

BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT



ROYAUME DU MAROC

**PROGRAMME D'APPUI A
LA REFORME DE LA COUVERTURE MEDICALE – PHASE II
(PARCOUM II)**

RAPPORT D'ACHEVEMENT

OSHD

JUIN 2012

TABLE DES MATIERES

A. INFORMATIONS SUR LE PROJET ET DATES CLES.....	- 1 -
B. CONTEXTE DU PROJET	- 2 -
C. OBJECTIF DU PROGRAMME ET CADRE LOGIQUE.....	- 2 -
D. PRODUITS ET REALISATIONS	- 6 -
E. CONCEPTION ET ETAT DE PREPARATION A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET	- 12 -
F. MISE EN ŒUVRE	- 13 -
G. ACHEVEMENT.....	- 15 -
H. LEÇONS TIREES DE L'EVALUATION.....	- 16 -
I. RESUME DES NOTES.....	17
J. TRAITEMENT.....	- 18 -
ANNEXE 1 : ECHELLE DE NOTATION ET CORRESPONDANCES	I
ANNEXE 2 : PARCOUM II	II

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
BAD	Banque Africaine de Développement
BAF	Bureau d'Admission et de Facturation
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
INDH	Initiative Nationale de Développement Humain
PARCOUM	Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale
PASS	Programme d'Appui au Secteur Santé
PES	Plan Economique et Social
RAMED	Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis
RAP	Rapport d'Achèvement de Projet
SAA	Service d'Accueil et d'Admission
UE	Union Européenne

A. INFORMATIONS SUR LE PROJET ET DATES CLES

I. INFORMATIONS DE BASE

Référence du Projet: P-MA-IBD-008	Titre du Projet: PROGRAMME D'APPUI A LA REFORME DE LA COUVERTURE MEDICALE - Phase 2 (PARCOUM II)	Pays: Royaume du Maroc	
Instrument(s) de financement: Prêt BAD		Secteur: Santé	Catégorie 3
Engagement Initial: 70 Millions EUR	Montant Annulé: 0	Montant Décaissé: 70 Millions EUR	% Décaissé: 100%
Structure des tranches: Deux tranches			
Emprunteur: Royaume du Maroc			
Organe(s) d'Exécution: Ministère de la Santé			
Cofinanciers et autres Partenaires Extérieurs : Financement parallèle (support budgétaire) de l'Union européenne : 40 Millions d'Euros			

II. DATES CLES

Note de Concept du Projet Approuvé par Com. Ops. 6 août 2008	Rapport d'évaluation approuvé par le Président de la Banque 4 novembre 2008	Approbation par le Conseil d'Administration: 11 décembre 2008	
Restructuration(s) : NA			
	Date initiale	Date effective	Ecart en termes de mois [date effective-date initiale]
ENTREE EN VIGUEUR	-	11 mai 2009	-
REVUE A MI-PARCOURS	Juin 2010	Juin 2010	0
CLÔTURE	31 décembre 2012	31 décembre 2012	
	Date prévue de décaissement	Date réelle de décaissement	Dérogation des conditions
TRANCHE 1:	Décembre 2009	Décembre 2009	—
TRANCHE 2	Décembre 2010	Décembre 2011	—

III. RESUME DES NOTES

CRITERES	SOUS-CRITERES	NOTES
REALISATIONS DU PROGRAMME	Produits du projet	3
	Réalisations	2
	Respect du Calendrier	3
	RENDEMENT GENERAL DU PROJET	3
PERFORMANCE DE LA BANQUE	Conception et état de Préparation	3
	Supervision	3
	PERFORMANCE GENERALE DE LA BANQUE	3
PERFORMANCE DE L'EMPRUNTEUR	Conception et état de Préparation	4
	Exécution	3
	PERFORMANCE GENERALE DE L'EMPRUNTEUR	4

IV. RESPONSABLES DU PROJET AU SEIN DE LA BANQUE

FONCTIONS	A L'APPROBATION	A L'ACHEVEMENT
Directeur Régional (ORNB)	I. LOBE NDOUMBE	N.MATONDO-FUNDANI
Directeur Sectoriel (OSHD)	T. HURLEY	A. SOUCAT
Chef de division (OSHD.3)	T. ILUNGA	F. ZHAO
Chef de Projet (OSHD.3)	B. BA	L. LANNES
Chef de Projet- Suppléant (OSHD.3)	F. SERGENT	F. SERGENT
Chef de l'équipe du RAP		F. SERGENT
Membres de l'équipe du RAP		F. SERGENT / L. JAAFOR

B. CONTEXTE DU PROJET

Faire un résumé du programme appuyé. Indiquez:

-le bien-fondé de l'utilisation du décaissement rapide sur le plan macroéconomique, -les réformes sur lesquelles le programme se focalise et sa relation avec le DSRP ou toute autre stratégie pertinente du gouvernement ; -les réalisations des précédentes opérations d'appui aux réformes, en particulier les opérations financées dans le cadre du même programme, s'il y a lieu, et -toute assistance technique ou projet d'appui institutionnel qui a apporté un complément à cette opération; Veuillez citer les sources concernées. Exprimez-vous sur la force et la cohérence de la justification de l'assistance apportée par la Banque. Indiquez tout changement dans le programme qui a affecté les résultats de manière positive ou négative. [300 mots au plus. Tout autre propos pertinent sur les origines et l'historique du programme doit être, si besoin, présenté à l'annexe 6 intitulé: Description du Projet]

La deuxième phase du Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale (PARCOUM II) a fait suite au programme PARCOUM qui s'est déroulé de 2005 à 2008 et a jeté les bases de la réforme de la Couverture Médicale de Base (CMB). L'objectif de PARCOUM II était de contribuer à l'amélioration durable des conditions d'accès à des services de santé de qualité grâce à une extension de la CMB à l'ensemble de la population, en particulier à travers le Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED). Le programme était en cohérence avec le Programme Economique et Social (PES) du Gouvernement pour la période 2007-2012, lequel prévoit l'approfondissement des réformes structurelles et sectorielles. Il était également aligné avec le DSP 2007-2011, qui comportait trois piliers: 1) l'amélioration du système de gouvernance, 2) le développement et la mise à niveau des infrastructures économiques et de l'entreprise, et 3) la promotion du développement humain. L'Union européenne (UE) soutient le même programme à travers un appui budgétaire fondé sur un matrice de résultats commune. L'UE a également apporté un appui au programme sous forme d'assistance technique, de long terme (appui à l'Agence Nationale d'Assurance Maladie), ou de court terme dans des domaines tels que la préparation du Cadre des dépenses à Moyen Terme (CDMT), la réorganisation des Bureaux d'Admission et de Facturation (BAF) dans les hôpitaux publics et les enquêtes sur les dépenses de santé des ménages. Cette assistance technique a facilité le travail du Gouvernement dans les divers domaines afférents aux conditionnalités du support budgétaire de la Banque.

C. OBJECTIF DU PROGRAMME ET CADRE LOGIQUE

1. Enoncer le(s) Objectif(s) de Développement du Programme (ainsi qu'ils sont présentés dans le rapport d'évaluation)

PARCOUM II avait pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, à travers une amélioration durable des conditions d'accès aux services de santé de qualité grâce à l'extension de la couverture médicale de base à l'ensemble de la population y compris les populations économiquement démunies. Le programme avait pour objectifs (i) l'extension de la CMB (y-compris le RAMED); (ii) l'amélioration de l'offre de soins ; et (iii) l'amélioration de la gouvernance du secteur santé.

