



**HAL**  
open science

## Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme

Jean-Noël Ferrie, Zineb Omary, Othmane Serhan

### ► To cite this version:

Jean-Noël Ferrie, Zineb Omary, Othmane Serhan. Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales*, 2018, 1 (1), pp.125. 10.3917/rfas.181.0125 . hal-03616158

**HAL Id: hal-03616158**

**<https://hal.science/hal-03616158>**

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.

## **Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme**

Jean-Noël Ferrié, Zineb Omary et Othmane Serhan

### **Résumé**

L'article porte sur le Régime d'assistance médicale (RAMed) mis en place au Maroc à partir de 2011. Ce régime accorde la gratuité des soins dans le système hospitalier. Proposant un avantage indéniable à une importante population de pauvres et de vulnérables, il présente, toutefois, d'importantes faiblesses, notamment en ce qui concerne la continuation des paiements des ménages, les files d'attente et les transports des patients. De plus, le mécanisme de financement du dispositif n'a jamais été mis en œuvre, amenant celui-ci à fonctionner, pour l'essentiel, sur les subventions normales des hôpitaux. Cette situation met en question la soutenabilité du RAMed. De ce point de vue, nous soulignons l'impact de deux attitudes négatives liées à l'organisation de l'action publique : le volontarisme, consistant à croire que les insuffisances d'un dispositif disparaîtront dans le cours de sa mise en œuvre, et l'opportunisme, poussant les promoteurs des politiques publiques à promettre plus qu'ils ne peuvent tenir.

Abstract

### **The Medical Assistance Plan (RAMed) in Morocco: The Failures of Voluntarism and Opportunism**

This article focuses on the Medical Assistance Plan (RAMed) established in Morocco in 2011. This scheme provides free healthcare in a hospital system. Offering an undeniable advantage to a large population of the poor and vulnerable, it has, however, important weaknesses, particularly with respect to the continuation of household payments, queues, and patient transportation. In addition, the financing mechanism for the device was never implemented, causing it to operate essentially on normal hospital subsidies. This situation calls into question the sustainability of RAMed. From this point of view, we highlight the impact of two negative attitudes related to the organization of the public program: voluntarism, consisting in believing that the inadequacies of a device will disappear in the course of its implementation, and opportunism, pushing public policy advocates to promise more than they can deliver.

## Introduction<sup>1</sup>

Le Maroc a généralisé, le 24 janvier 2011, un important dispositif d'assistance médicale (RAMed) en faveur des pauvres et des vulnérables. À ce jour, plus de dix millions de personnes sont immatriculées auprès de celui-ci et 6 345 525 bénéficient de droits actifs<sup>2</sup>. Le dispositif a été conçu, élaboré, expérimenté et mis en œuvre entre 1998 et 2011, la généralisation effective ne débutant qu'en mars 2012. Quatorze années se sont donc écoulées avant qu'il ne soit accessible à l'ensemble des citoyens éligibles. Le RAMed propose la gratuité d'un vaste panier de soins au sein système hospitalier, sous conditions, toutefois, de disponibilité. Il impose le strict respect d'une filière de soins : les bénéficiaires doivent se rendre, en premier lieu, dans la structure publique la plus proche et ne peuvent passer à la structure supérieure que s'ils y sont envoyés par la structure inférieure. Les professionnels et les structures privées sont exclus du dispositif qui ne pratique aucun remboursement.

Le RAMed a été conçu pour atteindre au moins trois objectifs. Tout d'abord, bien évidemment, pour prendre véritablement en charge les besoins d'une population démunie, poussée à renoncer aux soins ou conduite à s'appauvrir davantage, voire à se ruiner, pour se soigner. Il s'agissait, en somme, d'un objectif de santé publique et de protection sociale. À ce premier et vaste objectif s'en ajoutait un deuxième : rationaliser le système et les dépenses de santé. Il fallait, notamment, s'assurer que les fonds publics aillent bien aux plus nécessiteux et que les personnes en état de contribuer contribuent, ce que ne garantissait pas le mécanisme préalablement à l'œuvre, celui du « certificat d'indigence ». *In fine*, le RAMed visait à préserver la cohésion sociale en participant à la réduction des inégalités et en favorisant l'inclusion citoyenne.

La mise en œuvre de ce dispositif s'est, toutefois, caractérisée, au-delà de la discussion de sa pertinence, par un paradoxe aux effets délétères : bien que son élaboration ait été longue, semblant relever, parfois, de la procrastination, son lancement eut lieu précipitamment, alors même que les conditions ne s'y prêtaient pas et sans que le décideur public n'ait semblé prendre au sérieux les implications et les contraintes qui en découlaient. Deux principes pratiques auraient ainsi prévalu : « l'intendance suivra » et « ce sera mieux qu'avant », le premier impliquant que le lancement du RAMed aurait un effet vertueux sur l'ensemble du système de santé, produisant une régulation à même de préserver et de soutenir le dispositif et le second, qu'au-delà des dysfonctionnements ponctuels, ses avantages entraîneraient l'adhésion de la population. Ce ne fut pas le cas : l'intendance ne suivit pas et l'adhésion s'avéra modérée et ambivalente. Il en découla que, dans les trois années qui suivirent la généralisation du RAMed, se posa la question de sa soutenabilité et des réformes, voire des restrictions, qu'il faudrait faire afin de l'assurer.

---

<sup>1</sup> Cet article s'inscrit dans les activités du Laboratoire international associé du CNRS : « Inégalités, développement et équilibres politiques » (2014-2017). Il bénéficie de certains résultats d'enquêtes menées dans le cadre d'une évaluation du RAMed pour l'Observatoire national du développement humain (ONDH) du Maroc et, en premier lieu, de la recherche menée, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, dans le cadre de l'Institut de recherche sur le cancer (IRC) du Maroc sur le ressenti de l'accès aux soins des malades atteints du cancer et bénéficiaires du RAMed. Les entretiens cités dans l'article ont été conduits par les auteurs.

<sup>2</sup> *Rapport d'activité de l'Agence nationale de l'assurance maladie*, Rabat, 2016. Par « droits actifs », on entend qu'ils disposent d'une carte de bénéficiaire en cours de validité (la durée de celle-ci est de trois ans).

