



La trappe des décisions irréfléchies : Le Régime d'assistance médicale au Maroc (RAMed) et le Plan Sésame au Sénégal

Jean-Noël Ferrie, Zineb Omary

► To cite this version:

Jean-Noël Ferrie, Zineb Omary. La trappe des décisions irréfléchies : Le Régime d'assistance médicale au Maroc (RAMed) et le Plan Sésame au Sénégal. *Mondes en Développement*, 2019, n° 187 (3), pp.15-28. 10.3917/med.187.0015 . hal-03616092

HAL Id: hal-03616092

<https://hal.science/hal-03616092>

Submitted on 22 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**La trappe des décisions irréfléchies :
Le Régime d'assistance médicale au Maroc (RAMed) et le Plan Sésame au Sénégal**

Jean-Noël Ferrié¹ et Zineb Omary²

Résumé :

L'article montre comment les besoins politiques des acteurs publics, notamment les besoins de légitimité, les conduisent à prendre des décisions fondées sur leurs intérêts conjoncturels et non sur leur faisabilité et sur le soutienabilité. Une fois prises, ces décisions sont difficiles à réformer, même si les politiques publiques qui en résultent s'avèrent dysfonctionnelles. En effet, les acteurs politiques risquent, de nouveau, leur légitimité s'ils reviennent sur les avantages qu'ils ont accordés. Nous présentons deux cas, un au Maroc et un autre au Sénégal. Il s'agit de deux dispositifs d'accès gratuit aux soins.

The traps of ill-considered decisions : The Medical assistance scheme in Morocco (RAMed) and the Sesame plan in Senegal

Abstract :

The article shows how the political needs of public actors, in particular the need for legitimacy, lead them to make decisions based on their conjunctural interests and not on the decisions' feasibility and sustainability. Once taken, these decisions are difficult to reform, even if the resulting public policies turn out to be dysfunctional. Indeed, political actors risk, once again, their legitimacy if they reconsider the benefits they have granted. We present two cases, one in Morocco and another in Senegal, two countries in which there are devices for free access to care.

Mots clés : politique publique, évitement du blâme, légitimité, santé, accès aux soins gratuits, Maroc, Sénégal

Key words : public policy, blame avoidance, legitimacy, health, free access to care, Morocco, Senegal

Code JEL : I 18, I 38

La santé est un impératif. Toutes les politiques sociales qui en relèvent devraient bénéficier d'une priorité indiscutable s'imposant aux décideurs politiques ; à cette priorité d'objet s'ajouterait une priorité épistémique³ consistant dans le choix des méthodes et des dispositifs les plus pertinents pour améliorer l'état de santé général de la population. Parmi ces dispositifs, celui concernant la prise en charge des frais de santé des plus vulnérables paraît proprement existentiel et devrait donc être robuste et durable. Or, cet impératif, loin de placer la santé hors du jeu politique, la met, tout au contraire, au centre de celui-ci. En

¹ Université internationale de Rabat, Sciences-Po Rabat, LEPOSHS. Courriel : jean-noel.ferrie@uir.ac.ma

² Université internationale de Rabat, Sciences-Po Rabat, LEPOSHS. Courriel : zineb.omary@uir.ac.ma

³ Nous dérivons ce terme de celui de « communauté épistémique » (Hass, 1989, 1992). Une priorité épistémique est le choix d'un type de dispositif et d'un type de méthode, à l'exclusion des autres possibles (c'est en cela qu'il s'agit d'une priorité), fondé sur l'intelligence collective d'un groupe de spécialistes et de praticiens. C'est la priorité épistémique qui définit la communauté épistémique (Holzner et Marx, 1979). Cela ne signifie pas que ces priorités, ces méthodes et ces dispositifs soient les meilleurs ou encore exempts de biais ; cela signifie seulement que la réflexion sur leur pertinence n'a pas été hybridée par l'anticipation de leurs résultats par et pour les gouvernants.

effet, les politiques de prise en charge visent également un autre but tenant à la nature de leurs décideurs : asseoir ou, au moins, ne pas contrarier la légitimité des gouvernants, car elles présentent l'exemple même de politiques publiques dont les changements influent directement sur la situation matérielle ou symbolique des clientèles politiques.

Il en découle deux stratégies intrinsèquement liées à la sélection d'une politique publique : (a) une tournée vers l'accroissement de légitimité et (b) une autre vers l'évitement du blâme (Weaver, 1986). Dans le mécanisme de l'évitement du blâme, les individus sont plus enclins à se focaliser sur les pertes dont ils sont ou se croient victimes que sur les gains dont ils bénéficient. Les stratégies d'évitement du blâme visent donc à neutraliser les conséquences politiques négatives des réformes afin de les rendre plus acceptables par les citoyens. Ainsi les gouvernants sont-ils amenés à faire des questions existentielles des objets de « politique politicienne », par calcul et souci de préservation de soi⁴. Les politiques de santé sont donc à la fois nécessaires à la population et aux gouvernants ; ce faisant, elle constitue une complexe épreuve d'Etat. On entend par ce terme les situations où l'Etat est l'objet d'une incertitude, d'une « scrutation collective » concernant sa capacité à établir son effectivité, à rétablir une situation, à sortir d'une crise ou à venir à bout d'un dysfonctionnement (Linhardt, 2012). La notion permet d'appréhender la réalité étatique comme une performance, plus ou moins réussie, entravée, critiquée ou acceptée. Toutefois, l'épreuve est aussi celle des « hommes d'Etats », puisque pragmatiquement l'Etat n'existe que par les actions de ceux qui s'y réfèrent.

