

MANAGEMENT DE PROJETS SOCIAUX ET CRITERES DE PERFORMANCE « CAS DU PROJET DE PRIORITES SOCIALES (BAJ) SANTE »

Rachid ZAMMAR, *Enseignant chercheur à la Faculté des Sciences de Rabat, Université Mohammed V- Agdal Rabat*
Rachid1315@gmail.com

Nouredine ABDELBAKI, *Enseignant chercheur à la FSJES-Agadir, Université Ibn Zohr Agadir*
nourabdelbaki@hotmail.com

Mots clés : projet social, management, critères de performance, évaluation, suivi Barnamaj Al Aoulaouiate Al Ijtimaiya (BAJ)

Résumé : Aujourd'hui, personne ne peut contester, l'apport incontournable des projets financés par les organismes non gouvernementaux (ONG) dans le domaine social notamment la santé. Initialement destiné aux organisations à but lucratif, le management de projet s'est progressivement étendu au secteur non marchand. La méthodologie suivie dans cette intervention repose sur l'approche systémique qui vise l'articulation entre le management de projets sociaux et la mise en place de critères permettant l'évaluation de leur performance. La première partie, précisera le cadre général d'analyse en rappelant un certain nombre de définitions portant sur le projet, le management de projet social, les spécificités d'une activité projet et le management d'équipes de suivi du projet. La deuxième partie consistera à soulever les problèmes du secteur notamment la santé et les contraintes d'intervention de l'Etat. La troisième partie tentera d'approcher l'articulation entre le management des projets sociaux et les critères de performances à travers le cas concret qui est celui du projet à caractère social Barnamaj Al Aoulaouiat Al Ijtimaiya (BAJ santé).

Keywords: Social project, management, performance criteria, evaluation, monitoring Barnamaj Al Aoulaouiate Al Ijtimaiya (BAJ)

Abstract: Today, no one can deny the essential contribution of the projects funded by non-governmental organizations (NGOs) in the social sector including health. Originally intended for profit organizations, the project management has gradually extended to non-profit sector. The methodology used in this procedure is based on the systemic approach that seeks the relationship between the management of social projects and the establishment of criteria for evaluating their performance. The first part set out the general framework for analysis by recalling a number of definitions concerning the project, the project management office, the specifics of a project activity and the management teams of project monitoring. The second part is to raise industry issues including health and the intervention of the state constraints. The third part will try to approach the relationship between the management of social projects and performance criteria through the specific case is that of the social project Barnamaj Al Aoulaouiat Al Ijtimaiya (health BAJ) .

Introduction

Le management de projets est un exercice ancien mais une technique dont l'enseignement est devenu une partie intégrante et importante des cursus des écoles et universités.

Pour beaucoup d'organisations, les pratiques du management de projets amélioreront significativement leurs résultats en apportant des gains de productivité et un meilleur contrôle de leurs projets.

Le management de projet est initialement conçu aux organisations à but lucratif, aujourd'hui il est étendu même au secteur non marchand. Cette communication vise l'articulation entre le management de projets sociaux et la mise en place de critères permettant l'évaluation de leur performance. Dans un premier temps, elle précise le cadre général d'analyse en rappelant un certain nombre de définitions portant sur le projet, le management de projet social, les

spécificités d'une activité projet, le management d'équipes projets sociaux et les critères qui peuvent être utilisés pour évaluer la performance d'un projet social. Dans un second temps, il est question d'approcher l'articulation entre le management des projets sociaux et les critères de performances à travers un cas concret qui est celui du projet à caractère social BAJ.

1. Articulation entre le management de projets sociaux et les critères de performance

1.1. Définition

La norme X50-105 définit le projet comme une : « Une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir ». Elle ajoute qu'« un projet est défini et mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données ».

En 2002, la norme X50-115 définit le projet comme « un processus unique, qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates du début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques ».

A partir d'une telle définition, on peut relever les cinq questions suivantes :
Le projet c'est :

Quoi ? C'est un ensemble d'activités ordonnées et structurées dans un espace bien déterminé.
Comment ? Selon une démarche permettant de structurer une réalité à venir.

Par qui ? Par des acteurs impliqués directement pour la réussite du projet.

Pourquoi ? En vue de répondre au besoin d'un client.
Quand ? Dans un délai fixé.

Un projet social est un projet qui répond aux besoins d'une population vulnérable ou à des besoins sociaux (santé, éducation,.....).

1.2. Spécificités d'une activité projet

Les spécificités d'une activité projet sont au nombre de trois :

- l'irréversibilité : le projet est une activité limitée dans le temps avec un début et une fin, ainsi une fois qu'il est engagé, tout projet est un processus irréversible tendant vers un objectif ;
- l'organisation : l'activité projet est organisée de manière provisoire et évolutive. Elle est provisoire dans la mesure où l'organisation du projet prend terme à la fin du projet. Elle est évolutive parce que l'organisation du projet et le style du management de l'équipe projet évoluent au fur et à mesure du déroulement du projet ;
- les variables environnementales : l'activité projet est ouverte sur son environnement. Le manager du projet s'appuie sur des variables d'environnement (mode, idées des clients, des fournisseurs et des concurrents,...) qui sont autant d'informations qui alimentent le projet.

