



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

L'évaluation des programmes de santé

Apports et enjeux pour le système national de santé

au Maroc

Présenté par

Abdellah RASSAFI

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Administration-Gestion

Spécialité : Gouvernance et Management Public

Le 16 avril 2009

Devant le jury composé de :

Mme Danièle Bordeleau Président

Professeure, Directrice du département Administration-Gestion

Dre Jalila Jbilou Examineur

Médecin chercheure, Université Laval, Québec

M. Mohamed Gad Examineur

Professeur, Institut d'études supérieures et de recherches,
Alexandrie

**« Sans l'homme, le développement n'a pas de raison
et sans la santé le développement ne saurait trouver son assise »**

Dr. COMLAN A. A. QUENUM

Directeur Régional Pour la Région Afrique, Nairobi, 1978

«L'évaluation est un investissement dans le peuple et le progrès»

Egon Guba et Yvonna Lincoln, 1989

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie le tout puissant Dieu « Allah » de m'avoir donné santé et ambition pour finaliser ce travail.

Au terme de ce travail, je tiens à exprimer mes vifs remerciements et ma profonde reconnaissance à ma directrice de mémoire, **Dre Jalila Jbilou**, pour l'aide, le soutien et les conseils qu'elle m'a accordés. C'est sous ses précieuses directives que ce travail a été réalisé.

Mes remerciements vont également à :

- M. Fernand Texier, Recteur de l'université Senghor.
- Mme Danièle Bordeleau, Directrice du département administration-Gestion pour ses remarques pertinentes.
- Madame Lysette Trahan, ma directrice de stage et tous les professionnels de la direction d'évaluation au niveau du ministère de la santé et des services sociaux au Québec.
- Madame Suzanne Youssef, Assistante de direction au département administration-Gestion.
- Toutes les personnes rencontrées de m'avoir bénéficié de leurs connaissances et expériences.
- Toutes les personnes ressources au niveau du ministère de la santé du Maroc.
- Tous les professeurs qui ont contribué à notre formation au sein de l'université Senghor.
- Tout le staff administratif de l'université Senghor.

Je remercie également toute personne qui a contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail

À l'âme de ma mère

Pour l'affection qu'elle m'a donnée durant toute sa vie, que Dieu l'ait en sa miséricorde et dans son paradis.

À mon père

Pour son soutien moral et ses bénédictions, qu'il trouve ici l'expression de mon amour le plus sincère et de mon actuelle reconnaissance.

À mes frères et sœurs

En témoignage de ma tendresse pour vous, je vous dédie ce travail avec mes meilleurs vœux de bonheur.

À mon neveu Mohamed

Pour son soutien effectif, qu'il trouve ici toute ma reconnaissance et ma gratitude.

À mes amis

Pour tous les bons moments passés ensemble.

LISTE DES SIGLES

- **C/S** : Circonscription sanitaire
- **CNSS** : Caisse nationale de sécurité sociale
- **CODIR** : Comité de direction
- **CPE** : Centre provincial d'épidémiologie
- **DELM** : Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies
- **DPRF** : Direction de la planification et des ressources financières
- **FNUAP** : Fonds des nations unies pour les activités de la population
- **GMF** : Groupe de médecine de famille
- **GRAEP** : Groupe de responsables de l'analyse et de l'évaluation de programme
- **IEC** : Information, éducation et communication
- **INAS** : Institut national d'administration sanitaire
- **IST** : Infection sexuellement transmissible
- **MSM** : Ministère de la santé du Maroc
- **MSSS** : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
- **NTIC** : Nouvelles technologies d'information et de communication
- **OCDE** : Organisation de coopération et de développement économiques
- **OCP** : Office chérifien des phosphates
- **ONE** : Office national d'électricité
- **ORE** : Observatoire régional d'épidémiologie
- **RDH 50** : Rapport cinquantenaire de développement humain au Maroc
- **RESP** : Revue d'épidémiologie et santé publique
- **SARDM** : Systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des Médicaments dans les établissements de santé de Québec
- **SNIS** : Système national d'information sanitaire
- **SSE** : Service de la surveillance épidémiologique
- **UNICEF** : Organisation des nations unies pour la protection de l'enfance

TABLES DES MATIERES

| | |
|---|------|
| REMERCIEMENTS | ii |
| DEDICACES..... | iii |
| LISTE DES SIGLES..... | iv |
| LISTE DES ILLUSTRATIONS..... | viii |
| RESUMÉ | ix |
| ABSTRACT..... | x |
| INTRODUCTION | 1 |
| CHAPITRE I PROBLEMATIQUE DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES DE SANTE AU MAROC .. | 4 |
| 1.1 Le système national de santé..... | 4 |
| 1.1.1 Le réseau hospitalier..... | 6 |
| 1.1.2 Le réseau ambulatoire | 7 |
| 1.1.3 Le système national d'information sanitaire (SNIS)..... | 7 |
| 1.1.4 Présentation des programmes de santé..... | 9 |
| 1.2 L'état des lieux de l'évaluation des programmes de santé | 13 |
| 1.2.1 Un monitoring plutôt qu'une évaluation | 13 |
| 1.2.2 Un suivi de performance : bilan de réalisations..... | 13 |
| 1.2.3 Cas d'évaluations commandités par des bailleurs de fonds..... | 14 |
| 1.3 L'énoncé de la problématique de l'évaluation des programmes de santé | 14 |
| 1.3.1 Une faible culture d'évaluation | 14 |
| 1.3.2 Absence d'instruments d'évaluation..... | 15 |
| 1.3.3 Inertie de la structure des programmes de santé | 15 |
| 1.3.4 Dysfonctionnements des programmes de santé | 15 |
| 1.3.5 Synthèse des constats | 17 |
| 1.3.6 Question de recherche..... | 17 |
| CHAPITRE II FONDEMENTS DE L'EVALUATION DE PROGRAMMES | 19 |
| 2.1 Définition de concepts | 19 |
| 2.1.1 Concept d'évaluation..... | 19 |
| 2.1.2 Notion de programme | 23 |
| 2.2 Cadre et outils de l'évaluation de programmes..... | 24 |
| 2.2.1 Place de l'évaluation dans le cycle de planification de programme..... | 24 |
| 2.2.2 Finalités de l'évaluation..... | 25 |
| 2.2.3 Approches en évaluation de programmes..... | 26 |

| | | |
|---|---|----|
| 2.2.4 | Types d'évaluation de programmes | 27 |
| 2.2.5 | Critères d'évaluation d'un programme..... | 29 |
| 2.2.6 | Modèles d'évaluation | 29 |
| 2.2.7 | Indicateurs d'évaluation | 31 |
| CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE | | 34 |
| 3.1 | Cadre conceptuel de l'étude..... | 34 |
| 3.2 | Objet, but et objectifs de la recherche | 36 |
| 3.2.1 | Objet de l'étude | 36 |
| 3.2.2 | But de l'étude | 36 |
| 3.2.3 | Objectifs de l'étude..... | 36 |
| 3.3 | Méthodologie de travail | 36 |
| 3.3.1 | Type de l'étude..... | 36 |
| 3.3.2 | Techniques de collecte des données | 36 |
| 3.3.3 | Les forces de l'étude | 38 |
| 3.3.4 | Les limites de l'étude..... | 39 |
| 3.4 | L'expérience du ministère de la santé et des services sociaux du Québec en évaluation | 39 |
| 3.4.1 | Le dispositif institutionnel : une direction d'évaluation | 39 |
| 3.4.2 | La politique d'évaluation du ministère de la santé et des services sociaux au Québec.... | 40 |
| 3.4.3 | L'approche utilisée en évaluation au niveau du ministère | 41 |
| 3.4.4 | Le processus d'évaluation en pratique | 42 |
| 3.4.5 | Cas d'évaluation entrepris par la direction de l'évaluation..... | 42 |
| CHAPITRE IV PROPOSITION D'UNE DEMARCHE D'EVALUATION DES PROGRAMMES DE SANTE AU MAROC ET LA STRATEGIE DE SON DEVELOPPEMENT | | 45 |
| 4.1 | Le contenu de la démarche d'évaluation proposée : un apport pour améliorer la performance du système national de santé au Maroc | 45 |
| 4.1.1 | Les éléments structurant la démarche d'évaluation | 46 |
| 4.1.2 | Le processus évaluatif | 47 |
| 4.1.3 | Perspectives de la démarche d'évaluation | 51 |
| 4.1.4 | Les utilisateurs possibles de la démarche..... | 52 |
| 4.2 | La stratégie de développement de la fonction évaluation au niveau du ministère de la santé : un défi à relever pour soutenir le développement des programmes de santé au Maroc..... | 53 |
| 4.2.1 | L'institutionnalisation de l'évaluation | 53 |
| 4.2.2 | L'implantation de la fonction évaluation | 55 |
| 4.2.3 | Le développement des capacités évaluatives des gestionnaires | 56 |
| CONCLUSION | | 58 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | | 59 |

| | |
|---|----|
| ANNEXES..... | 63 |
| Annexe 1 : Organigramme du ministère de la santé du Maroc. | 63 |
| Annexe 2 : Organigramme du ministère de la santé et des services sociaux du Québec..... | 64 |
| Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées..... | 65 |

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Schéma du système national de santé. | 6 |
| Figure 2 : Schéma du processus informationnel du SNIS. | 8 |
| Figure 3 : Circuit d'information de la surveillance épidémiologique. | 9 |
| Figure 4 : Niveaux de gestion des programmes de santé. | 11 |
| Figure 5 : Pratiques apparentées à l'évaluation. | 21 |
| Figure 6 : Place de l'évaluation dans le cycle de planification de programme. | 25 |
| Figure 7 : Critères d'évaluation de programme. | 29 |
| Figure 8 : Illustration des dimensions analysées à travers la théorie de la structuration. | 35 |
| Figure 9 : Triangle de base des acteurs d'un programme. | 48 |
| Figure 10: Grandes étapes du processus d'évaluation. | 51 |

Graphiques

| | |
|---|----|
| Graphique 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe (en années). | 12 |
| Graphique 2 : Evolution du taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances). | 13 |

Tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Répartition des programmes de santé au Maroc. | 10 |
| Tableau 2 : Quatre générations de l'évaluation (Guba et Lincoln, 1989). | 20 |
| Tableau 3 : Grille d'évaluation de programme (Marceau <i>et al</i> , 1992). | 27 |
| Tableau 4 : Hiérarchisation de l'évaluation selon Rossi, Lipsey et Freeman (2004). | 28 |
| Tableau 5 : Niveaux d'institutionnalisation de l'évaluation au sein du ministère de la santé. | 55 |

RESUMÉ

Les programmes de santé qui constituent une composante essentielle du système national de santé au Maroc, ont certes contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population marocaine. Toutefois, certains de ces programmes rencontrent divers problèmes notamment en regard de leur pilotage et de leur performance. Ces dysfonctionnements sont identifiés comme déterminants majeurs de l'actuel niveau de santé populationnelle, qui affiche des indicateurs alarmants.

Dans ce sens, le ministère de la santé a entrepris cette dernière décennie un vaste chantier de réformes ayant pour finalité l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. Ces réformes concernent entre autres des aspects structurels et financiers du système sans pour autant faire de l'évaluation une pratique systématique.

En effet, l'évaluation représente autant une fonction de gestion qu'un outil de mesure des programmes publics. De nos jours, et selon une perspective de modernisation de l'administration publique, l'intervention au sein de ce secteur ne saurait à négliger l'évaluation comme outil d'aide à la prise de décision et à l'amélioration de la performance. La qualité de l'information produite par l'évaluation est déterminante pour amener toute activité à des niveaux supérieurs et efficaces, ce qui rend son intégration dans le cadre d'une vision globale de gouvernance d'une nécessité impérieuse.

Le présent travail s'intéresse à l'étude de la problématique de l'évaluation des programmes de santé au Maroc en adoptant une analyse qualitative. Celle-ci s'est basée sur une recherche documentaire pour s'approprier des concepts, méthodes et outils utilisés dans la pratique évaluative, sur l'expérience du ministère de la santé québécois en tant que système d'évaluation et sur notre expérience en tant que professionnel de santé et ce, afin de proposer une démarche d'évaluation adaptée au contexte marocain. Enfin, sont présentés certains préalables à l'instauration d'une culture d'évaluation au niveau du ministère de la santé marocain.

Mots-clefs

Évaluation des programmes de santé, Processus d'évaluation, Système de santé au Maroc, Méthodologie qualitative.

ABSTRACT

The National Health System in Morocco is managed through a health programs approach. These programs had been put into action to improve health status and well-being of the Moroccan population. However, in terms of performance, the Moroccan Health system is under what was expected. Health inequalities are still noticed. These inequalities are partly explained by structural factors faced by these programs such as the lack of a monitoring strategy and the weak performance.

In this sense, the Ministry of Health in Morocco had launched series of reforms, some of them focused on financial and structural dimensions. The central aim of these last reforms is ensuring a better program management and efficiency, but few had been done in terms of implementing a systematic evaluation process.

The evaluation is seen as well as a function of management as a tool to measure public programs' performance. Nowadays, and under the modernization perspective of the public administration, decision-making process in such a sector should rely on evaluation to improve its performance and efficiency. The quality of the information produced by the evaluation is a cornerstone for the improvement of any activity, what makes its integration within the global framework of governance of an authoritarian necessity.

The present research is interested in the study of the problem of the evaluation of health programs in Morocco by adopting a qualitative design. The data used in this study is based on an extended review of the literature on appropriate concepts, methods and tools used in the evaluative practice, on the experience of the Quebec's Ministry of Health in terms of health programs' evaluation and on our experience as health professional. This data had been analysed and incorporated to propose a health programs' evaluation process adapted to the Moroccan health system's context. Finally, we present some relevant prerequisites for the implementation of a culture of evaluation in the Moroccan Ministry of Health.

Key-words

Health programs' Evaluation, Evaluation process, Health System of Morocco, Qualitative Design.

INTRODUCTION

Pour renouer avec le développement socio-économique, le Maroc a entrepris depuis plusieurs années un vaste programme de réformes politiques, économiques, juridiques et institutionnelles visant à mettre le pays sur les rails de la modernisation afin de lui assurer un potentiel d'enlignement par rapport aux évolutions et changements observés au niveau international. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette mouvance de réformes pour améliorer l'état de santé de la population et son bien-être.

En effet, Dans le cas du système national de santé, les réformes qui sont mises en œuvre ou en cours de planification sont très importantes et touchent à des aspects structurants tels que la gouvernance du système, la réforme hospitalière, la régionalisation, la couverture médicale de base, le financement et le partenariat avec le secteur privé et associatif. Les programmes de santé demeurent une priorité du ministère de la santé pour atteindre les objectifs de sa stratégie pour 2008-2012 et les objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015 auxquels le Maroc s'est engagé depuis l'an 2000.

Ce système comprend trois secteurs : un secteur public, un secteur privé à but non lucratif et un secteur privé à but lucratif. Le premier secteur reste le plus important en matière d'offre de soins au niveau du pays et dont le ministère de la santé est l'acteur principal avec 80 % de la capacité litière (Ministère de la santé, Maroc, 2006). L'offre de soins est organisée en deux réseaux : l'un hospitalier et l'autre ambulatoire soutenu par la mise en place de programmes de santé depuis les années 80.

Les programmes de santé ont contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population, ce qui a permis l'augmentation de l'espérance de vie, la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle, voire l'éradication ou l'élimination de certaines maladies (lèpre, paludisme, bilharziose,...). Cependant, certains indicateurs de santé restent alarmants, notamment ceux reflétant le niveau d'organisation d'un système de santé, comme c'est le cas pour le taux de mortalité maternelle (227 pour 100.000 naissances vivantes) et le taux de mortalité infantile (40 pour 1.000). De plus, de grandes inégalités, interrégionales et inter-milieus (rural versus urbain) sont encore observées et d'un point de vue global la couverture médicale ne dépasse guère 30% de la population (Ministère de la santé, Maroc, 2007).

En effet, certains programmes connaissent d'importants dysfonctionnements autant au niveau de leur performance que de leur gestion. Cette situation s'explique en partie par l'absence d'un processus d'évaluation systématique. Un tel processus a pour avantage d'offrir une analyse méthodique capable de produire de l'information fiable utile lors des prises de décisions relatives au pilotage du programme ou portant sur son sort en vue de le maintenir, de l'améliorer ou de l'arrêter.

C'est dans cette optique que s'inscrit notre étude qui vise à explorer les conditions entourant la possibilité d'intégrer la pratique d'évaluation comme un outil de pilotage des programmes de santé au Maroc ayant pour finalités de pallier aux dysfonctionnements constatés et d'orienter les actions futures dans le cadre de ces programmes.

Un des constats majeurs faits au niveau de la pratique décisionnelle au sein du Ministère de la santé au Maroc est le manque d'évaluation systématique et structurée des programmes de santé. En effet, la pratique décisionnelle, au sein de ce système, se base généralement sur des données collectées à travers le système national d'information sanitaire. Système mis en place pour accompagner ces programmes et qui lui-même connaît des problèmes quant à la fiabilité des informations colligées et à la rétroaction transmise au terrain.

Par ailleurs, l'évaluation qui est à la fois une démarche scientifique et politique est devenue une activité incontournable dans le secteur public. Elle vise à informer les acteurs d'une politique ou d'un programme sur l'implantation, les résultats et les effets de leurs actions. Mais, dépendamment des ambitions que l'on lui a assignées, les finalités de l'évaluation diffèrent d'un pays à l'autre.

En France, l'évaluation des politiques publiques vise l'amélioration de la reddition des comptes et l'enrichissement du débat public autour des interventions mises en œuvre par l'administration. Elle s'inscrit dans le cadre des dernières réformes pour moderniser l'Etat notamment la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui a introduit la gestion axée sur la performance (Loi n°2001-692 du 1^{er} août 2001).

Au Québec, l'évaluation de programmes vise l'amélioration de la performance des actions entreprises par les pouvoirs publics, le renforcement du système de reddition de comptes et la satisfaction des citoyens. Elle s'inscrit dans le cadre de la démarche de la gestion axée sur les résultats adoptée ces dernières années pour moderniser l'administration publique (Loi sur l'administration publique, Québec, 2000).

Au Maroc, l'Etat assiste actuellement à de nombreux chantiers de réformes visant la modernisation de l'administration publique. Cette intense dynamique de réforme s'est traduite par la création d'un ministère à cette fin en 2002, le ministère de la modernisation des secteurs publics. Toutefois, la pratique de l'évaluation reste embryonnaire du fait de l'inexistence d'un dispositif législatif qui oblige les administrations à rendre compte de leurs différentes actions à l'exception de celles relatives aux organes de contrôle des finances publiques. Récemment, le pays a opté pour l'approche de gestion axée sur les résultats dans la préparation du budget mais celle-ci ne fait pas de l'évaluation une activité systématique.

De plus, l'architecture organisationnelle du ministère de la santé ne prévoit pas de direction d'évaluation ayant pour mandat d'accompagner les réformes actuelles que connaît le système national de santé. L'effet d'un tel handicap structurel est dans une autre mesure accentué par l'absence de ressources spécifiques en évaluation et le manque d'une culture d'évaluation au sein du ministère.

Dans le contexte économique actuel caractérisé par la rareté des ressources et les réclamations grandissantes de la population pour une accessibilité équitable à des services de qualité, l'évaluation est passée d'un choix possible à un impératif vital de transparence, d'imputabilité, d'amélioration et de développement tant du point de vue administratif, professionnel que populationnel.

L'évaluation est une activité stratégique qui permet aux administrations du secteur de la santé de non seulement bien faire mais toujours mieux et ce, en améliorant leur fonctionnement et en ajustant leurs programmes pour répondre aux attentes de la société moderne.

La démarche évaluative se doit d'être menée en tant qu'un système global bien ancré dans le processus de gestion, soutenu par une structure organisationnelle habilitante et accompagné d'une vision axée sur le développement des compétences. Car, l'évaluation est une activité qui exige une grande rigueur dans le choix des méthodes et dans la mise en œuvre efficace de la stratégie de conduite de ce processus. Une telle approche nécessite l'existence de compétences distinctives en évaluation, la disponibilité d'outils fiables mais aussi la prévalence d'une réelle culture d'évaluation au sein de l'organisation. Ces trois dimensions, absentes dans le contexte du système de santé du Maroc, sont encore à définir et à opérationnaliser pour un tel appareil administratif.

C'est donc, dans ce cadre que s'inscrit notre travail de recherche dans la mesure où une prise de conscience du rôle important de l'évaluation se développe de façon réelle et se traduit par la mise en place d'une unité administrative capable d'encadrer cette fonction en vue de soutenir le ministère dans l'exercice de sa mission.

Notre perspective consiste donc à s'interroger sur l'évaluation des programmes de santé, qui sont à la base de l'organisation du système national de santé. Les pistes à explorer au regard de cette problématique sont les suivantes :

- L'évaluation de programmes de santé : quelle serait la démarche à adopter pour évaluer les programmes de santé au Maroc?
- Le développement de l'évaluation : comment faudrait-il procéder pour intégrer l'évaluation dans la structure organisationnelle du ministère de la santé au Maroc?

Le mémoire s'articule alors autour de quatre chapitres. Le premier propose une analyse de la problématique qui entoure l'évaluation des programmes de santé au Maroc tout en présentant brièvement le système national de santé. Il s'agit de faire l'état des lieux de l'évaluation de ces programmes pour ressortir enfin les éléments essentiels du problème à résoudre.

Le deuxième chapitre se focalise sur l'état des connaissances concernant l'évaluation de programmes tout en mettant l'accent sur les deux concepts d'évaluation et de programme et de présenter ensuite les finalités, les approches, les types, les modèles et les outils qui encadrent l'évaluation des programmes.

Le troisième chapitre présente le cadre conceptuel de l'étude, la méthodologie adoptée pour répondre à la problématique et l'apport du stage de mise en situation professionnelle dans le balisage de notre proposition du livrable à la fin.

Enfin, le quatrième chapitre est consacré à la présentation du résultat attendu de ce travail. Il s'agit de la proposition d'une démarche d'évaluation et une stratégie de développement de l'évaluation.

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SANTÉ AU MAROC

L'étude et la mise en évidence de la problématique qui entoure l'évaluation des programmes de santé au Maroc supposent deux étapes : en premier lieu, de présenter brièvement la politique marocaine de santé à travers la description du système national de santé avec un focus sur les programmes de santé. Et en second lieu, de faire l'état des lieux de l'évaluation de ces programmes pour ressortir enfin les éléments essentiels du problème à résoudre.

1.1 Le système national de santé

Pour aborder l'analyse d'un système de santé, il est pertinent de faire un rappel des archétypes traditionnels d'organisation et de financement des systèmes de santé. En effet, il existe trois grands archétypes traditionnels (Fleury, Tremblay *et al.* 2007) :

1. Le modèle Bévérigien : appelé aussi le modèle de service national de santé. Ce modèle repose sur trois principes : i) l'offre d'une protection universelle, ii) un financement issu de la fiscalité nationale générale et iii) une nationalisation et/ou maîtrise par le secteur public des facteurs de production.
2. Le modèle Bismarkien : ou le modèle des assurances sociales, quant à lui se base sur : i) l'offre d'une protection universelle obligatoire (à travers la sécurité sociale par exemple), ii) un financement issu des cotisations patronales ou personnelles via des caisses d'assurances sans but lucratif et iii) l'appartenance des facteurs de production au secteur public et/ou privé.
3. Le modèle des assurances privées : ou encore le modèle de la souveraineté du consommateur, qui se cantonne lui autour de deux principes : i) une couverture du risque de maladie et ii) l'appartenance des facteurs de production au secteur privé.