La volonté de réussir l'épreuve d'Etat en l'assimilant à l'épreuve électorale ou de légitimité peut alors conduire les gouvernants à promettre plus que ce qu'ils ne peuvent donner, à annoncer une action sans préparation et sans considérer les ressources disponibles. L'annonce de politiques d'accès aux soins, dans les pays en développement où l'assurance maladie n'est pas universalisée, peut donc être surdéterminée par les besoins de légitimité de ceux qui les lancent. Il s'ensuit le contournement de la communauté épistémique pertinente, car peu compatible avec les besoins et la temporalité de l'action politique. Il en découle un manque de considération pour les moyens et les conditions nécessaires à la réalisation de ce qui a été promis ainsi que l'impossibilité de démentir la parole du gouvernant. Par conséquent, les acteurs et les structures, qui prennent en charge les dispositifs promis, se retrouvent dans l'obligation d'exécuter ce qui a été annoncé avec les « moyens de bord » et l'espoir que « l'intendance suivra ». Lorsque visiblement elle ne suit pas, on fait appel à l'antienne « c'est mieux qu'avant ». Ces manières de penser et de faire constituent, comme nous allons le montrer, un terrain favorable à la mise en place de politiques publiques à la fois insatisfaisantes et difficiles à réformer parce que leur annonce et leur mise en place ont créées des attentes précises, réactivant des cadres normatifs chez leurs ressortissants (Revillard, 2018), ce qui induit chez les décideurs une attitude consistant à éviter de les décevoir. Les politiques publiques, en effet, si elles paraissent sensibles aux conditions du moment, sont encore plus largement déterminées par leur historicité⁵, de sorte que leur réforme demeure toujours dépendante des conditions créées par leur mise en œuvre. Les décisions irréfléchies du point de vue des priorités épistémiques aboutissent donc à armer une véritable trappe pour les réformes.

Nous allons tenter de le montrer en décrivant deux politiques d'accès à la santé. Il s'agit du Régime d'Assistance Médicale (RAMed), au Maroc, et du Plan Sésame au Sénégal. Nous commencerons par présenter le mécanisme lié à l'effet d'annonce, qui précipite la mise en œuvre des politiques alors même que les conditions ne s'y prêtent pas (1). Cette première phase correspond au temps de l'annonce. D'un point de vue politique, il s'agit de frapper l'opinion par une offre ambitieuse. Cette première phase se déroule hors consultation de la communauté épistémique. Nous poursuivrons en montrant que la mise en œuvre précipitée de ces politiques de gratuité se caractérise par des réalisations en retrait des annonces (2). Nous terminerons en montrant que réformer des politiques d'accès à la santé – et, plus largement, des politiques publiques – surdéterminées par la crainte de perdre une épreuve d'Etat, notamment dans une conjoncture critique, contraint les décideurs à temporiser et à adopter des demi-mesures (3). Nous insisterons, pour conclure, sur la difficulté d'échapper à la trappe des décisions irréfléchies par rapport aux priorités épistémiques.

⁴ La théorie du choix public a depuis longtemps montré les inévitables biais découlant de l'interférence des choix électoraux et des décisions publiques (Buchanan et Tullock, 1999 [1962]).

⁵ Comme le soulignent les travaux d'analyse des politiques publiques s'inscrivent dans le *process tracing* (Surel, 2018).

1. L'irrésistible tentation des grandes annonces

Le RAMed et le Plan Sésame sont deux politiques de santé relevant de la gratuité des soins, qui a donné lieu à une abondante littérature (Ridde et Morestin, 2011). Les contextes d'annonce et de mise en œuvre de ces politiques montrent qu'une demande est bien présente, légitime et pressante. Cependant, leur mise en œuvre a lieu, à chaque fois, dans des conjonctures critiques pour les gouvernants : au Sénégal, il s'agit d'une élection présidentielle ; au Maroc, le lancement du projet en 1998, s'inscrit dans une politique de relégitimation politique et sociale de la monarchie au lendemain des « années de plomb » et du Plan d'ajustement structurel ainsi que de justification de l'entrée au gouvernement de l'opposition de gauche (Ferrié, 2000, 2002) ; en 2011, la décision de généralisation du RAMed comme son lancement effectif une année plus tard apparaît inséparable de la conjoncture politique, c'est-à-dire du « Printemps arabe », de la réforme constitutionnelle et de l'entrée au gouvernement des islamo-conservateurs.

Contextes d'émergence légitimes et déterminisme opportuniste

Les contextes d'annonce et de mise en application des deux politiques publiques étudiées s'inscrivent dans des temporalités différentes. Si les premières réflexions autour du RAMed datent du milieu des années 1990, sa mise en œuvre n'a lieu que plus de vingt ans après (Ferrié, Omary et Serhan, 2018). Il semble donc que les décideurs ne se soient pas précipités. Le Plan Sésame est annoncé en 2005 et mis en œuvre quelque mois seulement après l'annonce présidentielle. Cette dissemblance temporelle n'est pas liée à une perception différenciée de la nécessité et de l'urgence sanitaire, mais découle de contextes socio-politiques différents.