1.3. Management de projet social

Le management de projets désigne l'ensemble des actions engagées par une ou plusieurs organisation(s) pour déterminer un projet, le lancer et le réaliser. Le management de projets intègre la notion de gestion de projets (caisse à outils) à laquelle il ajoute la direction du projet en charge de la définition des objectifs et politiques stratégiques (coûts, délais, spécifications techniques, aspects financiers, actions politiques,...).

Pour le Project Management Institute (association qui rassemble et organise les professionnels du projet), le management du projet est « la mise en œuvre des connaissances, d'outils et de méthodes dans des activités projets afin de satisfaire, voire de dépasser les besoins et attentes des parties prenantes du projet »¹.

Cette définition implique d'arbitrer entre différentes variables (coûts, délai et qualité) mais aussi entre les attentes et les besoins des parties prenantes du projet.

On peut affirmer que le management de projets sociaux désigne l'organisation méthodologique mise en place consistant à utiliser des outils et méthodes de structuration d'un projet global en sous projets emboîtés, la planification des tâches, l'anticipation et le suivi de leur déroulement, l'affectation et le contrôle des ressources et la maîtrise des coûts et des délais prévus initialement pour faire en sorte que le produit ou le service réalisé réponde aux attentes de la population cible.

¹ Project Management Institute (1998), Management de projet : un référentiel de connaissances, Afnor, p.7

1.4. Management d'équipes projets sociaux

1.4.1. Les compétences du manager du projet social

Selon Midler², le manager de projet doit posséder quatre types de compétences :

- la maîtrise des outils de pilotage des projets : cette compétence est nécessaire pour manager un projet. Les principaux instruments de pilotage sont le diagramme GANTT, l'analyse PERT et la méthode des potentiels METRA ;
- la compétence technique : une meilleure connaissance des dimensions techniques des problèmes et des solutions à mettre en œuvre est nécessaire pour éviter l'échec du projet ;
- la compréhension des spécificités du projet et l'adhésion à ses objectifs : la connaissance des singularités du projet, la mobilisation des hommes et les modes de fonctionnement en fonction de la compréhension et l'adhésion aux objectifs du projet. Ceci est nécessaire pour réussir le projet ;
- la compétence sociale : pour le manager de projet, les compétences de communication et de leadership sont primordiales pour tenir son rôle. De plus la capacité à coordonner des acteurs de profils professionnels variés est essentielle pour la réussite du projet.

1.4.2. Animation d'une équipe projet social

Pour animer une équipe projet social, le responsable du projet a besoin de fixer des métarègles qui sont, selon Jolivet³, des règles à produire les règles du projet. Elles fixent les principes d'organisation et définissent les limites à ne pas dépasser.

D'après Garel, Giard et Midler⁴, il existe trois métarègles d'animation de projet :

- la première concerne l'élaboration d'une vision partagée par les membres de l'équipe malgré la diversité de leur profil. Ceci implique des procédures centrées sur le responsable du projet et qui permettent de véhiculer des informations entre les membres de l'équipe afin de faire face collectivement à un problème d'une grande ampleur ;

- la deuxième métarègle réside dans l'articulation avec l'environnement du projet. Il s'agit de chercher la solution à certains problèmes du projet en dehors de l'équipe ;

- la troisième métarègle relève de la gestion de la dynamique de l'équipe. Ici, il s'agit de programmer des ruptures par rapport à la vie du projet (séminaires, congés, voyages,...).

En plus de la fixation de ces métarègles, le responsable du projet doit être en mesure :

- d'affecter les membres de l'équipe dans le temps et dans l'espace ;
- d'utiliser rationnellement les différentes composantes de son équipe ;
- d'évaluer les compétences des acteurs projets afin d'apprécier leur niveau de performance et aussi leurs éventuelles défaillances.

1.5. Les critères de performance

Il existe plusieurs critères pouvant être utilisés dans l'évaluation de la performance des projets sociaux, mais pour des raisons d'ordre méthodologique nous allons retenir trois qui sont :

- la pertinence : consiste à mettre en relation les enjeux du projet par rapport aux objectifs. Il s'agit de mesurer en quoi les objectifs définis répondent aux attentes des bénéficiaires et aux besoins repérés ;
- l'efficacité : pour mesurer l'efficacité du projet social, il faut rapprocher les résultats obtenus des objectifs initiaux. Ce critère permet de mesurer si les objectifs de l'action ont été atteints, ou sont en train de l'être, compte tenu de leur importance ;
- l'efficience : ce critère permet de calculer la rentabilité du projet social compte tenu des ressources mobilisées (fonds, expertise, temps, etc.) au regard des résultats obtenus.