Nous commencerons par présenter le RAMed en tant que dispositif en précisant le contexte de sa conception. Nous décrirons, ensuite, les effets les plus remarquables de sa mise en œuvre en contexte hospitalier, laquelle apparaît clairement fondée sur une régulation par la pénurie. Nous poursuivrons en montrant que cette régulation constitue un dévoiement du projet initial, notamment en ce qui concerne son mécanisme de financement et son ambition. Nous concluons en soulignant l'impact de la surdétermination des enjeux politiques face à la sous-détermination des contraintes pratiques et des situations institutionnelles dans la mise en œuvre d'un dispositif d'ensemble, caractéristiques d'une attitude opportuniste dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques. De manière paradoxale, l'attachement à l'assentiment de la population, qui accompagne inévitablement leur conception (Pierson, 1993 ; Weaver, 1986, 2010), conduit le décideur public à moins s'intéresser à la leur impact effectif sur des personnes précises qu'à leur impact supposé sur un « bénéficiaire médian ».

## 1. Contexte et conception du Régime d'assistance médicale marocain

La prise en charge médicale des pauvres et des vulnérables relevait au Maroc, depuis le Protectorat, du Certificat d'indigence. Il s'agissait d'un document administratif attestant de la situation précaire d'une personne et lui permettant d'accéder gratuitement à certains services sanitaires et sociaux. Ces certificats étaient délivrés par de petits fonctionnaires d'autorité comme le *moqqadem*<sup>3</sup>. Ils ne permettaient qu'un accès ponctuel à la gratuité, le certificat n'étant valable que pour un seul acte. Il fallait donc autant de certificats que d'actes. Le statut d'indigent ne relevait donc pas d'un système organisé d'assistance et ne permet pas d'insérer les patients dans un parcours de soins. La délivrance des certificats, quant à elle, relevait pratiquement de l'arbitraire, dans la mesure où le fonctionnaire qui les accordait ne se basait pas sur des critères clairement établis. Il en découlait nécessairement des fraudes et des passe-droits. Par ailleurs, le fait d'être catalogué comme « indigent » représentait une stigmatisation sociale. La littérature a largement mis en avant la relation entre ce stigmate et le non-recours aux dispositifs sociaux (Warin, 2010).

Ce mode de fonctionnement comprenait une large part d'aléatoire et, de l'avis des promoteurs de la réforme<sup>4</sup>, des coûts importants. Les patients prenaient en charge les médicaments et l'intégralité des transports, s'ils devaient se rendre dans un lieu de soins distant de leur résidence. Ils étaient dans l'ignorance de l'accomplissement de chacune des étapes de leur itinéraire thérapeutique, de sorte qu'il n'y avait pratiquement aucune continuité dans leur parcours et dans leur dossier médical (Ferrié et Radi, 2015)<sup>5</sup>. Les délais avant de se décider à consulter ainsi que les délais de prise en charge étaient longs avec des conséquences reconnues sur l'évolution des pathologies (Thaddeus et Maine, 1994 ; Sobolev et Fradet, 2008 ;

---

<sup>3</sup> Fonctionnellement, un chef de quartier.

<sup>4</sup> C'est notamment l'opinion affirmée dans plusieurs entretiens de presse par Khalid Alioua, ministre du Développement social, de la Solidarité, de l'Emploi et de la Formation professionnelle dans le gouvernement d'alternance (voir *infra*). Dans l'état actuel des choses, nous ne prétendons pas qu'il s'agissait de coûts réellement importants. Il est d'ailleurs probable qu'ils ne l'étaient pas autant que le sont les coûts actuels du RAMed. En revanche, ils paraissent disproportionnés par rapport à la couverture effective de la population. Ce point de vue a visiblement constitué une motivation pour les promoteurs du RAMed.

<sup>5</sup> Ce qui demeure un problème majeur de l'accueil des patients dans les services hospitaliers (voir Serhan, 2017).

Guttmann *et al.*, 2011). Malgré ces risques, l'anticipation des difficultés avait un effet clairement dissuasif.

### 1.1. Le contexte de l'élaboration du RAMed

La réflexion sur la mise en place d'une couverture médicale de base remonte à la fin des années 1990. Même si elle prend sa source dans les difficultés spécifiques que nous venons d'évoquer, elle ne peut être séparée d'une évolution d'ensemble de la gouvernance au Maroc, découlant de la sortie des années de restrictions liées à l'exécution du Plan d'ajustement structurel (PAS), dans la deuxième partie des années 1980. En synchronie avec l'évolution de la doctrine des grandes institutions internationales (Banque mondiale, Programme national des Nations unies pour le développement - PNUD, etc.), un nouveau regard est porté sur le développement humain, qui deviendra, quelques années plus tard, le « chantier de règne » réformateur du roi Mohammed VI (Ferrié, 2010). C'est ainsi qu'entre 1993 et 1995, les pouvoirs publics marocains ont travaillé sur un dispositif de prise en charge des plus démunis, le Fonds national d'assistance médicale (FNAM), promu par le ministre de la Santé, Abderrahim Harouchi<sup>6</sup>. Un projet de loi commença à être élaboré. Il prévoyait un double financement du dispositif, par l'État et par les collectivités territoriales. Il fut présenté en conseil de gouvernement<sup>7</sup> en même temps qu'un autre projet portant sur l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, alors que le projet d'assurance maladie continua son parcours en étant dirigé vers le dialogue social, le projet d'instauration du FNAM demeura dans les cartons jusqu'à ce que le gouvernement le reprenne en 1998.

Ce gouvernement occupe une place particulière dans l'histoire contemporaine du Maroc, puisqu'il marque le retour dans la vie politique normale de partis d'opposition jusqu'alors malmenés par le roi Hassan II. Le régime, consolidé par une répression efficace comme par l'*aggiornamento* des partis nationalistes et de l'extrême gauche, entraînait alors dans une phase de consolidation libérale (Ferrié, 2002). Il s'agissait, non plus de réprimer des opposants pour l'essentiel venus à composition, mais d'assurer la stabilité du système politique – c'est-à-dire la préservation du leadership de la monarchie dans un processus de libéralisation résolue de l'autoritarisme. Le régime entendait profiter ou fit ce qu'il fallait pour profiter d'une attitude générale poussant à la dépolitisation afin d'orienter les débats et les choix publics sur les politiques publiques (*policies*) en lieu et place des débats sur les instances de gouvernement et la désignation de leurs titulaires (*politics*). Il en découla un recentrage de l'activité politique sur le social et la légitimation, voire la surlégitimation, de la société civile et de ses modes d'action au détriment des acteurs politiques classiques.