La transition démographique marque l'ensemble de l'Afrique. C'est ainsi que le Sénégal doit, désormais, considérer comme centrales les problématiques liées au vieillissement et à la prise en charge des personnes âgées (Sajoux, Macia, Ka et Reguer, 2019 ; Sajoux, Ammar et Ka, 2015). Il est vrai que ce qui caractérise pour l'heure ce pays sur le plan démographique est la jeunesse de sa population, mais le vieillissement global commence à se manifester et ira croissant⁶. La nécessité de le prendre en compte est justifiée par plusieurs raisons. D'abord les solidarités familiales traditionnelles sur lesquelles se fonde l'aide aux aînés se recomposent (Antoine, Golaz et Sajoux, 2013). Elles ne seront, à moyen terme, plus à même de se substituer aux dispositifs publics de prise en charge. L'augmentation du nombre des aînés va de pair avec l'augmentation de la durée de la vie et implique que l'on vit plus vieux mais en moins bonne santé et généralement en état de polypathologie. La prise en charge est donc particulièrement lourde. Cela est d'autant plus vrai que la protection sociale est notoirement insuffisante : seulement 30% des personnes âgées bénéficiant d'une des deux couvertures sociales existantes, celle de l'Institut de prévoyance de retraite du Sénégal (IPRES) et celle du Fonds national de retraite (FNR). Il paraît donc tout à fait pertinent que les autorités publiques décident de mettre en place une batterie de mesures afin d'améliorer les conditions de vie de cette catégorie de la population.

Le RAMed, quant à lui, est une politique de gratuité réservée aux pauvres et aux vulnérables. Il est destiné à remédier aux inégalités d'accès aux soins ainsi qu'à leurs conséquences et s'inscrit dans les objectifs de développement humain du Maroc et, plus particulièrement, dans un projet global de couverture médicale. Le RAMed a été créé avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), en 2002. Il constitue le volet assistanciel de la prise en charge. L'AMO, qui est contributive et obligatoire pour toute personne disposant de revenus, à l'exception des membres des professions libérales et des indépendants, s'adresse à l'ensemble des salariés déclarés qui ne relèvent pas des deux principaux régimes de protection sociale, la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), destinée aux fonctionnaires, et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (SNCC), destinée aux salariés du privé. Ces deux régimes ainsi que les différents régimes spéciaux, les mutuelles et les assurances privées ne couvraient, avant la création de l'AMO, que 16% de la population (Kerbach et El Alami El Felousse, 2013). L'insuffisance du taux de couverture était évidente. Le seul palliatif à cette situation était le certificat d'indigence, délivré par un agent d'autorité, relevant du Ministère de l'Intérieur et permettant l'accès ponctuel au système de santé. Il fallait autant de certificats que de consultations ou d'actes médicaux nécessaires. Les parcours de soins de soins n'étaient pas organisés. L'arbitraire et l'incertitude prévalaient dans les itinéraires thérapeutiques (Ferrié et Radi, 2015).

Des politiques de santé surdéterminées : annonçons d'abord, nous verrons après.

⁶http://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport%20analyse_ATLASRGPHAE_13_Mars_2017_VF_last.pdf.

Le Plan Sésame et le RAMed sont deux politiques proposant la gratuité des soins à des populations soutenues par les rationalités politiques de ceux qui les lancent. Deux caractéristiques marquent alors le lancement : d'abord, ce sont des offres soit « somptueuses »⁷, soit particulièrement ambitieuses, comme le RAMed, qui se greffent sur un système de santé trop faible pour supporter leurs poids ; ensuite, elles n'ont pas, à des titres divers, fait l'objet d'une concertation avec les communautés épistémiques et les praticiens ordinaires dont elles relèvent.

Le lancement du Plan Sésame est surdéterminé par la légitimation de celui qui le lance. Lors du discours à la Nation, prononcé à la veille de la fête de l'Indépendance le 3 avril 2006⁸, le président Wade annonça la mise en place d'une initiative de prise en charge des personnes âgées. C'était un an avant l'échéance de son premier mandat, période par excellence des bilans et des promesses. La population ciblée représentait un important électorat⁹. De fait, lorsqu'une personne âgée retirait sa carte d'identité indispensable pour bénéficier du Plan Sésame, une carte d'électeur lui était automatiquement délivrée. Le temps électoral apparaît ici déterminant et ne permet pas d'envisager une expérimentation afin de tester la faisabilité du dispositif. Dans cette première phase, marquer l'opinion est la priorité. Il en découle que l'offre présentée est très ambitieuse. En effet, elle ne concerne pas exclusivement les plus vulnérables, mais s'adresse à toutes les catégories de personnes âgées, incluant les anciens fonctionnaires et les anciens salariés du secteur privé. S'agissant des premiers, l'Etat se substituerait au patient pour le paiement du reste à charge. S'agissant des anciens salariés, le Plan Sésame prévoyait de leur proposer des tarifs préférentiels dans les centres médicaux de l'IPRES tout en leur laissant le choix de se diriger vers certaines structures publiques de santé, où ils seraient pris en charge gratuitement. Enfin, l'Etat se proposait de prendre entièrement en charge les personnes âgées ne bénéficiant d'aucun des deux régimes de retraite (IPRES, FNR). C'est là l'aspect le plus innovant du Plan. Ces personnes, dites « Personnes à leurs frais ? » (PAF) peuvent être prises en charge sur l'ensemble du territoire national. Cette politique s'accompagna de la mise en place d'infrastructures gérontologiques comme le Centre de Gériatrie et de Gérontologie d'Ouakam, à Dakar, et entendait renforcer la formation en gérontologie au sein de l'Université Cheikh Anta Diop. A ceci s'ajoutait une série de mesures facilitant l'accès des seniors à plusieurs services, dont la gratuité des transports et des facilités de logement. Le volet gratuité de la santé était censé être intégralement préfinancé par l'Etat sous forme de subventions directes aux hôpitaux.