² Midler.C., (1993), *L'auto qui n'existait pas. Management des projets et transformation de l'entreprise*, Inter Editions, p.107.

³ Jolivet.F et Navarre.C., (1993), Grands projets, auto-organisation, métarègles : vers de nouvelles formes de management des grands projets, *Gestion 2000*, avril, p.191-200.

⁴ Garel.G., Giard.V., Midler.C., (2003), *Management de projet et gestion des ressources humaines*, Encyclopédie des RH, Economica, p.818-843.

2. Problèmes du secteur de santé et les contraintes d'intervention de l'État marocain

La santé est un élément essentiel du bien être des gens. Globalement les objectifs d'un système de santé sont d'améliorer l'état de santé de la population, de contenir les coûts, de viser à plus d'équité et de donner satisfaction aux usagers.

En dépit des progrès enregistrés depuis quelques années, le secteur de la santé au Maroc présente toujours autant de disparités entre le milieu urbain et le milieu rural et n'a pas suivi l'évolution exigée par l'accroissement de la population et des besoins en santé et en prévention sanitaire. En 2007, Le budget alloué au ministère marocain de la santé représente 5,5 % du budget de l'Etat (contre 5% en 2006 et 7% dans les années 1970). Pour 2007, le budget du ministère santé s'élève à 7,374 MdDH répartis en 4,64 MdDH au titre des dépenses de personnel, 1,41 MdDH pour les dépenses de matériel et dépenses diverses et 1,311 MdDH en dépenses d'investissements⁵.

Au Maroc et malgré les améliorations sectorielles des années 1980 et 1990 à travers des projets financés à caractère productif par des bailleurs de fonds notamment les secteurs d'agriculture et des travaux publics, il n'y avait pas de plan global, à long terme, pour le bien-être social du pays. Les dépenses consacrées au développement du capital humain n'étaient pas considérées comme un investissement susceptible de promouvoir une croissance économique plus importante et plus durable. De même que la stratégie globale de la banque mondiale suivie au Maroc était de financer les activités au rendement élevé, intensifier la mobilisation des ressources intérieures et l'épargne budgétaire et améliorer la répartition du revenu.

C'est ainsi que le nouveau soutien de la banque mondiale aux secteurs sociaux était également dans le sens des actions menées en parallèle pour améliorer la performance macro-économique et encourager la croissance par le biais de l'investissement privé dont le but d'aider le gouvernement à mettre en œuvre sa stratégie sociale à travers le programme de priorité sociale appelé (Barnamaj al -Aoulaouiate al-ijtimaia (BAJI). Dans le secteur de santé et dans le cadre de cette stratégie, le gouvernement a souligné que les disparités sanitaires, les dysfonctionnements de

système de santé notamment : la gestion et les déséquilibres entre l'offre et la demande de soins, constituent un obstacle majeur au développement socio-économique. C'est ainsi que le secteur de la santé a été désigné pour exécuter le prêt 4024-MOR relatif aux priorités sociales (BAJI Santé). Un projet dont les objectifs étaient de donner un meilleur accès aux soins préventifs et curatifs de base y compris un accès aux médicaments essentiels, réduire la mortalité maternelle et néonatale dans les zones ciblées et maintenir la performance des programmes prioritaires publics de santé au niveau national.

Toutefois, et dans le but d'attirer l'attention du gouvernement, la Banque a signalé aux décideurs de la santé les éventuels risques qui peuvent interrompre la réalisation d'une telle stratégie. Il s'agit notamment de la multiplicité des centres de décision et la non planification des activités.

2.1. Les composantes du système de santé

Généralement, la définition d'un système de santé l'assimile à un ensemble cohérent, composé de nombreux éléments tant sectoriels qu'intersectoriels, liés les uns aux autres et qui ont une incidence sur l'état de santé de la population.

Au Maroc et visant essentiellement l'organisation de l'offre de soins préventifs et curatifs, ainsi qu'une égalité dans l'accès aux prestations sanitaires sur l'ensemble du territoire, le système de santé ne peut manquer de susciter l'enthousiasme à des objectifs qui lui sont assignés et dont la carte sanitaire constitue le schéma directeur du système national de la santé.

Ce système se caractérise par la multiplicité des centres de décisions et une activité non planifiée dans sa globalité. La situation actuelle du système de soins reste marquée par une juxtaposition contradictoire de deux grands secteurs: le secteur public et le secteur privé. Il existe également un secteur informel de médecine traditionnelle auquel recourt un nombre relativement important de la population, surtout en milieu rural.

2.1.1. Le secteur public

Ce secteur regroupe le service de santé des Forces Armées Royales et les structures du ministère de la santé qui sont structurés en un réseau de soins de santé de base, un réseau hospitalier et un réseau de laboratoires.

⁵ Le secteur de la santé au Maroc ; Christiane DESCHAMPS
Version n°5 du 11 septembre 2007, fiche de synthèse - « mission économique de Rabat ».