Les défis qui se posent aux divers pays, notamment ceux à faible ou moyen revenu, module de manière déterminante les choix politiques et économiques en matière d'organisation des services de santé. De fait, il est rare de voir un système à modèle unique. Le Maroc, à l'instar de nombreux autres pays, a fait le choix d'opter pour un système à double vitesse, intégrant les composantes du modèle Bismarkien et celles du modèle des assurances privées. Un tel choix n'est pas sans influence sur la manière avec laquelle les programmes de santé sont organisés, offerts et évalués. Dans ce qui suit sera présenté un bref survol historique du système de santé au Maroc, une description des différents secteurs qui le composent et des programmes de santé qui y sont offerts.

Le système national de santé marocain a connu depuis l'indépendance trois grandes périodes de développement (RDH 50, 2005). De manière succincte, ces périodes sont:

- La première période (1959-1980) : a été consacrée au développement de l'infrastructure sanitaire, la nationalisation des ressources humaines et la lutte contre les épidémies ;

- La deuxième période (1981-1995) : est relative au développement de l'offre de soins et des programmes de santé ;
- Et la troisième période (1995 à nos jours) : qui a ouvert le débat sur les réformes de santé et se caractérise par la poursuite du changement dans ce secteur.

Dans le cadre de cette dernière période, les réformes actuelles prennent appui sur la loi n° 00-65 sur la couverture médicale de base, adoptée en 2002 et qui comprend deux volets : l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale aux économiquement faibles (RAMED). Ces réformes concernent plusieurs niveaux :

- La réforme institutionnelle : vise à améliorer la gouvernance du système de santé en renforçant la déconcentration et la régionalisation à travers le recentrage du rôle des niveaux central et local ;
- La réforme juridique : vise à actualiser l'arsenal juridique existant et à accompagner les nouvelles actions introduites par les réformes en cours ;
- La réforme hospitalière : a pour objectif la mise à niveau des hôpitaux publics dans le cadre du nouvel environnement marqué par l'avènement de la couverture médicale de base et le renforcement de leur autonomie de gestion ;
- La réforme de financement : cherche à améliorer la solvabilité de la demande par la solidarité et la mutualisation des risques et augmenter le financement global du système de santé ;
- La réforme budgétaire : vise à améliorer l'efficacité de la dépense publique en adoptant une approche basée sur la globalisation des crédits, la contractualisation et le partenariat.

Toutefois, l'organisation du système de santé ne comportait que deux paliers de gouvernance : le palier central (ministère de la santé) et le palier provincial (délégations médicales). Dans une perspective de décentralisation progressive, la réforme actuelle a conduit à l'institutionnalisation d'un palier régional en créant des directions régionales de santé. Toutefois, le système de santé marocain reste fortement centralisé sur le plan décisionnel et financier, autour d'un ministère qui comprend huit directions techniques et fonctionnelles disposant de compétences élargies sur l'ensemble du pays.

Après son indépendance, le Maroc avait mis en place une politique de santé axée sur les infrastructures en se dotant d'un système d'hôpitaux publics et d'un secteur privé ; et ce n'est qu'au début des années 80 que la reconnaissance de l'importance d'une approche globale basée sur une vision à long terme a émergé et s'est concrétisée à travers l'adoption d'une nouvelle politique basée sur la prévention et la lutte contre les maladies. Cette politique réunit deux systèmes d'offres de soins dans le secteur public : le réseau d'actions ambulatoires et le réseau d'actions hospitalières avec la mise en place d'un système national d'information sanitaire que nous passons en revue par la suite. Toutefois, il faut noter que le secteur privé reste peu ou pas concerné par cette politique.

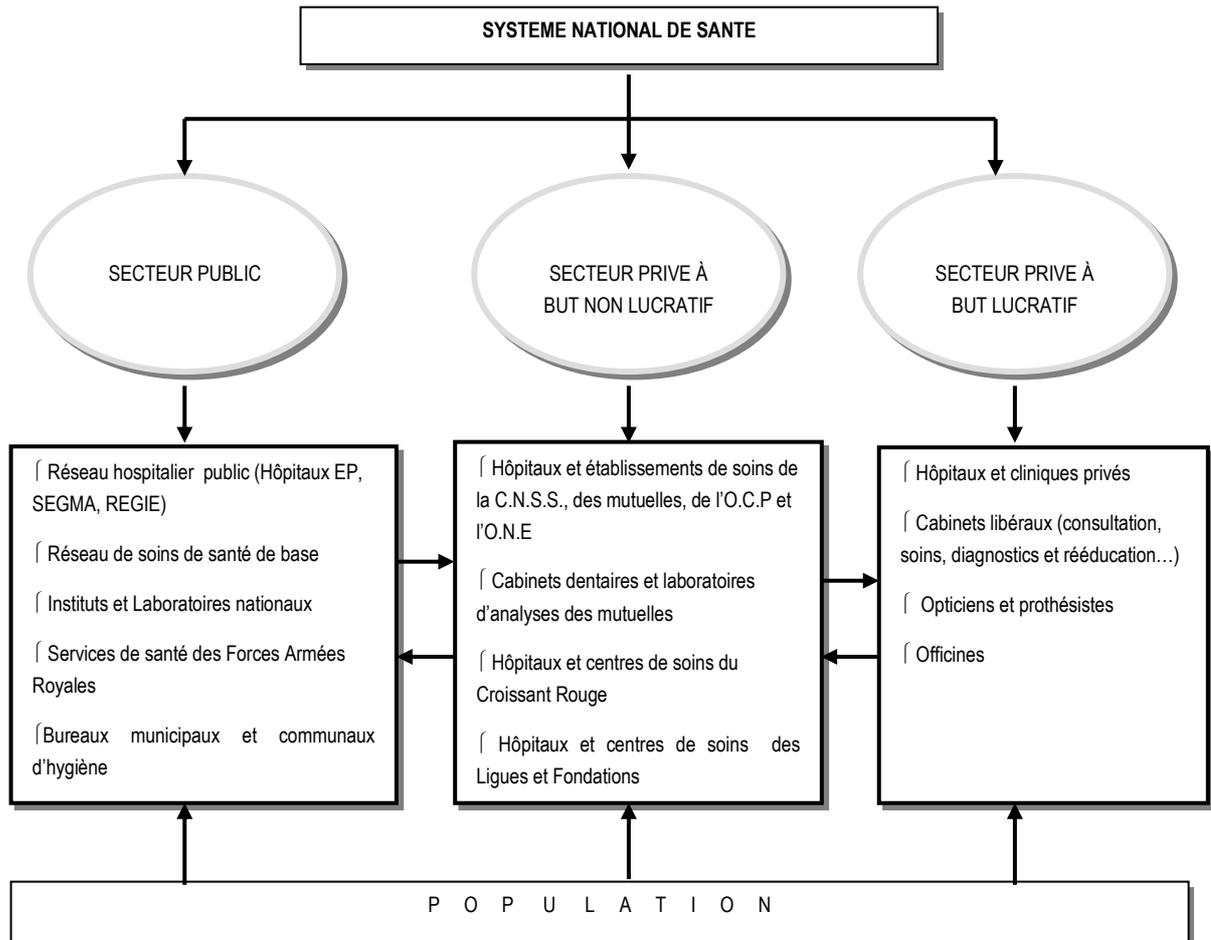
Par ailleurs, le système national marocain de santé est composé de trois secteurs principaux :

- Le secteur public : c'est le plus important et représente l'offre de soins du ministère de la santé, des services de santé militaire et des services de santé des collectivités locales. Il couvre tout le territoire et comprend le réseau ambulatoire, le réseau hospitalier et le réseau de laboratoires et des instituts nationaux ;

- Le secteur privé à but non lucratif : intervient dans l'hospitalisation et se compose des hôpitaux et cliniques de la caisse nationale de sécurité sociale, du croissant rouge, des ligues et des fondations ;
- Le secteur privé à but lucratif : comprend les hôpitaux et cliniques privés, cabinets libéraux et officines. Ce secteur est bien développé dans les grandes villes.

La figure 1 illustre explicitement les différentes composantes de ce système.

Figure 1 : Schéma du système national de santé.



Source : DPRF, MS, Rabat, Maroc, 1999.

Dans ce travail, nous nous intéressons particulièrement à la description de l'offre de soins du ministère de la santé tout en mettant l'accent sur le réseau ambulatoire qui assure l'exécution des programmes de santé, objet de notre étude, ainsi qu'au système national d'information sanitaire qui est à la base de la production de données utiles et utilisables lors des processus d'évaluation.

1.1.1 Le réseau hospitalier

Il assure les soins curatifs au sein d'une multitude d'hôpitaux universitaires, régionaux, provinciaux et spécialisés. En effet, il concourt à la protection curative de la santé de la population selon trois niveaux

d'offres de soins : 1^{ère} ligne, 2^{ème} ligne et 3^{ème} ligne. Ces hôpitaux peuvent être classés selon leur mode de gestion (régie directe, services d'état gérés d'une manière autonome (SEGMA) et établissement public), leur spécificité (hôpital général ou spécialisé) et leur capacité litière (provincial, régional et national).

1.1.2 Le réseau ambulatoire

Appelé aussi réseau de soins de santé de base, il assure l'exécution des programmes de santé. Ce réseau comporte un ensemble d'établissements destiné à assurer les soins primaires de santé tels que la santé maternelle et infantile, la planification familiale, la vaccination, la prévention et le contrôle des maladies endémiques, le traitement des maladies et lésions courantes, l'éducation, l'assainissement, la fourniture des médicaments essentiels, etc. Il se compose des formations sanitaires suivantes : le dispensaire rural, le centre de santé communal et le centre de santé urbain. Il est épaulé également par des structures d'appui telles que le centre spécialisé de diagnostic de la tuberculose, le centre de diagnostic polyvalent, le centre de référence pour la planification familiale et le laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu.

L'offre de soins au niveau de ce réseau se fait selon trois modes :

- Le mode fixe : la population se dirige vers les différents établissements de soins de santé de base pour bénéficier des prestations de santé ;
- Le mode mobile : c'est le personnel de santé qui se déplace pour se rendre chez la population soit par une équipe mobile ou par un infirmier itinérant qui fait la visite à domicile ;
- Le mode participatif : se fait dans le cadre de l'approche communautaire par des personnes identifiées localement appelées agents communautaires (ex : Kablas¹, enseignants des écoles, etc.).

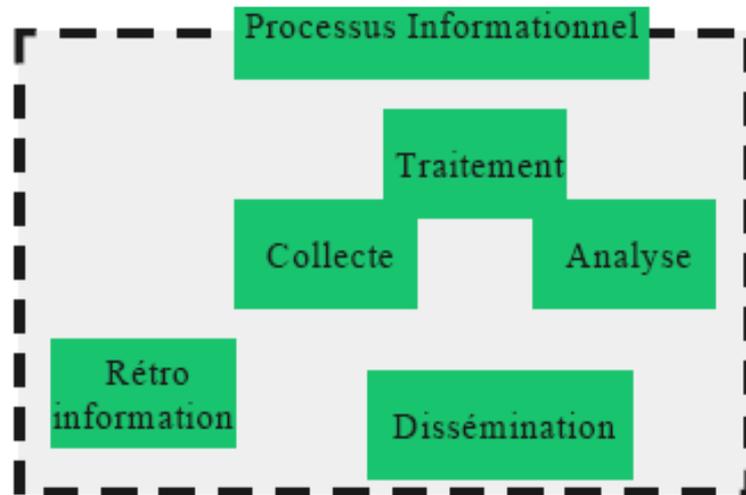
1.1.3 Le système national d'information sanitaire (SNIS)

C'est un système qui permet le retour d'information du terrain vers le niveau central. Le SNIS consiste en l'ensemble de mécanismes et de procédures qui visent à collecter, analyser et fournir de l'information nécessaire aux planificateurs et gestionnaires pour planifier, programmer, budgétiser, suivre et contrôler toutes les actions et activités à entreprendre dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de santé donné (Ministère de la santé, Maroc, 2003).

Le schéma suivant donne le processus informationnel du SNIS.

¹ Mot arabe qui veut dire sage femme traditionnelle.

Figure 2 : Schéma du processus informationnel du SNIS.



Source : Ministère de la santé, SNIS et utilisation des NTIC, Rabat, Maroc, 2003.

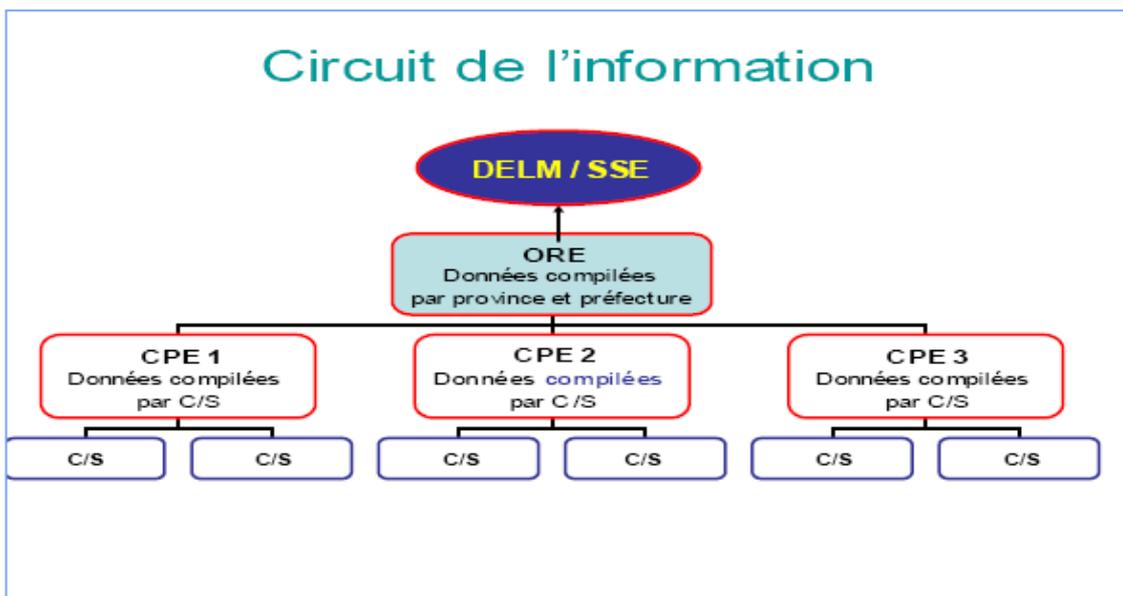
Bien que du point de vu organisationnel, le SNIS repose sur une structure bien établie, sur le terrain, son opérationnalisation reste encore problématique. En effet, nous constatons des faiblesses de ce modèle à quatre niveaux charnières :

1. La rétro-information : en effet, tout système d'information est mis en place avec pour finalité informer et soutenir le processus décisionnel. Concernant le SNIS, à l'heure actuelle, il est bien plus un système de collecte de données qu'un réel outil d'information bidirectionnel. En effet, la rétro-information est encore peu ou pas opérationnelle.
2. Le suivi de performance : les problèmes que pose le manque de rétro-information ne sont pas sans impact sur le suivi de la performance. En effet, les agents responsables de la collecte de données ayant peu de retour sur leur performance, se désengagent graduellement de ce processus. Le système actuel offre peu d'incitatifs en regard de l'évaluation. Ainsi, les activités de collecte de données bénéficient de peu de valorisation et de reconnaissance (organisationnelle et financière) parmi les gestionnaires et les professionnels. De ce fait, le SNIS est perçu bien plus comme une charge supplémentaire de travail ou une imposition qu'un réel outil ayant un apport considérable autant en matière de développement organisationnel que d'amélioration du niveau de la santé populationnelle.
3. La qualité des données : les conditions dans lesquelles les données sont colligées et la qualité de celles-ci restent un des points faibles les plus difficilement contrôlables au niveau de SNIS. Du fait de l'absence d'une plateforme technologique, le SNIS collige des informations non informatisées qui sont collectées dans des conditions de surcharge professionnelle. En effet, c'est le personnel médical ou infirmier qui collige les données et le plus souvent durant l'exercice des tâches cliniques quotidiennes. Les données sont colligées sur des supports papier ou dans des registres qui sont par la suite transmis pour analyse. Une des faiblesses de cette technique se cantonne essentiellement autour du taux de données manquantes qui est très important.

4. L'analyse des données : le traitement des données colligées est purement descriptif, bénéficiant de peu d'analyse synthétique. De plus, le SNIS n'offre que peu ou pas d'indicateurs de santé, amenuisant ainsi l'apport d'une telle démarche évaluative. De fait, étant peu informatif et peu utile et utilisable par les décideurs, le produit final généré par le SNIS reste, et ce dans une large mesure, sous-utilisé.

Paradoxalement, le sous-système d'information relatif à l'observatoire régional d'épidémiologie connaît un net succès. En effet, son utilisation a permis et permet encore une amélioration continue de la gestion et de la surveillance épidémiologique. La figure 3 retrace le circuit d'information de ce sous-système.

Figure 3 : Circuit d'information de la surveillance épidémiologique.



Source : Zguiouar, Abdelaziz, SNIS, Ministère de la santé, Rabat, 2007.

1.1.4 Présentation des programmes de santé

Depuis le début des années 80, le ministère de la santé a mis en place trente programmes de santé pour la prévention et la lutte contre les maladies. Ils sont gérés au niveau national par deux directions centrales à savoir : la direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies et la direction de la population. Au niveau régional, ces programmes sont administrés par les directions régionales de santé nouvellement instaurées et ce sont les délégations provinciales qui en assurent l'exécution au niveau local.

1.1.4.1 Différents types de programmes de santé

Les programmes de santé que gère le ministère peuvent se classer en cinq grandes catégories :

- Programmes de santé maternelle et infantile ;
- Programmes de lutte contre les maladies transmissibles ;

- Programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- Programmes d'éducation pour la santé et de réhabilitation physique ;
- Programmes d'hygiène du milieu.

Le tableau suivant reprend les différents programmes de santé par catégorie et par direction gestionnaire au niveau central.

Tableau 1 : Répartition des programmes de santé au Maroc.

| Catégorie | Programme | Direction gestionnaire |
|--|---|---|
| Santé maternelle et infantile | 1. Immunisation 2. Planification familiale 3. Prise en charge intégrée de l'enfant 4. Maternité sans risques 5. Maladies diarrhéiques 6. Maladies de carence 7. Santé scolaire et universitaire | Direction de la Population (DP) |
| Education pour la santé et réhabilitation physique | 8. Promotion de la santé-IEC 9. Réhabilitation physique | |
| Lutte contre les maladies transmissibles | 10. IST-sida 11. Tuberculose 12. Maladies respiratoires aiguës 13. Lèpre 14. Maladies parasitaires 15. Méningite 16. Maladies à transport hydrique 17. Maladies émergentes 18. Zoonoses 19. Cécité 20. Surveillance épidémiologique | Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) |
| Lutte contre les maladies non transmissibles | 21. Hypertension artérielle 22. Rhumatisme cardiaque 23. Cancers 24. Maladies mentales 25. Troubles dus aux carences en iode 26. Diabète 27. Santé bucco-dentaire | |
| Hygiène du milieu | 28. Assainissement de base 29. Hygiène alimentaire 30. Lutte contre les vecteurs | |

Source : Ministère de la Santé, Module à l'usage des professionnels de santé, Rabat, Maroc, 2005.

1.1.4.2 La structure des programmes de santé

Chaque programme de santé comprend les éléments suivants :

1. Objectifs : Ils peuvent être généraux, intermédiaires ou spécifiques.

- Objectifs généraux : expriment les finalités globales visées par le programme ;
- Objectifs intermédiaires : correspondent aux comportements attendus de la part de la population cible ;
- Objectifs spécifiques : correspondent aux états de santé ou comportements attendus de la part de la population cible. Ils ont un lien direct avec les objectifs immédiatement supérieurs

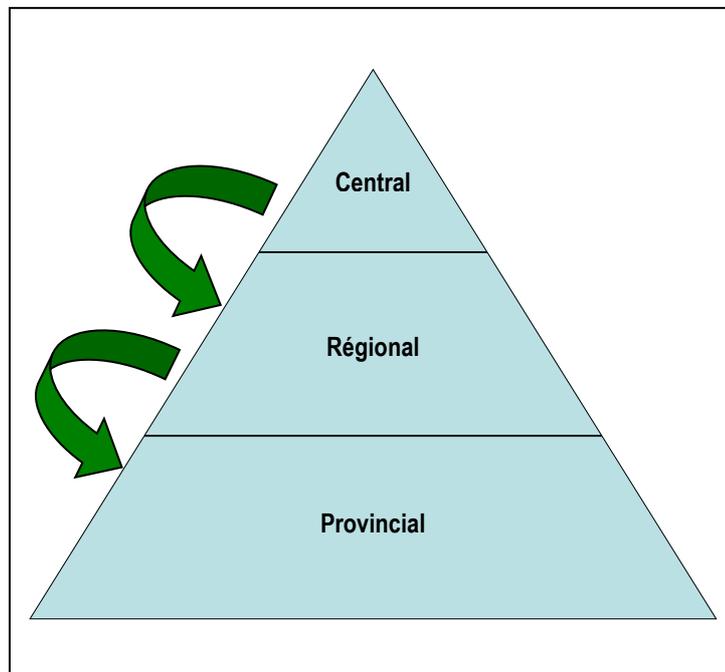
(intermédiaires ou généraux). Sont limités dans le temps, généralement une année, et sont quantifiés en terme d'activités attendues ou de couverture de population cible à réaliser.

2. **Stratégie** : une fois les objectifs fixés et quantifiés, il faut formuler la stratégie optimale qui doit être mise en œuvre pour les atteindre. Elle doit faire ressortir clairement les méthodes de travail qui vont être utilisées ainsi que la façon dont le problème posé serait résolu. Elle ne doit présenter pour sa mise en exécution aucune difficulté d'ordre technologique et doit pouvoir s'intégrer facilement aux structures du système sanitaire en place.
3. **Activités** : constituent le support technique et tactique de l'exécution de la stratégie arrêtée. Elles sont les tâches entreprises pour transformer les ressources en produits ou en services.
4. **Ressources** : constituent la partie fondamentale de la réalisation du programme de santé. Elles englobent les moyens nécessaires pour sa réalisation.
5. **Indicateurs de suivi** : informent sur le taux de réalisation des activités programmées.

1.1.4.3 La gestion des programmes de santé

La gestion des activités des programmes de santé est échelonnée selon une pyramide à trois niveaux : central, régional et provincial. Chaque niveau joue un rôle spécifique dans l'exécution de ces programmes. La relation entre ces différents niveaux est verticale et reste indispensable pour atteindre les objectifs des différents programmes.

Figure 4 : Niveaux de gestion des programmes de santé.



Source : Ministère de la santé, Module à l'usage des professionnels de santé, Rabat, Maroc, 2005.

Le niveau central : les directions centrales s'occupent de la conception, de la planification, de la supervision et du suivi de l'exécution des programmes de santé. Elles élaborent les normes techniques,

dictent les directives et en assurent la diffusion. Elles reçoivent l'information du terrain pour l'exploiter dans le but de prendre des décisions et faire un feed-back.

Le niveau régional : les directions régionales de santé sont chargées de la planification sanitaire, de la surveillance et de l'évaluation des programmes.

Le niveau provincial : comprend les délégations provinciales et préfectorales qui assurent l'exécution proprement dite des programmes de santé à travers les services et les circonscriptions sanitaires y relevant.

