, une responsabilité budgétaire à travers l'obligation d'un budget à l'équilibre, l'autonomisation dans la loi de finances (opérateurs de l'État) et la possibilité de cumuler différentes ressources de financements, y compris propres. Les ARS sont financés par une subvention de l'État pour charge de service public, une subvention de la Sécurité sociale, une contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), de ressources propres et, éventuellement, de financements issus des collectivités locales. Avec cette forme organisationnelle particulière d'agence régionale, le secteur de la santé fait donc figure d'exception au sein du paysage administratif.

2.4.2. Le modèle italien

Une organisation de la politique de santé du modèle italien repose sur trois piliers : le gouvernement central, les régions et les Aziende sanitarie locali (ASL). La région pilote, régule et gère le système de santé dans toutes ses composantes (hôpitaux, cabinets de ville, centres de santé, etc.). La création d'un NHS (National Health Service) en 1978 avec un gouvernement national permettait également d'utiliser le levier des fonds de l'assurance maladie pour assurer un transfert massif de deniers publics entre les régions surtout du Nord vers le sud, sur 4 critères : population, besoins sanitaires spécifiques, capacité fiscale et superficie. L'objectif est la redistribution et la péréquation territoriale dans une logique de solidarité républicaine.

La révision de la constitution en 2001 consacre son principe sur la subsidiarité : « dans toutes les matières qui ne sont pas expressément réservées à la législation de l'État, le pouvoir législatif échoit aux régions ».

Les régions sont tenues de respecter le cadre national, et le plan national sanitaire (Piano Sanitarie Nazionale) fixe les grandes orientations.

Une déclinaison régionale dans une logique de décentralisation à travers les plans régionaux de santé (Piano Regionale Sanitarie, PRS) et les plans régionaux de prévention (Piano Regionale di Prevenzione, PRP) : logique d'une véritable administration régionale de la santé concentrant toute les prérogatives.

Une régionalisation réussie mais de fortes inégalités entre les régions liées à des problématiques financières mais surtout à des problématiques organisationnelles.

Les régions ont ainsi chacune leur agenda propre. Certaines (Lombardie, Vénétie, Emilie Romagne) ont demandé et militent actuellement pour une autonomie complète « régionalisme différencié ».

2.4.3. Le modèle belge

Dans le modèle belge l'Etat fédéral gouverne avec les provinces et les communautés, la réforme de l'Etat engagée en 1970 a été basé sur une logique communautaire au Nord et une logique régionale au Sud avec la reconnaissance de six entités fédérées (trois Communautés et trois Régions). En respectant le principe d'étanchéité des compétences respectives des Communautés et des Régions. La loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, a défini de manière précise les matières dites personnalisables attribuées aux Communautés, et les Flamands ont alors réalisé une fusion de leurs institutions. Mais distinction entre les Régions et les Communautés bancaire par un chevauchement sur un même territoire de plusieurs entités fédérées, notamment à Bruxelles.

Les Entités fédérées exercent leurs compétences sur la santé scolaire, SE, dépistage Sida et MST, actions de préventions dans le milieu de vie, dépistage de la surdité neonatale, dépistage des maladies métaboliques, prévention des traumatismes (notamment chutes chez la personne âgée), prévention de la tuberculose, prévention des maladies cardiovasculaires, prévention des cancers et financement des registres, vaccination avec un budget total de 40 mds d'euros.

Le niveau fédéral garde la main pour l'agrément des hôpitaux (mécanisme d'autorisation des activités de soins hospitaliers). Souhaitant ainsi de communautariser la gestion de la santé pour bénéficier d'un juste retour, par exemple si une Région décide de développer des politiques de prévention ambitieuses (santé mentale, périnatalité...), les économies réalisées (nombre d'hospitalisations évitées) profiteront au budget fédéral alors-même qu'elle aura financé ces actions sur son seul budget propre.