Les prestations relevant de ce secteur sont assurées par un ensemble d'établissements sanitaires hiérarchisés en fonction de la mission confiée à chacun d'eux. Il regroupe :

Le réseau de soins de santé de base qui comprend en milieu urbain, les centres de santé de niveau I et niveau II, en milieu rural, il comprend le dispensaire rural de base, le dispensaire, le centre de santé rural et l'hôpital rural.

Le réseau hospitalier est constitué par des :

- Hôpitaux de Zone (HZ) ;
- Hôpitaux Provinciaux (HP) ;
- Hôpitaux Régionaux (HR) ;
- Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Le réseau des laboratoires comprend des :

- laboratoires de diagnostic clinique ;
- laboratoires épidémiologiques et d'hygiène du milieu.

Le secteur public qui est doté d'une hiérarchie de fonctionnement a peu de rapport avec le système que vise la carte sanitaire. Cependant, les établissements de soins de base ruraux constituent un réseau très ramifié et leur répartition inégale sur le territoire national révèle des disparités en matière d'accès, ajoutant aussi, la concentration du réseau hospitalier dans le centre et le nord-ouest du royaume au détriment des autres régions.

2.1.2. Le secteur privé

Il est subdivisé en deux : un secteur privé à but non lucratif et un secteur privé à but lucratif. Ce secteur, en nette expansion pour la médecine ambulatoire, a connu un élargissement de son champ géographique d'intervention avec l'application de nouvelles règles d'installation.

2.1.2.1. Le secteur privé à but non lucratif

Ce secteur renferme les services médicaux rattachés aux offices de l'Etat au profit de leurs employés tels que l'Office Chérifien de Phosphate (O.C.P) et l'Office National d'Electricité (O.N.E). Quant à la caisse nationale de sécurité sociale (C.N.S.S.), elle constitue un établissement public qui a pour mission de servir les salariés du secteur privé en leur offrant des allocations familiales, des indemnités journalières de maladie et de maternité, des allocations au décès et des pensions d'invalidité. Ces établissements fonctionnent comme des établissements privés, le financement est assuré sur la base des contributions patronales et de la cotisation salariale.

2.1.2.2. Le secteur privé à but lucratif

Il reste largement centré sur les soins curatifs, la médecine à l'acte et à la recherche du gain financier. Il est constitué par des cabinets de consultations et cliniques médico-chirurgicales pour l'hospitalisation, les cabinets dentaires, les officines, les laboratoires d'analyse médicale et les cabinets d'imageries.

Il s'adresse à la population qui est disposée à payer les actes médicaux en vue de satisfaire ses besoins exprimés de type curatif et individuel. Il faut noter que les prestations sont payantes selon une tarification arrêtée au préalable avec les parties (ministère de la santé, l'ordre des médecins, etc.).

De nature opaque, ce secteur est comme le secteur public, réfractaire à tout processus d'évaluation et de transparence des activités.

Compte tenu de ces déséquilibres en matière d'offre de soins, comment la carte sanitaire pourrait-elle modifier réellement ces pratiques aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé et quels sont les résultats des évolutions historiques et des stratégies sociales entreprises ?

La réponse à cette question passe essentiellement par une mise en œuvre d'une stratégie sanitaire dynamique, tenant compte des intérêts socio-économiques qui les sous-tendent.

En effet, dans le cadre de la carte sanitaire, il n'y a pas seulement une juxtaposition contradictoire des deux secteurs public et privé que caractérise la structuration actuelle du système de soins, mais aussi une contre tendance révélée par le fait que les procédures qui régissent l'évolution des infrastructures d'une part et des personnels de santé d'autre part, sont en grande partie indépendantes les unes des autres.

2.2. L'offre publique de soins

Depuis l'indépendance, le département de la santé s'est engagé dans une politique de formation du personnel médical et paramédical, en vue de répondre aux besoins de la population en matière de soins et prévention contre les fléaux morbides.

La planification de l'offre de soins a pour soubassement la carte sanitaire qui constitue un instrument technique, conforté dans ses principes par un outil juridique et réglementaire qui définit les éléments de base permettant de déterminer le niveau de

l'offre de soins et de mieux réguler sa répartition géographique sur l'ensemble du territoire national dans les meilleures conditions aux besoins sanitaires de la population⁶.

Le ministère de la santé est considéré comme le principal acteur dans la production de soins et la régulation du système national de santé. Cependant, l'absence d'une carte sanitaire en vue d'améliorer la répartition des prestations et de réduire les inégalités, ainsi que l'accès aux soins, a pour conséquence une offre guidée par des considérations de besoins et de densité de la population sans aucune norme préétablie.

En 2005, le ministère de la santé répertoriait 17188 médecins au Maroc, ce qui représente globalement un médecin pour 1757 habitants. La répartition des médecins sur le territoire reste inégale : 49,5% des médecins du secteur privé et 40,7% des médecins du secteur public sont concentrés dans les régions de Casablanca et de Rabat. Casablanca compte 101 centres de santé, 85 cliniques, près de 2000 cabinets médicaux (sur les 5000 que compte le Royaume), près de 1000 pharmacies et environ 800 cabinets dentaires.