Ce choix en faveur du social et des politiques publiques, malgré les évidents avantages qu'il recelait du point de vue de la stabilité des institutions, était un choix sincère. En effet, il ne se présentait pas comme une contrepartie au maintien de l'autoritarisme mais comme un accompagnement de sa libéralisation, en s'inscrivant dans un changement de paradigme global des élites autoritaires de la région (Ferrié, 2012). Il répondait de manière adéquate à des attentes portant sur les résultats de la gouvernance et non sur la légitimité, par ailleurs des plus

---

<sup>6</sup> Ministre de la Santé dans les deux gouvernements Lamrani (1992-1994) et dans le premier gouvernement Filali (1994-1995).

<sup>7</sup> Durant le gouvernement Filali (1994-1998), qui précéda le gouvernement d'alternance (1998-2002).

larges, de la monarchie et sur son droit à être « exécutive », pour reprendre l'un des premiers discours de Mohammed VI. Bref, il était en phase avec l'époque. La contrepartie de cette conjoncture favorable était, bien sûr, d'entreprendre sérieusement et de réussir vraiment des politiques publiques sociales, alors même que la réussite d'une politique publique est toujours dépendante, non seulement de ses réalisations effectives, mais surtout du travail discursif de ses promoteurs (Zittoun, 2013). En d'autres termes, Il s'agissait de s'acquitter de la dette sociale en contrepartie d'une « remise » sur la dette démocratique.

## 1.2. La conception du RAMed

Le RAMed a été conçu dans le cadre de la mise en place, en 2002, d'une Couverture médicale de base (CMB) combinant un système assurantiel, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et un système assistanciel, le RAMed. 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 donc 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 (CNSS), destinée aux salariés du privé<sup>8</sup>. Ces deux régimes ainsi que les différents régimes spéciaux, les mutuelles et les assurances privées couvraient, avant la création de l'AMO, 16 % de la population marocaine. Les trois quarts des personnes couvertes relevaient d'un régime public. L'insuffisance du taux de couverture était évidente et instaurait une inégalité flagrante entre, non seulement les agents de l'État et les salariés du privé, mais aussi, et de manière plus marquée, entre les salariés déclarés pour la durée effective de leur travail et les travailleurs non déclarés, ainsi que les salariés sous-déclarés.

Le gouvernement d'alternance mena de front les négociations sur l'AMO, qui impliquaient les partenaires sociaux (Ferrié, 2002) et la conception du RAMed, qui donna lieu à une intense activité au sein, notamment, d'une commission technique réunissant les différentes administrations concernées. Le dossier était piloté par Khalid Alioua (USFP), alors ministre du Développement social et porte-parole du gouvernement. Il s'agissait d'un projet d'ensemble, très réfléchi, visant à doter la société marocaine de filets sociaux. La loi sur la Couverture médicale de base fut votée et promulguée en 2002, mais le décret d'application du RAMed ne fut pris qu'en 2008 (contre 2005 pour l'AMO). Ce n'est pas pour autant qu'on l'appliquât, puisque l'application généralisée devait être précédée d'une période d'expérimentation dans la région de Tadla-Azilal, qui débuta en novembre 2008. Cette expérimentation fut suivie d'une évaluation qui s'étendit de 2009 à 2010. La généralisation du dispositif fut opérée par un arrêté en date du 24 janvier 2011. Différents réglages furent faits en 2011, impliquant un second décret. Au bout du compte, le lancement effectif de la généralisation n'eut finalement lieu que le 13 mars 2012, soit dix ans après le vote de la loi.

Dans sa conception, le RAMed est un système de gratuité à l'hôpital et non de prise en charge de l'ensemble des soins de santé. Il a, du reste, été spécifiquement conçu dans le prolongement de la prise en charge des indigents. Il introduit, toutefois, un volet contributif, faisant la distinction entre les « vulnérables » qui peuvent contribuer<sup>9</sup>, et les « pauvres », qui ne

---

<sup>8</sup> Pour un état des lieux, voir Kherbach et El Alami El Fellousse (2013).

<sup>9</sup> La contribution par personne est de 120 DH (soit environ 11 euros) avec un plafond de 600 DH par ménage (soit environ 55 euros).

contribuent pas. La détermination des bénéficiaires comme la distinction des pauvres et des vulnérables relève d'une opération de ciblage basée sur le calcul d'un score. Ce score est différent en milieu rural et en milieu urbain. En milieu urbain, le ciblage est fondé sur un score calculé à partir de variables liées aux conditions de vie et pondéré par le revenu librement déclaré<sup>10</sup> des ménages ; en milieu rural, le score est calculé sur la base des éléments constituant le patrimoine du ménage et sur un ensemble de variables liées à ses conditions de vie. Ce système, comme tous les ciblage, produit des erreurs d'inclusion et des erreurs d'exclusion, ces dernières étant les plus problématiques s'agissant d'un dispositif d'aide aux démunis. Les erreurs d'exclusion peuvent provenir d'effets de seuil où la possession d'un bien comme un téléphone portable est à même d'entraîner l'exclusion d'un demandeur qui serait par ailleurs considéré comme pauvre. La complexité du calcul du score et le caractère parfois contre-intuitif des critères peuvent ainsi susciter la méfiance et l'incompréhension des bénéficiaires, comme des exclus, avec les sentiments de frustration relative qui en découlent. C'est le point faible des méthodes de ciblage fondées sur « test d'éligibilité multidimensionnel » ou *Proxy means test* (PMT)<sup>11</sup>, qui peuvent dès lors apparaître injustes (Vivi *et al*, 2012) et poser un problème du point de vue de la poursuite de l'objectif de préservation (voire de « raccommodement ») de la cohésion sociale.