Quant au RAMed, il ne peut être séparé d'une évolution d'ensemble de la gouvernance au Maroc. L'atmosphère de transition politique, qui s'était installée avec le gouvernement « d'alternance »¹⁰ et la volonté du roi Hassan II de relégitimer la monarchie, puis l'avènement du Roi Mohamed IV, inscrivaient la gouvernance dans processus de consolidation libérale, préservant, néanmoins, le leadership de la monarchie et adossant sa légitimité – *de facto* non électorale – à la promotion des politiques publiques de développement économique et humain. Cette orientation ne se présentait pas comme une contrepartie au maintien de l'autoritarisme mais comme un accompagnement de la libéralisation (Ferrié, 2012). Elle répondait de manière adéquate à des attentes portant l'amélioration de la vie et non sur la légitimité, par ailleurs des plus larges, de la monarchie ou sur son droit à être « exécutive ». La contrepartie de cette conjoncture favorable était, bien sûr, de réussir vraiment les politiques sociales lancées avec l'alternance et de les approfondir. Remarquons, enfin, que la généralisation du RAMed fut synchronisée avec l'épisode incertain des « Printemps arabes », puisque l'arrêté le généralisant fut pris en janvier 2011, même si la généralisation effective n'eut lieu qu'une année plus tard, alors qu'une partie au moins des praticiens s'avérait déjà inquiets de sa soutenabilité financière (Ferrié, Omary et Serhan, 2018, p. 133). D'autres mesures sociales prudentielles furent prises en même temps, afin d'éviter que le mécontentement social ne

⁷ Pour reprendre les termes du président sénégalais lors de l'annonce du Plan sésame

⁸ Extrait du discours : « Comme vous le savez, j'ai décidé d'accorder les médicaments gratuits aux personnes âgées. Cet acte traduit l'idéal de solidarité inter générationnelle si caractéristique de notre peuple. En effet, chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais, lorsque, par la force des choses, ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la Nation s'en charge. C'est pourquoi j'ai instruit le ministre de la Santé et de la Prévention médicale de concevoir, avec les partenaires comme l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), le Fonds national de retraite FNR, la faculté de médecine de Dakar et les collectivités locales, un plan de couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur l'ensemble du territoire national ».

⁹ Les associations des personnes âgées sont très actives au Sénégal.

¹⁰ On appelle « alternance », l'arrivée au gouvernement, en 1998, de parties politiques longtemps restés dans l'opposition, notamment en l'Union socialiste des forces de progrès (USFP). Cette ouverture a été voulue par le roi Hassan, afin de consolider le régime monarchique tel qu'il l'avait mis en place.

vienne soutenir « Le Mouvement du 20 février », qui tentait d'importer le « Printemps arabe » au Maroc. La généralisation apparaît ainsi comme un moment de précipitation, découlant de la conjoncture, même si elle était attendue depuis des années, car le système hospitalier marocain n'était toujours pas prêt. Enfin, on soulignera que, malgré un processus de gestation, dans lequel le gouvernement « d'alternance » eut un rôle central, les bénéficiaires du dispositif en parlent souvent comme de quelque chose que le roi leur a donné. Ainsi, même si la mise en œuvre du RAMed n'a pas été personnalisée comme l'a été le Plan Sésame, elle n'en est pas moins attribuée couramment au roi.

Le lancement de ces deux politiques, malgré leurs temporalités différentes s'est ainsi fait de manière irréfléchie, en considérant seulement le but et les craintes. La réflexion sur les moyens a été oubliée ou biaisée, comme dans le cas du RAMed, puisque les concepteurs ont supposé des ressources qui n'ont jamais pu être mises en œuvre. C'est le cas du paiement des factures des « pauvres » par l'Etat, de la contribution des « vulnérables »¹¹, dont la proportion a été largement surestimée, et de celle des collectivités territoriales. Au moment de la généralisation du RAMed et du lancement du Plan Sésame, les communautés épistémiques et l'ensemble des techniciens qui leur sont liés n'ont pas été consultés. Dans nos cas de figure, il s'agirait des responsables directement concernés par l'exécution des politiques de santé, des praticiens médicaux, des directeurs des hôpitaux et des gestionnaires de la santé. La décision d'Abdoulaye Wade a été prise sans aucune concertation, de manière presque soudaine¹². Il n'y a pas de communauté épistémique en amont et les techniciens sont impliqués ex-post. Dès lors, la décision devient la valorisation de l'acte individuel, prouvant la capacité des gouvernants à réussir les épreuves d'Etat. Si un gouvernant était incapable de décider, cela signifierait qu'il n'est pas à la hauteur de sa fonction, de sorte qu'il s'exposerait au blâme (Weaver, 1986). Cette contrainte d'agir implique de détourner le regard des conditions de possibilité et de durabilité de la politique suivie. Ceci crée une situation où il est aussi difficile de reculer que de poursuivre en laissant les choses en l'état.