1.1.4.4 Résultats réalisées par les programmes de santé

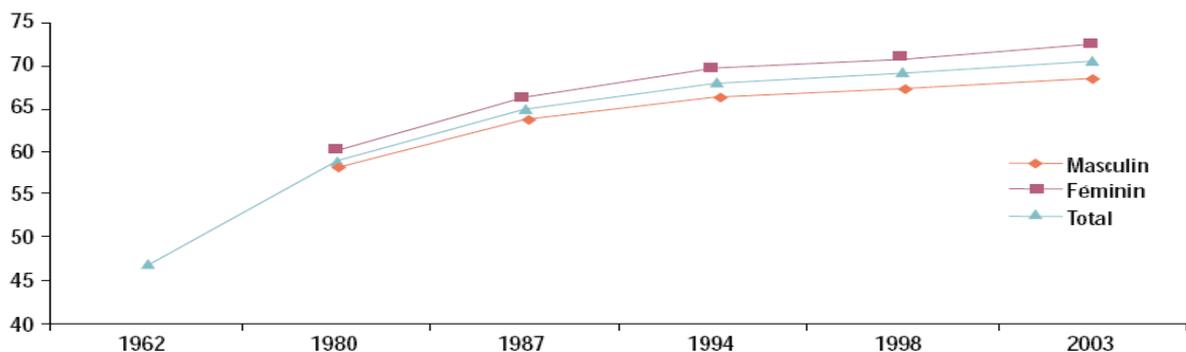
D'après les bilans de réalisations, la mise en œuvre de la politique de prévention et de lutte contre les maladies a nettement donné ses fruits quant à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cela se traduit par une nette augmentation de l'espérance de vie à la naissance, une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile et une amélioration de la couverture sanitaire (Ministère de la santé, Plan d'action 2008-2012, Maroc, 2008).

Le rapport cinquantenaire de développement humain (2005) explique que « depuis l'indépendance jusqu'à nos jours, les indicateurs sanitaires du Maroc témoignent d'une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire et d'un recul des mortalités infantile et juvénile, avec une nette augmentation de l'espérance de vie à la naissance » (RDH 50, 2005, p. 11).

En effet, les indicateurs suivants montrent une amélioration de l'état de santé de la population marocaine au cours des 50 dernières années : l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (70,5 ans en 2003 contre de 47 ans en 1962), la diminution du taux brut de mortalité (5,5‰ en 2003 contre de 19‰ en 1960), la diminution de la mortalité infantile (40 décès en 2003-2004 contre 118 en 1962 pour 1000 naissances), infanto-juvénile (47 décès en 2003 contre 203 en 1962 pour 1000 naissances vivantes) et de la mortalité maternelle (227 décès en 2003-2004 contre 631 en 1972 pour 100 000 naissances vivantes) et la diminution, voire l'éradication, d'un certain nombre de maladies dont les maladies cibles de la vaccination (RDH 50, 2005).

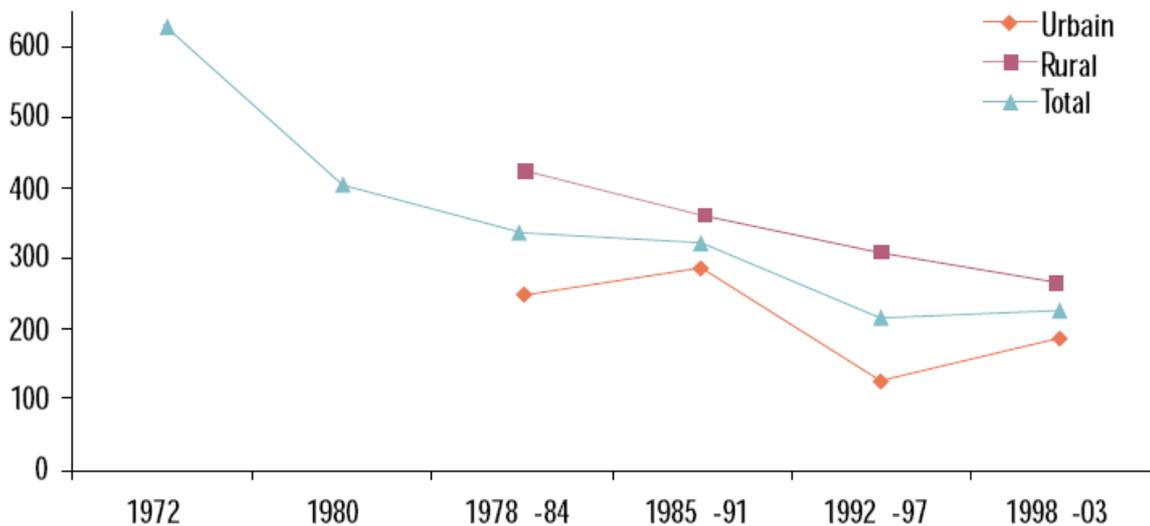
Les deux graphiques sont en appui pour expliquer quelques résultats présentés précédemment.

Graphique 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe (en années).



Source : Centre d'études et de recherches démographiques, Profil sociodémographique du Maroc, 2004.

Graphique 2 : Evolution du taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances).



Source : Centre d'études et de recherches démographiques, Profil sociodémographique du Maroc, 2004.

1.2 L'état des lieux de l'évaluation des programmes de santé

Selon notre expérience professionnelle, nous constatons le manque d'une analyse structurée des programmes de santé, qui reste jusqu'à présent un souhait et justifie le choix de notre actuel thème de recherche. Cependant, il est notoire de présenter dans cette section, mais d'une manière succincte, les actions de routines ou celles ponctuelles entreprises dans le cadre du suivi des programmes de santé tel que réalisé à date.

1.2.1 Un monitoring plutôt qu'une évaluation

La plupart des programmes de santé font l'objet d'un monitoring d'activités et de cas enregistrés que ce soit à travers le système d'information sanitaire ou à travers les rapports d'activités que produisent les agents au niveau du terrain. Donc, il s'agit d'une compilation de chiffres avec une centralisation au niveau des délégations provinciales et au final les données sont transmises aux services centraux pour exploitation.

Ce monitoring consiste à collecter les données pour notifier sans délai les situations à risque et pour lesquelles il faut une réponse rapide. Il permet de contrôler et surveiller un processus en temps réel. Il alimente de même le niveau central d'informations nécessaires à la production de rapports des réalisations annuelles (Benhmad, 2004).

1.2.2 Un suivi de performance : bilan de réalisations

Les programmes de santé sont dotés d'outils qui permettent de suivre l'état d'avancement de la réalisation des objectifs et informent sur leur performance. Ce suivi alimente par la suite les bilans de réalisations de chaque programme. Il se fait à travers le système national d'information sanitaire que ce

soit d'une façon manuelle ou informatisée. En effet, tous les programmes de santé possèdent des indicateurs de suivi qui sont définis au moment de leur conception et planification dans le but d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés préalablement.

1.2.3 Cas d'évaluations commanditées par des bailleurs de fonds

Dans certains cas, les bailleurs de fonds qui contribuent au financement des programmes peuvent procéder à des évaluations ponctuelles des actions et activités auxquelles ils participent. Ces évaluations sont réalisées à leur initiative ou à la demande du ministère de la santé. A titre d'exemple, ces évaluations ont concerné le programme national d'immunisation (PNI), le projet d'investissement dans le secteur de la santé (PRISS) et le programme de coopération Maroc/Unicef. Mais ces cas d'évaluation ne touchent qu'un aspect spécifique du programme ou projet à évaluer (ex : le financement dans le cas du PNI). Il est à signaler que les exemples cités ci-dessus ne sont pas les seules évaluations qui ont été entreprises par ces bailleurs de fonds dans ce sens.

1.3 L'énoncé de la problématique de l'évaluation des programmes de santé

Dans cette section, nous allons faire le point sur les éléments qui justifient l'importance de la problématique à résoudre à travers ce travail de recherche en se basant sur l'organigramme du ministère, notre expérience sur le terrain et l'analyse documentaire.

1.3.1 Une faible culture d'évaluation

L'entreprise d'une évaluation comporte toujours des enjeux politiques et sociaux qui nécessitent l'acceptation et l'adhésion de la part de tous les acteurs concernés, ou du moins de la majorité, afin d'en améliorer les conditions de réalisation et de lui permettre de générer une information utile et utilisable lors de la prise de décision. Donc, elle nécessite l'engagement de la haute direction et l'implication des responsables des politiques et des programmes pour une meilleure appropriation des pratiques évaluatives et ce, dans une perspective constructive en vue d'éviter les résistances internes.

À l'évaluation sous-tend une dimension culturelle qui exige l'instauration d'un climat de confiance entre toutes les parties prenantes pour encourager la mise à profit des résultats obtenus sur leurs actions. De même, le recours à la formation de compétences en évaluation et le dialogue entre commanditaires, évaluateurs et utilisateurs favorisent l'instauration d'une culture d'évaluation (OCDE, 1998).

D'autre part, le fait d'organiser l'évaluation comme une fonction distincte au niveau d'une organisation renforce sa planification stratégique, améliore la crédibilité des résultats et facilite le développement de la culture d'évaluation avec l'existence de règles, de procédures et de normes professionnelles (Jacob, 2005).

Au niveau du ministère de la santé, l'absence d'une direction ou d'un système d'évaluation chargé de piloter cette activité comme un pôle structurant pour son action et le manque de compétences ou de

ressources spécifiques et identifiées en évaluation, sont des indicateurs d'une faible culture d'évaluation.

1.3.2 Absence d'instruments d'évaluation

Nous constatons à ce niveau que l'élaboration des stratégies et plans d'actions du ministère se base généralement sur les bilans de réalisations, des enquêtes et études sans qu'ils soient implantés dans le cadre d'activités d'évaluation. De même, le suivi et l'évaluation de la performance des programmes de santé s'articulent autour des indicateurs et des données collectées au niveau du terrain, faisant état de l'absence d'une démarche évaluative pour s'assurer de la qualité de l'information produite. Celle-ci permet de faire des choix stratégiques et améliorer la performance du système national de santé.

Dans ce sens, le ministère recourt souvent dans la réalisation de ses études au secteur privé (bureau d'études, consultants) avec l'appui technique et financier des organismes internationaux acteurs dans le domaine de la santé et de la population (OMS, FNUAP, etc.).

1.3.3 Inertie de la structure des programmes de santé

Depuis la deuxième période de la réforme du système de santé qui avait mis l'accent sur l'offre de soins et la mise en place des programmes de santé, la structure de ces derniers telle que décrite précédemment n'a connu aucun changement ou réajustement en vue d'améliorer leur performance. Cette structure qui définit seulement les objectifs à atteindre, la stratégie pour y arriver, les activités à entreprendre, les ressources budgétaires nécessaires et les indicateurs de suivi demeure insuffisante à l'heure actuelle. L'évaluation, qui favorise l'amélioration de la performance, permet de questionner en plus des éléments de base de cette structure les besoins à satisfaire, les clientèles cibles, les responsabilités, les moyens à mettre en œuvre et les résultats attendus et leur système de suivi.

1.3.4 Dysfonctionnements des programmes de santé

1.3.4.1 Au niveau de la performance

Bien que les résultats obtenus, suite à la mise en place des programmes de santé, soient positifs et aient permis l'amélioration de l'état de santé de la population marocaine (tendance à la baisse de la plupart des indicateurs de santé), le système souffre encore de certains retards et dysfonctionnements. Ces derniers représentent un frein majeur pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015 et la réalisation des perspectives de la vision de santé à l'horizon 2020 élaborée par le ministère en 2007.

Le plan de développement sanitaire 2000-2004 a fait le constat suivant : « à part les bonnes performances de la vaccination des enfants et des femmes contre les maladies cibles, ainsi que les actions de lutte contre les maladies transmissibles, la couverture par les principaux programmes de

santé reste en général insuffisante, particulièrement en milieu rural» (Ministère de la santé, Maroc, 2000). Cela montre que la couverture sanitaire à travers les programmes de santé connaît une disparité entre le milieu rural, urbain et périurbain dans l'offre de soins et demeure ainsi insuffisante pour répondre aux besoins de toutes les catégories de la population.

De même, le rapport cinquantenaire du développement humain (2005, p. 15) indique que : « des efforts importants doivent être déployés pour la consolidation du programme de la santé de la mère et de l'enfant, afin de réduire davantage cette mortalité. Il est nécessaire d'évaluer, d'une manière plus affinée, notre stratégie de lutte contre la morbidité et la mortalité infantile durant la dernière décennie 1995-2005 ». Donc, cette recommandation reflète bien l'existence de dysfonctionnements de ce programme.

Le rapport pose une question fondamentale en matière de santé maternelle et infantile « Pourquoi ne sommes-nous pas arrivés à infléchir les taux de mortalité infantile et néonatales durant les dix dernières années malgré les ressources injectées dans ce programme? » (RDH, 2005, p.15).

La réponse à une telle question ne peut se faire sans une réelle démarche évaluative de l'utilisation et de la gestion des ressources allouées et de leur adéquation par rapport aux besoins et capacités des milieux professionnels et populationnels.

Ledit rapport a également mis en relation les résultats du programme de maternité sans risque et le dysfonctionnement de son pilotage :

Ces taux avec les importantes inégalités, au niveau de la répartition par milieu de résidence, région, dénotent des différents dysfonctionnements du système justifiant l'ensemble des réformes en cours et plus particulièrement la consolidation et l'intensification des actions du programme de maternité sans risque pilotées par le ministère de la santé et la nécessité d'une meilleure adéquation entre la formation et la pratique des professionnels de santé (RDH, 2005, p.16).

1.3.4.2 Au niveau de la gestion

D'après notre expérience en tant qu'administrateur dans le secteur de la santé et l'analyse de la littérature, nous avons constaté que la conception et l'exécution des programmes de santé rencontrent des contraintes de gestion. Elles attestent le manque d'adéquation entre les stratégies de certains programmes et le contexte local de leur application (ex. la lutte contre le trachome est en relation avec la satisfaction des services essentiels de la population).

De plus, certains conflits d'intérêts prévalent lors de la décision de réalisation des programmes (ex. certains gestionnaires priorisent des programmes sur d'autres). Vient s'ajouter à cette dimension, le manque de collaboration et de coordination, que ce soit entre le responsable du programme et les services centraux concernés, ou avec les autres départements qui interviennent dans les mêmes activités, ce qui reflète un réel problème de gestion. Par ailleurs, il a été constaté que la supervision des programmes dépend étroitement de facteurs organisationnels comme le leadership et les conditions d'offre du programme (notamment en matière de planification) (Benhmad, 2004).

A ces facteurs organisationnels, vient s'ajouter le manque de standardisation des supports d'information au niveau de toutes les provinces ainsi que la gestion de la grande partie du budget des programmes se fait au niveau central (achat de médicament, produits et matériel). Autant d'éléments qui limitent la marge de manœuvre des responsables locaux (Ait Bouhouch, 2004).

En fin, l'effet néfaste de ces dysfonctionnements est accentué par l'absence d'un cadre légal des programmes de santé, l'inexistence d'un cadre référence pour leur développement et la non prise en compte de la participation communautaire dans leur réalisation (Ministère de la santé, plan d'action de santé 2005-2007, Maroc, 2005).

1.3.5 Synthèse des constats

Le diagnostic ci-dessus nous amène à dresser un certain nombre de constats afin de dégager les principaux points identifiés comme problématiques pour le développement des programmes de santé au Maroc : 1) l'existence de dysfonctionnements liés à leur gestion et à leur performance, 2) la faiblesse de la culture d'évaluation au niveau du ministère de la santé, 3) l'absence d'une structure d'évaluation, 4) l'absence d'instruments d'évaluation et le manque de compétences spécialisées en évaluation, et enfin 5) la faiblesse du système d'information pouvant soutenir l'évaluation interne.

Donc, l'instauration de l'évaluation est fondamentale pour redresser ces problèmes et que jusqu'à présent il existe peu d'informations dans la littérature qui soient capables de soutenir la conception et la mise en œuvre d'une démarche évaluative adaptée au contexte (organisationnel, professionnel, économique et populationnel) du Maroc. Notre proposition au terme de cette recherche vise à combler un tel manque d'informations.

1.3.6 Question de recherche

La question de recherche à laquelle nous tenterons de répondre à travers cette étude est la suivante : quelle démarche serait la plus adéquate pour évaluer les programmes de santé au Maroc et comment procéder pour en faciliter la mise en œuvre au niveau du ministère de la santé du Maroc?

Cette question principale nous amène à poser une série de sous-questions lesquelles nous permettrons de mieux cerner les éléments de sa réponse à savoir :

1. Quelles sont les composantes et les perspectives de cette démarche et qui sont ses utilisateurs potentiels ?
2. Quels sont les conditions favorables pour faciliter l'instauration d'une culture d'évaluation dans ce ministère à vocation sociale ?

Ces questions, qui guident cette recherche, tirent leur essence et trouvent leur justification dans le rapport cinquantenaire de développement humain. Ainsi, la réponse à ces interrogations constitue une piste pour opérationnaliser les recommandations de ce rapport qui indique que :

Les activités stratégiques et les politiques sanitaires ne sont pas évaluées faute, entre autres, d'un système national d'information probant, fiable et valide. Les attributions dévolues au ministère de la santé peuvent mettre l'accent sur la fonction d'élaboration des politiques et des stratégies sanitaires nationales tout en le déchargeant progressivement des activités opérationnelles au profit des structures régionales et locales, ainsi que sur la promotion d'une culture d'évaluation des performances de l'ensemble des composantes du système national de santé (RDH 50, 2005, p.56).

De ce chapitre, nous retenons que la position de notre problématique est passée par le diagnostic et la compréhension des dysfonctionnements que connaissent les programmes de santé sur le plan de gestion et de performance et du système d'information sanitaire y afférent. Sur le plan organisationnel, le ministère ne dispose pas d'une instance d'évaluation, d'instruments et de compétences humaines capables d'encadrer cette fonction.

Pour esquisser des solutions à ce problème, il est essentiel de faire l'état des connaissances sur les fondements de l'évaluation de programme. Cette évaluation peut être entreprise dans le cadre du cycle de planification du programme et selon le stade de son développement. Par ailleurs, tout programme peut faire l'objet d'une évaluation de besoins, de pertinence, d'implantation, d'effets ou de rendement moyennant un modèle ou une stratégie d'évaluation tout en lui fixant une finalité.

CHAPITRE II

FONDEMENTS DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMMES

L'orientation de notre recherche vers l'étude de l'évaluation dans le domaine de la santé et plus précisément celle des programmes de santé implique la définition, la spécification et la délimitation du champ de l'évaluation et des programmes. Plusieurs travaux et études en sciences de gestion, en sciences administratives et politiques considèrent que l'évaluation selon son angle d'approche et sa perspective prend une place centrale dans l'amélioration de l'efficacité et la qualité des interventions qui contribuent par la suite au rehaussement de la performance des organisations.

Nous allons dans cette visée mettre en évidence les concepts d'évaluation et de programme. Nous présenterons ensuite les finalités et approches qui cadrent l'évaluation des programmes, puis nous passerons en revue les principaux types, modèles et outils qu'utilise une démarche évaluative pour en faire ressortir leurs forces et leurs faiblesses et ceux qui seront utiles et guideront l'élaboration de notre proposition.

2.1 Définition de concepts

Dans notre démarche d'appréhender le sujet, il s'est avéré utile de commencer par définir quelques concepts qui structurent notre étude : « évaluation et programme » et de s'efforcer de présenter leur signification dans le domaine de la santé afin d'éclairer les liens qui peuvent exister entre eux selon cet angle de vue. C'est dans cette optique que nous allons aborder les concepts du général vers le spécifique.

Toutefois, compte tenu de la multiplicité des définitions nous allons nous contenter de fournir des éclairages tout en citant quelques unes pour affiner cette revue de littérature.

2.1.1 Concept d'évaluation

2.1.1.1 L'évaluation : éléments de définitions

Les définitions de l'évaluation sont très nombreuses et diffèrent selon les auteurs. Patton (1986) a établi une grille regroupant trente six types de définition. Guba et Lincoln (1989) identifiaient quatre générations successives d'appréhension de l'évaluation qui est un outil de :

- Mesure où le rôle de l'évaluateur est purement technique ;
- Analyse du processus de l'intervention ;
- Jugement selon des normes et d'aide à la décision ;
- Négociation impliquant les différents acteurs de l'intervention.

Le tableau ci-après reprend ces quatre générations selon la priorité de l'évaluation et sa logique.

Tableau 2 : Quatre générations de l'évaluation (Guba et Lincoln, 1989).

| Génération | Priorité de l'évaluation | Logique |
|------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1 ^{ère} | mesurer | techniciste |
| 2 ^{ème} | décrire et analyser | descriptive et compréhensive |
| 3 ^{ème} | juger et recommander | normative |
| 4 ^{ème} | négocier et discuter | participative |

Source : Guba et Lincoln, Quatre générations de l'évaluation, Sages Publications, 1989.

Actuellement, on parle d'une cinquième génération dont la logique est émancipatrice et sa priorité consiste à impliquer la société civile dans la conduite et le pilotage des projets d'évaluation (Jacob, 2008).

De sa part, Chen (1990) fait la distinction entre les évaluations centrées sur les méthodes et celles basées sur un modèle théorique.

De ce qui précède, il n'y a pas de définition unique, universelle et absolue de l'évaluation. Dans la définition tirée du petit Robert, il serait important de préciser que la définition d'évaluer est « (lat. *valere*, valoir) : déterminer la valeur, le prix, l'importance de. » (Petit Robert, 2005, p.715). En fait, ce sera cette notion de détermination de la valeur (morale, monétaire, sanitaire ou autre) qui est structurante pour l'approche évaluative. Dépendamment de ce qui nous anime, on adoptera telle ou telle approche évaluative.

Le conseil scientifique de l'évaluation en France (CSE) à son tour l'a définie comme suit :

L'évaluation a pour finalité de contribuer à l'élaboration d'un jugement de valeur, de préparer une décision, d'améliorer pratiquement la mise en œuvre d'une politique ou le fonctionnement d'un service. Dans tous les cas, il faut que le commanditaire et les autres destinataires de l'évaluation (y compris dans certains cas, le grand public) puissent s'approprier les résultats et les connaissances produites (CSE 1996, cité par le guide d'évaluation interne 2006, p.5).

D'un autre point de vue, l'évaluation est « un processus qui consiste à analyser et à porter un jugement de valeur sur une action, un programme, un processus de décision ou autre en utilisant, autant que possible, des bases objectives (grâce à un suivi régulier, des faits consignés et des rapports/documents disponibles, etc.) et un processus d'implication des acteurs» (Descroix et Leloup, 2002, p.20).

Ainsi, l'évaluation cherche à comprendre le comment et le pourquoi de l'action et reste une méthode qui est basée sur une rationalité économique visant à mesurer les résultats d'une activité en vue d'en accroître l'efficacité (Rangeon *et al*, 1993).