Le financement du dispositif, tel qu'il a été conçu impliquait le budget de l'État, les collectivités territoriales et la contribution des vulnérables. L'État était censé se substituer aux bénéficiaires en honorant leurs factures. Ceci impliquait à la fois l'existence d'une tarification complète des actes médicaux d'un système de facturation commun à l'ensemble des hôpitaux et d'un organisme gestionnaire. La tarification a bien été élaborée, mais la facturation n'a pas été généralisée. De plus, lorsque des hôpitaux facturent, les factures ne sont pas adressées à un organisme gestionnaire. Il en découle qu'ils ne sont pas rémunérés en fonction des coûts réels. L'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) avait été désignée comme gestionnaire du RAMed alors qu'il s'agissait d'une agence de régulation générale de l'assurance maladie ; il en résultait un conflit de rôle par rapport aux « bonnes pratiques » impliquant que le régulateur ne soit pas, en même temps, le gestionnaire. Sous ce prétexte, l'ANAM ne fut attributaire d'aucun fond pour payer les factures et les factures ne furent pas dirigées vers cette agence. Les coûts supplémentaires occasionnés par le RAMed furent alors pris en charge par la subvention d'exploitation de chacun des hôpitaux, parfois augmentée, mais de manière non proportionnelle aux dépenses, et le plus souvent maintenue en l'état. Par ailleurs, la contribution des vulnérables s'avéra des plus faible, leur nombre étant bien inférieur à ce qui avait été initialement envisagé<sup>12</sup> ; il en fut de même de celle des collectivités territoriales, rechignant à la verser et rarement mises en demeure de le faire.

## 2. La mise en œuvre hospitalière du RAMed

---

<sup>10</sup> Ce qui introduit, bien sûr, une forte incertitude sur la sincérité du score final.

<sup>11</sup> Test multidimensionnel des moyens d'existence.

<sup>12</sup> Lors de la mise en place du RAMed, ses concepteurs envisageaient 65% de « vulnérables », alors qu'ils ne représentent actuellement que 16% de la population couverte.

Le RAMed a ainsi été lancé et continue à fonctionner sur les ressources propres de l'hôpital, dans un contexte doublement défavorable. En 2012, le secteur hospitalier était, avant même la généralisation, insuffisamment équipé et pourvu de ressources pour faire face aux besoins de la population ainsi que l'indiquait le rapport sur la *Stratégie sectorielle du ministère de la santé, 2012-2016* (2012). De plus, au moment de la généralisation, la part de la santé dans le budget de l'État demeurait en deçà des 9 % recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En même temps, le RAMed a largement stimulé la demande. Pour le CHU de Fès, à propos duquel nous disposons de données fiables, le nombre d'épisodes de soins est passé de moins de 200 000, en 2011, à 470 000, en 2014. Les hôpitaux ont donc été rapidement mis sous pression, pour reprendre l'expression de Nicolas Belorgey (2010), la stimulation de la demande induite par le RAMed ne s'accompagnant d'aucun ajustement de l'offre<sup>13</sup>. Cette mise sous pression présente deux caractéristiques : l'impossibilité, pour le système hospitalier, de délivrer l'ensemble des soins nécessaires comme de prendre en charge les patients dans des délais acceptables, et la poursuite des paiements des ménages et la pratique du non-recours.

## 2.1. Une régulation par la pénurie et la décharge

La loi instituant le RAMed avait prudemment apporté une limite aux obligations de l'hôpital vis-à-vis des bénéficiaires du dispositif : ne devoir fournir que ce qui est disponible. À moyens constants, l'augmentation du nombre de patients entraîna donc une régulation par l'allongement des files d'attente. L'insuffisance de spécialistes entraîne, en effet, l'augmentation du nombre des rendez-vous pour un même praticien, ce qui provoque un allongement de la durée d'attente, voire l'impossibilité même de prendre rendez-vous. Les pannes découlant de la surutilisation des appareils, conséquence de l'afflux des patients, ne peuvent donner lieu à des réparations importantes ou au remplacement dans l'année budgétaire et produisent le même effet d'allongement des délais. Certains matériels (comme ceux utilisés pour les opérations, valvules, prothèses, etc.) ne sont plus disponibles au bout de quelques mois. Il faut donc attendre la nouvelle dotation budgétaire annuelle. Nous ne disposons d'aucun chiffrage global, mais des enquêtes « ethnographiques »<sup>14</sup>, menées aux CHU de Rabat et de Fès (Ferrié et Radi, 2016), ont montré à quel point ces cas se répétaient et combien ils contribuaient à la dégradation tant subjective qu'objective de la qualité des soins et de la perception même du dispositif, sans compter, bien sûr, l'impact sur l'aggravation des pathologies.

La durée des files d'attente à l'intérieur d'un hôpital doit, de plus, être envisagée en liaison avec les délais accumulés pour passer d'un établissement à l'autre. La logique même du parcours de soins, consistant à ne permettre l'accès à un établissement de niveau supérieur que sur référencement du niveau inférieur, a été fondée sur un principe de complémentarité des niveaux. Cependant, l'expérience tend à montrer que l'on a plutôt affaire à un principe de

---

<sup>13</sup> Bien qu'il fût promis au ministère de la Santé que ses ressources seraient augmentées « dans les six mois » pour répondre aux besoins du RAMed (entretien avec B, haut cadre du ministère de la Santé, Rabat, avril 2016).