Le Maroc souffre d'un grave déficit en infirmiers bien que le nombre ait doublé depuis 1985 (un infirmier pour 1.115 habitants en 2005 contre un pour 2.700 en 1960).

2.3. Problèmes du secteur de la santé et recours au projet (BAJ1)

Le gouvernement du Maroc, dans sa stratégie sociale a souligné que l'inégalité d'accès aux soins était un obstacle majeur au développement socio-économique, et s'engageait à allouer davantage de ressources aux zones rurales, et en particulier aux programmes de santé prioritaires (soins de base préventifs et curatifs, maternité sans risque, maladies transmissibles, nutrition). Dans ce sens pour améliorer la santé dans les zones rurales et combler ainsi l'écart entre les indicateurs de santé ruraux et urbains par un meilleur ciblage de la population nécessiteuse, le projet BAJ s'inscrit bien dans le cadre de la stratégie de développement des ressources humaines et soutient les actions menées en vue d'améliorer la qualité et la pertinence des services sociaux, d'augmenter les dépenses publiques consacrées aux services de base et d'améliorer le ciblage des groupes et zones non desservis, et d'une façon générale d'accroître l'efficacité interne du secteur des ressources humaines.

⁶ Dossier sur la carte sanitaire ; Synthèse des infrastructures –MSP ; page 3 ; Mars 1993.

2.3.1. Les données sur le financement du secteur de la santé

Au Maroc, le système de santé peut être classé parmi les systèmes à financement mixtes, sachant que le budget du ministère de la santé n'est pas en mesure d'allouer des ressources suffisantes à toutes les actions de santé publique.

L'étude⁷ élaborée par le conseil national d'ordre des médecins soulève que les sources qui alimentent l'activité sanitaire sont multiples et diversifiées, les unes sont organisées et les autres ne le sont pas.

Les sources principales qui sont soit organisées, émanant de la puissance publique, des entreprises publiques et caisses ou mutuelles et des assurances, soit dispersées proviennent des ménages.

Les sources secondaires sont constituées de financement extérieur sous forme d'aides ou des prêts. Néanmoins, le budget de l'Etat constitue la source principale de financement de soins publics qu'il s'agit de soins curatifs ou préventifs.

2.3.2. La consommation médicale

La consommation médicale se définit par l'ensemble de biens et services médicaux délivrés par les structures sanitaires publiques, semi-publiques et privées. Elle regroupe également l'acquisition de produits pharmaceutiques, la lunetterie et l'appareillage orthopédique⁸. Les soins fournis sont soit de soins curatifs⁹ soit des soins ambulatoires¹⁰.

Au Maroc, la consommation médicale a été estimée à 13.5 milliards de dirhams en 1997/98 contre 4.9 milliards de dirhams en 1987 soit moins de 500 DH par habitant et par an en 1997/98 contre 214 DH par habitant et par an en 1987. Les ménages financent cette consommation à raison de 60%.

⁷ Séminaire, accès aux soins in fascicule « modes de financement de la santé en mai 1988 », les Comptes Nationaux de la Santé 1997/1998.

⁸ Etude du financement du secteur de la santé au Maroc.

⁹ Les soins curatifs sont prodigués au niveau des hôpitaux du ministère de santé, des cliniques du secteur semi-public et dans les cliniques médico-chirurgicales privées. Ces soins concernent les personnes hospitalisées.

¹⁰ Les soins ambulatoires recouvrent les services des praticiens, les soins et prestations fournis dans les centres de santé et dispensaires. Ils englobent les services fournis dans le cadre de la médecine systématique (médecine scolaire, médecine de travail, etc...).

Toutefois, cette augmentation de la consommation (somme des produits entre les prix et les quantités des biens et des services médicaux consommés) résulte de la hausse des prix alors que ce sont plutôt les quantités qui sont faibles.

2.3.3. La dépense globale de santé

La dépense globale englobe en plus de la consommation médicale, la prévention sanitaire collective, l'administration générale du système, la formation, l'enseignement et la recherche.

Au Maroc la dépense globale de santé a été estimée à 15 milliards de DH en 1997/98 soit 550 DH par habitant. Elle représente 4.5% du Produit Intérieur Brut ce qui constitue un décalage important par rapport à des pays au développement économiquement similaire notamment : la Tunisie 5.6% du PIB, l'Iran 5.8% du PIB et la Jordanie 9.4% du PIB. En raison de la forte part des paiements directs par les ménages, le financement de ces dépenses par les ménages s'élève à 54%.

2.3.4. Les sources de financement de la santé

La source de financement est la provenance principale des ressources mobilisées pour le système national de santé alors que l'institution intermédiaire de financement est un agent chargé de la gestion de ces ressources mobilisées telles que les assureurs et les mutuelles.