2. Décrire comment chaque réforme et/ou les conditions de chaque décaissement ont contribué à la réalisation des objectifs du programme de développement

Les ressources du PARCOUM II ont été décaissées en deux tranches soumises à des déclencheurs destinés à soutenir l'engagement du Gouvernement dans la mise en œuvre des réformes dans le secteur santé. L'échelonnement du programme en deux tranches a permis à la Banque d'assurer une continuité dans son dialogue de politique sectorielle aux côtés de l'UE, dont le programme est guidé par les mêmes objectifs et, pour l'essentiel, la même matrice de mesures. Les mesures attendues ont été prises par le Gouvernement et leurs effets commencent à se concrétiser. Cependant, la mise en œuvre des réformes a été plus lente qu'envisagée initialement, en particulier en ce qui concerne la mise en place des instruments de gestion du RAMED et des mesures institutionnelles liées à la réorganisation du Ministère de la Santé. Ceci explique que la deuxième tranche de l'appui budgétaire de la Banque ait été décaissée en 2011 au lieu de 2010 comme le prévoyait le Rapport d'Evaluation.

3. Evaluer brièvement (deux phrases au plus) les objectifs du programme sous trois angles : noter l'évaluation, en utilisant l'échelle de notation fournie à l'appendice 1.

CARACTERISTIQUES DES OBJECTIFS DU PROGRAMME		EVALUATION	NOTE
PERTINENTS	a) Pertinent au regard des priorités de développement du pays	La réforme de la CMB et la mise en place du RAMED se trouvent parmi les réformes-phares du Gouvernement du Maroc et sont en phase avec l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) portée par Sa Majesté le Roi.	4
REALISABLES	b) Objectifs jugés réalisables au regard des contributions du programme et des délais envisagés.	Les objectifs ont été jugés réalisables à l'évaluation du programme. Cependant, les contraintes inhérentes à la mise en œuvre du RAMED ont été sous-estimées.	2
COHERENTS	c) Conforme à la stratégie nationale ou régionale de la Banque.	PARCOUM II était conforme au DSP 2007-2011 et au troisième pilier de celui-ci, à savoir la promotion du développement humain	4

4. Présenter le cadre logique. Veuillez indiquer les produits et les réalisations attendues de chaque action et les indicateurs de mesure des progrès. Vous pouvez ajouter des lignes supplémentaires si nécessaire. Le cadre logique présenté ci-dessous est extrait du Rapport d'Evaluation du programme.

COMPOSANTES	PRODUITS	INDICATEURS A MESURER	EFFETS/ REALISATIONS	INDICATEURS A MESURER
Composante 1: Extension de la Couverture Médicale de Base (CMB) y-inclus le RAMED	Textes d'application de la loi 65-00 portant couverture médicale de base pour la mise en place du RAMED, à savoir : 1. Décret portant application des dispositions du Livre III de la loi 65-00. (Déclencheur 1 ^{ère} tranche) 2. Arrêté conjoint des ministres de l'Intérieur, des Finances, de la Santé et de l'Agriculture et de la Pêche Maritime fixant les variables liées aux conditions de vie les coefficients de	Adoption des textes d'application	-RAMED mis en œuvre et financé pour l'ensemble des populations pauvres et vulnérables -Accès effectif à des soins de santé prioritaires pour l'ensemble des bénéficiaires du RAMED -Réduction de la part des ménages dans le financement de la santé	-% de la population éligible au RAMED (8,5 millions de personnes) affiliée au RAMED -% des utilisateurs (RAMED) n'ayant pas eu à acheter de médicaments et/ou de dispositifs médicaux pour et durant leur hospitalisation -% de réduction de la part des ménages dans le financement de la santé Idem page précédente

	<p>pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial, les autres indices à évaluer pour déterminer la situation socio-économique ainsi que la méthode de calcul pour déterminer l'éligibilité au RAMED. (Déclencheur 1^{ère} tranche)</p> <p>3. Arrêté conjoint des ministres désignés ci-dessus définissant le modèle du formulaire de demande du bénéfice du régime d'assistance médicale. (Déclencheur 1^{ère} tranche)</p>		<p>Idem page précédente</p>	
	<p>4. Arrêté d'extension du RAMED à une ou plusieurs régions signé par les autorités gouvernementales en charge de l'Intérieur, des Finances et de la Santé (Déclencheur 2^{ème} tranche)</p>	<p>Adoption de l'Arrêté d'extension</p>		
	<p>5. Mobilisation des financements publics- CDMT sectoriel santé (2009-2011) élaboré par le Ministère de la Santé (Déclencheur 1^{ère} tranche)</p>	<p>Adoption du CDMT Sectoriel</p>		
	<p>6. Mécanismes de sélection des bénéficiaires du RAMED</p>	<p>Mécanismes mis en place</p>		
	<p>7. Instruments de gestion des financements: Mesure interne du</p>	<p>Mesure interne adoptée</p>		

	Ministère de la santé rendant obligatoire la réorganisation des Bureaux d'Admission et de Facturation (BAF) au sein des hôpitaux publics (Déclencheur 2 ^{ème} tranche)			
Composante 2 : Amélioration de l'offre de soins	8. Proposition de loi sur l'offre de soins au Parlement (Déclencheur 2 ^{ème} tranche)	Loi sur l'offre de soins présentée au Parlement		
	9. Amélioration de la disponibilité des personnels	-Habitants par médecin spécialiste du secteur public -Habitants par infirmier du secteur public		
	10. Amélioration de la disponibilité des services de santé prioritaires dans les zones où le RAMED est en place	-% d'hôpitaux publics où le RAMED est mis en place disposant d'un service de néonatalogie fonctionnel -% des hôpitaux publics dans les régions où le RAMED a démarré à même de prendre en charge un accouchement compliqué 24h/24	Accroissement du budget de la santé au niveau central et régional Accès effectif à des soins de santé prioritaires	-% d'accroissement du budget de la santé -% d'accouchements institutionnels -Taux d'hospitalisation -Taux de satisfaction des usagers
Composante 3 : Amélioration de la gouvernance du secteur santé	11. Nouvel organigramme du Ministère de la Santé au niveau central, régional et provincial (Déclencheur 2 ^{ème} tranche)	Nouvel organigramme présenté au Conseil de Gouvernement	Les organismes impliqués dans la mise en œuvre de la réforme de la CMB sont opérationnels et dotés de capacités techniques et gestionnaires	Composition du Comité Fréquence des réunions Soumission régulière de rapports de suivi aux partenaires
	12. Comité technique interministériel de suivi et évaluation du PARCOUM II	Preuve de la mise en place du Comité		

	comprenant les Ministères des Finances, de la Santé, de l'Intérieur ainsi que les directions concernées du Ministère de la Santé et de l'ANAM (Déclencheur 1 ^{ère} tranche)		
5. Pour chaque dimension du cadre logique, indiquer brièvement (deux phrases au plus) à quel point le cadre logique a contribué à la réalisation des objectifs mentionnés ci-après. Noter l'évaluation en utilisant l'échelle de notation fournie à l'appendice 1. En l'absence de cadre logique, attribuer à cette section la note 1.			
CARACTERISTIQUES DU CADRE LOGIQUE		EVALUATION	NOTE
LOGIQUE	a) Prévoit un enchaînement causal logique pour la réalisation des objectifs de développement	Le cadre logique prévoit clairement l'enchaînement causal logique pour la réalisation des objectifs de développement du programme. Le cadre logique prévoit également les mesures d'impact du programme en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile.	4
MESURABLE	b) Enonce les objectifs et les résultats de manière mesurable et quantifiable.	Les résultats attendus sont quantifiés et mesurables, et l'état initial des différents indicateurs (baseline) est présenté dans le cadre logique.	4
DETAILLE	c) Mentionne les risques et les hypothèses clés.	Les principaux risques et hypothèses inhérents au programme sont clairement identifiés. Cependant, l'évaluation du programme aurait bénéficié d'une analyse plus approfondie des délais nécessaires à la matérialisation 'une réforme complexe telle que celle soutenue par le programme, notamment en se fondant sur l'expérience internationale en la matière.	2