Les enseignements tirés du modèle belge sont :

- L'implication des collectivités;
- La mise en place d'une culture de réseau, sur un territoire, tenant compte des spécificités culturelles et locales (Bruxelles, Flandre, Wallonie...);

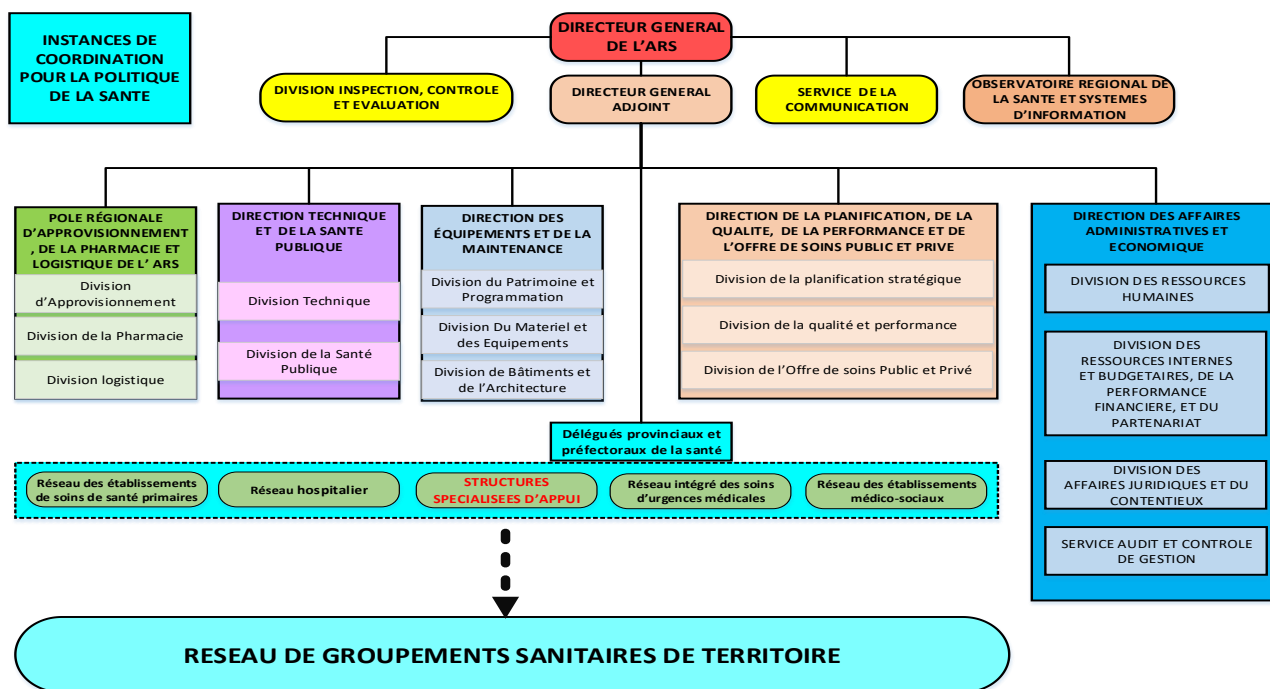
- La mise en place d'une gouvernance d'entreprise avec le rôle du conseil d'administration;
- La place du consensus;
- Le rôle d'incitation et de direction de la politique de planification (schéma des implantations) au niveau fédéral;
- Des autorisations délivrées au niveau d'un réseau, d'une association, c'est un droit assez souple, s'adaptant aux spécificités locales.

2.5. Recommandations

2.5.1. Modèle proposé

Les DRS arrive difficilement à avoir un positionnement qui leur permet de piloter le système de santé à l'échelle régionale sans grand problème. Dans l'état actuel des choses, avec la régionalisation, cette configuration est appelée à évoluer pour laisser la place à une gouvernance régionale dont le principal acteur est la région sanitaire. En effet, les responsables centraux et régionaux à l'unanimité l'ont affirmé, et cela nous mène à valider la problématique de départ.

Figure 3 : Modèle Conceptuel d'ARS au Maroc



Un diagnostic stratégique avec analyse SWOT, une discussion de quelques modèles et un dégagement des critères de régionalisation sanitaire, nous a permis de développer un nouveau modèle conceptuel de la région sanitaire au Maroc. Le modèle proposé, illustré par la figure 3 à la page 16, comprend un directeur général, un directeur adjoint, une direction administrative et économique, un pôle régional d'approvisionnement, de la pharmacie et logistique de l'ARS et des directions et/ou divisions selon la région. A l'état actuel nous avons opté pour garder les délégations

du Ministère de la santé avec le réseau hospitalier, les ESSB et les structures spécialisées d'appui. En effet c'est un modèle flexible qui peut être adaptable aux spécificités des régions sanitaires.