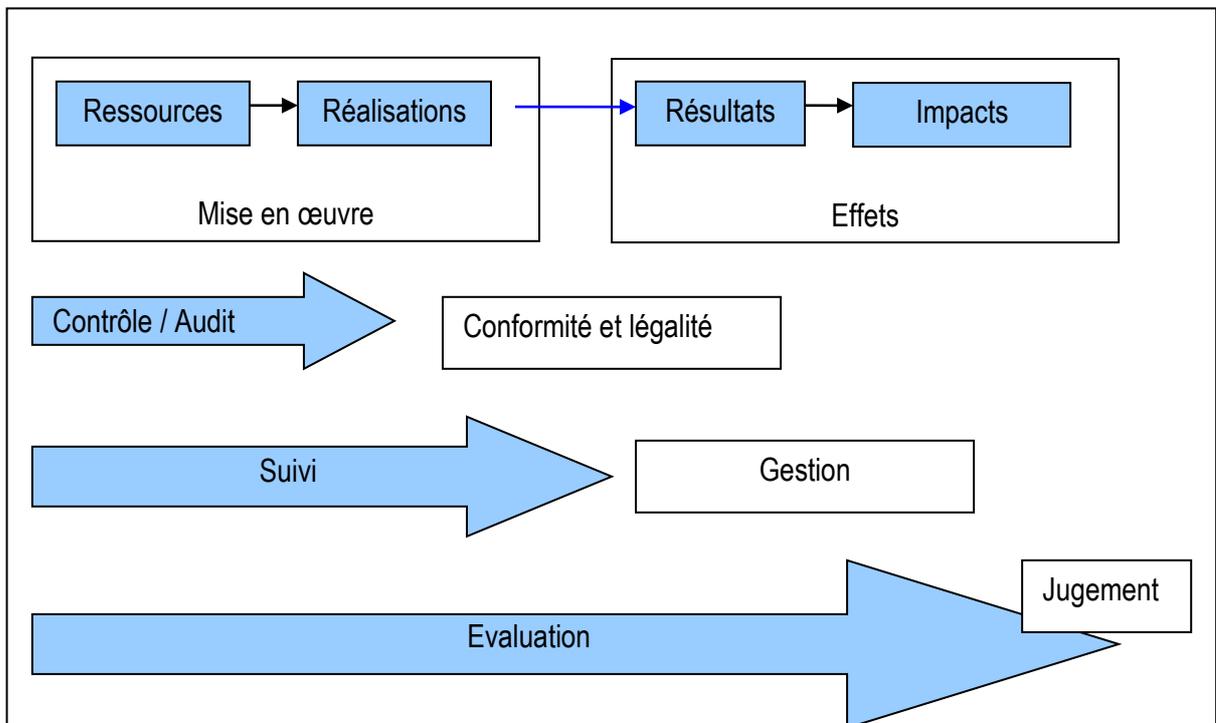
Cependant, cette dernière définition, qui met l'accent sur l'efficacité, pose problème pour Jacob et Varone qui définissent l'évaluation comme suit : « Évaluer une politique publique consiste à mesurer les effets propres de cette politique et, en fonction de critères bien définis, à porter un jugement de valeur sur ses effets, qu'ils soient voulus ou pervers, directs ou indirects, induits à court ou à long terme, etc. » (Jacob et Varone, 2004, p.136).

D'autre part, il est utile de distinguer l'évaluation de l'audit, du contrôle et du suivi. En effet, l'audit consiste à établir une expertise comptable et financière sur l'utilisation des ressources ou clinique dans le domaine de la santé. Il ne cherche ni la pertinence ni l'impact de l'intervention et il est réalisé par un auditeur spécialisé et accrédité externe à l'organisation.

De même, le contrôle vise à s'assurer de la conformité de l'exécution du projet ou du programme par rapport aux normes financières, règles et procédures administratives. Il est fondé sur une rationalité juridique et réalisé par des compétences internes de l'organisation.

Tandis que le suivi permet de surveiller d'une façon continue la mise en œuvre d'un programme telle que prévue et s'inscrit dans une logique managériale alors que l'évaluation cherche à légitimer l'action. Le schéma suivant résume les pratiques apparentées à l'évaluation.

Figure 5 : Pratiques apparentées à l'évaluation.



Source : Jacob, Steve, Cours de conception et évaluation des politiques et programmes publics, Alexandrie, 2008.

2.1.1.2 L'évaluation dans le domaine de la santé

Dans la multiplicité des définitions de l'évaluation, Contandriopoulos *et al.* (2000) propose une définition dans le domaine de la santé qui fait consensus :

Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes, sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, aux différents acteurs concernés, de façon à ce qu'ils puissent, en fonction de leur champ de jugement, prendre position sur l'intervention et construire un jugement qui puisse se traduire en actions (Contandriopoulos *et al.* 2000, RESP, p.48).

Cette définition explique bien que l'évaluation, c'est essentiellement :

- Porter un jugement ;
- Sur la valeur d'une intervention ou une de ses composantes clairement définie ;
- A partir d'informations méthodiquement recueillies ;
- Selon des critères d'éthiques acceptables et explicitement énoncés ;
- Pour décider des mesures à prendre à partir de ce jugement.

Dans la pratique, l'évaluation consiste en trois activités successives (Amorim *et al.* 2005) :

- Un recueil méthodique d'informations pertinentes qui permettent de documenter l'objet à évaluer ;
- Un jugement sur la valeur de l'objet évalué, qui est basé sur les informations recueillies et les critères choisis ;
- Une décision concernant les mesures à prendre suite à ce jugement.

2.1.1.3 L'évaluation de programmes

L'évaluation de programmes fait l'objet d'un bon nombre de définitions parmi lesquelles nous allons présenter celles qui sont les plus utilisées dans le domaine de la santé. Rodriguez (1990) définit l'évaluation des programmes comme un processus dynamique de remise en cause de l'action. À travers la cueillette et l'analyse systématique et rigoureuse de l'information, l'évaluation permet de déterminer la valeur de ce que l'on fait. Ce processus a comme objectif final de prendre une décision pour améliorer l'action.

Selon Beaudry et Gauthier (1992), l'évaluation de programme est un ensemble d'activités liées à une collecte systématique de données permettant d'améliorer le processus de prise de décision des gestionnaires et des intervenants pour la planification et le développement des services à la communauté.

Le groupe des responsables de l'analyse et de l'évaluation de programme au Québec (GRAEP, 1992) définit cette évaluation comme une démarche rigoureuse qui vise à porter un jugement de valeur sur un programme, une activité ou un projet pour aider à la prise de décision concernant les orientations à privilégier dans l'avenir.

D'un autre point de vue, « l'évaluation est vue comme une activité susceptible de porter sur un large éventail de questions concernant la pertinence, les particularités et les conséquences des actions menées aux différentes étapes de la planification et de la réalisation des programmes, des services ou des interventions » (Desjardins, 1995, p.3).

L'évaluation permet de remettre en cause ce qui a été prévu, de porter des jugements sur les écarts entre le planifié et l'atteint, ou encore de rechercher des explications sur des causes extérieures au programme lui-même (Saucier, 1993).

Donc, l'aspect central de l'évaluation des programmes est le jugement de valeur structuré et que l'on porte sur les différentes composantes de la planification et de la programmation. Ce jugement peut

porter sur une relation entre deux ou plusieurs objets de programme par exemple services et produits et ressources utilisées ou sur une composante d'un programme en fonction de normes ou de critères établis (MSSS, 1998).

2.1.2 Notion de programme

L'approche de gestion par programme a été introduite pour la première fois aux États-Unis après la deuxième guerre mondiale suite à l'intervention de l'État dans le secteur social, ce qui a permis le développement des programmes.

Schaeffer (1987) propose la définition suivante : « un programme est un ensemble d'activités en cours, servant à atteindre des objectifs préétablis, sans délais de temps fixé pour la fin du programme » (Cité par Ministère de la santé, Maroc, 2007, p.6).

Selon le GRAEP (1992) un programme est un ensemble cohérent, d'activités et de ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières, regroupés pour offrir des produits ou des services particuliers en vue de satisfaire les besoins d'une population déterminée.

Ces définitions peuvent varier selon le stade de développement du programme et le secteur d'intervention. Dans le domaine de la santé, nous tenterons dans le paragraphe suivant de délimiter le champ d'un programme de santé objet de cette étude.

2.1.2.1 Définition d'un programme de santé

La définition suivante montre les caractéristiques d'un programme de santé qui est « un ensemble organisé cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie» (Pineault et Daveluy 1995, cité par MSM, 2007, p.7).

Donc, un programme de santé regroupe les services et les activités pour atteindre un objectif déterminé en utilisant des ressources en vue de résoudre un problème de santé publique constaté chez une population cible.

En effet, les systèmes de santé se dotent de manière stratégique de certains programmes appelés les programmes sanitaires. Ces programmes se réalisent à un niveau systémique et concernent les stratégies directrices adoptées par un système pour améliorer sa performance globale. Parmi ces programmes, on retrouve les programmes de réforme hospitalière ou encore les programmes de renforcement des soins de santé de base. Dans la présente recherche, nous ne nous attaquerons pas à ce type de programmes, vu la perspective purement organisationnelle dans laquelle ils s'inscrivent. De fait, seuls les programmes de santé à composante clinique, prévention et/ou promotion de la santé seront abordés (Valente, 2002).

2.1.2.2 *Éléments constitutifs d'un programme*

Un programme tel qu'il a été défini précédemment peut comprendre les éléments suivants (Ministère des affaires internationales, Québec, 1993) :

- Les besoins : un programme doit être rattaché à des besoins observés dans une population donnée et qui requièrent l'intervention des pouvoirs publics ;
- Les clientèles : un programme vise à satisfaire les besoins d'une clientèle dont l'identification doit être précise ;
- Les objectifs : pour satisfaire les besoins observés, le programme doit se donner des objectifs, limités et réalisables dans une période de temps défini ;
- Les moyens : pour atteindre les objectifs tracés, le programme doit disposer, sous formes d'activités, de moyens clairement identifiés et structurés en fonction des résultats visés ;
- Les résultats : désignent les effets immédiatement mesurables du programme et aussi les effets indirects ;
- Les ressources : le programme doit être doté des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles nécessaires à sa mise en œuvre ;
- Les responsables : doivent être bien identifiés à tous les niveaux décisionnels et pour toutes les phases de son déroulement ;
- Le suivi de gestion : doit se faire à l'aide d'indicateurs de performance bien élaborés ;
- Les composantes : un programme peut renfermer plusieurs composantes qui concourent à son bon déroulement ;
- Les exigences d'évaluation : la planification d'un programme doit tenir compte à ce que son évaluation soit une étape dans le processus de sa réalisation.

2.2 Cadre et outils de l'évaluation de programmes

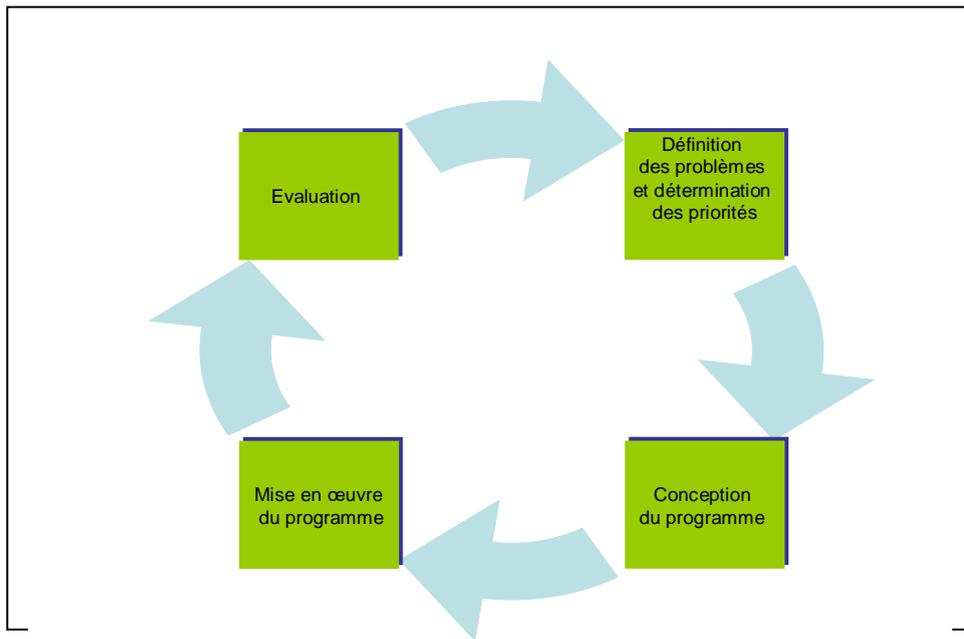
Dans cette section, nous allons faire un état de la situation des connaissances qui cadrent les fondements de l'évaluation de programmes tout en présentant d'une façon synthétique sa place dans le cycle de planification, ses différentes finalités et approches, ainsi que sa typologie, ses modèles et ses outils.

2.2.1 *Place de l'évaluation dans le cycle de planification de programme*

L'évaluation est au centre de la planification et en fait une partie intégrante (figure ci-après). Elle est un processus d'analyse qui concerne chaque étape du cycle de planification du programme et doit être prévue au moment de sa conception en lui réservant un budget et en lui établissant un calendrier. Elle sert à mesurer l'écart dans la mise en œuvre du programme et à prospecter le futur pour orienter et identifier les actions à entreprendre dans le cadre du programme. Elle sert d'auto-évaluation menée par les gestionnaires pour s'informer sur leurs actions.

La figure suivante schématise le cycle de planification d'un programme.

Figure 6 : Place de l'évaluation dans le cycle de planification de programme.



Source : Pinez

Ce schéma montre que dans le processus de planification d'un programme, l'évaluation permet de questionner le bien fondé de chaque étape de ce processus. L'évaluation atteint donc son utilité maximale quand elle est conçue de façon à produire des informations et des connaissances nécessaires pour éclairer la prise de décision tout en se basant sur les résultats de la supervision et du suivi de gestion (Pineault et Daveluy, 1995).

2.2.2 Finalités de l'évaluation

L'évaluation de programmes s'efforce de fournir l'information qui peut aider les gestionnaires à prendre des décisions en vue d'améliorer les programmes offerts. Généralement, les finalités d'une évaluation s'inscrivent dans cette visée et sont de quatre ordres (Contandriopoulos *et al*, 2000) :

- Finalité stratégique : l'évaluation sert à déterminer la pertinence d'une intervention, à aider à sa planification et sa préparation (OMS, 1981) ;
- Finalité formative : elle sert à fournir de l'information pour améliorer une action en cours de route (Scriven, 1967) ;
- Finalité sommative : elle est effectuée dans le but de déterminer la valeur d'un programme et de préciser ses effets pour décider s'il faut le maintenir, le transformer de façon importante ou de l'arrêter (Chambers, 1994) ;
- Finalité fondamentale : l'évaluation contribue à l'avancement des connaissances empiriques et théoriques sur l'intervention, comme la construction et la validation des normes (Conseil scientifique de l'évaluation en France, 1996).

2.2.3 *Approches en évaluation de programmes*

Les approches qui jalonnent l'évaluation de programmes sont actuellement très diverses et restent souvent liées aux théories qui les cadrent. Le but de ce paragraphe est de donner un aperçu sur les grands courants qui peuvent orienter une étude d'évaluation.

La typologie de Cook et Shadish (1986) distingue entre trois grandes approches en évaluation de programmes :

2.2.3.1 *L'approche centrée sur les effets*

Cette approche est dite aussi classique et sert à tester des hypothèses de relation de causalité entre un programme et des résultats donnés pour faire des déductions de causalité de types cause-effet. Elle consiste en la comparaison de groupes identiques en utilisant soit un mécanisme de répartition aléatoire ou un groupe de comparaison (un comparateur).

Cette approche permet de rendre un jugement valide et fiable sur les rapports de causalité liant une intervention et les effets observés. L'avantage de cette approche réside dans sa capacité d'éliminer des hypothèses rivales quant aux effets du programme alors que son inconvénient est lié à son incapacité de déterminer si l'absence d'effet est en relation ou non avec des difficultés d'implantation du programme.

2.2.3.2 *L'approche centrée sur la théorie du programme*

Contrairement à la première approche, le but ultime de celle-ci est de cerner les mécanismes causaux attribuables tant au programme qu'aux facteurs externes pouvant l'influencer. Elle permet de se questionner sur les objectifs du programme, son implantation et ses effets et utilise comme sources le point de vue des acteurs, les théories déjà existantes et les recherches exploratoires menées au stade de la détermination des besoins, de la planification du programme (Lipsey et Pollard, 1989). Elle se base sur l'élaboration d'une théorie ou d'un modèle logique du programme à partir desquels seront examinés les liens entre les intrants, les processus et les extrants.

2.2.3.3 *L'approche centrée sur les utilisateurs*

Elle repose sur l'analyse du programme dans son milieu naturel et utilise une méthodologie pluraliste dirigée par les questions et les valeurs des principaux acteurs. Cette approche tire ses fondements des modèles dits pluralistes notamment le modèle de Guba et Lincoln (1989) qui considère que l'évaluation est un processus de négociation et de discussion entre les acteurs et l'évaluateur devient dans ce cas un médiateur ou négociateur. Elle est dite aussi participative du fait qu'elle se caractérise par une participation active des acteurs de l'intervention.

2.2.4 Types d'évaluation de programmes

Cette section va expliquer que dans une démarche de planification, un programme peut faire l'objet de plusieurs types d'évaluation. Selon les questions que peuvent poser les gestionnaires par rapport à leurs programmes, Marceau *et al.* (1992) ont élaboré une grille d'évaluation de programme qui sert de base pour le modèle logique du programme et reste générale car elle ne donne que des principes directeurs quant aux éléments du programme à questionner (voir tableau 3 ci-dessus).

Tableau 3 : Grille d'évaluation de programme (Marceau *et al.*, 1992).

| Catégories | Questions d'évaluation |
|--|------------------------------|
| I- Questions sur les intentions | 1. Raison d'être |
| | 2. Cibles |
| | 3. Objectifs |
| II- Questions sur le programme et ses effets | |
| -l'effort consenti | 4. Nature de l'intervention |
| | 5. Ressources investies |
| | 6. Activités de production |
| -les effets | 7. Extrants |
| | 8. Impacts |
| III. Questions d'évaluation proprement dite | 9. Atteinte des objectifs |
| | 10. Rendement des ressources |
| | 11. Solutions de rechange |
| | 12. Valeur |

Source : Marceau *et al.*, La planification d'une évaluation de programme, Québec, 1992.

En somme, il s'agit de cinq types d'évaluation à savoir :

2.2.4.1 Evaluation de besoins

Elle est dite aussi évaluation de la raison d'être ou de la pertinence du programme et a pour but de fournir aux gestionnaires de l'information valide sur les besoins de la population en matière de services et de produits. Elle vise de s'assurer que le programme réponde à un problème réel qui nécessite une intervention et que les solutions retenues sont en conformité avec les ressources existantes.

2.2.4.2 Evaluation des possibilités d'action

Après avoir bien identifié les besoins de la population et la clientèle cible, les gestionnaires de programmes s'orientent vers l'étape qui consiste à inventorier les possibilités d'actions. Donc, les responsables vont se pencher sur la planification de leurs programmes qui constitue une forme d'évaluation entreprise avant l'implantation dudit programme (Posavac et Carey, 1992). Cette

évaluation est importante dans la mesure où elle précise la nature et la cohérence du programme qui sera mis en œuvre.

2.2.4.3 *Evaluation d'implantation*

Elle dite aussi évaluation de processus ou de la mise en œuvre et permet de décrire le déploiement réel du programme et s'effectue selon une perspective formative. Elle sert également à observer l'évolution du programme, d'en constater la progression attendue et d'apporter en cours de route les correctifs appropriés pour pallier aux dysfonctionnements constatés en vue d'améliorer l'action en cours.

2.2.4.4 *Evaluation des effets*

Elle porte sur les retombées du programme implanté et vise à déterminer le degré d'atteinte des objectifs. Elle consiste à établir des liens de causalité entre les changements observés et les services offerts par le programme et cherche également à préciser ses répercussions directs ou indirects sur la population ou le milieu cible car un programme qui a atteint ses objectifs peut avoir par conséquence des effets négatifs.

2.2.4.5 *Evaluation de rendement*

Ce type d'évaluation vise à porter un jugement sur les résultats d'un programme en analysant les coûts qui y sont liés. Il sert à mettre une relation entre les résultats observés et les coûts engendrés par le programme et s'intéresse à l'efficacité et l'efficience du programme.

Après avoir décortiqué les différents types d'évaluation et dans un souci de guider les gestionnaires à effectuer le choix d'un type, Rossi *et al.* (2004), proposent une hiérarchisation de l'évaluation qui tient en compte le processus de planification et d'élaboration du programme allant de la détermination des besoins jusqu' à l'analyse de ses coûts (voir tableau 4 ci-dessus).

Tableau 4 : Hiérarchisation de l'évaluation selon Rossi, Lipsey et Freeman (2004).

| |
|---|
| 5. Évaluation des coûts et de l'efficience du programme |
| 4. Évaluation des effets du programme |
| 3. Évaluation des processus du programme et de la mise en œuvre |
| 2. Évaluation du concept et de la théorie du programme |
| 1. Évaluation des besoins du programme |

Source : Rossi *et al.*, L'évaluation : une approche systémique, sages publications, 2004.

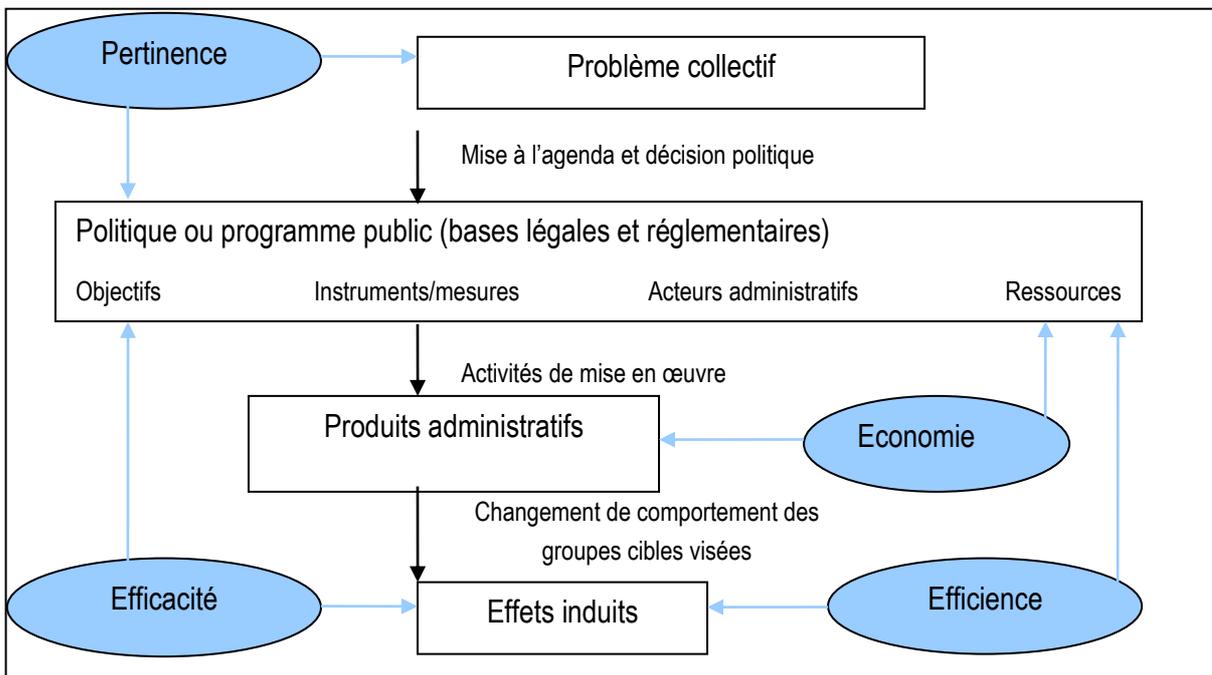
Ce tableau montre bien que selon le cycle de gestion d'un programme, les gestionnaires sont appelés à recourir à différentes types d'évaluation selon le type d'information dont ils ont besoin pour une meilleure gestion de leurs actions en vue de répondre aux besoins exprimés ou aux problèmes posés.