<sup>14</sup> Au sens de Belorgey (2012). Il s'agit de procéder par entretiens et observations *in situ* (*ibid.*, p. 13) et donc d'apporter une attention suffisamment importante aux acteurs engagés dans et par l'action publique pour comprendre « ce qu'elle leur fait ». Voir aussi Dubois (2003, 2012).

substitution, le niveau supérieur délivrant les actes relevant du niveau inférieur. Toutefois, ceci augmente les déplacements d'un lieu à l'autre et, partant, le délai de la prise en charge effective. Selon Sereen Thaddeus et Deborah Maine (1994), trois délais ont un impact sur l'état du patient, ce sont : le délai quant à la décision de recourir aux soins, le délai pour les atteindre et le délai de prise en charge. Ces délais sont normalement successifs. Cependant, le référencement réintroduit le deuxième délai après la prise en charge dans le premier établissement de soins. Il peut même réintroduire le premier délai, puisque le patient référé est envoyé au niveau supérieur sans que la structure référente n'organise son déplacement et ne prenne le rendez-vous dans l'établissement où il est envoyé. Il en découle que pèse, à nouveau, sur lui l'initiative de recourir aux soins du niveau supérieur. Ce choix n'est pas aisé, notamment parce qu'il est coûteux : il faut prendre en charge le déplacement et, parfois, trouver le moyen de se loger sur place dans l'attente d'être admis ou, si le rendez-vous est trop tardif, retourner chez soi puis revenir. En milieu rural, un déplacement peut représenter des sommes allant de 60 à 100 DH, soit *grosso modo* entre 5,5 et 9,20 euros, sachant que le seuil de pauvreté relative au Maroc est de 2 989 DH par an et par personne en milieu rural et de 3 235 DH en milieu urbain.

Dans tous ces cas, il apparaît que les bénéficiaires du dispositif supportent directement les aléas de sa mise en œuvre, autrement dit, que le système hospitalier se décharge sur les patients des contraintes logistiques découlant de l'insuffisance de ses ressources et de l'organisation qu'il a instaurée pour y pallier, tout au moins partiellement. Bref, il se décharge sur eux d'une part des obligations qui sont les siennes. Cette décharge apparaît, du reste, comme une des conséquences de la régulation par la pénurie. Toutefois, contrairement au système britannique où la pénurie est planifiée *ex-ante* en fonction des maladies, des actes et des profils des patients, la pénurie, au Maroc, est gérée au fil de l'eau et de manière délocalisée, faisant supporter les choix cruciaux aux personnels directement en contact avec les patients. En d'autres termes, il s'agit d'une régulation *de facto* et non d'une régulation planifiée. Elle génère forcément de l'arbitraire et des inégalités.

## **2.2. La poursuite des paiements des ménages et la pratique du non-recours**

La pénurie engendre des paiements de la part des ménages. Ceux-ci sont, en effet, contraints de payer ce qu'ils ne peuvent pas trouver à l'hôpital ou de renoncer, au moins provisoirement, à une partie des examens et des soins. D'après une enquête conduite au CHU de Fès<sup>15</sup>, il apparaît que 73,6 % des bénéficiaires du RAMed ont été amenés à prendre en charge des frais de pharmacie et 19,58 % des frais d'analyses biologiques. La proportion est, du reste, en augmentation par rapport à la période précédente, celle de l'accès à la gratuité par le certificat d'indigence, où 64,64 % des patients prenaient en charge des médicaments et où les analyses biologiques n'étaient supportées que par 11,27 % d'entre eux. Il est clair, cependant, que, malgré les dysfonctionnements, la facilitation de l'accès aux soins a eu pour conséquence un accroissement de la fréquentation des hôpitaux et donc une augmentation mécanique des soins et des actes, y compris de ceux pris en charge par les patients.

---

<sup>15</sup> Voir note 1.

Le mécanisme est très simple : il implique seulement une prescription médicale avec la possibilité de prendre en charge ce que l'hôpital ne peut fournir. S'agissant des médicaments, il est normal que le patient en ambulatoire les prenne en charge puisque le RAMed n'est pas un dispositif de gratuité des soins, et donc des médicaments, mais d'accès gratuit à l'hôpital. En revanche, on demande aussi aux patients de prendre en charge des médicaments en cas d'hospitalisation. S'agissant des analyses, de l'imagerie médicale ou de la consultation de spécialistes, le recours au privé est une conséquence directe de la durée des files d'attentes. Si tel examen est nécessaire à la poursuite des soins, le patient peut donc décider de sortir du parcours public pour se le procurer dans le privé et revenir dans le public afin d'y accomplir la suite du parcours. Techniquement, il s'agit d'un phénomène de non-recours, puisque le bénéficiaire renonce séquentiellement<sup>16</sup> à la gratuité. En pratique, il s'agit, en revanche, de la prise en charge par le patient d'une partie de ce que le public devait lui offrir ; très exactement, il paye pour continuer à profiter du public, en franchissant ainsi un obstacle ponctuel à la poursuite de son parcours de soins à l'hôpital. Cette prise en charge privée réintroduit une part non négligeable d'inégalités parmi les bénéficiaires d'un dispositif destiné à lutter contre elles. Le crochet par le privé permet d'accélérer les choses ou, plus exactement, d'éviter de les ralentir, mais n'est concevable que pour les personnes qui disposent des moyens de le faire en utilisant leurs économies, en sollicitant l'aide d'un proche ou en se défaisant d'un bien. Dans la plupart des cas, ceci aboutit à un appauvrissement, sauf si le proche est fortuné et si son aide n'est pas un prêt mais une *sadaqa*<sup>17</sup>. Ce circuit hors « parcours de soins » est similaire à celui qui existait lorsque le certificat d'indigence était en usage (Ferrié et Radi, 2015).

Ces aléas et ces dysfonctionnements du système hospitalier dans la mise en œuvre du RAMed ont fini par donner une réputation négative au dispositif. Elle induit des comportements d'évitement pour ceux qui ne sont pas affiliés, ou de non-renouvellement pour ceux qui le sont. Il en découle que, parmi les non-affiliés, des individus dotés d'un minimum de moyens s'orientent préférentiellement vers des prestataires privés ou, à défaut de moyens, renoncent provisoirement aux soins. Si certains CHU, comme le CHU de Fès, bénéficient d'une réputation satisfaisante (par ex. Amezian *et al.*, 2013), les hôpitaux de rang inférieur passent, eux, pour ne pas être suffisamment équipés, pour ne pas bien prendre en charge les patients, pour les laisser ressortir sans les soigner, pour ne jamais leur expliquer exactement ce dont ils souffrent, etc. De nombreux récits d'hospitalisation circulent dans les réseaux d'interconnaissance des personnes éligibles et donnent corps à cette réputation. Au total, le nombre de cartes actives est bien plus faible que le nombre d'immatriculations : un peu plus de 6 millions contre un peu plus de 10 millions. Cette différence s'explique par le fait que des usagers immatriculés et titulaires d'une première carte, à la suite de cette immatriculation, ne renouvellent pas leurs droits. Nous sommes face à un non-recours massif, découlant d'une expérience négative du RAMed. Il n'est donc pas étonnant que cette expérience dissuade de s'affilier les personnes qui ne le sont pas encore.