Après une prise de conscience collective de la nécessité du changement, nous avons mené, une phase de créativité participative dirigée avec les différents acteurs de notre système de santé, suivi d'une phase de décision collégiale avec eux pour l'élaboration du nouveau modèle « d'Agence Régionale de la Santé » (ARS), reste la phase de mise en œuvre pilotée du changement pour terminer le processus de conduite du changement afin de tester notre modèle proposé pour l'organisation de la nouvelle région sanitaire au Maroc.

2.5.2. L'implantation du modèle conceptuel de l'Agence Régionale de la santé et la capacité de changement :

La gouvernance régionale a été perçue par la plupart des responsables centraux et régionaux comme un moyen approprié de faire progresser les réformes. Pour plusieurs, cette forme de gouvernance n'a pas permis de renouveler à satisfaction les modes d'organisation des soins et des services et de modifier significativement les rapports entre les citoyens et le système de soins. L'analyse empirique du point de vue des acteurs au sein de ces structures montre cependant un investissement important de ces derniers dans les projets de réforme et une volonté de participer à la gouvernance régionale. Ces acteurs sont amenés à bien répondre aux attentes du central.

L'analyse de la gouvernance régionale suggère qu'il s'agit d'un système d'action complexe fondé sur le contrôle managérial, la négociation politique et la participation démocratique. L'action régionale dans les processus de réforme est tributaire de la position adoptée par le gouvernement central. La gouvernance régionale s'est butée à deux grandes limites dans sa capacité de produire des transformations: sa dépendance face aux mandats et à la volonté du gouvernement central et sa difficulté à agir sur les pratiques dans le domaine inter-organisationnel. Pour dynamiser la gouvernance régionale en faveur du changement, il est proposé de renouveler son rôle en faveur du changement émergent, de recourir à un ensemble de leviers du changement, d'assurer un appui durable du gouvernement central et d'une participation publique suffisante pour légitimer le changement par l'implantation du modèle de l'Agence Régionale de la Santé.

A l'état actuel, les autorités régionales sont en première ligne dans la gestion de crise mondiale du COVID-19 car elles sont chargées d'aspects fondamentaux des mesures de confinement, des soins de santé, des services sociaux, du développement économique et réalisent près de 60 % des investissements publics (HILMI, Y., FATINE, F. E., AJARRAR, N., & BELKBIRA, F. 2020). Ces responsabilités étant partagées entre les différents niveaux d'administration, une coordination de l'action est indispensable (Zbir N, 2021).

La crise du COVID-19 a des incidences sanitaires et sociales locales et régionales très hétérogènes

et présente une forte dimension territoriale, ce qui a des conséquences significatives pour la gestion de crise et l'action des pouvoirs publics. Certaines régions, notamment les plus fragiles comme les zones urbaines défavorisées, ont enregistré un nombre de cas et une mortalité plus élevés. Les populations vulnérables ont elles aussi été plus touchées (Zine el abidine M. & Slaoui S, 2021).

La pandémie mondiale du COVID-19 nous incite à :

- Favoriser la coopération entre communes et régions pour mieux coordonner les interventions dans le domaine de la santé et limiter la course aux ressources en temps de crise.
- Envisager une approche territorialisée pour la mise en œuvre des stratégies de confinement/dé-confinement et les politiques de relance.

Dans notre contexte et suite au retour d'expérience de la situation COVID-19 qu'a vécu notre pays à l'instar des autres pays, je suggère des modalités de gestion de changement par une stratégie de redressement en mettant en application le nouveau modèle conceptuel d'ARS proposé.