2.2.5 Critères d'évaluation d'un programme

L'évaluation d'un programme peut avoir comme critère (schéma ci-dessous) :

- La pertinence : pour déterminer l'adéquation entre les objectifs du programme et le problème à résoudre. C'est l'évaluation des besoins ou de la raison d'être du programme ;
- L'efficacité : pour mesurer l'atteinte des objectifs et sert pour tester l'hypothèse causale ;
- L'efficience : ce critère questionne le bien fondé de la dépense et les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs ;
- L'économie : ce critère permet de comparer les ressources utilisées et les produits administratifs.

Figure 7 : Critères d'évaluation de programme.



Source : Jacob, Steve, Cours de conception et évaluation des politiques et programmes publics, Alexandrie, 2008.

2.2.6 Modèles d'évaluation

Dans cette section, nous allons présenter d'une façon succincte les différents modèles d'évaluation. Il s'agit de citer en premier lieu du modèle idéal et de décrire par la suite les quatre grands modèles les plus utilisés dans la pratique sans être très exhaustif car chaque modèle comprend des sous modèles.

En effet, un modèle d'évaluation consiste à « décrire le système logique à appliquer pour recueillir de l'information sur les résultats susceptibles d'être attribués à un programme » (Conseil du trésor, Canada, 1998, p.37).

2.2.6.1 Modèle idéal

C'est un modèle qui consiste à comparer deux groupes (un expérimental et un autre témoin) dont l'un est exposé au programme. Ce modèle idéal est difficile à atteindre dans la pratique pour des raisons

éthiques, il n'est pas possible, lors d'une démarche prospective, de limiter l'accès à un programme pour un groupe populationnel. Une telle approche contrevient au principe de justice et d'équité en matière de santé, et encore pour des raisons méthodologiques, du fait de la complexité des déterminants de la santé, la mise en évidence de la causalité exclusive entre exposition au programme et état de santé est difficilement atteignable dans un contexte ouvert (Conseil du trésor, Canada, 1998).

2.2.6.2 Modèle expérimental

Il s'agit du moyen le plus rigoureux pour obtenir une relation de causalité entre le programme et ses résultats. Ce modèle se caractérise par une répartition aléatoire des participants éventuels entre le groupe exposé au programme (groupe expérimental) et le groupe de comparaison (groupe témoin) afin d'assurer l'équivalence de ces groupes. Ce modèle s'accompagne souvent d'une mesure avant et après la participation au programme (Ministère des transports, Québec, 2002).

2.2.6.3 Modèle quasi-expérimental

Ce modèle consiste à recourir à un groupe témoin non aléatoire pour faire des inférences sur les résultats d'un programme. Il suppose que le groupe expérimental est acquis et que le groupe comparateur sera choisi de façon à correspondre le plus possible au groupe expérimental. Ce type de modèle peut avoir recours à des mesures avant et après participation au programme. Il peut donner des résultats crédibles tout en étant moins coûteux et plus facile à réaliser (Ministère des transports, Québec, 2002).

2.2.6.4 Modèle implicite

C'est un modèle de mesure a posteriori sans groupe de comparaison. Les mesures sont prises après le programme sans groupe témoin. Il est fréquemment utilisé mais reste cependant moins rigoureux et c'est difficile de tirer des conclusions fiables. Comme, il peut être utile pour soutenir logiquement qu'un résultat donné est attribuable au programme évalué (Conseil du trésor, Canada, 1998).

2.2.6.5 Modèle de causalité

« Il consiste à décrire l'influence marginale sur une variable dépendante d'une série de variables indépendantes choisies » (Conseil du trésor, Canada, 1998, p.58). Ce modèle se concentre sur les variables à inclure tant endogène qu'au exogène au programme étudié. Celui-ci dans ce cas, ne constitue qu'une variable indépendante parmi d'autres pouvant influencer sur la variable dépendante. Le modèle s'efforce à obtenir une estimation de l'effet marginal des variables sur le succès du programme (Conseil du trésor, Canada, 1998).

2.2.7 Indicateurs d'évaluation

L'évaluation qui est une démarche systématique et rigoureuse emploie des indicateurs pour s'informer sur la question à évaluer. Donc l'évaluateur doit préalablement définir ou construire des indicateurs pouvant lui servir pour renseigner le programme objet de l'étude à condition qu'il obtienne le consensus nécessaire. Dans cette section, nous allons présenter la définition d'un indicateur ainsi que les critères qui président son choix et de citer les différents types d'indicateurs.

2.2.7.1 Définition d'un indicateur

« Un indicateur est une variable ayant pour objet de mesurer, de décrire ou d'apprécier totalement ou partiellement un état, une situation et/ou l'évolution d'une activité ou d'un programme» (Guide de gestion budgétaire axée sur les résultats 2001, cité par Collange *et al*, 2006, p.14).

Un autre auteur nous donne la définition suivante :

Un indicateur est la mesure d'un objectif à atteindre, d'une ressource mobilisée, d'un effet obtenu, d'un élément de qualité ou d'une variable du contexte. L'indicateur produit une information synthétique quantifiée permettant d'apprécier les divers aspects d'un projet, d'un programme ou d'une stratégie de développement. Il permet d'obtenir des comparaisons synchroniques ou diachroniques (Amorim *et al*, 2005, p.21).

Un indicateur donne donc une information empirique utile sur l'action ou le programme étudié et vise à ne mesurer qu'une dimension de la réalité. Cette mesure peut être quantitative ou qualitative comme elle peut être une valeur chiffrée ou un ratio.

2.2.7.2 Critères de choix d'un indicateur

Le choix d'un indicateur se fait en regard de sa validité et de la possibilité de sa réutilisation ultérieure (Schrappe 2001). Ces deux éléments sont essentiels car la validité confère une crédibilité aux conclusions générées suite à l'utilisation de cet indicateur lors de l'évaluation et donc confère une fiabilité aux recommandations émises. La possibilité de réutilisation ultérieure est reliée à la disponibilité des données à la base de cet indicateur.

Les indicateurs d'évaluation possèdent diverses utilités dont les plus documentées sont :

- En recherche, notamment en recherche évaluative ;
- Aux fins de l'amélioration des pratiques professionnelles: clinique ou de gestion ;
- Comme outil d'aide au choix et à la décision : pour le gestionnaire, pour le professionnel de santé ou pour le patient ;
- Gestion et allocation des ressources (humaines, matérielles, financières et technologiques);
- Comme outil de transparence et d'imputabilité.

Selon l'OMS (1997), un indicateur doit présenter d'une manière générale les qualités suivantes :

- être utile : permet l'adoption de mesures immédiates ;

- être accessible : facile à renseigner ;
- être éthique : permet la protection des droits des individus à la confidentialité ;
- être solide : reflète réellement ce qu'il est censé mesurer ;
- être spécifique : lorsqu'il ne varie que si le phénomène à l'étude subit des modifications ;
- être sensible : apte à varier beaucoup et rapidement lorsque des variations apparaissent, même de faible amplitude, du phénomène étudié ;
- être fiable : les données doivent être comparables dans le temps et régulièrement actualisées ;
- être représentatif : lorsqu'il englobe tous les groupes de population qu'il est censé couvrir ;
- être compréhensible : facile à définir et à décrire sa signification.

2.2.7.3 Types d'indicateurs

Les indicateurs sont multiples et variés et dépendent de l'objectif recherché par l'évaluation. Il existe en général des indicateurs de moyens, de produits et de résultats ou de performance. Cette section va mettre en évidence les différents indicateurs suivants :

1. Indicateurs de moyens : ils sont appelés aussi indicateurs d'intrants ou de ressources. Ils permettent de décrire le volume ou les coûts des moyens mis en œuvre (personnel, matériel, locaux,...) et de fournir des informations sur l'organisation du service et la manière de disserte de la clientèle ou le milieu cible.
2. Indicateurs de produits : sont dits aussi indicateurs d'extrants et servent à décrire l'ensemble des services et produits fournis par un programme donné à la clientèle cible.
3. Indicateurs de résultats : sont appelés également indicateurs des «outcomes ». Ils sont en relation avec les objectifs à atteindre et peuvent se rapporter soit à un résultat intermédiaire ou à celui d'impact. On distingue donc trois types d'indicateurs liés aux résultats à savoir :
 - Les indicateurs d'efficacité : permettent de comparer les résultats obtenus par rapport à ceux attendus et aux objectifs initiaux ;
 - Les indicateurs d'efficience : permettent de faire une comparaison entre les résultats réalisés et les moyens mis en œuvre pour les atteindre ;
 - Et les indicateurs d'impact : servent pour mesurer les impacts directs ou indirects d'un programme sur une clientèle ou un milieu cible.

De ce qui précède, il est utile de retenir que l'évaluation, qui est une démarche scientifique et politique, reste à la base de la planification de programme et s'emploie pour produire de l'information fiable pouvant orienter les décisions des responsables de ce programme public. Celui-ci peut faire l'objet d'une évaluation de besoin, de possibilités d'action, d'implantation, d'effets ou de rendement. Les finalités visées peuvent être stratégiques, formatives, ou sommatives tout en adoptant une approche centrée sur les utilisateurs, les effets ou la théorie du programme. Ce qui guidera notre réflexion pour élaborer une démarche pour l'évaluation des programmes de santé qui repose sur ces constats.

Après avoir fait d'une façon synthétique le tour des fondements de l'évaluation des programmes, nous allons présenter un cadre conceptuel pour notre recherche, l'enrichir par l'expérience acquise dans le lieu de notre stage de mise en situation professionnelle et de ressortir l'apport de ce dernier à la méthodologie adoptée pour répondre à la problématique et à l'élaboration de notre proposition.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous allons exposer le cadre conceptuel retenu pour cette étude et la méthodologie adoptée pour répondre à la question soulevée dans la problématique. En effet, il s'agit de mettre en exergue l'objet, le but et les objectifs de l'étude, les méthodes de collecte des données et l'apport du stage dans l'élaboration de cette méthodologie et du livrable à la fin de ce travail.

3.1 Cadre conceptuel de l'étude

La présente recherche prend pour objet l'évaluation de programmes. Pour les fins de notre objectif, nous adoptons une approche structuro-interactionniste. Le rationnel en arrière de ce choix repose sur la conception des acteurs sociaux comme agents actifs capables d'influencer la modélisation des structures qui cadrent leurs actions en adoptant un comportement stratégique et organisé faisant jouer les relations de pouvoir (Crozier et Friedberg 2000). Cette vision s'oppose point par point à celle considérant les acteurs comme des individus reproduisant de manière routinière ce qui leur a été prescrit par la structure.

« La formation des représentations et des croyances collectives ne peut résulter de la seule incorporation des conditions structurelles, ce qui recouvre l'habitus, mais doit aussi impliquer les conditions locales d'interaction, ce que ne peut par contre intégrer l'habitus » (Servais 2004, p.15).

Nous utiliserons donc la théorie de la structuration comme balise théorique de notre analyse de l'environnement où nous avons entrepris notre stage et l'apport de cette expérience terrain. L'objectif de cet exercice sera d'élaborer une proposition pour le contexte du système de santé au Maroc en matière d'évaluation de programmes de santé.

Le recours à la théorie de la structuration telle que développée par Giddens, permet d'apporter un éclairage original sur la dynamique organisationnelle sous jacente à tout processus de changement organisationnel. Cette théorie permet de percevoir les organisations comme étant le lieu de reproduction et de transformation continues des pratiques et des relations sociales. Les organisations sont vues comme une structure soumise à des règles et des ressources, qui vont conditionner le fonctionnement des ensembles sociaux. Ces derniers, à leur tour, influencent les relations individuelles et collectives des acteurs, et donc leur impact sur l'évolution de la structure.

Dans une telle perspective, les structures et les individus, qui y évoluent, vivent en interaction continue, conditionnée par la dimension temporelle et spatiale, constamment à la recherche d'un équilibre à travers un processus de perpétuels réajustements.

Le changement organisationnel dans la théorie de Giddens repose sur trois dimensions : le structurel qui est représenté par les règles et les ressources disponibles dans l'organisation même, les systèmes sociaux qui se matérialisent dans les interactions entre acteurs et la structuration qui englobe la totalité

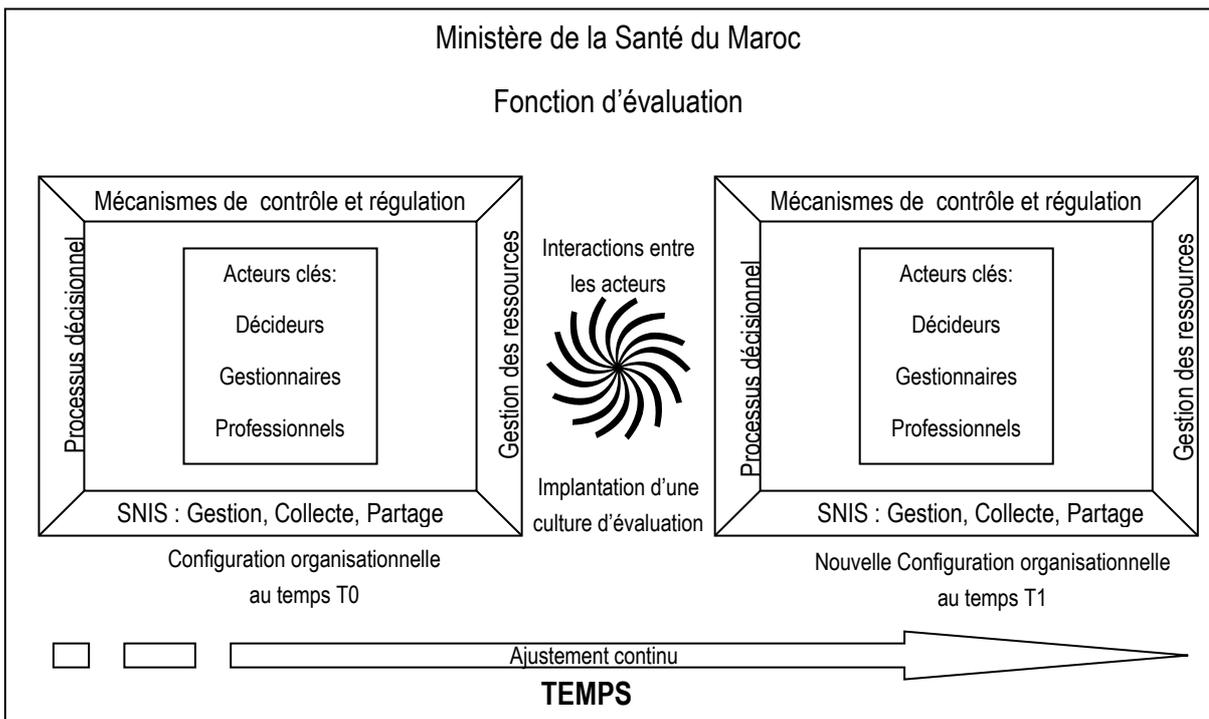
des conditions et contraintes qui régissent le changement organisationnel et par conséquent les systèmes sociaux.

Les interactions entre acteurs au sein d'une organisation représentent un élément essentiel dans la structuration de celle-ci. En effet, les transformations organisationnelles font appel aux acteurs non seulement pour accepter les changements, assurer les nouvelles fonctions et les mesures de performance, à travers l'implantation de la fonction évaluative, mais aussi de réaliser de nouveaux liens et de développer de nouvelles collaborations inter-organisationnelles et/ou interindividuelles.

Le choix d'une telle approche théorique, pour structurer notre analyse et notre pensée, est essentiellement fondé sur la réinterprétation que propose Giddens quant à la notion de structure organisationnelle. En effet, dans sa théorie il révèle que les structures sont constituées et constituantes car tout en étant constitutives des actions des agents sociaux, elles en représentent les balises qui cadrent ces actions. Ainsi, penser l'implantation d'une fonction d'évaluation au sein du ministère de la santé, ce qui représente un changement majeur autant du point de vue structurel que paradigmatique, à travers une telle théorie offre des avenues d'action fort pertinentes (voir figure 8).

De plus, l'analyse que nous ferons quant aux enjeux liés à l'implantation d'une fonction d'évaluation dans le système de santé au Maroc tiendra compte des dimensions relatives à la théorie de la structuration. Nous aborderons les aspects liés non seulement aux dimensions structurelles de l'évaluation mais aussi aux valeurs et rapports entre les différents acteurs qui auront à la planifier et la mettre en œuvre et ce en adoptant une perspective d'évolution temporelle. Un tel mouvement de restructuration représente donc un réel défi en termes de processus d'acquisition et d'adaptation tant pour les individus que pour l'organisation qui les abritent.

Figure 8 : Illustration des dimensions analysées à travers la théorie de la structuration.



3.2 Objet, but et objectifs de la recherche

3.2.1 *Objet de l'étude*

Cette étude aborde la problématique de l'évaluation des programmes de santé dans le contexte d'un pays en développement. Elle vise principalement l'élaboration d'une démarche évaluative cadre pouvant trouver application dans le contexte du système national de santé du Maroc.

3.2.2 *But de l'étude*

L'étude vise l'implantation de la démarche d'évaluation et son intégration dans les procédures de gestion du système de santé au Maroc en vue d'améliorer la gestion des programmes de santé et promouvoir une culture d'évaluation au niveau du ministère de la santé.

3.2.3 *Objectifs de l'étude*

Cette étude a pour objectifs de :

- Elaborer une démarche pour l'évaluation des programmes de santé au Maroc et ;
- Proposer une stratégie de développement de cette démarche au niveau du ministère de la santé.

3.3 Méthodologie de travail

3.3.1 *Type de l'étude*

Il s'agit d'une étude synthétique et exploratoire de type recherche action où nous sommes partis d'une problématique vécue dans notre organisation (Ministère de la Santé du Maroc) en vue de la résoudre en faisant l'état de connaissances autour de l'évaluation des programmes et en effectuant un stage de mise en situation professionnelle à la direction de l'évaluation, ministère de la santé et des services sociaux au Québec, pour enfin proposer des pistes de solutions au problème posé.

3.3.2 *Techniques de collecte des données*

3.3.2.1 *Démarche théorique*

Conformément aux recommandations de la démarche préconisée par le modèle de notre université, nous avons mené une recherche bibliographique étendue et multidisciplinaire. Cette démarche a été réalisée auprès de la bibliothèque de l'université, du centre de documentation du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) et la bibliothèque de l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS). Cette démarche a été complétée aussi par une recherche sur internet sur les sites les plus pertinents, et notamment celui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais aussi via le moteur de recherche Google et via la banque de données PubMed. Cette banque de données est

accessible électroniquement et indexe la grande majorité, du moins les plus pertinentes, des publications parues dans le domaine de la santé. Cette recherche a pris en compte différents supports documentaires comme les publications scientifiques, la littérature grise, les documents institutionnels et les thèses et mémoires.

La documentation sélectionnée nous a été utile pour cerner l'état des connaissances relativement à notre objet de recherche, elle nous a permis de documenter notre problématique et finalement elle nous a été d'une grande utilité dans nos choix méthodologiques pour mener ce travail.

Par ailleurs, la collecte des données utilisées dans cette étude s'est axée sur :

- Une recherche documentaire ;
- L'observation participante au niveau du stage et de l'organisation d'origine ;
- Des entrevues non directives avec des chercheurs en évaluation, des professeurs associés à l'université, des gestionnaires de programmes et des professionnels de l'évaluation au niveau du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

3.3.2.2 Démarché opérationnelle

La réalisation de l'étude s'est faite selon trois méthodes :

1. Une analyse documentaire qui nous a servi en partie pour la position de la problématique et la rédaction de la revue de littérature. Elle s'est principalement focalisée sur les axes suivants :
 - Le système de santé marocain ;
 - Les programmes de santé au Maroc ;
 - Les concepts d'évaluation et de programmes ;
 - Les fondements de l'évaluation de programme.
2. L'observation participante à travers le projet d'évaluation, auquel nous avons été intégrés lors de notre stage à la direction de l'évaluation, nous a permis de cerner le processus d'évaluation en pratique, et également à partir de notre expérience professionnelle au niveau du ministère de la santé du Maroc qui nous a aidé à ressortir les éléments de la problématique.
3. Une analyse qualitative qui consiste à recueillir des informations et des perceptions sur l'évaluation des programmes auprès des chercheurs, des gestionnaires, des professionnels en évaluation. Elle s'est faite sur la base de quatorze entrevues non directives menées au niveau du lieu de stage. Il s'agit de :
 - **Chercheurs** : lors de ces rencontres, les domaines suivants ont été abordés :
 - L'évaluation des programmes avec un chercheur au centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) ;
 - L'évaluation dans le domaine de la santé avec un médecin chercheur en santé communautaire (université Laval) ;

- La recherche et l'innovation avec un professionnel de la direction de la recherche et de l'innovation, ministère de la santé et des services sociaux.
- **Gestionnaires** : des réunions et des discussions ont eu lieu avec des responsables au niveau du ministère concernant les domaines suivants :
 - Santé mentale ;
 - Qualité ;
 - Médicament et Affaires pharmaceutiques ;
 - Recherche et innovation.
- **Professionnels d'évaluation** : des rencontres et des séances de travail ont été tenues avec les professionnels de la direction d'évaluation sur les projets d'évaluation et actions suivantes dont ils sont responsables :
 - Équipes interdisciplinaires en oncologie ;
 - Réseaux locaux de services ;
 - Réorganisation des services Info-Santé et info-social ;
 - Groupes de médecine de famille ;
 - Plan d'action santé mentale ;
 - Coordination des projets subventionnés ;
 - Santé des hommes.

Ces rencontres nous ont permis de comprendre le fonctionnement de la direction, d'assimiler l'approche d'évaluation privilégiée au sein de la direction et le processus d'évaluation, de s'approprier les concepts d'évaluation dans un contexte pratique, d'explorer les activités connexes au métier d'évaluateur, de connaître les différents points de vue sur l'évaluation des programmes et sur les enjeux qu'elle soulève à travers diverses perspectives (chercheurs, gestionnaires et professionnels) et l'orientation du sujet de mémoire vers un but formatif et de transfert de connaissances.

3.3.3 *Les forces de l'étude*

D'un point de vue méthodologique, le présent travail dispose d'une base théorique pertinente, celle de la théorie de la structuration. Cette théorie a permis de nous aider à dégager les dimensions reliées aux structures, celles à la dynamique des acteurs et d'identifier les opportunités pour l'implantation de la fonction d'évaluation.

D'un point de vue pratique, la pertinence de la présente étude pour le système national de santé du Maroc repose sur deux points majeurs : 1) les programmes de santé sont un axe stratégique pour cette institution et 2) les différentes réformes mises en place n'ont pas encore atteint les résultats escomptés. De ce fait, réaliser une recherche appliquée dans un contexte organisationnel possédant des compétences reconnues en matière de gestion par programmes et ayant atteint un plein potentiel en termes de résultats de performance organisationnelle et clinique est d'un apport considérable pour le

Maroc. Par ailleurs, notre recherche s'inscrit dans une perspective de transfert des connaissances entre le nord et le sud. Notre proposition repose donc sur des recommandations découlant de l'expertise québécoise avec une adaptation au contexte marocain, ce qui représente un apport majeur.