Les sources principales de financement sont constituées par les ménages à raison de 59%, la puissance publique (État) à raison de 26%, les entreprises privées, les établissements et entreprises publics sont équivalents et demeurent inférieurs à 5%. Quant aux collectivités locales leur part respective dépasse à peine 1%.

Les sources secondaires sont constituées par les aides et les prêts dans le cadre de la coopération internationale qui est de l'ordre de 1%.

3. Le cas du projet BAJ santé

La mesure de la performance cherche à vérifier si les résultats du projet sont conformes aux objectifs (efficacité), si les objectifs fixés par rapport aux moyens disponibles répondent au mieux aux besoins

des bénéficiaires (pertinence) et enfin si les moyens sont utilisés d'une manière économique (efficacité). La performance de réalisation du projet BAJ santé incite à s'interroger sur ce qui suit : depuis 1996 date d'exécution jusqu'au 2002 date d'achèvement du projet et sous l'hypothèse que tout projet se déroule à l'intérieur de trois contraintes majeures (le temps, le budget et le degré de performance) :

- Les décideurs en matière de planification sanitaire ont-ils intégré dans la stratégie du développement du secteur, les préalables nécessaires arrêtés en commun accord avec la banque mondiale (développement de la carte sanitaire, réforme du financement,... pour assurer la pérennité des actions réalisées par le projet de cette banque?
- La gestion de ce projet a-t-elle été exécutée dans le cadre de coordination et de concertation entre l'administration centrale et les services gestionnaires locaux ?
- Le projet entrepris et exécuté dans le cadre d'un prêt financé par la banque mondiale a-t-il abouti à ses objectifs en respectant la durée, le coût et le calendrier de décaissement préalablement défini ?

3.1. Le cadre stratégique du projet BAJ1

La stratégie de développement social telle qu'elle a été adoptée par le gouvernement marocain pour la décennie 90, vise à orienter davantage les ressources publiques vers les activités sociales qui bénéficient particulièrement aux catégories défavorisées. Concernant le domaine de la santé : la priorité résidait dans le renforcement des soins de santé de base avec une attention particulière aux actions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, et celles visant à contrôler les maladies transmissibles et les soins curatifs ambulatoires.

Sur le plan des ressources, l'action portera sur la mise en œuvre progressive des mécanismes efficaces de solvabilité des patients et le renforcement de la gestion des formations sanitaires.

3.2. Les caractéristiques du projet BAJ1

Ce projet s'assigne comme objectifs :

- d'améliorer l'accès de la population rurale des provinces ciblées aux soins préventifs et curatifs essentiels ;
- de réduire la mortalité maternelle et néonatale ;
- de maintenir et renforcer l'efficacité des programmes prioritaires de santé au niveau national.

Les provinces cibles sont : Al Haouz, Al-Hoceima, Azilal, Chefchaouen, Chichaoua, El Kelaa des Sraghnas, Essaouira, Ouarzazate, Safi, Sidi Kacem, Taroudant, Taza, Tiznit et Zagora.

3.3. La gestion de projet

Le montant global du projet est de 118,8 millions de \$ US dont la part financée par la BIRD est de 68,0 millions de \$ US et la contribution de l'Etat marocain est de 50,8 millions de \$ US. L'exécution du projet est

assurée à deux niveaux : le niveau central par les directions et les divisions du ministère de santé et le niveau provincial par les Délégations du même ministère aux provinces cibles.

Le mode de gestion adopté est le management participatif des projets qui est un processus mobilisateur de tous les acteurs impliqués autour d'un contrat d'objectifs visant l'amélioration des conditions de vie d'une population donnée dans un contexte donné.

3.3.1. Les programmations et les réalisations

La programmation des activités a été arrêtée en collaboration étroite avec les structures concernées par l'exécution et la supervision du projet (directions et provinces). Les tableaux ci-dessous reflètent en outre les taux de réalisation.

Tableau n°1 : Les infrastructures programmées et réalisées

| Activités | Programmées | Réalisées | % de réalisation |
|--|-------------|-----------|------------------|
| Composante I : Amélioration de l'accès aux services de soins préventifs et curatifs essentiels | | | |
| • Construction : | | | |
| 1. -Centres de santé | 72 | 72 | 100% |
| 2. -Dispensaires ruraux | 14 | 14 | 100% |
| 3. -Logements Médecins | 137 | 137 | 100% |
| 4. -Logements Infirmiers | 94 | 94 | 100% |
| • Rénovation - Réhabilitation - Extension : | | | |
| 1. -Centres de santé | 67 | 67 | 100% |
| 2. -Dispensaires ruraux | 27 | 27 | 100% |
| 3. -Hôpitaux ruraux | 16 | 16 | 100% |
| • -Aménagement Laboratoire national de contrôle des médicaments | 1 | 1 | 100% |
| Composante II : Renforcement du programme de maternité sans risque | | | |
| • Construction : | | | |
| 1. -CSCA | 2 | 2 | 100% |
| 2. -Logements Médecins « Construction » | 48 | 48 | 100% |
| 3. -Logements Infirmiers « Construction » | 03 | 03 | 100% |
| • Rénovation - Réhabilitation - Extension : | | | |
| 1. -Salles de maternité dans les CSCA | 54 | 53 | 99% |
| 2. -Salles d'obstétriques dans les hôpitaux | 13 | 13 | 100% |