2. L'inéluctable application des demi-mesures

Cette seconde phase est principalement caractérisée par l'apparition des dysfonctionnements et la recherche de palliatifs. Elle correspond également à la phase d'intégration des praticiens et d'activation ou de réactivation d'une communauté épistémique. Son apport reste toutefois limité à des réajustements au sein de systèmes structurellement défaillants.

Précipitation et principes de mise en œuvre

Lors de son lancement, le Plan Sésame a été accompagné d'une politique de préfinancement. En 2006, l'Etat avait mis à disposition du ministère de la Santé la somme de 700 millions de FCFA (préciser le taux de change avec l'euro en note de bas de page ?), à renouveler chaque année. L'ensemble des collectivités territoriales avait été vivement encouragée à participer ; cependant, seul le Conseil régional de Thiès participa au préfinancement, allouant la somme de 30 millions de FCFA pour appuyer l'hôpital régional. La troisième voie de financement prévue était celle de l'IPRES, qui a participé au financement à hauteur de 300 millions de FCFA ; celui-ci devait être exclusivement consacré au système d'assistance « Plan Sésame » pour ses retraités. Les fonds alloués au Plan Sésame devaient couvrir la totalité de la prise en charge des « Personnes à leurs frais » (PAF). Cependant, le mécanisme de financement diffère selon la structure de santé. Au sein des hôpitaux, le principe de préfinancement prévaut. S'agissant des postes et des centres de santé, le financement devait prendre la forme de remboursements en nature, principalement en médicament. Ainsi Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) était censée rembourser les structures sanitaires en médicaments génériques essentiels. Deux problèmes apparaissent directement liés au mécanisme financier. D'abord, le système de préfinancement des hôpitaux, n'a réellement été en vigueur que durant la première année suivant le lancement, en 2006. Au-delà, aucune autre institution que l'Etat n'a renouvelé le financement annuel du Plan. Les sommes ainsi allouées ne parvenaient pas à couvrir l'ensemble des dépenses engagées par les hôpitaux. Ces derniers ont donc puisé dans leurs ressources normales afin de répondre à une demande en hausse, car stimulée par l'offre du Plan. S'agissant des

¹¹ Les bénéficiaires du RAMed avaient été classés en vulnérables contributifs et en pauvres non contributifs. La contribution maximale était de 600 DH par an pour un ménage. Les prévisions tablaient sur 40% de vulnérables.

¹² On retrouve une même situation dans d'autres dispositifs de gratuité en Afrique de l'Ouest (Olivier de Sardan et Ridde, 2012).

médicaments disponibles dans les centres et postes de santé, il s'avéra que la majorité d'entre eux ne pouvait être prise en charge par la PNA parce qu'ils n'entraient pas dans le panier de gratuité.

Le RAMed, quant à lui, est fondé sur la facturation et le principe de substitution de l'Etat aux bénéficiaires. Ainsi, les actes doivent donner lieu à des factures, acquittées par le ministère des Finances en lieu et place des patients. Le mécanisme impliquait l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) comme intermédiaire entre les hôpitaux et le ministère des Finances. Ce mécanisme peinant à se mettre en place¹³, le gouvernement créa le Fond d'aide à la cohésion sociale (FACS), approvisionné par différentes taxes et destiné principalement à financer les dépenses hospitalières liées au RAMed. Bien que ses ressources aient atteint dix millions de Dirhams (taux de change), en 2015, le FACS n'a pas été raccordé aux hôpitaux (Ferrié, Omary et Serhan, 2018). Le RAMed est donc, pour l'essentiel, financé par la dotation normale des hôpitaux. *De facto*, nous sommes dans un système de gratuité où les soins ne donnent tout simplement lieu à aucun paiement de la part de personne.

Dans la mise en œuvre des deux dispositifs, trois oublis majeurs peuvent être constatés. D'abord, l'impact positif sur la fréquentation des lieux de santé ne semble pas avoir été suffisamment anticipé, alors même que les dispositifs poursuivaient ce but. Par conséquent, aucun ajustement de l'offre n'a été envisagé au bénéfice de structures de santé souffrant d'un déficit chronique de moyens matériels et humains. Le deuxième oubli est celui du transport des patients de leur domicile au lieu de soin et durant le parcours de soins. Le Maroc et le Sénégal sont marqués par d'importantes inégalités territoriales, le monde rural est isolé, rendant difficile le déplacement de ses habitants, souvent pauvres, vers les lieux de soins. Ni le Plan Sésame, ni le RAMed n'ont pris en compte les contraintes logistiques liées à l'accès physique à l'hôpital. Le troisième oubli est la gratuité des médicaments. S'agissant du RAMed, les médicaments sont gratuits lors de l'hospitalisation ; en dehors, ils sont à la charge des patients, sauf s'ils sont disponibles dans les centres de santé¹⁴. La situation est plus problématique pour les personnes âgées au Sénégal. Ces dernières présentent souvent un profil polypathologique et chronique nécessitant un suivi médicamenteux relativement important et constant. Or, la gratuité ne concerne pas les médicaments dits de spécialité qui traitent principalement les maladies chroniques (contrairement au Maroc). Certaines personnes âgées pâtiennent aussi des ruptures de stocks ou diffèrent simplement le suivi de leur traitement par manque de moyens. Ces oublis majeurs découlent d'une sous-détermination des contraintes contextuelles, les décideurs ayant fait comme si les dispositifs de gratuité suppléaient à eux seuls à un ensemble d'insuffisances structurelles¹⁵, un peu comme si on pouvait améliorer un moteur défectueux en le dotant seulement d'un nouveau carburateur.