3.3.4 *Les limites de l'étude*

La présente étude souffre de certaines limites qui se rattachent d'une part aux aspects méthodologiques et d'autre part aux aspects pratiques. Pour les aspects méthodologiques, notre étude repose sur un devis qualitatif qui est sujet, dans une large mesure, à l'interprétation. Toutefois, nous avons procédé à une triangulation de l'information pour en diminuer les effets. Une étude quantitative serait certainement souhaitable pour explorer les conditions d'implantation d'une fonction d'évaluation. De plus, nous abordons notre problématique à travers une perspective théorique unique, la théorie de la structuration ce qui à certains égards peut souffrir de limites. En effet, il aurait été plus judicieux d'élaborer un cadre plus global, qui tient compte de diverses dimensions et différents niveaux d'analyse. Toutefois, ce projet est essentiellement exploratoire et représente une phase initiale dont l'intérêt est d'identifier les éléments pouvant contribuer à une meilleure compréhension de certaines conditions entourant l'implantation de la fonction d'évaluation au sein du ministère de la santé du Maroc. Les limites d'un point de vue pratique sont reliées au choix d'un programme particulier et d'en faire l'analyse. Toutefois, la constatation de l'absence de la fonction d'évaluation au sein du ministère de la santé du Maroc, nous a conduit à opter pour une analyse globale plutôt que spécifique pour dégager les grandes lignes sur lesquelles reposera notre proposition.

3.4 L'expérience du ministère de la santé et des services sociaux du Québec en évaluation

Le stage réalisé au sein du MSSS du Québec et plus spécifiquement l'implication dans le projet d'évaluation des systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé (SARDM) ainsi que l'analyse de deux autres projets d'évaluation qui concernent les programmes de santé sont à la base de notre proposition. La proposition se structure comme suit : du point de vue structurel la fonction d'évaluation au sein du ministère de la santé du Maroc se matérialise à travers la création d'une direction d'évaluation, le développement d'une politique d'évaluation et l'élaboration d'une approche d'évaluation. Dans ce qui suit sont présentés un descriptif de la structure cadrant la fonction d'évaluation au sein du MSSS de Québec et les exemples sur lesquels repose notre analyse.

3.4.1 *Le dispositif institutionnel : une direction d'évaluation*

La direction de l'évaluation est une unité qui fait partie de la direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité.

Cette direction a pour mandat² de :

- Evaluer la pertinence, les résultats et l'effet des politiques, des programmes et des services ;
- Soutenir l'élaboration des politiques par des études évaluatives ;
- Favoriser la mise à profit et le transfert des connaissances par l'intégration des résultats des études évaluatives et des recherches subventionnées (Fonds de recherche Société et Culture, Fonds québécois de recherche en santé, Instituts nationaux de recherche en santé du Canada, Fondation canadienne de recherche pour les services et soins de santé, Fonds d'adaptation des services de santé).

Donc, cette direction est chargée d'évaluer la pertinence, la mise en œuvre, l'efficacité avec laquelle les objectifs sont poursuivis, l'efficience des moyens mis en place et les effets et impacts des politiques, programmes et autres types d'interventions du ministère tout en favorisant un transfert des connaissances au profit des décideurs, des gestionnaires et des professionnels à travers les études et les recherches entreprises.

Toutefois, la direction de l'évaluation est coiffée par une directrice possédant une expérience d'une vingtaine d'années dans le domaine de l'évaluation en santé et dotée d'une expertise théorique et pratique reconnue dans le milieu. La stratégie de gestion adoptée par cette directrice se fait par projet d'évaluation tout en privilégiant le travail en équipe. Elle compte une vingtaine de professionnels avec un profil diversifié (économistes, sociologues, médecins, anthropologues, statisticiens, techniciens,...) et qui sont affectés à l'évaluation de divers politiques, programmes et interventions. L'activité de cette direction repose sur les axes suivants³ :

- Evaluation à l'interne et suivi évaluatif de politiques, programmes, orientations ou autres activités ministérielles ;
- Mise en œuvre et coordination d'activités découlant des objectifs, des priorités du ministère et du gouvernement en évaluation et en recherche ;
- Interface avec des équipes de recherche universitaires productrices d'évaluation, suivi et mise à profit des travaux d'évaluation et de recherche subventionnés ;
- Participation à titre de co-chercheur à des évaluations externes.

3.4.2 *La politique d'évaluation du ministère de la santé et des services sociaux au Québec*

3.4.2.1 *Objectif de la politique*

Cette politique a pour objectif de soutenir le ministère de la santé et des services sociaux dans l'exercice de sa fonction d'évaluation en vue d'améliorer⁴ :

- La performance des actions du ministère ;
- Le processus de reddition de comptes du ministère ;

² Plan d'organisation du ministère de la santé et des services sociaux, Québec, mars 2007.

³ Plan de travail de la direction de l'évaluation 2006-2009, ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2006.

⁴ Politique d'évaluation du ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2003.

- Les services aux citoyens.

3.4.2.2 Contenu synthétique de la politique d'évaluation

Cette politique retrace les éléments d'encadrement de l'évaluation suivants:

1. Les domaines brassés : au sein du ministère, quatre domaines d'intervention peuvent faire l'objet d'une évaluation :
 - Les orientations, politiques et stratégies ;
 - Les plans d'action du ministère ;
 - Certains programmes du ministère ;
 - L'évaluation en santé publique.
2. Le plan d'action : il est établi pour trois ans et approuvé par le CODIR. Il définit les activités de façon chronologique, les étapes préalables à chaque activité, les ressources humaines, matérielles et financières requises, les responsabilités des acteurs, la collaboration des partenaires concernés et les dates de début et de fin des activités.
3. La collaboration : cette politique définit également un mécanisme de coordination avec les agences de santé et de services sociaux au niveau régional dans le but de développer une meilleure pratique en évaluation dans le réseau et une utilisation plus efficiente des ressources.
4. La reddition des comptes : la politique de l'évaluation s'insère dans le cadre du processus de reddition de comptes du ministère et vise son amélioration.
5. Le financement : la politique d'évaluation impose aux gestionnaires l'insertion d'une clause permettant le financement adéquat de l'évaluation lors de l'élaboration de leurs interventions. Le budget à allouer aux activités d'évaluation est compris entre 1 et 2 % selon la taille et la complexité de l'intervention.

3.4.3 L'approche utilisée en évaluation au niveau du ministère

L'approche d'évaluation adoptée au niveau du ministère de la santé est de type participative et pluraliste (4^{ème} génération) où la position de l'évaluateur est technique et collaborative permettant de faire participer tous les acteurs concernés par l'action ou l'intervention à évaluer (MSSS, politique d'évaluation, 2003). En effet, cette approche vise à ce que :

- Les objectifs ne soient pas seulement normatifs ou scientifiques mais aussi stratégiques ;
- L'évaluation vient en soutien à l'interne et aux acteurs du terrain ;
- Il y ait des échanges avec les décideurs (compréhension des besoins d'information, des leviers d'action...);
- Le retour d'information auprès des décideurs soit régulier.

Donc, cette approche collaborative et pluraliste favorise la participation des différents acteurs au processus d'évaluation et tient compte d'un large éventail de points de vue.

Dans ce sens, les évaluations au niveau de la direction d'évaluation se font selon les exigences suivantes :

- Un cadre d'évaluation ;
- Des devis sur mesure ;
- La multidisciplinarité dans les équipes de réalisation ;
- La présence sur le terrain ;
- Le recours aux méthodes mixtes : quantitatives et qualitatives.

3.4.4 Le processus d'évaluation en pratique

Tous les projets d'évaluation au niveau de la direction de l'évaluation suivent le processus suivant :

1. La préparation : cette étape comprend la mise en place du comité de suivi pour prendre en compte les intérêts et préoccupations des partenaires et le cas échéant un comité avisé, la discussion du mandat du commanditaire, la préparation du cadre et du devis d'évaluation.
2. La planification : cette étape consiste à planifier les activités relatives au projet d'évaluation tant sur le plan technique que administratif et financier.
3. La réalisation : elle correspond au déploiement de la stratégie d'évaluation sur le terrain pour la collecte des données, leur traitement, exploitation, analyse et interprétation et rédaction du rapport.
4. La restitution : elle consiste au retour d'information produite par l'évaluation aux acteurs concernés (décideurs, gestionnaires et professionnels, associations, etc.). Il s'agit de :
 - Documents transmis aux sites enquêtés ;
 - Synthèse des premiers résultats ;
 - Rapport préliminaire du site et rencontre pour discussion ;
 - Monographie finale à la fin des travaux ;
 - Documents de travail transmis pour discussion au comité de suivi ;
 - Présentation de résultats agrégés à la direction client, aux autorités ministérielles et échanges avec les directions ministérielles lorsque les résultats sont pertinents pour elles ;
 - Rencontres d'informations et d'échanges avec diverses tables, associations, etc. ;
 - Diffusion limitée des documents techniques ou provisoires ;
 - Publications.

3.4.5 Cas d'évaluation entrepris par la direction de l'évaluation

Dans cette section, nous présentons brièvement le projet d'évaluation sur lequel nous avons travaillé durant le stage en milieu de travail et deux autres cas de projets d'évaluation en santé jugés pertinents

pour guider notre proposition. Il est à noter que certaines phases de ces projets sont en cours de réalisation et nous contentons ici de décrire brièvement le projet et l'essentiel de la méthodologie de son évaluation.

3.4.5.1 *Evaluation du projet SARDM*⁵

Le projet SARDM consiste à doter les établissements de santé d'équipements technologiques pharmaceutiques pour la distribution de médicaments. Le déploiement de ces nouvelles technologies dans les établissements hospitaliers de grande taille part d'un constat de la situation sur le terrain qui est caractérisée par un contexte de pénurie de main d'œuvre touchant notamment les professionnels en pharmacie et soins infirmiers, ce qui influe sur la pratique clinique et la qualité des soins en général et justifie l'implantation d'un équipement technologique en pharmacie.

Dans ce sens, le projet SARDM vise principalement à favoriser l'attraction et la rétention de la main d'œuvre par le développement d'un environnement de travail favorable et stimulant tout en améliorant la qualité et la sécurité du circuit de distribution des médicaments.

Les effets attendus de ce projet touchent le redéploiement du personnel et la réorganisation du travail au niveau du circuit pour une meilleure optimisation des ressources ainsi que la réduction du taux d'erreur et le rehaussement de la pratique clinique.

La démarche d'évaluation de ce projet comprend deux volets : l'un quantitatif et l'autre qualitatif. Le premier consiste à suivre les indicateurs de résultats établis pour mesurer l'atteinte des objectifs SARDM. L'autre volet vise la compréhension de la fonction de l'adaptation aux changements et du maintien des valeurs dans les établissements. La collecte des données s'effectue à partir de :

- Observations directes à la pharmacie des établissements et aux unités de soins à partir d'une grille d'observation pour décrire le contexte;
- Entrevues semi-dirigées et groupes de discussion pour comprendre le point de vue des gestionnaires, des pharmaciens, des infirmières et des assistants techniques;
- Une étude exploratoire-descriptive pour suivre l'implantation du projet SARDM et d'en mesurer les effets sur la pénurie de main-d'œuvre;
- L'étude de cas multiples (6 sites) pour documenter un éventail d'expériences de changements vécus par différents établissements.

3.4.5.2 *Evaluation des groupes de médecine de famille (GMF)*⁶

Les GMF sont des organisations contractuelles volontaires réunissant des médecins qui s'engagent en tant que groupe à offrir certains services et qui reçoivent en contrepartie des ressources humaines et financières propres à assurer l'accessibilité, la continuité et la globalité des services de santé à une population inscrite. Cette évaluation se base sur deux volets :

⁵ Ministère de la santé et des services sociaux. Cadre d'évaluation du projet SARDM, Québec, 2008.

⁶ Ministère de la santé et des services sociaux. Démarche d'évaluation des GMF, Québec, 2004.

- L'implantation et les effets : concernent les 19 premiers GMF accrédités entre novembre 2002 et mars 2003. Elles se font par une étude avant/après sans groupe témoin : Temps 1(2003) et Temps 2 (2005) selon une démarche formative.
- L'utilisation des services : se fait par une étude avant/après au niveau des GMF et des cliniques comparables.

3.4.5.3 *Evaluation des équipes interdisciplinaires en oncologie*⁷

La stratégie d'action du programme québécois de lutte contre le cancer s'appuie principalement sur l'implantation d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales aptes à fournir des services globaux de qualité répondant aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Le projet d'évaluation de ces équipes comprend 2 phases :

- Phase 1 : évaluation du processus de désignation et ses effets sur la mise en œuvre des équipes selon une démarche formative qui assure le retour continu d'informations aux décideurs ;
- Phase 2 : évaluation de l'implantation, du fonctionnement et des effets des équipes sur la trajectoire des patients. Elle s'est faite par une étude de cas multiples (9) et un échantillon intentionnel de patients atteint d'un cancer colorectal pour l'analyse des trajectoires.

Pour conclure ce chapitre, nous retenons que la théorie de la structuration a été à la base du cadre conceptuel de cette étude. Ainsi, la stratégie de recherche adoptée pour la réalisation de ce travail est l'analyse qualitative basée sur la recherche documentaire, l'observation participante et des entrevues non directives au niveau du lieu de stage. De plus, l'expérience du ministère de la santé et des services sociaux du Québec en évaluation est riche à travers l'existence d'une direction qui pilote les activités d'évaluation sur la base d'une politique dans ce sens. Ce qui nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances théoriques, pratiques et managériales pour mener à bien une évaluation.

De ce qui précède, nous essayons d'apporter quelques réponses aux éléments retenus dans notre problématique relative à l'évaluation des programmes de santé. Nous ferons une triangulation avec l'apport de la littérature, scientifique et grise, et l'expérience québécoise dans le domaine de l'évaluation en santé.

⁷ Ministère de la santé et des services sociaux. Rapport d'évaluation des équipes interdisciplinaires en oncologie, Québec, 2008.

CHAPITRE IV

PROPOSITION D'UNE DEMARCHE D'EVALUATION DES PROGRAMMES DE SANTE AU MAROC ET LA STRATEGIE DE SON DEVELOPPEMENT

L'évaluation de programme de santé qui consiste à produire de l'information fiable pour l'améliorer, prendre des décisions, allouer des ressources ou pour enrichir le débat public, nécessite l'existence des outils et instruments qui permettent son entreprise sur le terrain sans susciter de contraintes ou des résistances, ainsi que des dispositifs institutionnels qui rendent sa pratique routinière tout en alimentant l'organisation de données sur ses actions pour continuer à répondre aux besoins de la population.

La mouvance transformationnelle à laquelle assiste le système de santé au Maroc représente autant de défis que de fenêtres d'opportunité pour le développement de la fonction d'évaluation. Ainsi, la régionalisation, qui est à ses tous débuts, en est une des opportunités, d'autant plus qu'en corollaire le Maroc assiste à l'avènement de la couverture médicale de base comme levier pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins. Donc, le besoin en information devient plus grand avec l'ampleur des actions qui sont mises en œuvre ou en cours de planification notamment celles qui visent la consolidation des programmes de santé pour améliorer leur performance et augmenter la couverture sanitaire de tout le territoire (Ministère de la santé, plan d'action de santé 2008-2012, Maroc, 2008).

Pour ce faire, nous allons proposer dans ce chapitre une démarche pratique, ralliant structure et système d'interaction sociale, pour procéder à l'évaluation de ces programmes de santé qui constituent un axe stratégique de l'action du ministère de la santé et un mécanisme de son développement à travers l'expérience acquise durant le stage effectué à la direction d'évaluation au Québec et la revue de littérature.

4.1 Le contenu de la démarche d'évaluation proposée : un apport pour améliorer la performance du système national de santé au Maroc

L'évaluation de chaque programme de santé est tributaire de son contexte. La méthode que nous proposons ici demeure une application générale qui retrace les grandes lignes à suivre pour mener à bien une évaluation moyennant des adaptations. Elle peut être une référence pour les gestionnaires des programmes ou autres pour évaluer leurs actions ou interventions.

Partant du constat qui montre que les programmes de santé ont la même structure (objectifs, stratégies, activités, ressources et indicateurs de suivi), le même mode de pilotage et de gestion (niveau central, régional et local) avec un degré relativement différent de réussite ou de dysfonctionnement, et ils concourent au même objectif global qui est l'amélioration de l'état de santé de la population à travers des actions de prévention et de promotion de la santé. Nous allons esquisser l'élaboration de cette démarche dans une perspective managériale pour qu'elle soit profitable à tous sur le terrain (gestionnaires et évaluateurs).

4.1.1 *Les éléments structurant la démarche d'évaluation*

4.1.1.1 *Finalité de l'évaluation*

Les programmes de santé au Maroc sont en cours d'exécution depuis une longue durée et leurs stratégies d'intervention se modifient progressivement selon le degré d'atteinte des objectifs fixés mais aussi selon les orientations stratégiques du ministère de la santé, lesquelles se doivent d'être en conformité avec les directives de l'OMS. Devant un tel contexte de contingence et compte tenu des résultats de notre revue de la littérature, nous proposons que les finalités d'une fonction d'évaluation se doivent d'être les suivantes :

- Stratégique : pour prospecter l'avenir et prendre les décisions qui permettent d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement auxquels le Maroc s'est engagé et qui touchent notamment à la santé maternelle et infantile, à la lutte contre le sida, paludisme. De même, le ministère de la santé collabore avec les bailleurs de fonds (OMS, UNICEF, FNUAP, Fonds Mondial de lutte contre le Sida, etc.) pour rechercher les financements nécessaires et optimiser l'allocation de ressources aux différents programmes en se basant sur les besoins et non sur l'historique dans le but d'améliorer les indicateurs de santé ;
- Formative : pour s'informer sur la mise en œuvre et le fonctionnement des programmes dans le but de déceler les dysfonctionnements et d'y pallier, de procéder à des améliorations et des réajustements en cours de route pour pouvoir atteindre les objectifs tracés et réaliser les résultats souhaités (ex. le taux de mortalité maternelle qui est presque resté stagnant de 1997 à 2008) ;
- Sommative : pour mesurer les résultats des programmes et mettre un lien entre leurs services et les résultats observés pour en tirer des leçons. A ce niveau, il serait pertinent de prendre comme norme de comparaison les objectifs fixés dans la stratégie nationale de santé ou les normes de l'OMS.

4.1.1.2 *Approche d'évaluation à adopter*

L'entreprise d'une évaluation suppose la mise en relation de trois types d'acteurs : le commanditaire (autorité politico- administrative, organisme international), l'évaluateur (fonctionnaire, universitaire ou consultant) et l'évalué (groupe cible, bénéficiaire). L'évaluation soulève des enjeux d'interaction sociale majeurs. De ce fait, nous recommandons une approche pluraliste et participative qui va permettre à l'évaluateur d'avoir une multitude de points de vue sur le programme, objet d'évaluation, allant du décideur jusqu'au bénéficiaire et de les faire participer au projet. Une telle approche permet de s'assurer de l'appropriation par les réalisateurs du programme des changements à entreprendre mais aussi leur adhésion à ces changements. Par ailleurs, l'évaluation suppose un travail continu dans le temps et donc une possibilité d'ajustement. De ce fait, d'un point de vue structurel, la démarche d'évaluation se doit de laisser une autonomie aux acteurs qui leur confèrent un pouvoir décisionnel, fondamental pour la pérennité de l'adhésion à un tel processus.

De plus, une équipe d'évaluation multidisciplinaire reste un garant de la pluralité de la démarche. La multidisciplinarité concerne principalement la diversité des acteurs : gestionnaires, cliniciens et autres

professionnels. La dynamique qui s'opère lors de la prise de décision pluraliste permet les ajustements structurels qui sont à la base de la réussite d'un changement organisationnel de ce type.

4.1.1.3 Objets de l'évaluation des programmes de santé

D'un point de vue purement structurel, l'évaluation des programmes de santé peut porter sur leur pertinence, leur mise en œuvre ou leurs effets (résultats et impacts). L'évaluation de la pertinence questionne la raison d'être du programme et consiste à vérifier la cohérence entre les besoins et les objectifs. L'évaluation de la mise en œuvre analyse le déploiement et le fonctionnement du programme pour déceler les dysfonctionnements. L'évaluation des résultats mesure l'atteinte des objectifs fixés pour se prononcer sur l'efficacité et l'efficience du programme.

En gros, l'évaluation d'un programme de santé doit questionner cinq critères : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'économie et l'impact ; et documenter quatre dimensions à savoir : l'offre de services et de soins, l'accessibilité, la continuité et la qualité.

Ces critères et dimensions seront les éléments de base pour évaluer un programme de santé. Ils feront l'objet de deux matrices où seront portées la définition de chaque critère ou dimension, sa méthodologie, ses indicateurs, ses sources d'informations et les questions à lui poser.

4.1.1.4 Devis d'évaluation

D'après le contexte des programmes de santé au Maroc, le fait de recommander un type ou un modèle particulier de l'évaluation dépend de la nature de l'évaluation à entreprendre (pertinence, mise en œuvre ou d'effets), de ses objectifs et des acteurs concernés. Par ailleurs, il existe cinq modèles d'évaluation distincts mais ils requièrent des expertises et des outils particuliers et donc des compétences diversifiées. Aussi, pour implanter une culture d'évaluation, nous jugeons plus pertinent de commencer avec l'évaluation formative. Une telle approche permettrait de lever la résistance de la part des acteurs et de permettre à ceux-ci un apprentissage collectif en matière d'évaluation. Ce qui revient à une approche d'appivoisement de l'évaluation. L'apprentissage collectif, ou l'appivoisement, font appel à une notion temporelle dont les acteurs ne peuvent faire l'économie. Le temps permettra alors aux acteurs non seulement de s'ajuster mais aussi de donner une configuration structurelle particulière à l'évaluation capable de refléter leurs capacités et celles de leurs organisations.

Pour obtenir des résultats probants et une image globale sur le programme à évaluer, le devis évaluatif doit prendre en considération tous les niveaux de gestion du programme : national, régional et local.

4.1.2 Le processus évaluatif

Dans une perspective managériale, une meilleure gestion et planification du projet d'évaluation conditionne sa réalisation sur le terrain et nécessite des compétences de la part de l'évaluateur pour

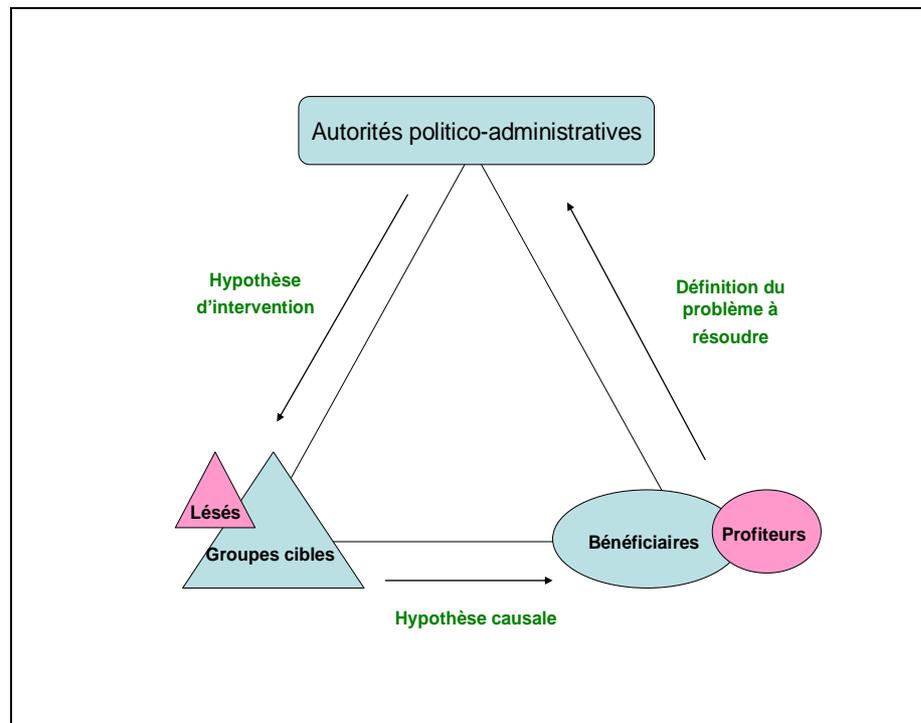
mener à bien le projet. Le processus d'évaluation que nous proposons ici comprend quatre étapes : la préparation, la planification, la réalisation et la valorisation.