Source : Ministère de la santé

Tableau n°2 : Les équipements et moyens de mobilité programmés et réalisés

| Activités | Programmées | Réalisées | % de réalisation |
|--|-------------|-----------|------------------|
| Composante I : Amélioration de l'accès aux services de soins préventifs et curatifs essentiels | | | |
| Acquisition : | | | |
| -Equipement médico-technique des ESSB « millions DHS » | 197 | 196 | 99% |
| -Equipement médico-technique du LNCM « millions DHS » | 1 | 1,30 | Sup à 100% |
| -Moyens de mobilité: | | | |
| -Motocyclettes (Nbre) | 340 | 340 | 100% |
| -Véhicules (Nbre) | 5 | 5 | 100% |
| Composante II : Renforcement du programme de maternité sans risque | | | |
| Acquisition : | | | |
| -Equipement médico-technique des CSCA et maternités hospitalières (Unités) | 68 | 68 | 100% |
| -Moyens de mobilité: | | | |
| -Ambulances (Nbre) | 126 | 126 | 100% |
| Composante III : Maintien du soutien aux programmes prioritaires de santé | | | |
| Acquisition : | | | |
| -Equipement médico-technique « en millions DHS » | 80,66 | 72,68 | 90% |
| -Moyens de mobilité: | | | |
| -Motocyclettes (Nbre) | 52 | 52 | 100% |
| -Véhicules (Nbre) | 7 | 7 | 100% |

Source : Ministère de la santé**Tableau n°3 : Les médicaments programmés et achetés**

| Activités | Programmées | Réalisées | % de réalisation |
|--|-------------|-----------|------------------|
| Composante I : Amélioration de l'accès aux services de soins préventifs et curatifs essentiels | | | |
| -Achat de médicaments « en millions DHS » | 185,03 | 168,18 | 91% |
| Composante II : Renforcement du programme de maternité sans risque | | | |
| Achat de médicaments « en millions DHS » | 159,56 | 167,04 | 104% |
| Composante III : Maintien du soutien aux programmes prioritaires de santé | | | |
| -Achat de médicaments « en millions DHS » | 363,11 | 327,78 | 90% |
| TOTAL | 707.70 | 663.00 | 94% |

Source : Ministère de la santé

La réussite de la gestion et l'exécution du projet trouve son explication dans :

- l'implication et la participation des structures d'exécution dans la phase de programmation des activités du projet ;
- l'information et la communication des données à toutes les structures impliquées ;
- la responsabilité de l'exécution du projet par tous les intervenants chargés de la gestion ;
- la coordination active et anticipée (réunions, supervisions) ;
- le contrôle régulier par les structures chargées de la supervision et d'audit (les missions de supervision de la banque mondiale, l'audit annuel de l'inspection générale des finances) ;

- les compétences humaines dont disposent les agences d'exécution du projet.

3.3.2. Les critères de performance du projet

Pour évaluer les critères de performance d'un projet, il faut rappeler que tout projet doit disposer d'un cadre logique contenant des indicateurs à évaluer pour évaluer la performance et l'impact sur la population en se basant sur des informations avant et après le projet.

Les valeurs des indicateurs retenues sont fournies périodiquement. L'année de base (avant le démarrage du projet : 1995) et fin du projet (2002). Nous allons nous limiter dans ce travail aux indicateurs d'évaluation d'une seule province : Ouarzazate.

Tableau n°4 : Indicateurs d'évaluation province d'Ouarzazate

| Indicateurs | Contenu | OUARZAZATE | |
|---|---|------------------------|-------------|
| | | Valeur de référence 95 | Valeur 2002 |
| A- Indicateurs de base | Nombre de médecins | 37 | 79 |
| 1- Personnel médical et para-médical déployé dans les structures sanitaires | Nombre d'infirmiers | | |
| | - Diplômés | 144 | 186 |
| | - Brevetés | 264 | 186 |
| 2- Couverture par les SSB dans les 14 provinces | % de la population habitant à moins de 6 Km | 52% | 65% |
| 3- Accouchements en milieu surveillé | % des accouchements en milieu surveillé | 18% | 23% |
| B- Indicateurs de processus | | | |
| Composante N° 1 : Amélioration de l'accès aux soins curatifs et préventifs | | | |
| * Infrastructure sanitaire | Nombre d'ESSB construits | 44 | 61 |
| | Nombre d'ESSB rénovés | 00 | 19 |
| * Matériel médical | Nombre d'ESSB totalement équipés pour assurer leurs fonctions spécifiques | 44 | 61 |
| * Véhicules | Nombre de vélomoteurs opérationnels dans les ESSB | 59 | 86 |
| | Nombre de véhicules opérationnels | 35 | 37 |
| * Personnel médical et paramédical. Capacité déployée dans les ESSB | Nombre de médecins /10 000 habitants | 0,58 | 1,56 |
| | Nombre d'infirmiers diplômés / 10 000 habitants | 2 | 3,66 |
| | Nombre d'infirmiers brevetés / 10 000 habitants | 3,71 | 3,66 |

Source : Délégation du ministère de la santé à la province

Il ressort de ces données que l'application des fondements du management de projet dans cette application que ce soit sur le plan stratégique, tactique ou opérationnel a donné un résultat pertinent du fait que le programme a eu un impact positif sur l'état de santé de la population.