### 3. Faiblesses et dévoiement du projet initial

---

<sup>16</sup> Il n'y renonce pas de manière complète, puisqu'il continue à bénéficier de la gratuité quand les soins et les examens sont disponibles. Seulement une ou plusieurs séquences de son itinéraire thérapeutique s'effectuent dans le privé.

<sup>17</sup> Don charitable, positivement connoté du point de vue religieux.

Il est courant dans l'analyse des politiques publiques d'en expliquer l'échec par les conditions de leur mise en œuvre (Pressman et Wildavsky, 1973). Dans le cas du RAMed, cependant, c'est le projet qui s'avère problématique et sa faiblesse, initiale. Deux problèmes majeurs rencontrés actuellement par le dispositif – le coût des médicaments et la logistique de l'accès aux structures de soins – n'ont tout simplement pas été pris en compte lors de la formulation du projet. À ce défaut d'origine, s'ajoute le non-respect complet et flagrant du mécanisme financier élaboré pour soutenir le RAMed. Les autorités publiques ont ainsi généralisé le dispositif en le coupant des conditions de sa viabilité économique.

### 3.1. Deux faiblesses majeures dans la conception du projet

En effet, le dispositif s'inscrit à l'intérieur d'un projet plus vaste d'instauration d'une Couverture médicale de base. Toutefois, au lieu de prévoir la prise en charge des frais médicaux (y compris dans le secteur libéral) par un dispositif de remboursement, voire de tiers payant, il se focalise sur la gratuité d'accès à l'hôpital, c'est-à-dire sur quelque chose qui, du moins au départ, n'implique qu'un acte administratif, l'État décidant que l'hôpital recevra les malades porteurs d'une carte attestant pour une durée de trois ans qu'ils sont économiquement démunis. Cette focalisation découle, de toute évidence, d'une forme de dépendance par rapport au chemin parcouru (*path dependence*), provenant notamment du fait que le RAMed est une réforme du certificat d'indigence. Il a été conçu à la fin des années 1990, dans le prolongement de la décennie écoulée, et de ses priorités de santé publique avec une place centrale accordée à la médecine de dispensaire et d'hôpital. Le dispositif présente, ainsi, un aspect totalement dysfonctionnel dans le cas de l'accès au médicament, puisque le seul accès possible est lié à l'hospitalisation<sup>18</sup>. En fait, ainsi que l'ont montré plusieurs enquêtes auprès des médecins hospitaliers (par ex. Serhan, 2017), une partie importante des frais médicaux n'est pas liée à des soins ou à des examens, mais à la prise quotidienne et indéfiniment répétée de médicaments, conséquence de la transition épidémiologique en cours au Maroc et donc du développement des maladies chroniques. De ce point de vue, les concepteurs du RAMed ont clairement sous-évalué la place centrale du médicament dans les besoins des usagers.

À cette sous-évaluation, s'est ajouté un oubli d'importance : la logistique. Il peut sembler pertinent de répartir entre des niveaux complémentaires d'établissements les prestations publiques de santé. Toutefois, ce choix a eu, dans le cas qui nous occupe, une conséquence à ce point négligée que l'on peut se demander si elle a même été perçue : il s'agit du coût logistique de la distribution des compétences et des soins entre les différents niveaux, autrement dit les déplacements des patients d'un lieu de soins à un autre. Ce coût aurait pu être assumé par le système hospitalier ou par le RAMed lui-même mais, dans la mesure où il n'a pas été pris en considération, il est actuellement quasiment à la charge des seuls usagers. Cette situation est d'autant plus problématique qu'une partie des déplacements ne résulte pas de la distribution planifiée des compétences et des soins, mais des carences en ressources d'un niveau de soins primaire ou secondaire, où l'on ne trouve pas les ressources qui devraient normalement s'y trouver (une machine, une spécialité, etc.). Le patient est alors amené à supporter les in-

---

<sup>18</sup> Dans la pratique, les médecins essaient de fournir des médicaments en dehors de l'hospitalisation, mais il ne s'agit que d'accommodements ponctuels.

suffisances du système de santé en se déplaçant en fonction de la localisation des ressources manquantes. Il semble évident que ce système de référencement, faisant supporter aux patients à la fois l'organisation et la désorganisation du système de santé n'a été conçu ainsi que par habitude de laisser à l'utilisateur le portage de son dossier et des *impedimenta* qui vont avec, l'administration se réservant le droit de valider ou pas, d'accorder ou de ne pas accorder un service. De fait, personne n'a envisagé que le rendez-vous puisse être pris par la structure référente, afin qu'il ne soit pas à la charge de l'utilisateur avec les coûts supplémentaires qui en résultent, lorsque le premier déplacement ne sert qu'à prendre un rendez-vous.

### 3.2. La non-activation du mécanisme financier

À ces deux oublis s'est aussi ajouté un dévoiement du dispositif financier. Un mécanisme avait pourtant bien été prévu, mais c'est un autre qui l'a remplacé *de facto*. Selon le décret de 2011 modifiant le décret d'application du dispositif (2008)<sup>19</sup>, le RAMed s'appuie sur trois piliers pour assurer son financement. La première source de financement est la contribution financière des personnes en situation de vulnérabilité. Cette contribution, on l'a dit, est fixée à 120 DH par personne et par an, dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage quel que soit l'effectif des personnes le composant<sup>20</sup>. En 2013, cette contribution était estimée à 56 millions de Dirhams selon un rapport du ministère des Finances et du Budget<sup>21</sup>. La deuxième source est de la contribution des collectivités locales. Elle est fixée annuellement à 40 DH par bénéficiaire<sup>22</sup>. En 2013, cette contribution s'élevait à 284,5 millions de dirhams<sup>23</sup>. Ces deux contributions sont normalement collectées par le ministère de l'Intérieur afin d'être versée à l'Agence nationale de l'assurance maladie<sup>24</sup>. Cependant, la collecte des contributions n'est pas réalisée régulièrement et n'est pas versée à l'ANAM<sup>25</sup>.