D. PRODUITS ET REALISATIONS

I. PRODUITS OBTENUS

Dans le tableau ci-dessous, évaluer les réalisations des produits par rapport aux prévisions, en se fondant sur le cadre logique présenté à la Section C. Noter le degré de réalisation des résultats attendus. La somme des notes pondérées s'affichera automatiquement et correspondra à la somme des notes pondérées. Ignorer la note automatiquement calculée, si vous le souhaitez, et justifier.		
MAJEURES MESURES DE REFORMES		Score
Produits attendus	Produits obtenus	
COMPOSANTE 1. Extension de la Couverture Médicale de Base (CMB) y-inclus le RAMED		
1. Décret portant application des dispositions du Livre III de la loi 65-00.	Le Décret concerné a été promulgué sous le No 2-08-177 le 29 septembre 2008. Ce décret pose (i) les conditions du bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale ; (ii) les modalités d'identification des personnes pouvant bénéficier des prestations de ce régime ; (iii) les modalités de prise en charge des personnes reconnues éligibles ; et (iv) les modalités de financement du régime.	4

<p>2. Arrêté conjoint des ministres de l'Intérieur, des Finances, de la Santé et de l'Agriculture et de la Pêche Maritime fixant les variables liées aux conditions de vie les coefficients de pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial, les autres indices à évaluer pour déterminer la situation socio-économique ainsi que la méthode de calcul pour déterminer l'éligibilité au RAMED.</p>	<p>L'arrêté concerné a été promulgué le 29 septembre 2008. Il fixe les variables nécessaires au calcul du score des conditions socioéconomiques et à la pondération du revenu déclaré, en distinguant le milieu urbain et le milieu rural. Cependant, il faut noter les difficultés d'identification des pauvres absolus et des vulnérables prévalant dans le système RAMED car ces populations sont très mobiles sur les échelles de revenu concernées.</p>	<p>3</p>
<p>3. Arrêté conjoint des ministres désignés ci-dessus définissant le modèle du formulaire de demande du bénéfice du régime d'assistance médicale.</p>	<p>Cet arrêté a été promulgué le 29 septembre 2008. Il fixe également la liste des documents accompagnant le formulaire de demande de prise en charge par le RAMED.</p>	<p>4</p>
<p>4. Arrêté d'extension du RAMED à une ou plusieurs régions signé par les autorités gouvernementales en charge de l'Intérieur, des Finances et de la Santé</p>	<p>L'Arrêté conjoint des ministres de l'Intérieur, de l'Economie et des Finances et de la Santé a été signé le 17 décembre 2010 par les trois ministres concernés. Cet Arrêté porte sur l'extension du RAMED à tout le Royaume. Ceci représente un changement par rapport aux conditions qui prévalaient lors de l'évaluation du programme, puisqu'une démarche en deux étapes était alors envisagée, visant dans un premier temps à étendre le RAMED à « une ou plusieurs régions ». En accord avec cet arrêté, le Gouvernement a également transmis à la Banque deux documents illustrant les modalités de l'extension du RAMED à l'ensemble du territoire, à savoir : (a) un rapport faisant état des dispositions prises pour assurer la couverture des populations éligibles au RAMED; et (b) la circulaire du 21 février 2011 de la Ministre de la santé aux Directeurs régionaux de la santé et Délégués sanitaires expliquant les modalités de mise en œuvre du RAMED et les engagements financiers correspondants. Toutefois, la signature de cet arrêté est intervenue plus tard qu'initialement prévu compte tenu de l'allongement de la durée de l'expérience pilote.</p>	<p>3</p>
<p>5. Production d'un CDMT sectoriel santé (2009-2011) élaboré par le Ministère de la Santé</p>	<p>Une première version du CDMT a été rejetée par la Banque en Avril 2009 car le CDMT ne faisait apparaître ni la part des salaires dans le budget public de santé, ni la part des ressources réservées au RAMED comme le prévoit la conditionnalité. Le CDMT 2009-2011 a été remodelé par le Ministère avec l'aide d'une assistance technique de l'Union européenne recrutée aux fins de mettre en place la démarche CDMT et d'aider à la préparation du CDMT 2010-2012.</p>	<p>3</p>
<p>6. Mécanismes de sélection des bénéficiaires du RAMED</p>	<p>Les mécanismes de sélection des bénéficiaires du RAMED ont été mis en place et l'introduction du RAMED a été testée dans la région pilote de Tadla Azilal à partir de novembre 2008. L'évaluation de cette expérience a mis en évidence certains dysfonctionnements et a permis d'affiner les mécanismes d'identification. Elle a également permis de simplifier les procédures administratives relatives à la demande de prise en charge par le RAMED.</p>	<p>4</p>
<p>7. Instruments de gestion des financements: Mesure interne du Ministère de la santé rendant obligatoire la réorganisation des Bureaux d'admission et de facturation (BAF) au sein des</p>	<p>Le Ministère de la Santé a instauré un nouveau règlement intérieur des hôpitaux, qui a été visé par le Ministre de l'Economie et des Finances et dont l'Article 35 prescrit les fonctions du Service d'Accueil et d'Admission (SAA- nouvelle dénomination des BAF). Le règlement intérieur a été publié au Bulletin Officiel le 17 mars 2011 avec un retard sur le calendrier</p>	<p>3</p>

hôpitaux publics	initial. Il s'accompagne d'un Guide d'Organisation des bureaux concernés produit par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'Union européenne. La visite de terrain effectuée dans la région pilote dans le cadre de la mission de préparation du présent rapport a révélé que les SAA fonctionnent de façon satisfaisante, du fait de la mise en place d'une application informatique et de la présence de personnel d'assistance sociale. Il existe une facturation détaillée pour chaque patient, qui permet d'appréhender les soins reçus y-compris par les bénéficiaires du RAMED..	
COMPOSANTE 2. Amélioration de l'offre de soins		
8. Proposition de loi sur l'offre de soins au Parlement	Le projet de Loi Cadre N° 34-09 relative à l'offre de soins a été préparé et transmis à la Chambre des Représentants. Cette loi a été subséquemment adoptée et promulguée au Bulletin Officiel du 21 juillet 2011. Cette loi pose en particulier le principe et le cadre légal de la carte sanitaire (Titre III). Les décrets d'application sont en voie d'élaboration. Une étude sur les bases d'élaboration de la carte sanitaire au Maroc a été réalisée (Janvier 2012) et son rapport validé par le Comité de Pilotage de l'étude. Cette étude pourrait constituer un premier pas vers la définition d'un outil pour la planification des services de santé.	4
9. Amélioration de la disponibilité des personnels	Le Maroc fait partie des 57 pays connaissant un déficit grave en matière de ressources humaines pour la santé. Le programme n'a pas réussi à améliorer la situation dans la mesure escomptée, avec un ratio lits/médecins dans les régions RAMED de 5,65 and lieu des 3 attendus. Il en va de même pour le personnel infirmier dans les hôpitaux de la région pilote, où le ratio de 1 infirmier par lit n'a été atteint qu'à l'hôpital de Fqih Ben Salah, qui est un petit hôpital de moins de 60 lits. .	2
10. Amélioration de la disponibilité des services de santé prioritaires dans les zones où le RAMED est en place	A l'évaluation du programme en 2008, aucun hôpital de la région RAMED (Tadla Azilal) ne disposait d'un service de néonatalogie fonctionnel. Au moment de la mission d'achèvement, la cible correspondante n'est pas atteinte. Il convient cependant de remarquer que les services de soins néonataux sont disponibles dans les hôpitaux concernés, même s'ils ne sont pas offerts par un département de néonatalogie fonctionnant selon les normes nationales. En revanche, le pourcentage d'hôpitaux de la zone RAMED à même de prendre en charge un accouchement compliqué 24h/24 est passé de 0 à 75%.	2
COMPOSANTE 3. Amélioration de la gouvernance du secteur santé		
11. Nouvel organigramme du Ministère de la Santé au niveau central, régional et provincial	L'Arrêté N° 1363-11 de la Ministre de la santé relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé, au niveau des régions et des délégations sanitaires a été publié au Bulletin Officiel du 7 juillet 2011 après examen par le Ministère de la Modernisation des Secteurs Publics. Cet arrêté prescrit la structure des directions régionales de la santé et est complété par la Décision N° 41 DRC du Ministre de la Santé datée du 29 mars 2010 portant réorganisation et création de certaines structures de l'administration centrale du Ministère de la santé. Cette décision établit en particulier une Division chargée du suivi de la mise en œuvre du RAMED, et une Division chargée du partenariat avec les professionnels de santé du secteur privé et les associations à vocation sanitaire. Ces nouvelles structures sont appelées à jouer un rôle de tout premier plan dans la poursuite de la réforme de la CMB. Cependant la mise en place du nouvel organigramme a connu un retard par rapport au calendrier prévu.	3