Toutefois le ministère de la santé, et suite au manque détecté à travers le projet, a consenti un effort important en matière d'affectation de médecins, d'infirmiers et de sages femmes aux

provinces concernées par le projet BAJI entre 1997-2002, 2152 cadres dont : 1222 médecins généralistes, 66 médecins spécialistes, 243 sages femmes et 62 Infirmiers.

Cependant il est à préciser que malgré ces efforts, les besoins restent très importants et certaines formations demeurent encore non fonctionnelles ou fonctionnelles à temps partiel ou sous - utilisées par manque de personnel suffisant. L'évaluation des indicateurs retenus a montré que les indicateurs techniques de performance sont satisfaisants.

Conclusion

Sur le plan des réalisations physiques le projet BAJI a été achevé dans les délais qui ont été planifiés initialement. C'est ainsi que les provinces cibles ont été dotées en formations sanitaires aménagées ou nouvellement construites et équipées. Des médicaments et produits pharmaceutiques additionnels ont été livrés pour une meilleure prise en charge des patients. Des ambulances et autres moyens de mobilité ont été acquis. Aussi la pérennité du projet peut être appréciée à différents niveaux : viabilité politique, viabilité financière, viabilité institutionnelle et enfin viabilité sociale. En outre les constats préliminaires d'un impact sur la population s'explique par :

- les résultats satisfaisants en termes de couverture et d'utilisation ;
- les indicateurs de performance des programmes améliorés ;
- la situation épidémiologique des maladies cibles maîtrisée ;
- l'indice favorable de satisfaction de la population (changement comportemental vis à vis des prestations sanitaires dans les centres de santé, image de marque améliorée exprimée à l'occasion des rencontres avec les élus, les autorités locales ...)
- la satisfaction des professionnels par l'amélioration des conditions de travail et la disponibilité des moyens y compris les logements.

REFERENCES

- Baron. X., (1999), *Gestion des ressources humaines et gestion par projet*, in Weiss D., la fonction ressources humaines, les Éditions d'Organisation.
- BARTHELEMY. A, 2011, *Entrepreneuriat social : innover au service de l'intérêt général*, Paris, Éditions Lavoisier.
- BRIDIER M., MICHAÏLOF S., 1995, *Guide pratique d'analyse de projets*, Paris, Economica.
- Broche K et al., 2005, Grands projets et exercice de la responsabilité globale : les études d'impact social, *Management & Avenir*, n° 3, p. 121-151.
- BUTTRICK R., 2006, *Gestion de projets, le guide exhaustif du management de projets*, Paris, Pearson Education, 3^e édition.
- Gacoin D., (2010), *Conduire des projets en action sociale*, Paris, Dunod.
- Garel.G., Giard.V., Midler.C., (2003), *Management de projet et gestion des ressources humaines*, Encyclopédie des RH, Economica.
- GILES G., 2003, *Le management de projet*, Paris, La Découverte.
- Hougron T., 2001, *La conduite de projets. 81 règles pour piloter vos projets avec succès*, Paris, Dunod.
- Jolivet.F, Navarre.C., (1993), Grands projets, auto-organisation, métarègles : vers de nouvelles formes de management des grands projets, *Gestion 2000*, avril, p.191-200.

Maders H.P, Clet E., 2004, *Comment manager un projet*, Paris, Editions d'Organisations, deuxième édition.

Maders H.P, Clet E., 2005, *Pratiquer la conduite de projet*, Paris, Editions d'Organisations.

Mair J., Marti I., 2006, Social entrepreneurship research: A source of explanation, prediction, and delight, *Journal of World Business*, vol. 41, n° 1, p.36-44.

Midler.C., (1993), *L'auto qui n'existait pas. Management des projets et transformation de l'entreprise*, Inter Éditions.

Peredo A M., McLean M., 2006, Social entrepreneurial: A critical review of the concept, *Journal of World Business*, vol. 41, n° 1, p.56-65.

Project Management Institute (1998), *Management de projet : un référentiel de connaissances*, Afnor.

Rapport d'évaluation « Banque Mondiale ».
Rapport N° 15073-MOR- 9 Mai 1996.

Sibieude T, Pache A.C, Chalencon G, 2007, L'entrepreneuriat social, *Revue internationale de l'économie sociale*, n°305, p.9-3.