Le troisième pilier du financement du RAMed est le Fonds d'appui à la cohésion sociale (FACS), géré par le ministère des Finances et du Budget. Depuis 2012, ce fonds permet de financer plusieurs actions, notamment le RAMed, l'opération « 1 million de cartables » ou le programme « Tayssir »<sup>26</sup>. Ce fond est abondé par différents moyens tels que la taxe aérienne pour la solidarité et la production touristique, les dotations du budget général de l'État ou le produit de la contribution libératoire au titre des avoirs et liquidités à l'étranger<sup>27</sup>. Selon les prévisions de la loi de finances 2016, le budget cumulé de ce fonds depuis 2012 s'élève à 7,7 milliards de dirhams dont 3,5 n'ont jamais été dépensés<sup>28</sup>, 1,2 milliard seulement de ce fonds étant alloué en moyenne chaque année au RAMed. La somme est versée au ministère de la Santé qui, par la suite, la répartit entre les hôpitaux. Le report, depuis 2012 de 3,5 milliards

---

<sup>19</sup> Voir le décret [n° 2-08-177](#) (29 septembre 2008) portant application des dispositions du livre III de la loi [n° 65-00](#) relatives au régime d'assistance médicale tel qu'il a été modifié et complété par le décret [n° 2-11-199](#) (06 septembre 2011).

<sup>20</sup> Article 25 du décret n° 2-08-177.

<sup>21</sup> Rapport sur les comptes spéciaux du trésor du ministère des Finances et du Budget, 2015.

<sup>22</sup> Article 126 de la loi 65-00.

<sup>23</sup> Rapport sur les comptes spéciaux du trésor du ministère des Finances et du Budget, 2015.

<sup>24</sup> Article 60 de la loi 65-00.

<sup>25</sup> Entretien avec D, cadre du ministère des Finances et du Budget, Rabat, juin 2017.

<sup>26</sup> Il s'agit de deux programmes d'incitation à la scolarisation.

<sup>27</sup> Rapport sur les comptes spéciaux du trésor du ministère des Finances et du Budget, 2015.

<sup>28</sup> Corps de la loi de finance 2016.

de dirhams laisse dubitatif : pourquoi la somme disponible n'est-elle pas utilisée alors même que les hôpitaux ne parviennent pas à assurer le coût du fonctionnement normal du RAMed ? Mais ce n'est pas tout, le budget dédié au RAMed et versé par le ministère des Finances et du Budget au ministère de la Santé, bien qu'imputé au FACS, provient, en réalité, du budget général de l'État<sup>29</sup>. En effet, la réalisation des recettes du FACS s'opère en fin d'année, or les dépenses du FACS s'opèrent durant l'année. Ainsi, un décalage existe entre les recettes et les dépenses, d'où le recours au budget de l'État, recours qui ne donne pas lieu à une imputation effective du FACS. Le financement du RAMed ne relève donc clairement pas du mécanisme prévu par le décret d'application. Ce dévoiement semble provenir de la volonté du ministère des Finances et du Budget de ne pas mettre en œuvre le mécanisme de financement.

Comme on l'a dit précédemment, seule une partie des hôpitaux facturent les actes délivrés au titre du RAMed. Leurs factures sont normalement envoyées au ministère de la Santé qui est contraint d'en négocier le paiement avec le ministère des Finances et du Budget, lequel considère qu'elles sont surestimées par rapport aux coûts réels des actes et, partant, se refuse à les rembourser<sup>30</sup>. Ce ministère estime que le budget versé au ministère de la Santé pour le RAMed est suffisant<sup>31</sup>, mais qu'il doit être mieux géré à travers la mise en place de systèmes d'information et de traçabilité au niveau des hôpitaux. Aucun arbitrage entre ces deux ministères n'a encore été pris par le chef du gouvernement afin de concilier les besoins en ressources financières du RAMed et les exigences budgétaires du ministère des Finances et du Budget. Nous nous trouvons ainsi face à un double blocage : d'une part le mécanisme financier avec l'organisme gestionnaire n'a pas été mis en place, de sorte que c'est le ministère des Finances et du Budget qui en tient lieu et d'autre part ce ministère ne tient pas compte de la facturation. Ce dernier blocage ne résulte pas de la doctrine d'un ministre ou d'un chef du gouvernement, puisque les ministres et les chefs du gouvernement ont changé plusieurs fois depuis. De plus, il est évident que, si l'organisme gestionnaire avait été mis en place, le problème aurait été le même : il eut fallu que le ministère lui transférât les fonds. La situation peut se résumer de la manière suivante : l'État marocain a mis en place un système de gratuité à l'hôpital sans que ses composantes se soient réellement accordées sur son financement, et ce alors même que le cœur du dispositif résidait dans le mécanisme financier.

## Conclusion

Les dispositifs relevant de l'État-providence sont simultanément des dispositifs de résolution des problèmes sociaux et de renforcement de la citoyenneté (Rosanvallon, 1995). À ce titre, ils sont, plus que d'autres, dépendants de l'opinion et se prêtent davantage à la crainte du blâme et à l'espoir d'un *output legitimacy* (Scharpf, 1999)<sup>32</sup>. Il en découle que le décideur public est enclin à les présenter sous un jour plus favorable que ce qu'ils sont en réalité. Le RAMed a ainsi été présenté comme un système d'accès global à un large panier de soins. Toutefois, cet accès est conditionnel et ne s'étend pas au médicament. Il s'accompagne sou-

---

<sup>29</sup> Entretien avec D, cadre du ministère des Finances et du Budget, Rabat, juin 2017.

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> De fait, l'essentiel des hôpitaux ne reçoit aucune aide supplémentaire pour le RAMed en sus de la subvention d'exploitation ordinaire. Le CHU de Rabat est l'un des seuls à bénéficier d'une subvention spécifique.