4.1.2.1 Etape de la préparation

L'étape de la préparation d'un projet d'évaluation se structure autour des activités suivantes :

- Identifier les besoins en informations et leurs intérêts à l'égard de l'évaluation ;
- Identifier les dimensions politiques du programme à évaluer qui doivent être prises en considération, et les situations imprévues qui peuvent se produire en cours de route et affecter la réalisation de l'évaluation ainsi que les stratégies qui permettront de les anticiper et ou d'y faire face d'une manière appropriée ;
- Former un comité de pilotage de l'évaluation : l'entreprise d'une évaluation constitue un processus technique et politique qui réunit les acteurs directs et indirects du programme à évaluer. Ce comité va favoriser la pluralité des points de vue et sert pour piloter le projet d'évaluation (discussion du mandat, de l'état d'avancement du projet, des résultats et du rapport final) ;
- Étudier le cadre logique du programme : avant d'entamer la réalisation de l'évaluation, il faut disposer d'une bonne connaissance du programme tout en revisitant sa planification et sa mise en œuvre.
- Tracer le triangle de base des acteurs du programme selon le modèle suivant :

Figure 9 : Triangle de base des acteurs d'un programme.



Source : Modèle adapté (Jacob 2008).

Ce triangle permet d'identifier les acteurs du programme qui sont :

- Les autorités politico-administratives qui sont chargées de l'élaboration du programme et de sa mise en œuvre ;

- Les groupes cibles qui sont à l'origine du problème à résoudre ;
- Les bénéficiaires qui sont directement touchés par le problème et subissent ses effets négatifs ;
- Les profiteurs sont ceux qui tirent profit d'une façon non intentionnelle de la mise en œuvre du programme ;
- Les lésés représentent ceux qui sont affectés négativement par la mise en œuvre du programme.

4.1.2.2 Etape de la planification

Dans cette étape, l'équipe d'évaluation se concentre à préparer les points suivants :

1. Le plan méthodologique :
 - Formuler les questions d'évaluation pouvant éclairer les décisions à prendre (questions relatives à la pertinence, la mise en œuvre ou aux effets du programme) ;
 - Choisir les critères d'évaluation qui permettent de répondre à ce questionnement évaluatif (pertinence, efficacité, efficience, économie, impact).
2. Les buts de l'évaluation : ils sont généralement de deux types :
 - Un but formatif : l'évaluation détecte les dysfonctionnements et vise l'amélioration du pilotage du programme en cours;
 - Un but sommatif : l'évaluation analyse le lien causal entre le programme et ses résultats afin d'en tirer des leçons pour le futur.
3. Élaborer un cahier de charges : la préparation de ce document se veut une étape de logistique qui décrit de manière détaillée la méthodologie, les ressources nécessaires pour mener l'évaluation et son échéancier. Il peut comporter les parties suivantes :
 - Le cadre de l'évaluation : il présente le contexte du programme (le cadre logique et les acteurs du programme, les commanditaires de l'évaluation, les raisons et circonstances de l'évaluation) ;
 - Les objectifs de l'évaluation : il s'agit de préciser les questions évaluatives et la restitution prévue pour les résultats ;
 - La méthodologie : elle décrit l'approche d'évaluation à utiliser tout en annonçant les critères, les indicateurs, les sources de données, les analyses à faire et les documents à produire à quel moment et pour quel destinataire ;
 - L'équipe d'évaluation : définir les tâches de chaque membre de l'équipe et le cas échéant, le profil de l'évaluateur externe lorsqu'il s'agit d'un appel à proposition ;
 - Le mécanisme du suivi et de validation des travaux tout au long du projet d'évaluation ;
 - L'échéancier des activités à réaliser avec un budget prévisionnel.

4.1.2.3 Etape de la réalisation

La réalisation de l'évaluation se déroule en trois phases :

1^{ère} phase : Collecte des données : elle peut se faire à partir des sources suivantes :

- Exploiter la documentation disponible se rapportant au programme.
- Collecter les données d'observation sur le terrain : il faut élaborer à l'avance une grille d'observation pour consigner les événements, actions ou faits constatés en relation avec la question d'évaluation à documenter.
- Recueillir les données par enquête, entrevue ou groupe de discussion : à cette fin, il faut préparer le guide et le questionnaire d'enquête ou d'entrevue. Le questionnaire doit être validé par le comité de pilotage et testé avant son utilisation. La collecte des informations par ces outils doit tenir en compte les critères d'éthiques.

2^{ème} phase : Analyse des données recueillies pour chaque question d'évaluation :

- Ressortir les résultats à partir des différentes techniques de collecte des données ;
- Faire des triangulations entre données qualitatives et quantitatives ;
- Faire des comparaisons de type ici/ailleurs ou avant/après.

3^{ème} phase : Faire des conclusions et des recommandations

La formulation des conclusions doit être basée sur les analyses et les discussions effectuées. Ces conclusions doivent être claires et pertinentes pour répondre aux questions de l'évaluation et aider à la prise de décisions. Toutefois, une distinction doit être faite entre les conclusions et les recommandations.

En effet, les recommandations sont des acquis à consolider, des manques à gagner, des orientations à mettre en œuvre. Les gestionnaires doivent être impliqués à ce niveau pour bien les approprier et en assurer le suivi.

4.1.2.4 Etape de la valorisation

Cette étape constitue un enjeu politique entre les acteurs pour valoriser les résultats de l'évaluation et favoriser ainsi leur utilisation. Elle comprend les points suivants :

1. La rédaction du rapport et sa diffusion :
 - Le rapport doit d'abord ressortir les aspects positifs du programme et par la suite souligner les éléments objets de changement ;
 - Un résumé du rapport doit être rédigé pour permettre une large diffusion des résultats produits ;
 - Le retour d'information aux différents acteurs du programme : décideurs, gestionnaires, professionnels, bénéficiaires à travers des réunions, séminaires, ateliers de travail, rapports et documents ;
 - La disponibilité des résultats au public : chercheurs, universitaires, étudiants, associations, citoyens, etc.
2. La prise en compte des recommandations : démontre la pertinence de l'entreprise de l'évaluation et reste tributaire de l'importance des recommandations qui doivent :
 - Contribuer à l'amélioration du programme évalué ;
 - Prendre en considération les contraintes de la direction gestionnaire du programme ;

- Décrire les moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

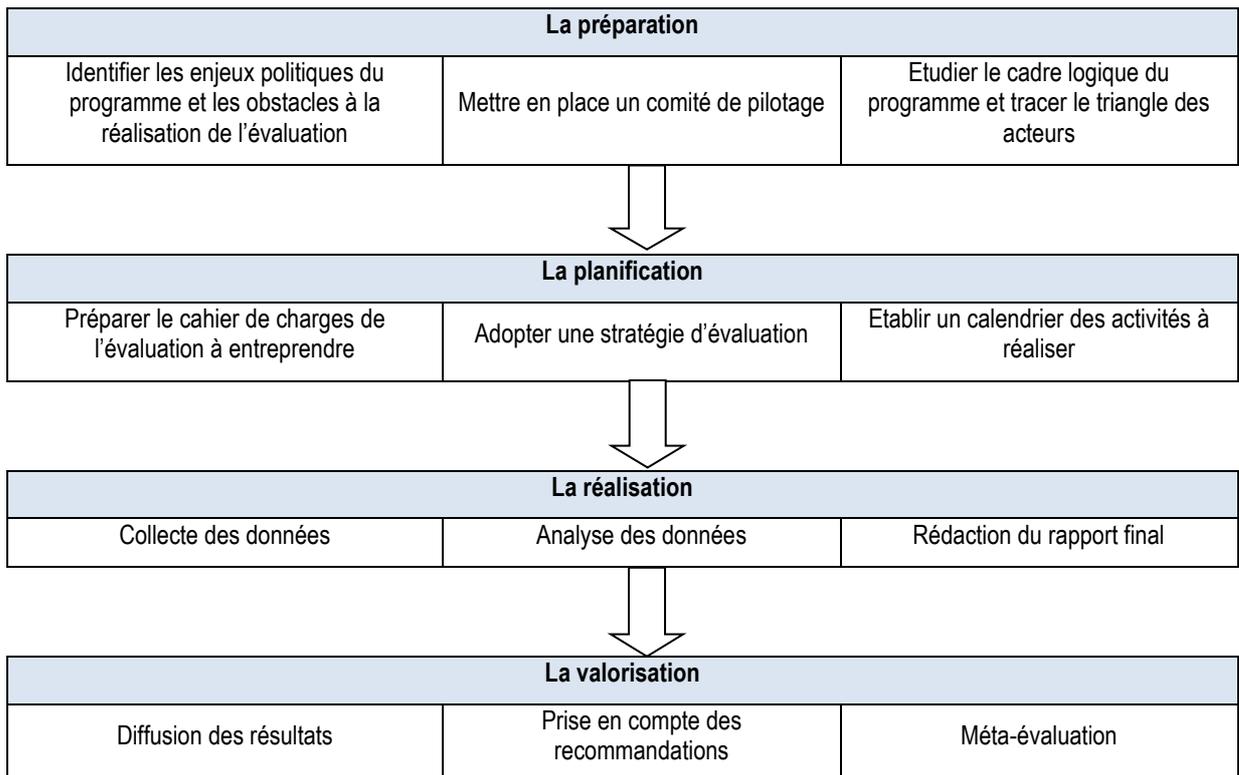
Dans ce sens, le comité de pilotage de l'évaluation peut assurer le suivi des recommandations faites.

3. L'analyse de l'évaluation ou méta-évaluation :

Elle consiste à effectuer une remise en question de la démarche évaluative utilisée pour s'assurer du bon déroulement du projet d'évaluation et s'informer sur son effet sur le programme évalué et la prise de décision afin de tirer des leçons.

La figure suivante résume les grandes étapes de processus d'évaluation.

Figure 10: Grandes étapes du processus d'évaluation.



Source : Inspiré du modèle du conseil du trésor, Québec, 2002.

4.1.3 Perspectives de la démarche d'évaluation

La démarche évaluative, que nous avons proposé pour évaluer les programmes de santé au Maroc, reste valable pour toute action ou intervention dans le domaine de la santé et trouve sa justification dans trois types d'évaluation avec un angle de vue selon trois perspectives pour contribuer à la mesure de la performance du système national de santé.

4.1.3.1 L'évaluation interne : perspective formative

Ce type d'évaluation vise un but formatif dans la mesure où il alimente les gestionnaires d'informations et de données fiables qui documentent l'implantation de leurs actions en vue d'introduire les corrections nécessaires et de réajuster le tir. Cependant, une évaluation interne présente une limite quant à son indépendance mais elle trouve sa pertinence en permettant un échange avec les acteurs du

programme comme utilisateurs, et leurs bénéficiaires comme évalués. Elle permet un gain en ressources du fait qu'elle est pilotée et entreprise par des professionnels connaissant le système de santé et l'action à évaluer. Ils contribuent efficacement à la diffusion des résultats et peuvent être dans une meilleure position pour recommander tout changement selon les conclusions de l'évaluation (Mayne, 1992).

4.1.3.2 L'auto-évaluation : perspective managériale

Cette démarche peut servir également aux gestionnaires comme une base pour procéder à des auto-évaluations de leurs interventions à des fins managériales. En effet, pour rendre compte de ses actions, le gestionnaire est appelé à entreprendre des études qui mesurent l'atteinte des objectifs tracés, les ressources consommées et les résultats obtenus en vue d'obtenir la reconduction du financement de son programme ou des ressources supplémentaires. A ce niveau, l'évaluation constitue donc une étape incontournable du cycle du projet ou du programme à concevoir.

4.1.3.3 L'évaluation externe : perspective sommative

Dans cette perspective, les gestionnaires recourent à des compétences externes pour mener des projets d'évaluation ou accompagner les structures internes dans la réalisation de certains projets d'évaluation complexes. Le recours à des évaluateurs externes se justifie par leur indépendance et leur objectivité, ce qui garantit la fiabilité des résultats. Cette évaluation est dite également récapitulative et vise un but sommatif en vue de prendre une décision pour reconduire le financement d'un programme, le maintenir ou l'arrêter. Elle permet un apprentissage pour le futur par les leçons tirées.

4.1.4 Les utilisateurs possibles de la démarche

D'un point de vue d'acteurs, la démarche que nous proposons est susceptible d'être utilisée par deux acteurs principaux dans le cadre des programmes de santé au Maroc :

4.1.4.1 Les décideurs

Se sont les acteurs qui ont besoin de l'information pour prendre des décisions stratégiques en faveur du système national de santé. Ils sont de trois types : la direction supérieure du ministère, les directions centrales et les directions régionales de santé.

4.1.4.2 Les gestionnaires

Cette démarche cible également les gestionnaires qui sont responsables de la gestion des programmes de santé selon les trois niveaux : central, régional et local pour s'informer sur le déploiement de leurs activités ainsi mises en place au sein des programmes de santé. Le niveau central lui permet d'avoir

l'information macro. Le niveau régional acquiert de l'information méso et le niveau local s'approprie de l'information micro.

4.2 La stratégie de développement de la fonction évaluation au niveau du ministère de la santé : un défi à relever pour soutenir le développement des programmes de santé au Maroc

L'élaboration d'une démarche systématique et structurée d'évaluation des programmes de santé au Maroc constitue un moyen et non pas une fin en soi. Elle a pour but ultime l'amélioration de la santé des individus et de la population. Un tel but ne peut être atteint qu'à travers la mise en place de mécanismes d'évaluation des activités autant cliniques que de gestion des programmes de santé. Toutefois, l'évaluation suppose l'acceptation d'un droit de regard sur les pratiques professionnelles (des cliniciens et des gestionnaires) et leur remise en question sur la base d'une performance attendue. Un tel changement paradigmatique ne peut s'opérer sans un soutien par une structure habilitante et sécurisante pour les acteurs. En effet, l'évaluation possède un substratum culturel assez fort, lequel suppose une adhésion de la part des acteurs concernés. Un tel processus d'adhésion se construit dans le temps et nécessite donc une période d'appropriation. Par ailleurs, bien que le système de santé au Maroc ait opté pour la régionalisation, il reste encore assez bureaucratique et l'approche graduelle d'institutionnalisation de l'évaluation permettrait de réduire les résistances aux changements et favoriserait l'adoption par les acteurs.

4.2.1 *L'institutionnalisation de l'évaluation*

L'institutionnalisation de l'évaluation correspond à une routinisation du recours à l'évaluation et constitue le point de départ pour la mise en place d'un système d'évaluation (Monier 1992, cité par Jacob 2005). De plus, elle est un gage de pérennité de sa pratique effective au sein des instances politico-administratives.

Elle peut se faire selon un dispositif institutionnel (organisation, acteur, règles) qui contribue au développement et à la continuité de la pratique évaluative. Ce qui permet de renforcer les capacités d'apprentissage en la matière au sein du ministère et de mener des activités d'évaluation d'une façon efficace et efficiente.

L'institutionnalisation de l'évaluation au sein du ministère de la santé peut être effectuée selon quatre niveaux :

4.2.1.1 *Niveau institutionnel*

A l'image de ce qui existe au Québec, il serait pertinent pour le Maroc de s'engager dans l'instauration d'un processus de reddition de comptes. Processus, d'ailleurs légitime, compte tenu notamment des contraintes budgétaires auxquels fait face le système de santé marocain. Dans cette optique, l'élaboration d'une politique d'imputabilité offre un cadre structurel favorable pour l'institutionnalisation

de l'évaluation. Ainsi, l'élaboration d'une telle politique s'inscrirait dans une perspective de gestion par performance et concernerait autant les organisations que les individus.

Cette régulation doit être accompagnée de l'élaboration d'une politique d'évaluation susceptible d'encadrer son exercice effectif afin d'en faire une activité stratégique au sein du ministère de la santé. Cette politique devra définir les domaines prioritaires à évaluer, les types d'évaluation à entreprendre, les modalités d'établissement du programme annuel d'évaluation et de leur financement. Bien qu'elle se doive d'être explicite, elle aura pour objectif de laisser une marge de manœuvre aux acteurs afin qu'ils puissent y introduire des modifications. Cette latitude est en soi une stratégie visant l'amélioration du niveau d'adhésion.

4.2.1.2 Cadre organisationnel

A ce niveau, nous proposons que le ministère mette en place une direction d'évaluation ayant pour mandat l'exécution de la politique d'évaluation. Pour ce faire, un décret fixant ses attributions et organisant son fonctionnement et ses mécanismes de coordination avec les commanditaires devrait être adopté. Le modèle québécois pourra servir comme base moyennant des adaptations au contexte marocain où le processus administratif est différent de celui au Québec. En effet, ce que nous proposons est une démarche graduelle mais prenant racine dans la tradition de gestion telle qu'elle est réalisée au Maroc. En effet, le contexte organisationnel marocain se base sur une approche décisionnelle structurationniste, utilisant les décrets comme moyen de régulation globale. Par la suite, les systèmes sociaux s'ajustent et se configurent selon leurs capacités.

4.2.1.3 Processus gestionnaire

A ce niveau, l'instrumentalisation de l'évaluation est fondamentale. En effet, elle devrait être proposée comme outil d'aide à la décision plutôt qu'un mécanisme de régulation. Pour ce faire, elle devrait laisser une marge de latitude décisionnelle qui représente une zone de confort organisationnel, notamment pour les gestionnaires. Ce qui leur permet d'avoir une flexibilité dans la décision de l'organisation de l'offre de services et de soins et de l'orientation de leurs interventions ultérieures pour répondre aux besoins de la population. Une telle perspective est en parfaite cohérence avec la réforme de régionalisation laquelle suppose une autonomie décisionnelle pour les régions et donc un plus grand contrôle sur leurs choix stratégiques.

4.2.1.4 Niveau professionnel

Pour que la fonction évaluation se développe d'une façon effective, il faudrait créer un système d'incitatifs organisationnels et/ou financiers pour motiver les professionnels et s'assurer de leur adhésion à un tel processus.

Le tableau suivant récapitule les différentes mesures pour l'institutionnalisation de l'évaluation au niveau du ministère de la santé.

Tableau 5 : Niveaux d'institutionnalisation de l'évaluation au sein du ministère de la santé.

| Niveau | Mesures ou actions |
|------------------------|---|
| Institutionnel | <ul style="list-style-type: none"> - Adopter une politique d'imputabilité - Elaborer une politique d'évaluation pour le ministère |
| Organisationnel | <ul style="list-style-type: none"> - Créer une direction chargée de l'évaluation - Fixer ses attributions, son organisation et son fonctionnement |
| Gestionnaire | <ul style="list-style-type: none"> - Introduire l'évaluation comme une étape du cycle de gestion d'un programme - Gérer l'évaluation par projet et privilégier le travail en équipe |
| Professionnel | <ul style="list-style-type: none"> - Créer un système d'incitatifs organisationnels et/ou financiers |

Source : Rassafi, Abdellah, 2009.

4.2.2 L'implantation de la fonction évaluation

L'implantation d'une fonction évaluation au niveau du ministère constitue une nouvelle impulsion pour le système national de santé au Maroc par la mise en place d'une direction d'évaluation qui doit être dotée de toutes les ressources nécessaires pour son bon fonctionnement selon deux niveaux de gouvernance central et régional. Toutefois, dans un contexte de restriction budgétaire, nous proposons une optimisation des ressources disponibles sur le terrain, plutôt qu'un investissement supplémentaire en matière d'implantation de la fonction d'évaluation. Notre recommandation à ce niveau est de tester l'introduction de l'évaluation via son intégration aux projets pilotes en cours au Maroc. En effet, la régionalisation est à sa phase expérimentale dans trois régions du Maroc, différentes de part leur réalité terrain (organisationnelle, culturelle et épidémiologique), ce qui offre une opportunité pour tester un changement intégré.

4.2.2.1 Ressources humaines

Notre proposition recommande une approche pluraliste impliquant divers professionnels : médecins, cadres paramédicaux, sociologues, psychologues, économistes, démographes, épidémiologistes, informaticiens, techniciens, cadres administratifs, etc. Cette diversité constituera une force pour cerner toutes les facettes du programme ou de l'intervention à évaluer et avoir une pluralité de points de vue, ce qui consolidera la fiabilité des informations et des connaissances à produire. Par ailleurs, elle permettra d'élaborer des stratégies et des modalités d'action capables de refléter les diverses perspectives et donc de s'assurer un meilleur niveau d'adhésion de la part des acteurs.

4.2.2.2 Ressources financières

La politique d'évaluation s'efforce de fixer le seuil de financement des projets d'évaluation ou bien indiquer que tout programme ou projet doit inclure une clause de financement de son évaluation. Du

fait qu'il n'existe pas de normes fixant les montants qui seront alloués aux activités d'évaluation et que cela dépend de l'ampleur de chaque activité, il est préférable d'adopter le seuil fixé par la politique d'évaluation québécoise dans ce sens (1 à 2 % du budget total de l'intervention selon la complexité de l'évaluation à entreprendre).

4.2.2.3 *Ressources matérielles*

Pour que la direction d'évaluation s'acquitte de sa mission, il faut la doter de tout le matériel nécessaire à sa bonne marche à savoir : équipements informatiques, logiciels de traitements des données, magnétophones, moyens de mobilité, bureaux, fournitures et autres.

4.2.2.4 *Ressources informationnelles*

La question de l'information et des banques de données est centrale pour l'évaluation. Le Québec nous a permis de constater à quel point un système de collecte de données rigoureux est indispensable. L'informatisation du système de santé est un point crucial. Toutefois, le principal lieu d'offre des programmes de santé reste la 1^{ère} ligne, laquelle n'est pas visée par l'informatisation. De ce fait, la collecte de données repose sur les acteurs terrain qui considèrent la collecte de données épidémiologiques ou autres comme une surcharge de travail. Dans cette optique, l'implantation de l'évaluation devrait tenir compte de cet aspect qui est la pierre angulaire de sa réussite. De plus, des mécanismes ou des procédures pour l'accès aux banques de données doivent être mis en place. Au Québec, la question de la confidentialité est primordiale et l'accès aux données passe par la Commission d'accès à l'Information (CAI) qui se charge de la dénominalisation des banques.

4.2.3 *Le développement des capacités évaluatives des gestionnaires*

L'instauration d'une culture d'évaluation nécessite le renforcement des capacités des gestionnaires en matière d'évaluation dans trois domaines :

4.2.3.1 *La gestion d'une évaluation à l'externe*

La mission du gestionnaire dans le pilotage d'une évaluation à l'externe consiste à développer des compétences en matière d'élaboration des cahiers de charges ou termes de références, de jugement des offres pour la sélection des candidats, d'appréciation et de validation des rapports et produits de l'évaluation.

Pour ce type de projets qui nécessitent le recrutement de consultants externes, le renforcement des capacités des gestionnaires doit se faire à un niveau central en premier temps, et selon la nature et l'ampleur des activités à évaluer, il peut faire l'objet d'une décentralisation dans le cadre de la formation des formateurs. Cette formation ou développement de compétences peut être déployée par

l'organisation de cours, d'ateliers, de séminaires en matière des projets d'évaluation avec appel à proposition.