<p>12. Comité technique interministériel de suivi et évaluation du PARCOUM II comprenant les Ministères des Finances, de la Santé, de l'Intérieur ainsi que les directions concernées du Ministère de la Santé et de l'ANAM</p>	<p>La décision du Ministère de la Santé N° 42/DPRF/10 portant mise en place et attributions du comité a été soumise à la Banque en avril 2009 et acceptée comme satisfaisant à la seconde condition de la première tranche de support budgétaire de la Banque.</p>	<p>4</p>
<p style="text-align: center;">NOTE GENERALE DES REALISATIONS [Correspond à la moyenne des notes de l'évaluation]</p>		<p>3</p>

II REALISATIONS

<p>1. En utilisant les données disponibles sur le suivi, évaluer les réalisations attendues. Importer les réalisations attendues du cadre logique présenté dans la Section C. Attribuer une note pour le degré de réalisation attendues. La note générale des réalisations sera automatiquement calculée et correspondra à la moyenne des notes de l'évaluation. Ignorer la note automatiquement calculée, si vous le souhaitez, et justifier.</p>		
<p style="text-align: center;">REALISATIONS</p>		<p style="text-align: center;">Note de l'évaluation</p>
<p style="text-align: center;">Prévisions</p>	<p style="text-align: center;">Obtenues</p>	
<p>COMPOSANTE 1. Extension de la Couverture Médicale de Base (CMB) y-inclus le RAMED</p>		
<p>RAMED mis en œuvre et financé pour l'ensemble des populations pauvres et vulnérables.</p> <p>Prévision : Passage de 5% en 2008 à 50% en 2011 et 100% en 2012 de la population éligible au RAMED (8,5 millions de personnes) effectivement affiliée au RAMED.</p>	<p>Le RAMED n'a jusqu'à présent été mis en œuvre que dans la région pilote de Tadla Azilal. Ce retard est en particulier attribuable à l'allongement de la phase pilote dans cette région (3 ans au lieu d'1), laquelle était justifiée par les questions soulevées lors de l'évaluation. De surcroît l'année 2011 a été marquée par des développements politiques (nouvelle Constitution ; avènement de la politique de régionalisation avancée) liés au Printemps Arabe, qui ont ralenti la mise en œuvre des réformes. La mise en œuvre du RAMED va maintenant s'accélérer, suite au soutien de sa Majesté le Roi lors de la cérémonie du 13 mars 2012. Selon la feuille de route établie par le Gouvernement, le pourcentage de la population éligible au RAMED (8,5 millions au total) effectivement couverte par le régime devrait se situer à 3,7% en 2011, puis 40,7% et 67,7% en 2012 et 2013 respectivement. Il convient par ailleurs de noter que le retard enregistré dans la mise en place du RAMED ne signifie pas qu'aucune amélioration n'a été enregistrée dans le fonctionnement des services de santé, puisque de nombreuses mesures ont été prises par le Ministère de la Santé pour en préparer l'arrivée dans les différentes régions du Royaume (notamment, circulaire N° 146 du 16 novembre 2011 pour l'amélioration des prescriptions ; circulaire N° 140 du 24 novembre 2011 sur la prise en charge des ramédistes au niveau des CHU ; circulaire N° 24 du 12 mars 2012 sur les attributions des hôpitaux et des centres de santé en matière de prise en charge).</p>	<p>2</p>
<p>Accès effectif à des soins de santé prioritaires pour l'ensemble des bénéficiaires du RAMED</p> <p>Prévision : La proportion des utilisateurs (RAMED) n'ayant pas eu à acheter de médicaments et/ou de dispositifs médicaux pour leur</p>	<p>Les données disponibles suggèrent que les résultats obtenus sont en-deçà des attentes. Une enquête a révélé qu'en 2010, 39% des bénéficiaires du RAMED ont dû payer des médicaments, pour une dépense moyenne de 427 Dirhams (environ 39 Euros). Cependant, cette enquête n'ayant pas été répétée, il n'est pas possible de mesurer l'évolution de cet indicateur sur la période récente.</p>	<p>1</p>

hospitalisation passe de 5% en 2008 à 100% en 2012.		
Réduction de la part des dépenses des ménages dans le financement de la santé Prévision : La part des ménages dans le financement de la santé passe de 51 ,6% en 2008 à 25% en 2012.	Selon les données des Comptes Nationaux de la Santé publiées par l'Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/nha/database/), la part des dépenses directes des ménages dans la dépense de santé a décliné d'un point, passant de 54% à 53% entre 2008 et 2010 à l'échelle nationale. On note également une tendance décroissante quant à la part des financements privés dans la dépense totale, laquelle passe de 63,1% à 62% au cours de la même période. Le RAMED n'a donc pas encore eu les effets escomptés à l'échelle nationale.	1
COMPOSANTE 2. Amélioration de l'offre de soins		
Accroissement du budget de la santé au niveau central et régional Prévision : Le budget de la santé augmente de 36% entre 2008 et 2012	Le budget de l'Etat pour la santé a connu une augmentation significative au cours de la dernière décennie, passant d'environ 4,9 milliards de Dirhams marocains (MAD) en 2001 à 8,1 milliards en 2008, année de référence pour le support de la Banque, puis à 9,8 (+20%) et 10,5 milliards (+7%) en 2009 et 2010 respectivement. Cette augmentation concerne aussi bien les dépenses de fonctionnement que les dépenses d'investissement, qui ont toutes deux doublé au cours de la décennie. Ces moyens supplémentaires sont en particulier injectés à travers le programme Maternité sans Risque et permettent d'accroître la qualité des services. Cependant, les données budgétaires pour l'année 2011 n'ayant pas été transmises par le Ministère des Finances, la mission de RAP n'a pas pu étudier les dernières évolutions.	3
Accès effectif à des soins de santé prioritaires Prévisions : a) Le pourcentage d'accouchements institutionnels passe de 61% en 2008 à 75% en 2010. b) Le taux d'hospitalisation passe à 4,5% en 2010 c) Le taux de satisfaction des usagers passe de 4% en 2008 à 100% en 2012	a)Le pourcentage d'accouchements institutionnels dans la zone RAMED étant de 79,4% au moment de la préparation du rapport d'achèvement, la cible définie à l'évaluation du programme peut être considérée comme atteinte. b) Le taux d'hospitalisation dans la région RAMED est de 3.92 par 1000 habitants. La cible est donc atteinte à 87%. c)L'enquête de satisfaction prévue en 2011 n'ayant pas été conduite, il n'est pas possible de mesurer l'évolution de cet indicateur.	3
COMPOSANTE 3. Amélioration de la gouvernance du secteur santé		
Les organismes impliqués dans la mise en œuvre de la réforme de la CMB sont opérationnels et dotés de capacités techniques et gestionnaires Prévisions relatives au Comité de pilotage : -Composition idoine -Fréquence satisfaisante des réunions -Soumission régulière de rapports de suivi aux partenaires	Le comité de suivi s'est réuni à 3 reprises (16/12 /2009 ; 16/04/2010 ; avril 2011), mais son fonctionnement demande à être amélioré. Il convient cependant de reconnaître l'impact des recommandations du comité sur la politique sociale du Gouvernement marocain, notamment avec la création d'un fonds de cohésion sociale.	3
NOTE GENERALE DES REALISATIONS [Correspond à la moyenne des notes de l'évaluation]		2
2. Impact sur la pauvreté et la situation sociale: Commenter les effets attendus et obtenus du programme sur la pauvreté, le genre, l'accès aux services publics, l'insertion des groupes défavorisés et tout autre aspect social important.		