Les dysfonctionnements inhérents à cette défaillance de l'anticipation trouvent leur explication dans la substitution de la priorité politique à la priorité épistémique, et plus particulièrement dans la capacité des acteurs politiques à se persuader de ce que les insuffisances d'un dispositif disparaîtront avec son fonctionnement, alors qu'elles induisent des attentes, des adaptations et des pratiques qui en bloqueront la réforme. En tout état de cause, les insuffisances des dispositifs apparaissent très vite et très vite les réalisations se montrent en retrait des annonces.

Réalisations en retrait des annonces et régulation par le renoncement

Le fait que les acteurs politiques aient été les initiateurs des dispositifs, dans une conjoncture critique où ils jouaient une part au moins de leur légitimité, produisit un effet vitrificateur dont l'une des conséquences a été l'impossibilité de supprimer ou de réformer librement (c'est-à-dire du point de vue de la priorité épistémique) les politiques qu'ils avaient annoncées. Il en découle que les dispositifs continuent à fonctionner, bon gré mal gré, dans un environnement tendu. Deux régulations aussi efficaces que perverses ont permis au Plan Sésame comme au RAMed de se maintenir en dépit de ce contexte asphyxiant : la pénurie et le renoncement.

Le Plan Sésame comme le RAMed ont stimulé la demande tandis que l'offre n'était pas en état de satisfaire la demande. Les membres de la communauté épistémique, les techniciens de la santé ainsi que les praticiens au sein des structures hospitalières ont prévenu les décideurs politiques de l'aspect difficilement tenable de la situation. Dans les deux cas, ces derniers ont répondu que des améliorations seraient portées

¹³ Notamment au prétexte que l'ANAM étant en même temps une agence régulatrice, elle ne pouvait être gestionnaire.

¹⁴ Où le panier de médicaments est, toutefois, assez restreint avec, de plus, des pénuries.

¹⁵ On retrouve ici l'illusion des « îlots d'excellence » selon laquelle un dispositif performant peut dynamiser le contexte dans lequel il s'insère (Blundo, 2011).

dans les mois suivant la mise en œuvre, mais qu'il était impossible de renoncer à ce qui avait été annoncé. Les gouvernants ont visiblement surestimé la capacité des institutions à répondre convenablement aux attentes des bénéficiaires. L'insoutenabilité de la situation a ainsi poussé les responsables du bureau de coordination du Plan Sésame à restreindre l'offre de gratuité. Plusieurs prestations ont donc été exclues de la gratuité à partir d'août 2009. Exclure les interventions d'ordre esthétique allait de soi, mais supprimer des interventions nécessaires et parfois urgentes, comme les évacuations sanitaires, les stimulations cardiaques, l'hémodialyse, l'imagerie par résonance magnétique, les médicaments de spécialité, les bilans systématiques ainsi que les hospitalisations de première et seconde catégorie, faisait que le « somptueux cadeau » se réduisait comme une peau de chagrin. *In fine*, les personnes âgées se sont retrouvées exclues du parcours de soins dès lors qu'il s'agissait d'autre chose que la consultation. Ces restrictions ont, toutefois, été étalées dans le temps, prises en charge par les techniciens plutôt que par les politiques et se sont poursuivies sous le premier quinquennat du successeur du président Wade, autant de circonstances permettant d'atténuer les effets de blâme.

Si la régulation du Plan Sésame – à cause de la trop grande différence entre les prestations promises et les ressources du pays – a impliqué de revoir le panier de la gratuité, le RAMed a jusqu'à présent échappé à une telle révision. Cependant, l'accroissement de la demande, découlant de l'annonce de la gratuité a généré l'incapacité de pouvoir délivrer, dans des délais corrects, un nombre assez important d'actes. C'est principalement le cas des examens radiologiques ou des bilans de santé. Les rendez-vous donnés aux bénéficiaires impliquent trop souvent un temps d'attente que l'état de santé du malade ne peut supporter, l'obligeant, lorsqu'il en trouve les moyens, à s'adresser aux structures privées. Ce renoncement temporaire aux soins gratuits apparaît souvent comme un adjuvant permettant, de poursuivre, dans les délais nécessaires, le parcours de soins à l'intérieur du RAMed. En ce sens, il le soutient. Un autre renoncement apparaît bien plus problématique, celui découlant de l'impossibilité de substituer une prestation payante à une prestation gratuite. Dans ce cas, le patient doit attendre que la prestation gratuite soit disponible. Relève du même ordre de difficulté, l'impossibilité de payer pour se rendre au lieu de soins, aucune prise en charge n'étant prévue et que le système d'ambulance s'avérant des plus défaillants (Gruénais, 2015). A cette régulation par le renoncement, s'ajoute, plus efficace encore, la régulation par la pénurie. De ce point de vue, la non mise en paiement des factures apparaît bien plus stratégique qu'involontaire et découlant de l'impéritie. Mettre les factures en paiement, c'est contraindre l'Etat à payer suivant la demande et donc installer une dynamique de déficit chronique. En restreignant, dès la loi de création du RAMed (2002), les prestations gratuites à ce qui était disponible dans la structure hospitalière et en contraignant les hôpitaux à faire face aux dépenses du dispositif sur leur budget normal de fonctionnement, les décideurs ont efficacement limité les risques, tout en reportant sur les structures hospitalières l'organisation des restrictions et une partie du mécontentement qui les accompagne inévitablement. Le retrait par rapport à la promesse était déjà contenu dans le paramétrage du dispositif.