Par conséquent l'exploitation des données recueillis nous ont permis de mieux comprendre le processus de régionalisation sanitaire entrepris par le Ministère de la santé et surtout d'avoir une idée sur les perspectives d'avenir et proposer des recommandations d'amélioration de ce processus en tenant en compte toutes les dimensions à savoir :

- Une conduite de changement au niveau du Ministère de la Santé vis-à-vis de l'amélioration de la gouvernance du système de santé;
- L'élargissement des attributions des services déconcentrés du Ministère de la Santé;
- Mener une conduite de changement vis avis du personnel de santé et le rendre suffisant, motivé, bien réparti et compétent;
- Le renforcement de la formation continue et de l'accompagnement des régions;
- La modernisation et le renforcement des systèmes d'information sanitaire;
- L'amélioration des prestations de services de santé est devenue une nécessité;
- La promotion de la contractualisation et du partenariat;
- L'exploitation des opportunités offertes par le Fonds de mise à niveau sociale.

Conclusion

Le Maroc s'oriente progressivement vers les reformes mises en œuvre dans d'autres pays. Les années à venir marqueront l'évolution ou non de l'organisation du système de santé et de soins. La question de la réforme concerne à la fois la question de l'accès aux soins, le financement des priorités de santé publique et la restructuration de l'offre de soins.

La précision, l'opérabilité des compétences régionales et le renforcement de la démocratie participative constituent un choix primordial dans le processus de mise en œuvre efficace des projets stratégiques de régionalisation avancés, sans ignorer l'importance de l'administration

régionale. L'aboutissement de cet effort est en effet un facteur important dans le débat sur la première conférence nationale sur la régionalisation avancée qui s'est tenue récemment à Agadir du 20 au 21 décembre 2019.

Ce projet de souveraineté est promu et incarné par la plus haute loi du pays, la Constitution, et vise à devenir porteur d'un développement plus équilibré et à renforcer les partenariats entre les communautés pour mettre en œuvre des projets de développement. Elle permet également aux acteurs de conduire un raisonnement global de développement à travers la localisation des politiques publiques. Au Maroc, les projets de régionalisation avancée sont mis en œuvre avec prudence et sagesse. Il s'agit d'une réforme à grande échelle qui doit être menée car elle reflète une conviction collective qui conduit à la nécessité de s'organiser à travers la fondation du Maroc. Il s'agit également d'un projet à long terme basé sur une stratégie ascendante qui nécessite un combat résolu contre l'inertie, une vigilance pour lutter contre le conservatisme et une réponse pour s'adapter, corriger et ajuster.

Nous recommandons au terme de notre étude l'instauration d'un modèle conceptuel organisationnel de type « **Agence Régionale de la Santé (ARS)**, établissement public autonome », qui constitue le principal apport de notre recherche et surtout bâtir l'évolution nécessaire du statut juridique des actuelles « DRS », avec la mise en place d'un observatoire de la régionalisation en santé qui suivrait les conditions de gestion des nouvelles régions sanitaires afin d'éclairer les autorités régionales et celles de l'Etat sur les dysfonctionnements éventuels afin d'aider à les anticiper et y remédier. Il nous paraît également nécessaire d'assurer un système d'information sanitaire moderne, interopérable, partagé et mutualisé par les secteurs public, privé lucratif et privé à but non-lucratif, afin de dresser une cartographie des régions sanitaires avec un suivi régulier et rigoureux des indicateurs de performance émanant des SROS et des Plans Régionaux de Santé, pour discerner les défaillances et les inégalités qui freinent le développement des régions.

De plus, il serait opportun de construire un indicateur synthétique de développement régional, composé de différents indicateurs socio-économiques pondérés selon les spécificités de chaque région, dans le but de classer les 12 régions du Royaume suivant leur niveau de développement.

Le nouveau modèle proposé doit être modulable, évolutif et adaptable aux 12 régions sanitaires du Royaume du Maroc.

Notre réflexion sur un nouveau modèle conceptuel d'**ARS** autonome permet de déterminer les défis suivants, qui devront être relevés pour que la nouvelle région sanitaire s'institutionnalise et qu'elle oriente les décisions des différents acteurs de notre système de santé.