La réforme de la Couverture Médicale de Base s'est traduite par des engagements financiers du Gouvernement qui bénéficient aux femmes, à travers le programme maternité sans risque. Ce programme est couronné de succès puisqu'il a contribué à la réduction de la mortalité maternelle de 227 pour 100 000 naissances vivantes (enquête démographique et de santé 2004-2005) à 112/100 000 en 2010. Le Gouvernement a ainsi tenu l'engagement qu'il avait pris au moment de la préparation de PARCOUM II, d'intensifier ses efforts en matière de santé maternelle afin de rattraper son retard sur les pays comparables.

La mise en place du RAMED a l'objectif plus vaste d'assurer aux populations démunies un accès à des services de santé de qualité, tout en réduisant la stigmatisation et les barrières liées à l'ancien système d'exemption de paiement fondé sur le certificat d'indigence. L'affiliation au RAMED concrétise le droit des bénéficiaires à des services dont le contenu est spécifié et similaire pour tous. Cependant, l'expérience acquise jusqu'à présent dans la mise en œuvre du RAMED suggère que ce régime ne remplit peut-être pas encore, dans ses modalités actuelles, la fonction d'insertion qui lui était assignée. A cet égard il s'avère en effet qu'environ 50% des titulaires de la carte d'affiliation au RAMED ne se présentent pas pour renouveler leur carte. Une étude a été commanditée par le Ministère de la Santé pour identifier les causes de cet état de fait. La visite de terrain effectuée dans le cadre de la préparation du rapport d'achèvement a permis de constater que l'une des causes est le coût de la carte RAMED pour les vulnérables, qui doivent acquitter un paiement de 600 Dirhams.

3. Menaces qui pèsent sur la viabilité des réalisations obtenues. Souligner les facteurs qui affectent, ou pourraient affecter les réalisations du programme à long terme ou leur viabilité. Décrire le cadre macroéconomique, lequel sera décrit plus en détail dans l'annexe 3. Indiquez si vous recommandez une activité ou une opération de suivi pour assurer la viabilité des réalisations.

Les facteurs suivants pourraient nuire à la soutenabilité des résultats obtenus par le programme, et limiter les progrès attendus par rapport à la couverture médicale de base au Maroc :

1. Le déficit de ressources humaines est à considérer comme le premier de ces facteurs. A cet égard la mission de RAP a conseillé au Gouvernement d'explorer le potentiel du partenariat avec le secteur privé, ainsi que l'utilisation de la télémédecine et des technologies de l'information et de la communication en matière d'atténuation des contraintes de disponibilité des ressources humaines dans le service public, tout en poursuivant les efforts en matière de formation initiale des ressources humaines pour la santé, ainsi que dans le dialogue avec le Ministère des Finances quant à la création de postes, sachant que les départs à la retraite donnent lieu à la suppression des postes ainsi laissés vacants.
2. La mise en place du RAMED génère un surcroît de demande auquel le Gouvernement doit faire face. Ce surcroît de demande ne se situe pas principalement au niveau du nombre de patients accueillis par le service public, mais à celui de l'attente des patients. Ainsi, la mission de terrain a noté les exigences croissantes des patients ramédistes, qui par exemple réclament des bilans de santé complets avec imagerie médicale. Le Gouvernement doit s'employer à réguler la demande afin de contrôler les coûts, tout en se montrant attentif à la montée de la voix citoyenne.
3. Bien que la Loi 65-00 portant couverture médicale de base prévoit la gestion indépendante des fonds du RAMED, celle-ci est toujours assurée par le Ministère de la Santé. Il y a donc fusion du prestataire et du financeur de services, ce qui est dommageable à l'efficacité de l'utilisation des ressources et représente un handicap pour le contrôle des coûts dont nous avons ci-dessus souligné la nécessité.
4. L'Etat actuel du système de référence médicale altère l'efficacité et peut nuire à la pérennité de la réforme de la couverture médicale au Maroc. A cet égard il s'avère que les patients ramédistes court-circuitent les Structures Sanitaires de Base et se rendent directement aux services d'urgence des hôpitaux. Les campagnes de communication, en cours et à venir, devraient mettre l'accent sur ce point.
5. Le nombre de bénéficiaires du RAMED pourrait augmenter dans le court terme, suite à la chute de la production agricole enregistrée en 2011 en raison de conditions climatiques défavorables. Ceci appellerait un effort financier supplémentaire de la part du Gouvernement, qui serait alors confronté à des arbitrages budgétaires difficiles.
6. Dans le plus long terme, le succès de la réforme de la CMB dépend de la capacité du Gouvernement à mettre en place les systèmes idoines pour couvrir les travailleurs indépendants, y-inclus ceux du secteur informel. Il s'agit là d'un chantier de toute première importance sur lequel les progrès enregistrés à ce jour ne sont pas probants. Les efforts en cours pour la création des régimes des artisans, des pêcheurs artisanaux, des étudiants et des transporteurs se doivent de déboucher sur des résultats tangibles et rapides. Le Gouvernement devrait également réfléchir à la création d'un régime de couverture maladie pour les agriculteurs, qui représentent une partie importante de la population du Royaume. Le PARCOUM III, prévu pour 2013 dans le DSP du Maroc, devrait appuyer le Gouvernement dans son effort d'extension de l'assurance maladie à une frange plus importante de la population. Ce nouveau programme s'appuiera sur les leçons de l'exécution des deux programmes précédents.

7. L'absence d'une stratégie de financement de la santé entache la capacité du Gouvernement à planifier la CMB et à en assurer la pérennité. A cet égard la Banque pourrait fournir une assistance technique pour aider le Gouvernement à produire une telle stratégie.

E. CONCEPTION ET ETAT DE PREPARATION A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

1. Indiquer dans quelle mesure la Banque et l'emprunteur se sont assurés que le programme tienne compte de la capacité de l'emprunteur à le mettre en œuvre, en assurant sa bonne conception et en mettant en place le dispositif requis pour l'exécution. Analyser tous les aspects liés à la conception du programme. Les questions liées à la conception sont les suivantes: dans quelle mesure la conception du programme a-t-elle tenu compte des leçons tirées des précédentes opérations d'appui aux réformes dans le pays (citer quelques RAP clés); le programme repose-t-il sur de sérieuses études analytiques (citer quelques documents clés); dans quelle mesure la Banque et l'emprunteur ont-ils convenablement évalué la capacité des organes d'exécution et de la cellule d'exécution du projet; degré de consultations et de partenariats et activités d'assistance technique prévues. [250 mots au plus. Tout autre propos concernant la mise en œuvre devra être présenté à l'annexe 6 intitulé : Description du projet]

Le programme constitue la seconde phase du programme PARCOUM (2003-2008), par lequel la Banque a appuyé les étapes préliminaires de la réforme de la CMB et de la préparation du RAMED. Par ailleurs, depuis la fin des années 80 la Banque a financé de nombreux programmes de support budgétaire au Maroc dans le domaine des finances publiques (Ajustement Structurel ; Programme de Réformes Economiques et Sociales-PRES ainsi que PARAP I, II et III. Les leçons tirées de ces programmes ont été mises à profit dans la conception de PARCOUM II. Plus spécifiquement, la Banque et le Gouvernement ont été attentifs au réalisme des conditions et aux échéanciers, le nombre de conditions d'ordre juridique a été contenu et l'accent a été mis sur le suivi des indicateurs de performance, et pas seulement sur la réalisation des conditions de décaissement. De surcroît, la Banque s'est également appuyée sur l'expérience acquise à travers ses opérations auprès de l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) et de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), financées par des Dons PRI.