4.2.3.2 La conduite d'une évaluation à l'interne

Avec la régionalisation du système de santé au Maroc, la pratique de l'évaluation doit être implantée à deux paliers de gouvernance : central et régional. Le rôle du gestionnaire ou professionnel évaluateur consiste à maîtriser toutes les facettes du processus évaluatif (mandat, questions, planification, réalisation et restitution) depuis l'étape de la préparation jusqu'à la rédaction du rapport final. Il s'agit de développer une expertise professionnelle pour mener à bien une évaluation efficace et efficiente.

Pour ce faire, il est pertinent d'organiser à l'intention des gestionnaires ou cadres à impliquer dans l'évaluation des cours, séminaires et ateliers portant sur l'évaluation de programmes d'une façon plus approfondie pour qu'ils développent des compétences dans ce domaine et soient capables de procéder à l'évaluation de leurs actions. L'élaboration de guide ou de cadre de référence en évaluation et la formation continue constituent un axe porteur pour développer une culture d'évaluation à l'intérieur du ministère.

4.2.3.3 La valorisation des résultats

La phase de valorisation constitue une dimension politique pleine d'enjeux et de défis que le gestionnaire ou l'évaluateur doit relever pour que les résultats de son évaluation soient profitables à tous. Ces enjeux se situent au niveau du cheminement de l'information à produire et de l'utilisation future des résultats. L'évaluateur qu'il soit interne ou externe doit discuter avec le commanditaire de cette question au moment de la préparation du projet d'évaluation pour éviter tout problème possible en aval.

Pour le déploiement de cette activité, le gestionnaire est censé élaborer un plan de communication spécifique à chaque projet d'évaluation pour mettre à profit les résultats et le transfert des connaissances. Pour ce faire, il peut organiser des colloques pour capitaliser les expériences et les pratiques, diffuser les résultats dans des revues et des bases de données en ligne.

CONCLUSION

Dans ce travail de recherche qui traite de la problématique de l'évaluation des programmes de santé, nous partons du principe que l'évaluation, en étant qu'étape du cycle de la planification d'un programme, est utile et sert comme outil d'aide à la prise de décision, contribue à l'amélioration de la mise en œuvre d'une action ou d'une intervention et au développement de la connaissance et de l'apprentissage organisationnel.

L'évaluation est une activité de base pour documenter les actions entreprises et en apprécier la performance afin de rendre compte de l'atteinte des résultats visés. En effet, son intégration dans le processus de gestion, concourt d'une part à l'amélioration des prestations et des services offerts à la population et d'autre part à la rationalisation de la gestion des ressources.

Si, à l'image de l'expérience québécoise, le ministère de la santé du Maroc se dote d'une structure administrative capable d'organiser le cadre de l'évaluation et développer une culture d'évaluation toute en lui consacrant les moyens nécessaires, le pilotage et la performance des programmes de santé pourront être améliorés. Cette amélioration découlerait de la disponibilité d'une information fiable produite par une démarche d'évaluation bien structurée et transparente. Une telle démarche confère aux résultats une crédibilité et une légitimité qui en feront la base des processus décisionnels.

Le succès de l'implantation d'un système d'évaluation au niveau du ministère, repose tout d'abord sur l'appropriation de ses outils et méthodes par les acteurs. Le système de santé du Maroc ne peut donc pas faire l'économie de la réalisation de la démarche d'appropriation et d'adhésion des acteurs à l'évaluation. Car, l'évaluation engendre un climat d'incertitude et de méfiance qui augmente le niveau de résistance chez les individus.

Une fois cette étape d'appropriation réalisée, l'implantation de la fonction d'évaluation nécessitera une réorganisation ou une mobilisation de ressources autant organisationnelles, humaines, informationnelles que matérielles. Notre analyse basée sur le cadre de la structuration a permis de montrer comment un changement organisationnel, comme l'implantation de la fonction d'évaluation, suppose la mise en place d'une structure formelle et adéquate, qui laisse toutefois aux systèmes sociaux la capacité de s'exprimer et de la façonner selon la dynamique locale. À ce niveau, la notion de l'espace et du temps est fondamentale car les individus en ont besoin pour vivre l'ajustement sous-jacent au changement, structurel et culturel, que suppose l'implantation de la fonction d'évaluation.

Le présent travail est une proposition de recommandations prenant origine dans les enseignements acquis lors d'une expérience terrain au Québec, des rencontres avec des experts et suite à une revue de la littérature. Cependant, afin d'en évaluer la portée pour le système de santé du Maroc, une analyse organisationnelle des facteurs facilitant et/ou contraignants un tel processus serait souhaitable dans le but de développer une stratégie d'implantation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AIT BOUHOUCHE, B. *et al.* *Gestion de programme de santé*, Ministère de la santé, Rabat, 2004.
- AMORIM, A. *et al.* *Guide de l'évaluation*, Ministère des affaires étrangères, nouvelle édition, France, Juin 2005.
- BADRA, Lamia. *Conception et réalisation d'un dispositif d'évaluation des performances d'une bibliothèque*, thèse, Université Lumière Lyon 2, Lyon, 2001.
- BEAUDRY, J. et B. GAUTHIER. *L'évaluation de programmes*, Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec, 1992.
- BENHMAD, Abderrahmane. *Approche d'amélioration de la supervision des programmes de santé au niveau des établissements de soins de santé de base de Salé*, Mémoire, INAS, Maroc, Rabat, 2006.
- CENTRE D'ETUDES ET DE RECHERCHES DEMOGRAPHIQUES. *Profil sociodémographique du Maroc*, 2004.
- CHAGNON, François *et al.* *Évaluation de programmes en prévention du suicide*, Presses de l'université du Québec, 2004
- CHAMBERS, F. *Removing confusion about formative and summative evaluation: purpose versus time*, Evaluation and program planning, 1, 1994, pp. 9-12.
- CHEN, H. et T. ROSSY. *Theory driven evaluation*, Newbury Park, CA, Sages Publications, 1990, 325 p.
- COLLANGE, G. *et al.* *Guide méthodologique du suivi de la performance*, Programme de réforme de l'administration publique au Maroc, Banque mondiale, novembre 2006.
- CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION. *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, la documentation française, France, 1996.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2000, Vol. 48, pp. 517-539.
- COOK, T.D. et W.R. SHADISH. *Program evaluation: the worldly science*, Annual review of psychology, n°37, 1986, pp.193-232.
- CROZIER, M. et E. FRIEDBERG. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, Première parution en 1977, dans la collection Sociologie politique, 2000.
- DESCROIX, S. et C. LELOUP. *Organiser l'évaluation d'une action de développement dans le sud : un guide pour les ONG du nord*, Le COTA, hors série n°2, Bruxelles, 2002.
- DESJARDINS, N. *L'évaluation de programmes : un plus pour l'action*, Saint-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Québec, 1995.
- FLEURY, M. J., M. TREMBLAY *et al.* *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Québec, 2007.
- FONTAINE, Denis *et al.* *L'évaluation en neuf étapes*, le Groupe Evaluation de l'Espace Régional de Santé Publique, Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, Lyon, France, 2004.
- GIDDENS, A. *La constitution de la société*, Paris, PUF, 1987, 474p.
- GOVERNEMENT DU QUEBEC. *Loi sur l'administration publique*, L.Q. 2000, chapitre 8, 30 mai 2000.
- GROUPE DE RESPONSABLES DE L'ANALYSE ET DE L'EVALUATION DE PROGRAMME. *L'analyse de programme au gouvernement du Québec : un atout pour le citoyen*, Québec, GRAEP, 1992.

- GUBA, A.E.G. et Y. LINCOLN. *Fourth generation evaluation*, Newbury Park, CA, Sages Publications, 1989, 294 p.
- JACOB, S et F. VARONE. *Cheminement institutionnel de l'évaluation des politiques publiques en France, en Suisse et aux Pays-Bas (1970-2003)*, dans *Politiques et management public*, vol. 22, n° 2, 2004, pp. 135-152.
- JACOB, Steve. *Cours de conception et évaluation des politiques et programmes publics*, Alexandrie, 2008.
- JACOB, Steve. *Réflexions autour d'une typologie des dispositifs institutionnels d'évaluation*, *Revue canadienne d'évaluation de programme*, Vol. 20, N° 2, 2005, Pages 49–68.
- LIPSEY, M.W. et J.A. POLLARD. *Driving toward theory in program evaluation: more models to choose from*, *Evaluation and program planning*, 12, 1989, pp. 317-328.
- MARCEAU, R. et al. *La planification d'une évaluation de programme: concepts théoriques et considérations pratiques*, Presses de l'Université Laval, Sillery, Québec, 1992, pp. 446-479.
- MAYNE, J. *Institutionalizing program evaluation*, Editeurs, Actionoriented evaluations in organizations – Canadian practices, Wall & Emerson, Toronto, 1992, p. 21-27.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre d'évaluation du projet SARDM*, Québec, 2008.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanies*, Québec, 1998.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Démarche d'évaluation des GMF*, Québec, 2004.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'organisation*, Québec, mars 2007.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan de travail de la direction de l'évaluation 2006-2009*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, avril 2006.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique d'évaluation du ministère de la santé et des services sociaux*, Québec, 2003.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport d'évaluation des équipes interdisciplinaires en oncologie*, Québec, 2008.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Plan d'action de santé 2008-2012*, Maroc, Rabat, 2008.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Politique de santé : acquis, défis et objectifs, plan d'action 2005-2007*, Maroc, Rabat, 2005.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Elaboration des stratégies et Plans d'action des programmes sanitaires : guide méthodologique*, Maroc, Rabat, 2007.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Lettre de cadrage pour la préparation du projet de budget-programme 2007-2009*, Maroc, Rabat, 2006.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Module à l'usage des professionnels de santé*, Maroc, Rabat, 2005.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Plan de développement 2000-2004*, Maroc, Rabat, Mai 2000.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Stratégie nationale de santé 2008-2012*, Maroc, Rabat, 2008.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Système national d'information sanitaire et utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication*, Maroc, Rabat, 2003.
- MINISTERE DE LA SANTE. *Vision de santé 2020*, Maroc, Rabat, 2007.

- MINISTERE DES AFFAIRES INTERNATIONALES. *Sommaire des facteurs à considérer dans la désignation des programmes : programmes d'affaires internationales*, Ministère des affaires internationales, Québec, Avril 1993, pp.4-7.
- MINISTERE DES TRANSPORTS. *Guide pratique d'une démarche d'évaluation*, Ministère des transports, Québec, Novembre 2002, 16 pages.
- ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES. *Guide des meilleures pratiques à suivre pour l'évaluation*, PUMA, 1998.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Critères pour le choix d'un indicateur*, 1997.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire*, OMS, Série « santé pour tous », n° 6, Genève, 1981, 46 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Rapport sur la santé dans le monde : les soins de santé primaires*, suisse, 2008.
- PATTON, M.Q. *Creative evaluation*, Newbury Park, CA, Sages Publications, 2ème Ed, 1986.
- PINEAULT, R. et C. DAVELUY. *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*, Editions nouvelles, Montréal, 1995, 480 p.
- POSAVAC, E.J. et R.G. CAREY. *Program evaluation: methods and case studies*, Englewood Cliffs, Prentice-hall, 1992.
- RANGEON, F. et al. *L'évaluation dans l'administration*, PUF, Paris, 1993, 191p.
- REPUBLIQUE FRANÇAISE. *Loi organique n°2001-692 relative aux lois de finances*, 1^{er} août 2001.
- RODRIGUEZ, L. *Pour une évaluation respectueuse de l'approche alternative en santé mentale*, regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Montréal, 1990.
- ROSSI, Peter et al. *Evaluation: a systematic approach*, 7e éd, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2004.
- ROYAUME DU MAROC. *Guide de gestion budgétaire axée sur les résultats*, 2001.
- ROYAUME DU MAROC. *Objectifs du millénaire pour le développement : rapport national*, Maroc, 2005.
- ROYAUME DU MAROC. *Rapport 50 ans de développement humain et perspectives 2025 : santé et qualité de vie*, Maroc, 2005.
- SAUCIER, A. *Les indicateurs et la gestion par résultats*, Collection Méthodologie et Instrumentation, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1993.
- SCHAEFFER, M. *Implementing changes in services programs*, Sage Publications, London, 1987.
- SCHRAPPE, M. *Concept of indicators: central element of quality management*, *Med Klin (Munich)* 96 (10), 2001, 642-7.
- SCRIVEN, M. *The methodology of evaluation*, Eds. perspective of curriculum evaluation, Rand Mc Nally, Chicago, USA, 1967.
- SECRETARIAT DU CONSEIL DU TRESOR DU CANADA. *Méthodes d'évaluation des programmes: Mesure et attribution des résultats des programmes*, 3^e éd, 1998, 156 p.
- SECRETARIAT DU CONSEIL DU TRESOR DU QUEBEC. *Guide sur les indicateurs*, Québec, Février 2003.

SECRETARIAT DU CONSEIL DU TRESOR DU QUEBEC. *L'évaluation des programmes : document destiné aux des dirigeants et dirigeantes des ministères et des organismes*, Québec, 2002.

SERVAIS, O. *Dispositions et détermination de l'action dans la théorie de la régulation*, Éditions Cahiers de l'Épistémologie, Publication du Groupe de Recherche en Épistémologie Comparée, Université du Québec à Montréal n° 2004-09, 2004.

VALENTE, T. W. *Evaluating health promotion programs*. New York, NY, 2002.

ZGUIOUAR, Abdelaziz. *Système national d'information sanitaire*, Ministère de la santé, Rabat, 2007.

Webographie

- ◆ <http://portailsante.sante.gov.ma/Pages/default.aspx>
Site Web du ministère de la santé du Maroc

- ◆ <http://www.sante.gov.ma/Departements/inas/index.asp>
Site Web de l'institut national d'administration sanitaire (INAS)

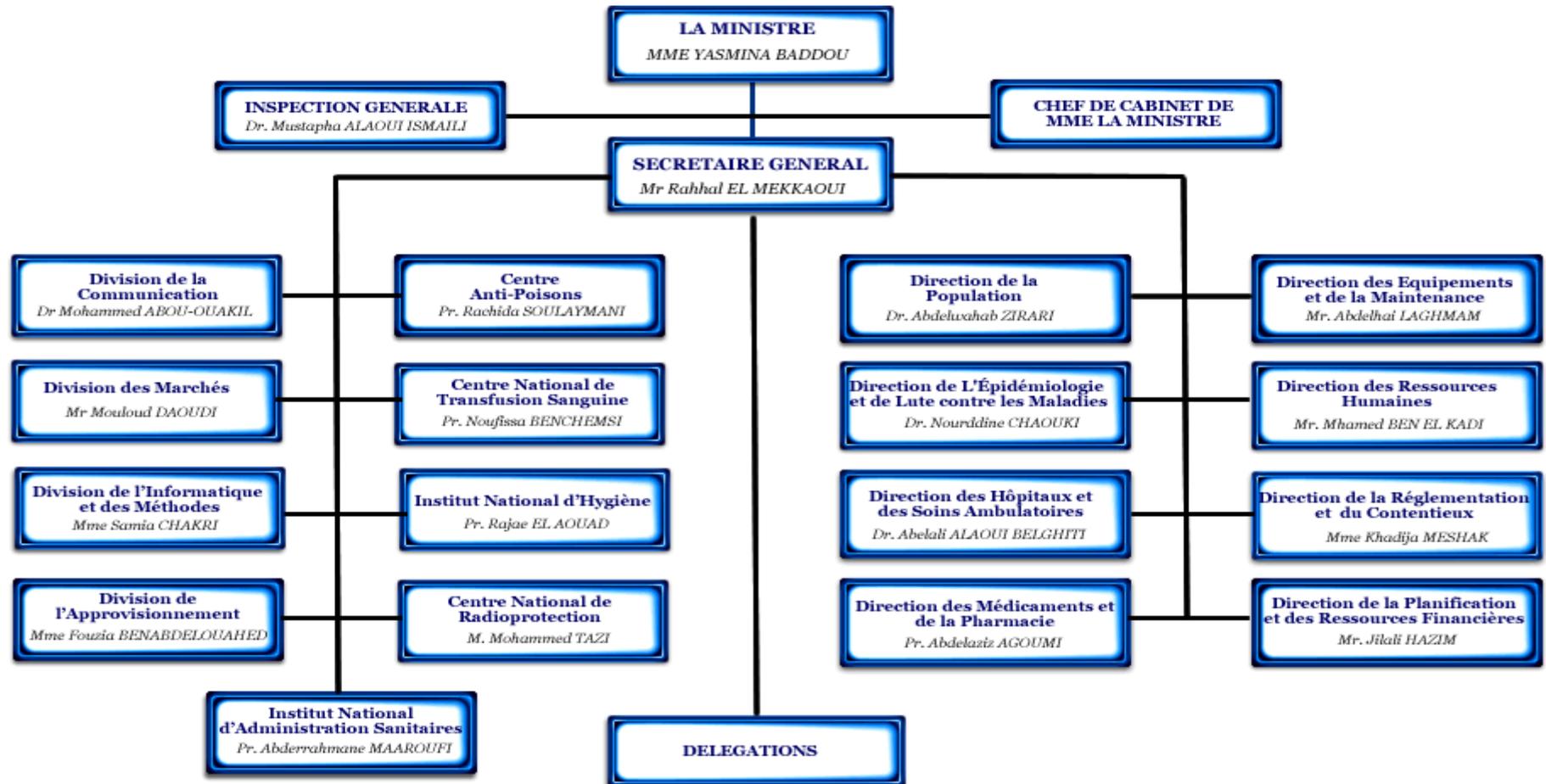
- ◆ <http://www.msss.gouv.qc.ca>
Site Web du ministère de la santé et des services sociaux du Québec

- ◆ <http://www.who.int/countries/mar/fr>
Site Web de l'organisation mondiale de la santé

- ◆ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
Site Web de la banque de données PubMed

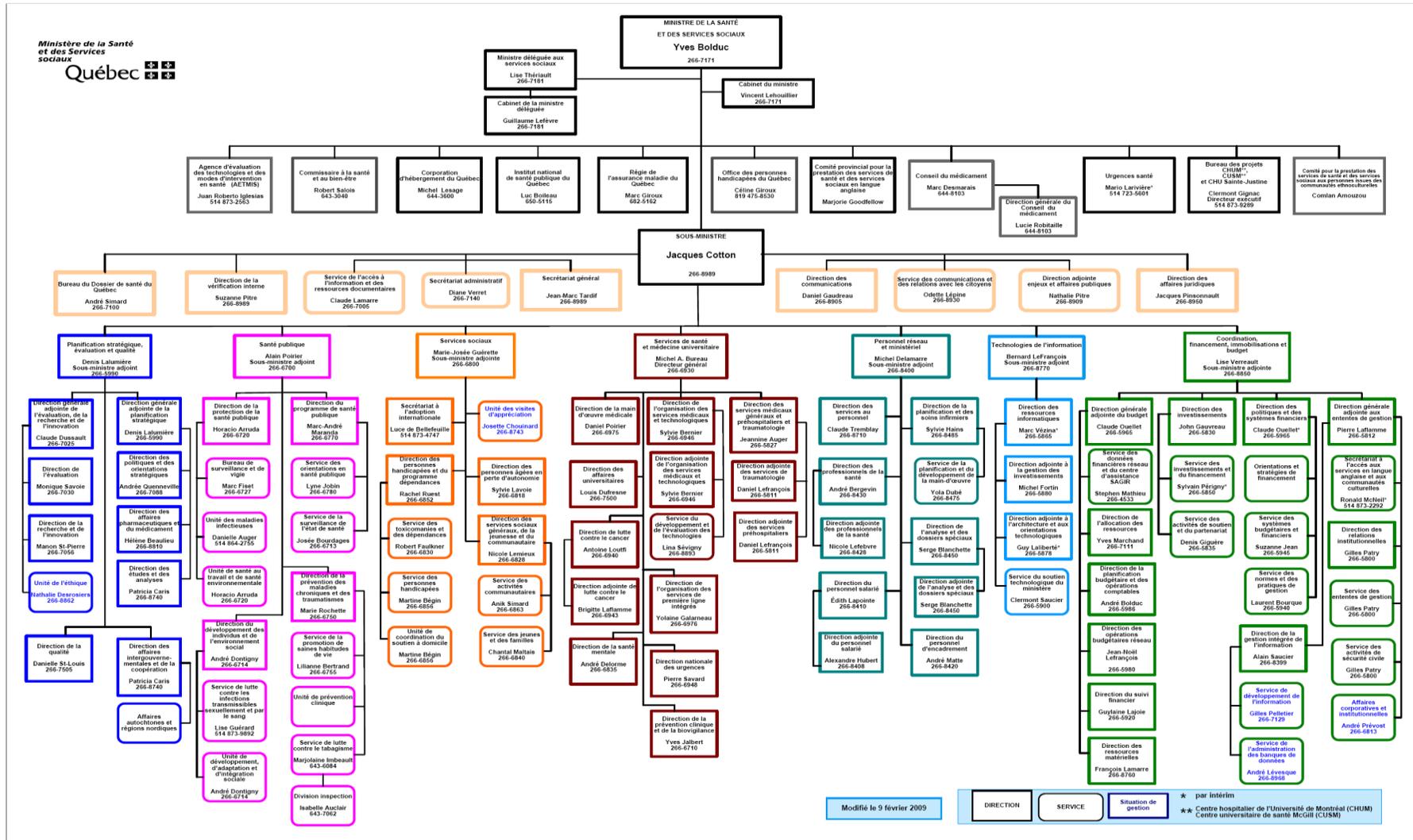
ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme du ministère de la santé du Maroc.



Source : [<http://portailsante.sante.gov.ma/Ministere/organisation/Pages/default.aspx>].

Annexe 2 : Organigramme du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.



Source : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/organigramme/Visio-MSSS.pdf]

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées.

| Nom et prénom | Profil/ fonction | Organisme d'origine |
|-------------------------|----------------------------|--|
| Dre Jalila Jbilou | Médecin chercheure | Université Laval, Québec |
| M. Steve Jacob | Professeur | Université Laval, Québec |
| M. Bachir Mazouz | Professeur | ENAP, Québec |
| M. Jean Nolet | Professeur | HEC Montréal |
| M. Daniel Jean | Directeur général adjoint | Secrétariat à l'action communautaire autonome, Québec |
| M. André Garon | Directeur | Direction de la qualité, MSSS |
| Mme Manon Saint-Pierre | Directrice | Direction de la recherche et de l'innovation, MSSS |
| Mme Ourdia Naïdji | Coordinatrice de projet | Direction de l'évaluation, MSSS |
| Mme Sylvie Rheault | Coordinatrice de projet | Direction de l'évaluation, MSSS |
| M. François Béland | Coordinateur de projet | Direction de l'évaluation, MSSS |
| Mme Anne Gauthier | Coordinatrice de projet | Direction de l'évaluation, MSSS |
| M. Nelson Potvin | Coordinateur de projet | Direction de l'évaluation, MSSS |
| M. Michel Lavalée | Professionnel d'évaluation | Direction de l'évaluation, MSSS |
| Mme Dominique bouchard | Coordinatrice de projet | Direction de l'évaluation, MSSS |
| M. Christian Lapierre | Professionnel de recherche | Direction de la recherche et de l'innovation, MSSS |
| Mme Joëlle Saint-Pierre | Conseillère Pharmaceutique | Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, MSSS |
| Mme Louise Latulipe | Agent de recherche | Direction de la santé mentale, MSSS |
| M. Kaddour Mehriez | Agent de recherche | Centre de recherche et d'expertise en évaluation, ENAP, Québec |