Pour que les acteurs puissent travailler ensemble à l'amélioration continue du processus de la régionalisation sanitaire, il est nécessaire qu'ils s'entendent sur ce que recouvre le concept

régionalisation dans le domaine de la santé et de performance des systèmes de santé. Pour que cette entente puisse se réaliser, il est nécessaire d'adopter une définition globale, multidimensionnelle et intégrée de la régionalisation sanitaire qui soit en mesure de rendre compte de la complexité des organisations et des systèmes de santé et des préoccupations des différents acteurs concernés.

En outre, la gouvernance en réseaux territoriaux à laquelle conduit naturellement une conception large de l'ARS, dont une dimension importante est l'adaptation à l'environnement requiert concrètement des modes d'action innovateurs. Il est nécessaire de conjuguer les atouts, d'une part, des actions intersectorielles des groupes influents et, d'autre part, des mécanismes décentralisés de régulation, pour adapter l'offre de soins et de services aux besoins particuliers des populations locales dans leurs contextes. L'instance régionale doit pouvoir compter sur la participation des acteurs de tous les secteurs d'intervention par le billet de partenariat pour améliorer la performance du système de santé, en tenant compte des particularités de chaque région.

La mise en place du nouveau modèle conceptuel d'ARS autonome constitue une perspective qui permettrait de développer les régulations territoriales et les actions intersectorielles nécessaires pour qu'émerge un espace d'action collective capable de répondre aux attentes de la population et d'avoir un effet positif sur la santé. Les acteurs responsables de la mise en place des initiatives fondées sur la gouvernance en réseau auraient donc besoin de miser sur de nouveaux savoirs et des pratiques innovatrices.

In fine, les connaissances partagées dans cet article peuvent ouvrir la voie à d'autres réflexions et/ou investigations pratiques afin que d'autres chercheurs puissent mener un autre processus de changement et faire évoluer notre système de soins actuel public y compris les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et privé vers un service global de type « Groupements Sanitaires de Territoire », répondant à la question suivante : quel système garantissant des soins de santé à tous les citoyens, en tout temps, en tous lieux, et avec toute la qualité requise ?

« La porte du changement ne peut s'ouvrir que de l'intérieur. » Jaques Salomé.

Bibliographie

ALAOUI BERGHITI A, (Décembre 2015) « Régionalisation avancée dans le secteur de la santé : Quelle déclinaison, pour quelle vision? », 6eme Rencontre de coordination avec les DRS & DPS.

ALAOUI BERGHITI A. (Novembre 2008) « Régionalisation en Santé : quelles perspectives », conférences de l'INAS.

Amalia DIURNI, (2016), Les systèmes de santé en Italie et en Espagne, « Les Tribunes de la santé », 2 n° 51 pages 23 à 36.

Arrêté du Ministère de la santé (Janvier 2016), No 003-16 du 04.

BOUAZZA.A. (2019). Évaluation du processus de régionalisation dans le domaine de la Santé au Maroc.

BOSSERT T (1998), “Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance” [Analyse de la décentralisation des systèmes de santé dans les pays en développement : espace décisionnel, innovation et performance]. *Social Science and Médecine*, 47(10): 1513-1527.

BOSSERT T., LARRANAGA O., GIEDION U., JOSÉ J., BOWSER D., (2003), « Decentralization and equity of resource allocation : evidence from Colombia and Chile », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no 2, p. 95-100.

BOURDILLON F, (2012) Définir et organiser une politique de santé. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Traité de Médecine Akos*, 7-0980.

CCR/Rapport sur la régionalisation avancée/Livre I : Conception générale.

CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., (2003), « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins », *Études et Résultats*, no 214, janvier.

Charte Nationale de La Décentralisation/Régionalisation Avancée/Revue tel quel (Novembre 2019) n° 881 du 22 au 28.

Christian SAOUT, (2010) la régionalisation de la santé : une chance pour la Démocratie sanitaire ? « Santé Publique », 1 Vol. 22 | pages 107 à 112.

Christine ROLLAND et Frédéric PIERRU (2013) les agences régionales de santé deux ans après: une Autonomie de façade, « Santé Publique », 4 Vol. 25 | pages 411 à 419.