Cependant, la Banque et ses partenaires (Gouvernement et UE) ont sous-estimé le temps nécessaire à la concrétisation des réformes envisagées sur le terrain, compte tenu de leur complexité, de leur dimension politique et de la multiplicité des acteurs concernés (voir ci-après).

2. Pour chaque dimension de la conception et de l'état de préparation à la mise en œuvre du projet, présenter une brève évaluation (deux phrases au plus). Attribuer une note d'évaluation en utilisant l'échelle de notation figurant à l'appendice 1.

ASPECTS LIES À LA CONCEPTION ET A L'ETAT DE PREPARATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		EVALUATION	Note de l'évaluation
REALISME	a) Du fait de sa complexité, le projet est sous-tendu par une analyse de la capacité du pays et de son engagement politique.	Le programme CMB/RAMED a été porté depuis son démarrage en 2002 (premier programme PARCOUM) par un engagement politique fort, ainsi qu'en témoignent les nombreuses mesures de réforme adoptées par le Gouvernement depuis lors. Cependant, comme indiqué au point E.1 ci-dessus, les délais afférents à la complexité du programme, qui demande une collaboration étroite entre un grand nombre d'institutions, ont été sous-estimés et les valeurs-cibles des indicateurs d'effet ont été surestimées.	2
EVALUATION DU RISQUE ET ATTENUATION	b) La conception du programme tient suffisamment compte des risques analysés.	Comme il a été souligné précédemment dans ce rapport, le temps nécessaire à la traduction dans les faits des réformes soutenues par le programme a certainement été sous-estimé. Les opérations d'assistance technique mises à disposition par l'UE ont facilité la prise de décision, mais elles auraient dû s'accompagner d'appuis complémentaires destinés à faciliter le dialogue entre les différentes parties prenantes, comme par exemple un appui direct au comité de pilotage.	3

UTILISATION DES SYSTEMES DU PAYS	c) Les systèmes de passation des marchés, de gestion financière, de suivi et/ou autres sont fondés sur des systèmes qu'utilisent déjà le gouvernement et/ou d'autres partenaires	Le PARCOUM II étant un support budgétaire, il utilise naturellement les systèmes de passation des marchés du pays (voir Annexe 2). Le suivi du programme utilise pour l'essentiel le système d'information sanitaire, mais nécessite également la mise en place d'études spécifiques.	3	
Pour les dimensions ci-après, attribuer des notes d'évaluation distinctes pour la performance de la Banque et la performance de l'emprunteur :			Note de l'évaluation	
			Banque	Emprunteur
CLARTE	d) Les responsabilités en ce qui concerne la mise en œuvre du programme sont clairement définies.	Le programme a été mis en œuvre par le Ministère de la Santé en collaboration avec les Ministères de l'Intérieur et des Finances selon leurs responsabilités institutionnelles respectives. La Banque et l'UE ont agi conjointement à travers les missions de supervision.	4	4
PREPARATION AU SUIVI	e) Les indicateurs et le plan de suivi sont adoptés.	Les indicateurs et le plan de suivi étaient prévus dans la matrice des mesures du programme, qui prévoit tant les mesures de réforme, que les indicateurs de résultats.	4	4
DONNEES DE REFERENCE	f) Les données de référence étaient disponibles au moment de la conception du programme	La conception du programme s'est appuyée sur l'analyse de l'existant et les données du système d'information sanitaire.	4	4

F. MISE EN ŒUVRE

<p>1. Donner les principales caractéristiques de l'exécution du programme quant aux aspects suivants: respect des calendriers des décaissements; dérogations éventuelles aux conditions et aux déclencheurs; l'efficacité de la supervision par la Banque; la participation du bureau de la Banque dans la supervision continue/dans le cadre de la coordination de l'aide/ dans le dialogue sur les réformes; et l'efficacité de la surveillance par l'emprunteur. Commenter la justification des dérogations éventuelles aux conditions de décaissement.</p> <p>[300 mots au plus. [Tout autre propos concernant la mise en œuvre devra être présenté à l'annexe 5 intitulé : Description du programme]</p>
<p>Le PARCOUM II est entré en vigueur le 11 mai 2009, soit cinq mois après son approbation par le Conseil (11 décembre 2008). Le décaissement de la première tranche a été effectué le 28 décembre 2009, en accord avec le calendrier prévu. Cependant le décaissement de la seconde tranche a accusé un retard d'un an par rapport au calendrier prévu, et n'est intervenu que le 22 décembre 2011. Ceci est dû aux délais enregistrés quant à la réalisation de certaines conditions de décaissement, en particulier eu égard à l'extension du RAMED en raison de l'allongement de la durée de l'expérimentation dans la région pilote. Les insuffisances précédemment décrites au niveau des effets du programme pour les populations bénéficiaires découlent en partie de ce retard. Le programme a été supervisé deux fois par an par la Banque, à l'exception de l'année 2011 pour laquelle la deuxième mission n'a pas pu avoir lieu en raison des élections législatives, mais a été compensée par un dialogue soutenu à l'occasion de la revue de portefeuille et de la mission de DSP organisées par ORNB et soutenues par OSHD. Les missions de supervision ont considérablement bénéficié de l'apport des consultants recrutés par l'UE pour assurer le suivi du programme, consistant en deux experts en santé publique et un expert en assurance maladie.</p>
<p>2. Commenter le rôle des autres partenaires (bailleurs de fonds, ONG, entreprises, etc.). Evaluer l'efficacité des modalités de cofinancement et de la coordination des bailleurs de fonds, le cas échéant.</p>

L'appui de la CE a permis d'approfondir la démarche CDMT au sein du MS, qui est désormais en possession des outils de mise en œuvre de cette démarche et dont les personnels ont été formés à cet effet. En particulier, les mécanismes de collecte et d'exploitation des données nécessaires la production du CDMT année après année selon les directives du MEF ont été mis en place, et un manuel de procédures a été produit. L'UE a par ailleurs financé un certain nombre d'études au cours du programme, ainsi qu'une assistance technique de long terme basée à l'ANAM. Le programme de la Banque et celui de l'UE ont été mis en œuvre selon une matrice de résultats commune.

3. Harmonisation. Indiquer si la Banque s'est explicitement employée à harmoniser les instruments, systèmes et/ou approches avec les autres partenaires.

En poursuivant son support conjoint avec l'UE dans la seconde phase du programme, la Banque a clairement réaffirmé son engagement envers l'harmonisation. Cet engagement s'est traduit par la préparation et l'adoption d'une matrice de résultats commune avec l'UE, et par la mise en place de missions de supervision conjointes. Cependant, un effort supplémentaire aurait pu être fait par la Banque et l'UE pour encourager le Gouvernement à créer des ponts entre le programme et les autres apports d'aide extérieure au secteur à travers le Programme d'Appui au Secteur Santé (PASS), qui reçoit l'appui de l'Agence Française de Développement et de la Coopération espagnole.

4. Pour chaque aspect de la mise en œuvre du projet, indiquer dans quelle mesure le projet a atteint les objectifs ci-après. Présenter une évaluation succincte (deux phrases au plus) et attribuer une note d'évaluation, en utilisant l'échelle de notation figurant à l'appendice 1.