3. La difficulté de réformer

Ne pouvant être réformés ni abandonnés sans que le système politique, dans son ensemble, n'en soit affecté, les dispositifs dysfonctionnels d'accès aux soins demeurent en place et sont donc réformés de manière paramétrique plutôt qu'ils ne sont abandonnés ou entièrement reconçus. Les demi-mesures, qui en découlent, ont cet avantage que la double épreuve d'Etat – celle des institutions et celle des gouvernants – n'est jamais totalement un échec indiscutable et qu'elle peut devenir une discutée réussite, parce que précisément les politiques publiques existent aussi comme performances pragmatiques (Zittoun, 2012). Les gouvernants peuvent ne pas réussir l'épreuve d'Etat, du point de vue de la priorité épistémique, mais peuvent convaincre des parties de l'opinion qu'elle n'est pas un échec, voire qu'elle est une réussite. De fait, l'ancien président Wade conserve une image largement positive. Le roi du Maroc demeure, quant à lui, non sans raisons, le garant de l'agenda social. D'un point de vue politique, ces demi-vérités articulées sur des demi-mesures valent mieux qu'une crise sociale, de sorte que même la réforme de ce que l'on sait mal fonctionner (des dysfonctionnements ?) ne peut ni éradiquer ni améliorer tout ce qui fonctionne mal.

Les orientations pour la réforme du RAMed en offrent un parfait exemple. Passées les deux premières années de fonctionnement (et sans doute même avant), les autorités publiques se sont rendu compte que les hôpitaux peinaient à accueillir les bénéficiaires et que la population cible avait été mal estimée. Plusieurs études furent conduites, dont une pour l'Observatoire national du développement humain (ONDH),

agence indépendante d'évaluation des politiques sociales¹⁶. Dans ses conclusions, l'étude pointait l'asphyxie financière du dispositif découlant de ce que le mécanisme de financement par la facturation n'avait jamais été connecté au RAMed et de ce que le FACS n'avait quasiment pas été utilisé. Le rapport fut remis au Chef du Gouvernement, le 8 décembre 2017, sans qu'aucune suite ne lui soit donnée. L'ONDH dut ainsi organiser, un an et demi plus tard, en juillet 2018, un atelier de restitution du rapport, durant lequel la représentante du ministère de l'Economie et des Finances affirma que son ministère soutenait parfaitement le RAMed. Rien n'a résulté de cet atelier. Bien au contraire : quelques jours après, le ministre de la Santé faisait part de son intention d'ouvrir le RAMed aux cliniques privées, soutenant indirectement l'idée que les dysfonctionnements de celui-ci provenaient de la pénurie mais en omettant de la rattacher au non-paiement des factures produites par les hôpitaux et sans indiquer par quelles procédures l'Etat payerait au privé des factures qu'il ne parvenait pas à payer au public. Fidèle à sa politique non dite, l'Etat¹⁷ se refuse à payer les factures. En fait, pour qu'il envisage de les payer, il faudrait qu'il puisse s'assurer qu'elles ne creuseront pas un déficit et donc limiter le généreux panier de soins offert¹⁸ ou en limiter les bénéficiaires en revoyant drastiquement les critères d'élection. Ce choix apparaît difficile à faire sans revenir lourdement sur l'offre initiale avec le coût social qui s'ensuivrait. Il en résulte que la nécessité de réformer est à la fois connue et occultée, induisant une politique déterminée de non-décision (Bachrach et Baratz, 1962). Une telle politique est tenable tant que la pénurie parvient à réguler les dépenses et que le mécontentement des bénéficiaires demeure d'intensité moyenne, notamment parce qu'il est décentralisé sur les unités de soins et reporté sur l'interaction avec les personnels de santé.

Cette situation illustre la trappe des décisions irréflechies, puisqu'elles établissent des buts inatteignables tout en les « fétichisant », de sorte qu'ils ne peuvent être démentis et que les demi-mesures ou l'inaction s'imposent au détriment de la réforme. Si les unes comme l'autre peuvent paraître infra-optimales par rapport à certains intérêts objectifs de la population, elles ne sont pas nécessairement dangereuses pour les gouvernants, puisque, comme nous l'avons souligné, elles ne sont pas seulement des mesures techniques mais des performances communicationnelles, qui peuvent être salvatrices. En ce sens, une épreuve d'Etat n'est jamais totalement perdue. En même temps, la possibilité de ne jamais vraiment la perdre n'incite guère à la réussir vraiment, et partant à accorder plus d'importance aux priorités épistémiques qu'à la poursuite de la légitimité.