Claude MICHAUD, Nadine SANNINO, Cédric DUBOUDIN, François BAUDIER, Caroline GUILLIN, Christine BILLONDEAU et Sylvie MANSION. (2014) Cadre logique du projet régional de santé de Franche-Comté, « Santé Publique » 4 Vol. 26 | pages 469 à 474.

Conférence Nationale sur la Santé (2013).

CONSEIL D'ANALYSE ECONOMIQUE, (2012) « Réflexions sur l'organisation des systèmes de santé », Rapport Gilles Saint-Paul, La Documentation Française.

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, (2016) « Exigences de la régionalisation avancée et défis de l'intégration des politiques sectorielles », Rapport N°22.

DENIS J.-L., CONTANDRIOPOULOS D., LANGLEY A., VALETTE A., (2002), Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système socio-sanitaire, université de Montréal, faculté de médecine, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Montréal, CAN (ed.), Montréal : GRIS.

Deuxième Conférence Nationale de la Santé du Maroc (2013) Décentralisation des systèmes de santé, 1Juillet.

Eliot E., Lucas-Gabrielli V., Mangeney C, (Juin 2017) « territorialisation sanitaire et décentralisation: état des lieux et enjeux à partir du cas français ». *Revue Francophone sur la santé et les territoires*.

ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. (1993). *Propaedia*, 15th edition, vol. 9, Chicago; The University of Chicago, p. 1003.

Éric CHAMPAGNE (2012). L'organisation et les structures gouvernementales dans le contexte canadien Fédéralisme, centralisation et décentralisation, chapitre 1, Administration contemporaine de l'État. Québec : Presses de l'Université du Québec, pp 20-26.

EUROPEAN COMMISSION, (2014) « Évaluation de l'efficacité des systèmes de santé », Europe Sociale. Exigences de la régionalisation avancée et défis de l'intégration des politiques sectorielles, (2016) Rapport préparé par: La Commission Permanente chargée de la Régionalisation Avancée et des Développements Rural et Territorial, Auto-Saisine n° 22.

Florent CHAMBAZ, Roland RYMER et Pierre-Henri BRECHAT, (2008) pour des agences régionales ayant la possibilité de Pérenniser les offres de santé, « Santé Publique », 3 Vol. 20 | pages 269 à 274.

Gerry JOHNSON, Richard WITTINGTON, Kevan SCHOLEES et Frédéric FRERY (Juin 2011) "Stratégique".

GUIDE DE BONNES PRATIQUES, OCDE 2017, Accompagner les réformes de la gouvernance locale au Maroc.

HILMI, Y., FATINE, F. E., AJARRAR, N., & BELKBIRA, F. (2020). La pratique de la gouvernance d'entreprise dans la période de crise du Covid-19. Quelles reconfigurations Economiques, Managerielles et Culturelles à l'Epreuve du COVID 19?, 66.HUREAUX R, (2003), « La décentralisation contre le libéralisme », Problèmes économiques, vol. 2824, p. 5-8.

J. C. SUAREZ-HERRERA, A.-P. Contandriopoulos, F. P. Cupertino de Barros et Z. M. A. Hartz, (2017) Améliorer la performance des systèmes de santé : concepts, méthodes, pratiques.

JAFARI Maria, (2016) La régionalisation avancée au Maroc : Perspectives et défis, Revue Organisation et Territoire n°2.

JOLIVET. A, Laurent LE, LAURENT. J, (2018), Santé Publique, La Recherche iKB Edition.

KHIDER, A. E., & IMICHOUI, H. (2020). La régionalisation, nouveau mode de gouvernance du système de santé : état des lieux pour le cas du Maroc. European Scientific Journal, ESJ, 16(16), 154.

KRISHNA REGNI, (2014) "Decentralizing Health Services, A Global Perspective", Springer Science Business Media New York.

La constitution Marocaine de 2011.

Le Menn J, Milon A. (2014) Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (2) et de la commission des affaires sociales (1) sur les agences régionales de santé. Paris: Sénat.

Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19), (Juin 2020) L'Impact territorial du Covid-19 : Gérer la crise entre niveaux de gouvernement.

LHASSAN BADRI, (Mai 2020) La décentralisation au Maroc : quelles perspectives pour la gouvernance locale et le développement territorial ? : (Cas de la régionalisation avancée).