ASPECTS LIES À LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		EVALUATION		Note de l'évaluation
RESPECT DU CALENDRIER	a) degré de respect de la date prévue de clôture. Si l'écart à droite est:	Ecart en mois entre la date prévue de clôture et la date effective de clôture ou la date de réalisation de 98% de décaissement	La date de dernier décaissement du programme était fixée au 31 décembre 2011 et a été respectée. Cependant, le calendrier de décaissement initial prévoyait le décaissement de la deuxième tranche de support budgétaire dans le courant de l'année 2010, mais le décaissement n'est intervenu qu'en décembre 2011 suite aux délais enregistrés dans la satisfaction des conditions y afférentes.	3
	inférieur à 12, notation 4 entre 12.1 et 24, notation 3 entre 24.1 et 36, notation 2 Supérieur à 36.1, notation 1	12 mois		
PERFORMANCE DE LA BANQUE	Conformité de la Banque aux :			
	Mesures de protection environnementale	En tant qu'appui budgétaire, le programme a été classé dans la catégorie 3.		NA
	Dispositions fiduciaires	Etant un appui budgétaire, les dispositions de la Banque en matière de passation des marchés ne sont pas applicables. En effet, le décaissement est lié à la réalisation de mesures de réforme et n'induit pas directement de processus d'acquisition.		NA
	Accords conclus dans le cadre du projet	Les accords conclus dans le cadre du programme ont été mis en œuvre.		4
	La supervision de la Banque a été satisfaisante en termes de dosage des compétences et de praticabilité des solutions.			
PARCOUM II a été supervisé deux fois par an dans le cadre de missions conjointes avec l'UE. Ces missions ont impliqué les personnels spécialisés de la Banque (Economiste de la Santé/Tunis et Spécialiste du Développement Social/MAFO), ainsi que les experts recrutés par l'UE à travers un contrat de suivi avec un bureau d'études spécialisé fournissant les services de deux spécialistes de santé publique et d'un spécialiste de l'assurance maladie. Il est cependant à regretter que la mission prévue au quatrième trimestre 2012 n'ait pu avoir lieu (du fait de l'indisponibilité des				3

	homologues nationaux en raison des élections législatives de novembre 2012).		
	La surveillance de la gestion du projet par la Banque a été satisfaisante.		
	Les supervisions conjointes avec l'UE mentionnées plus haut ont permis de conduire le dialogue sectoriel avec les autorités marocaines. La représentation de la Banque au Maroc a en outre permis un suivi efficace entre les missions de supervision. D'autre part le programme a également été discuté lors des missions du département régional de la Banque, auxquelles le Département du Développement Humain a participé, à savoir : une mission de revue du portefeuille (mars 2011) ; mission de préparation du DSP (juin 2011) et mission de dialogue pour la finalisation du DSP (février 2012). Cependant, ce dispositif pourrait être complété par des apports de conseil technique de la part des personnels de la Banque (Siège) entre les missions.		3
L'emprunteur s'est conformé aux:			
PERFORMANCE DE L'EMPRUNTEUR	Mesures de protection environnementale	PARCOUM II étant un appui budgétaire, le programme a été classé dans la catégorie II.	NA
	Dispositions fiduciaires	PARCOUM II étant un appui budgétaire, les dispositions de la Banque en matière de passation des marchés ne sont pas applicables. Le programme est cependant audité par l'Inspection Générale des Finances.	NA
	Conditions et déclencheurs	Les preuves de réalisation des conditions ont été transmises à la Banque.	4
	L'emprunteur a été attentif aux conclusions et recommandations formulées de la Banque dans le cadre de sa supervision du projet	Les recommandations techniques formulées au cours des missions de supervision sont généralement suivies. Cependant, un effort est nécessaire de la part de l'emprunteur pour réagir formellement aux recommandations de la Banque.	3
	g) L'emprunteur a collecté et utilisé, pour les prises de décisions, les informations tirées du processus de suivi.	L'emprunteur s'est conformé au processus de suivi du programme et la plupart des données nécessaires à ce suivi sont collectées de façon régulière. Il a également pris soin de tester son approche de mise en œuvre du RAMED et de procéder à une évaluation avant d'en envisager la généralisation. Cependant le retard pris dans la réalisation de certaines études/enquêtes telles que l'enquête de satisfaction des usagers, entache sa capacité à rassembler l'information nécessaire dans des domaines de décision importants. En outre, la Ministère de la santé a mis en place des observatoires régionaux du RAMED, dont la mission est de rendre compte de la mise en place du système et des problèmes y-afférents.	3

G. ACHEVEMENT

1. Le PAR a-t-il été fourni à temps, conformément à la Politique de la Banque?			
Date du dernier décaissement MM/DD/YY	Date PAR été envoyé à pcr@afdb.org MM/DD/YY	Ecart en mois	NOTE DE L'EVALUATION (généralisé automatiquement) Si l'écart est égal ou inférieur à 6 mois, la note est de 4. Si l'écart est supérieur à 6 mois, la note est de 1.
31 décembre 2011	xxx		

Décrire brièvement le processus RAP. Décrire la manière dont l'emprunteur et les co-bailleurs ont participé à l'établissement du document. Souligner toute incohérence dans les évaluations présentées dans le présent RAP. Donner la composition de l'équipe et confirmer si une visite approfondie a été effectuée. Mentionner toute collaboration substantielle avec d'autres partenaires au développement. Indiquer dans quelle mesure le bureau de la Banque dans le pays s'est impliqué dans l'établissement du présent rapport. Indiquer si les commentaires de la revue des pairs ont été fournis à temps (indiquer les noms et les titres des pairs de revue).

[150 mots au plus]

La mission de préparation du rapport d'achèvement de PARCOUM II s'est déroulée du 26 mars au 5 avril 2012 et a été prolongée les 25 et 26 avril par une visite de terrain. La mission était composée de Mr Fabrice Sergent, Analyste Principal en Santé (OSHD.3), Madame Leila Jaafor, Spécialiste du Développement social (MAFO), qui ont travaillé conjointement avec les membres de l'équipe d'experts de l'UE comprenant deux spécialistes de santé publique et un spécialiste de l'assurance maladie. La mission a eu des séances de travail avec les directions concernées du Ministère de la Santé, du Ministère des Finances, ainsi qu'avec les principales institutions impliquées dans le programme (Agence Nationale d'Assurance Maladie, CNOPS, Ministère de l'Intérieur). La mission de terrain dans la Région de Tadla Azilal a été effectuée par MAFO. La mission s'est entretenue avec l'UE, l'OMS, et l'Association Marocaine des Droits Humains. Les discussions ont couvert l'ensemble des aspects du programme et ont également visé à appréhender comment les différentes évolutions contextuelles enregistrées depuis la conception du programme peuvent influencer sur son évolution.

H. LEÇONS TIRÉES DE L'ÉVALUATION

Résumer les principales leçons que la Banque et l'emprunteur peuvent éventuellement tirer des réalisations du projet.

Les principales leçons à tirer de l'exécution du programme sont les suivantes :

1) Leçons pour le Gouvernement

- Certaines conditions de décaissement ont été difficiles à réaliser et ont retardé la mise en œuvre du programme. Il convient de tirer les leçons de ces retards de telle sorte qu'ils puissent être évités dans les programmes futurs, dans la mesure où ils ont les effets attendus du programme pour les bénéficiaires. Cette leçon est également valide pour la Banque, qui a sans doute sous-estimé les contraintes y-afférentes (voir ci-dessous).
- Le dispositif de suivi et évaluation du programme a parfois fait défaut, ce qui gêne la compréhension de certains éléments clés tels que le maintien d'un niveau élevé de dépenses des ménages bénéficiaires du RAMED, et le fait qu'une proportion importante des bénéficiaires du RAMED ne semblent pas renouveler leur carte d'affiliation. Il serait important à l'avenir de s'assurer que les enquêtes et études prévues soient effectivement réalisées afin de se donner les moyens d'évaluer l'impact des réformes sur les bénéficiaires.