Références bibliographiques

- ANTOINE PH. GOLAZ V. ET SAJOUX M. (2013) Vieillir dans les pays du Sud : mieux connaître les solidarités privées et publiques autour de la vieillesse en Afrique, *Retraites et Société*, n°58, 184-188.
- BACHRACH P. ET BARATZ M. (1962) Two Faces of Power, *The American Political Science Review*, vol.56, n°4, 947-952.
- BLUNDO G. (2011) Une administration à deux vitesses. Projet de développement et construction de l'Etat au Sahel, *Cahiers d'études africaines*, n°202-203, 427-452.
- BUCHANAN J. ET TULLOCK G. (1999) [1962] *The Calculus of Consent. Logical Foundations of Constitutional Democracy*, Indianapolis, Liberty Found
- [en ligne : http://files.libertyfund.org/files/1063/Buchanan_0102-03_EBk_v6.0.pdf]
- CLAUVEL NIAMA A. (2018), Panier de soins et assurance maladie universelle en Afrique : aspects méthodologiques, *Revue française des Affaires sociales*, n°4, 173-187.
- FERRIE J.-N. (2012) Dispositifs autoritaires et changements politiques. Les cas de l'Égypte et du Maroc », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 4, 93-110.
- FERRIE J.-N. (2002) Succession monarchique et désenchantement de l'alternance partisane au Maroc, *Annuaire de l'Afrique du Nord 1999*, Paris, CNRS-Editions, 215-231.

¹⁶ http://www.ondh.ma/sites/default/files/documents/rapport_ra_med_fr.pdf.

¹⁷ Le terme « Etat » est toujours problématique, puisqu'il ne s'agit jamais que d'acteurs publics. Il vise, ici, à dénoter que la politique suivie est constante à travers des séries d'acteurs successifs et quelle marque donc une tendance générale. Précision à insérer plus tôt dans le texte puisque l'Etat est omniprésent dans la réflexion.

¹⁸ Qui est l'enjeu principal de la solvabilité des systèmes de gratuité (Clauvel Niama, 2018).

- FERRIE J.-N. (2000) Maroc : la mise en place de l'alternance, *Annuaire de l'Afrique du Nord 1998*, Paris, CNRS-Editions, 231-244.
- FERRIE J.-N. OMARY Z. SERHAN O. (2018) Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme, *Revue française des Affaires sociales*, n°1, 125-143.
- FERRIE J.-N. et RADY S. (2015) Vulnérabilité, adaptation et misère : relation d'un cas, *Horizons sociologiques*, n°2. 41-48.
- GRUENAISS M.-E. (2015), Du « bon usage » des ambulances : enjeux économiques, identitaires et de gouvernance locale en Afrique, *Horizons sociologiques*, n°2, .
- HAAS P.M. (1992) Epistemic Communities and International Policy Coordination, *International Organization*, vol. 46, n°1, 1-35.
- HAAS P.M. (1989) Do Regimes Matter? Epistemic Communities and Mediterranean Pollution, *International Organization*, vol. 43, n°3, 377-403.
- HOLZNER B. et MARX J. (1979) *Knowledge Applications : The Knowledge System in Society*, Boston, Allyn and Bacon, 388 p.
- KHERBACH F. et EL ALAMI EL FELLOUSSE L.A. (2013), *Transition d'une couverture facultative vers une couverture médicale obligatoire de base qui se réalise progressivement*, Rabat, Centre Jacques-Berque, coll. « Études et Essais », n° 16, 17 p.
- LINHARDT D. (2012) Avant-propos : Epreuves d'Etat. Une variation sur la définition wébérienne de l'Etat , *Quaderni*, n°78, 5-22.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P. et RIDDE V. (2012) L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques, *Afrique contemporaine*, n° 243, 11-32.
- PIERSON P. (1993) When Effect Becomes Cause : Policy Feedback and Political Change, *World Politics*, vol. 45, n°4, 595-628.
- REVILLARD A. (2018) Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants », *Revue française de science politique*, vol. 68, n°3, 469-491.
- RIDDE V. et MORESTIN F. (2011), A Scoping Review of the Literature on the Abolition of User Fees in Healthcare Services in Africa, *Health Policy and Planning*, n° 26, p. 1-11.
- SAJOUX M. AMMAR M. ET KA A. (2015) Vieillir au Maroc, vieillir au Sénégal : ressemblances et dissemblances, *Mondes en développement*, n° 171, 99-116.
- SAJOUX M. MACIA E. KA O. et REGUER D. (2019) Pour une introduction à l'étude des vieillissements en Afrique, *Gérontologie et Sociétés*, vol. 41, n°1, 13-22
- SUREL Y. (2018) La Mécanique de l'action publique. Le process tracing dans l'analyse des politiques publique, *Revue française de Science politique*, vol. 68, n°6, 991-1014.
- WEAVER K. (1986) The Politics of Blame Avoidance, *Journal of Public Policy*, vol. 6, n° 4, 371-398.
- ZITTOUN PH. (2013) *La fabrique politique des politiques publiques*, Paris, Presses de Science Po, 344 p.