Livre Blanc, (2013), Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé. MS.

MILLS A., VAUGHAN P., SMITH D. L., TABIBZADEH I., (1991), La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expériences de quelques pays, Organisation mondiale de la santé (ed.).

NOBILIO L., UGOLINI C., (2003), « Different regional organization models and the quality of health care: the case of coronary artery bypass graft surgery », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 8, no 1, p. 25-32.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, (2000) « Evaluation de la performance des systèmes de santé » Rapport du Secrétariat.

POLTON D., (2003), « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », *Questions d'économie de la santé*, no 72, octobre 2003.

Revue Organisation et Territoire n°2, 2016.

Rôle et attributions des directions régionales de la santé (2019): Etat actuel et perspectives/Royaume du Maroc Ministère de la Santé/Ecole nationale de santé publique.

Rondinelli et al, (1983).

SANTE EN CHIFRES, (2017), Direction de la planification et des Ressources Financières. Division de la Planification et des Etudes Service des Etudes et de l'Information Sanitaire.

SALTMAN R., BANKAUSKAITE V, (2004), implementing decentralization in European health care systems: searching for policy lessons, fifth European conference of health economists, European Health Policy Group session, London School of Economics.

SMITHC., MOSSIALOS E., PAPANICOLAS I, (2008) « Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016.

Tiffany LERNOUT, Louis LEBRUN et Pierre-Henri BRECHAT, (2007) Trois générations de schémas régionaux d'organisation Sanitaire en quinze années : bilan et perspectives, « Santé Publique », 6 Vol. 19 | pages 499 à 512.

Toupictionnaire : le dictionnaire de politique.

Valeria FARGION, (2006) Le système de santé italien : évolution de la répartition des Compétences et du mode de financement, « *Revue française des affaires sociales* », 2 | pages 285 à 311.

Victor DUCHESNE, (2018), L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé, ESKA | « *Journal de gestion et d'économie médicales* » 4 Vol. 36 | pages 159 à 180.

Vincent Van BOCKSTAEL, (2017), Rôle des Agences Régionales de Santé dans l'organisation des parcours de soins, Elsevier Masson.

ZBIR N. (2021) « La gouvernance locale et les mécanismes de coordination des acteurs locaux territoriaux à l'ère du COVID-19 », *Revue Internationale du Chercheur* « Volume 2: Numéro 2 » pp: 442-466.

ZINE EL ABIDINE M. & SLAOUI S (2021) « Impact de la pandémie Covid-19 sur la santé mentale des professionnels de la santé : étude empirique », *Revue Internationale des Sciences de Gestion* « Volume 4 : Numéro 3 » pp : 47- 66.

SITES WEB : Mars-2021

<http://article19.ma/accueil/archives/43422>

<http://www.ces.ma/Pages/Saisines/S-14-2014-Projet-loi-exercice-medecine.aspx>

<http://www.emro.who.int/fr/mor/morocco-news/reforme-de-sante-publique.html>

<http://www.espace-associatif.ma/wp-content/uploads/2019/05/resume-du-rapport>.

<http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R98-07.pdf>.

<https://agadirinvest.com/investir-a-agadir/decret-n-2-17-618-du-26-decembre-2018-portant-charte-de-la-deconcentration-administrative.html>

<https://bonne-assurance.com/mutuelle/lexique/sros-schema-regional-d'organisation-sanitaire/>

<https://ledesk.ma/encontinu/les-recommandations-des-1eres-assises-nationales-de-la-regionalisation-avancee/>

<https://mmsp.gov.ma/fr/actualites.aspx?id=1656> 24/11/2019

https://telquel.ma/2018/05/17/sante-que-prevoit-le-plan-daction-pour-2025_1593756/?utm_source=tq&utm_medium=normal_post le 01/12/2019 Plan santé 2025

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/italie>.

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique>.

https://www.hcp.ma/Directions-regionales_a715.html le 01/12/2019

<https://www.medias24.com/ECONOMIE/ECONOMIE/151757-La-premiere-carte-sanitaire-du-Maroc-finalisee.html>.