2) Leçons pour la Banque

- L'évaluation d'un programme d'appui à un processus de réforme complexe tel que celui de la couverture médicale de base au Maroc devrait se fonder sur une estimation candide des contraintes y afférentes, éclairée par l'expérience internationale et par une cartographie des aspects politiques liés au contexte national. Dans le cas de PARCOUM II, des avancées majeures ont été réalisées par le Gouvernement en termes de mesures de réforme, mais celles-ci n'ont pas encore produit les changements escomptés sur le terrain. En particulier, le problème de disponibilité des ressources humaines se pose encore au Maroc, qui est l'un des 57 pays au monde souffrant d'une crise des ressources humaines dans le secteur de la santé. Il serait à l'avenir pertinent de développer un dialogue avec les autorités marocaines sur ce sujet, afin d'identifier des solutions (par exemple, comment la télémédecine et les partenariats avec le secteur privé peuvent-ils contribuer à résoudre ces problèmes?).
- Le partenariat entre la Banque et des institutions, telles que l'UE, offrant des dons, et par là-même susceptibles de financer une assistance technique substantielle pour l'accompagnement des réformes, constitue une complémentarité avantageuse pour le pays bénéficiaire, d'autant plus qu'il s'inscrit dans la durée et la continuité des programmes d'appui, puisqu'il permet alors de construire sur les acquis tout en les consolidant. La Banque devrait cependant offrir davantage d'appui technique en complément de ses appuis budgétaires, en utilisant les instruments à sa disposition.

- La présence des bureaux pays de la Banque permet un meilleur suivi des opérations, bien que dans le cas de PARCOUM II, ce suivi puisse encore être amélioré à travers un plus grand engagement, entre les missions de supervision, des experts basés au Siège de la Banque. OSHD bénéficie maintenant d'un éventail de compétences qu'il faut chercher à optimiser à cet effet, par exemple en instituant des réunions virtuelles périodiques, informelles mais régulières, avec les homologues des pays membres.
- Il serait utile d'inscrire dans les programmes des outils de suivi et évaluation plus complets, y-inclus des évaluations d'impact, pour mieux informer les pays membres et la Banque sur les résultats des programmes. Ceci serait notamment utile lorsqu'il s'agit d'envisager le passage à l'échelle des programmes, et bénéficierait également aux autres pays souhaitant mettre en œuvre des programmes similaires.

I. RESUME DES NOTES

CRITERES	SOUS-CRITERES	Note de l'évaluation
RESULTATS DU PROJET	Produits	3
	Réalisations	2
	Respect de calendrier	3
	NOTE GENERALE DES REALISATIONS DU PROJET	3
PERFORMANCE DE LA BANQUE	Conception et état de préparation	
	Les objectifs du projet sont pertinents pour les priorités de développement du pays	4
	Les objectifs du projet sont réalisables au regard des contributions au projet et du calendrier prévisionnel	2
	Les objectifs du projet sont conformes à la stratégie nationale ou régionale de la Banque	4
	Le cadre logique prévoit un enchaînement causal logique pour la réalisation des objectifs de développement du projet.	4
	Les objectifs et les réalisations, ainsi qu'ils sont présentés dans le cadre logique, sont mesurables et quantifiables	4
	Le cadre logique présente les risques et les hypothèses clés	2
	La capacité et l'engagement politique du pays sont à la hauteur de la complexité du projet	2
	La conception du projet contient une analyse satisfaisante des risques	3
	Les systèmes de passation des marchés, de gestion financière, de suivi et/ou autres processus sont fondés sur les systèmes qu'utilisent déjà le gouvernement et/ou d'autres partenaires.	3
	Les responsabilités en ce qui concerne l'exécution du projet sont clairement définies	4
	Les indicateurs de suivi et le plan de suivi sont adoptés	4
	La collecte des données de référence est achevée ou en cours	4
	NOTE PARTIELLE DE LA CONCEPTION ET DE L'ETAT DE PREPARATION DU PROJET	3
	Supervision	
	Mesures de protection environnementale	N/A
	Dispositions fiduciaires	N/A
	Accords conclus dans le cadre du projet (conditions et déclencheurs)	4
	La qualité de la supervision de la Banque a été satisfaisante en termes de dosage des compétences et de praticabilité des solutions	3
	La surveillance de la gestion du projet par la Banque a été satisfaisante	3
	Le PAR a été fourni à temps	4
	NOTE PARTIELLE DE LA SUPERVISION	3
	NOTE GENERALE DE LA PERFORMANCE DE LA BANQUE	3

PERFORMANCE DE L'EMPRUNTEUR	Conception et état de préparation	
	Les responsabilités en ce qui concerne la mise en œuvre du projet sont clairement définies	4
	Les documents requis pour la mise en œuvre (documents sur les spécifications, la conception, la passation des marchés, etc.) sont prêts au moment de l'évaluation	4
	Les indicateurs de suivi et le plan de suivi sont approuvés; la collecte des données de base est achevée ou en cours	4
	NOTE DE LA CONCEPTION DU PROJET ET DE SON ETAT DE PREPARATION	4
	Mise en œuvre	
	Mesures de protection environnementale	N/A
	Dispositions fiduciaires	N/A
	Accords conclus dans le cadre du projet (conditions et déclencheurs)	4
	L'emprunteur a été attentif aux conclusions et recommandations formulées par la Banque dans le cadre de sa supervision du projet	3
	L'emprunteur fonde ses décisions sur les informations tirées du suivi	3
	NOTE PARTIELLE DE LA MISE EN ŒUVRE	3
	NOTE GENERALE DE LA PERFORMANCE DE L'EMPRUNTEUR	4

J. TRAITEMENT

ETAPE	SIGNATURE ET OBSERVATIONS	DATE
Vérifié par le Chef de Division du Secteur	M. F. ZHAO	
Vérifié par le Directeur Régional	M. N. MATONDO-FUNDANI	
Approuvé par le Directeur Sectoriel	Dr. A. SOUCAT	

ANNEXE 1 : Echelle de notation et correspondances

NOTE	EXPLICATION
4	Très satisfaisant - Réalisation parfaite, aucune faille
3	Satisfaisant - La majorité des objectifs sont atteints en dépit de quelques lacunes
2	Moyen - Projet partiellement abouti. Presqu'autant de résultats que de lacunes
1	Médiocre - Très peu de réalisations et de graves lacunes
N/A	Sans Objet

ANNEXE 2 - PARCOUM II

PARCOUM II est un support budgétaire conçu comme une consolidation de la première phase du programme, qui visait à établir les bases institutionnelles de l'extension de la CMB. L'Union européenne soutient le même programme à travers un appui budgétaire fondé sur une matrice de résultats commune couvrant trois composantes, à savoir :

Composante 1- Extension de la CMB y-compris le Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED) Cette composante visait à appuyer le Gouvernement du Maroc dans son effort d'extension de la CMB à l'ensemble de la population et en particulier les populations les plus démunies, afin de leur donner accès à des soins de santé de qualité. Il s'agissait de mettre en place l'ensemble des mécanismes relatifs à l'opérationnalisation du RAMED et à la couverture des populations non couvertes par les régimes d'assurance existants. A cet effet le programme se concentre sur la mise en œuvre et le suivi de mesures spécifiques, dont les plus importantes, comme par exemple la promulgation des textes d'application de la loi 65-00 portant couverture médicale de base pour la mise en œuvre du RAMED, on fait l'objet de conditions de décaissement du support budgétaire de la Banque

Composante 2- Amélioration de l'offre des soins: Cette composante visait à garantir la disponibilité de services de santé prioritaires au regard des priorités de santé publique et des besoins des populations. Il s'agissait en particulier de soutenir le Gouvernement dans la préparation de la loi sur l'offre de soins (condition de décaissement), et dans l'amélioration des services de santé offerts à la population.

Composante 3 - Amélioration de la Gouvernance du secteur santé : Cette composante était destinée à appuyer les organes chargés du pilotage du programme de réforme, et à accompagner la réorganisation du Ministère de la Santé.

La conception du programme s'est appuyée sur les études existantes au moment de l'évaluation, en particulier le rapport d'évaluation de la responsabilité financière (CFAA, 2007), qui notait que les réformes des finances publiques se développaient à un rythme soutenu et que l'efficacité du système budgétaire et comptable s'était renforcée et présentait un risque fiduciaire faible. En outre l'existence d'un programme de la Banque dans le domaine de l'administration publique (PARAP) venait encore atténuer le risque fiduciaire afférent au support budgétaire PARCOUM II.