<sup>32</sup> Les conséquences bénéfiques en termes de légitimité pour les promoteurs d'une politique publique.

vent de frais à la charge des patients, qu'il s'agisse de frais de transport ou de frais liés à des détours par le privé. Si l'on considère l'effectivité du dispositif, le RAMed apparaît, en fait, comme un dispositif de généralisation et de pérennisation des bénéfices du certificat d'indigence qu'il remplace. Généralisation, parce qu'il est ouvert à une catégorie de la population déterminée par un processus de ciblage et considérée impersonnellement. Pérennisation, parce qu'il accorde un statut permanent pour trois années renouvelables indéfiniment tant que le bénéficiaire correspond aux critères du ciblage. C'est indéniablement beaucoup – ce qui justifie le « c'est mieux qu'avant » –, mais ça ne constitue pas pour autant un dispositif stabilisé d'accès à la santé, et encore moins à une santé de qualité. En dehors de l'hôpital et de ce qui y est disponible, le bénéficiaire n'accède à rien sans devoir payer ; et, comme les dépenses occasionnées par le RAMed sont, pour l'essentiel, prises sur le budget normal de l'hôpital, la qualité des soins ne peut que régresser proportionnellement au succès du dispositif.

À ceci s'ajoutent deux questions de fond : pourquoi mettre en place un dispositif en le privant de ce qui le rend viable, c'est-à-dire son mécanisme financier et pourquoi ignorer son inadéquation aux infrastructures existantes comme aux contraintes logistiques s'imposant à la majorité des patients ? Probablement à cause d'un mélange d'opportunisme et de volontarisme. L'opportunisme consiste à créer, pour répondre à une attente manifeste d'une partie de la population, des dispositifs qui ne sont pas en état de fonctionner normalement. Il s'agit, en quelque sorte, de faire les choses parce qu'elles paraissent nécessaires et non parce qu'elles sont faisables ou de les faire simplement parce qu'elles paraissent faisables, même si elles ne sont pas nécessaires. Le volontarisme relève, quant à lui, de l'idée que les créations décidées par opportunisme peuvent, néanmoins, être viables. Deux maximes peuvent résumer cette idée : « l'intendance suivra » et « ce sera mieux qu'avant ».

Plusieurs dispositifs de gratuité ont été mis en place en Afrique, le plus souvent dans la précipitation et dans un but avéré de légitimation (Olivier de Sardan et Ridde, 2012). Au Maroc, on ne saurait dire que le RAMed a été généralisé dans la précipitation. Considérant la durée de chacune des étapes précédant sa généralisation, il conviendrait plutôt de parler de procrastination. Cependant, la précipitation comme la procrastination ont ceci de commun qu'elles ne prennent pas en considération la difficulté de ce que l'on n'entreprend que trop vite ou trop lentement. Comme cette difficulté n'a pas été prise en compte, ce qui est finalement lancé est toujours un dispositif inachevé et potentiellement dysfonctionnel dont les promoteurs pensent, cependant, que le déclenchement aura, par lui-même, un effet salvateur. C'est le volontarisme inhérent à l'idée que « l'intendance suivra ». En janvier 2011, le décideur public pouvait avoir de bonnes raisons de passer à la généralisation : la population attendait depuis longtemps et les mouvements protestataires que connaissait la région pouvaient laisser penser qu'il ne fallait pas trop faire attendre le social. Il avait, pourtant, à sa disposition d'aussi bonnes raisons de ne pas le faire. Tout d'abord, l'expérimentation conduite dans la région de Tadla-Azilal avait déjà fait apparaître des problèmes dans le ciblage des populations. C'est, toutefois, l'exemple du programme de gratuité de l'accouchement et de la césarienne (PGAC), mis en place antérieurement par le ministère de la Santé, qui aurait dû le pousser à la retenue. Le bilan de celui-ci montrait, en effet, qu'un objectif, même limité, de gratuité s'était déjà heurté à plusieurs des difficultés qu'a rencontrées le RAMed : celle de l'état des infrastructures, du référencement, c'est-à-dire de l'organisation du parcours de soins

d'une structure à l'autre avec la contrainte des transports et celle du financement, également prévu et non mis en œuvre (Ababou *et al.*, 2015). Le choix de continuer l'a, cependant, facilement emporté sur ces difficultés avérées, probablement parce que la pression du présent était visiblement plus importante et qu'il pouvait alors sembler possible de remédier aux défauts du dispositif au cours de sa mise en œuvre<sup>33</sup>.

À ce stade, il convient sans doute de s'interroger sur les modalités de la décision publique au Maroc. Comment se fait-il que les difficultés rencontrées et connues ne soient pas prises en compte et, surtout, que les ministères concernés par un dispositif puissent ne pas s'entendre sur ses modalités de fonctionnement ? Une piste crédible est le défaut de synchronisation et d'arbitrage. Il n'y a pas, au Maroc, de structures ou d'acteurs dédiés à la synchronisation – à l'instar, par exemple, des secrétariats généraux interministériels en France – et à l'arbitrage, ce rôle revenant traditionnellement aux chefs de gouvernement. Le caractère bicéphale<sup>34</sup> du pouvoir marocain est probablement à l'origine de cette situation. Le roi décide des grandes orientations, mais n'en assure pas la mise en œuvre ; ce rôle échoit au chef du gouvernement, qui peine à intervenir dans des projets qui ne sont pas les siens et dont les acteurs – parmi lesquels les ministres et les hauts fonctionnaires – ne sont que partiellement dépendants de lui<sup>35</sup>. Il en résulte un pilotage insatisfaisant des projets que personne ne semble prendre complètement en charge – du moins dans leur exécution concrète –, notamment lorsqu'ils concernent plusieurs départements ministériels.

Cette situation favorise les erreurs d'appréciation et les excès contraires de la procrastination et du volontarisme. Il est ainsi bien plus facile de lancer des projets que de les mener à bonne fin. Il est rare que l'intendance suive et que les ressortissants des politiques publiques conviennent que « c'est mieux qu'avant », dès lors que le résultat ne leur apparaît pas suffisant par rapport aux promesses initiales ou, tout simplement, à leurs attentes. Lancer un dispositif attractif et en même temps peu soutenable ne peut qu'engendrer, plus ou moins rapidement, un sentiment de frustration, tout en rendant difficile une réforme éventuelle, surtout si elle conduit à revenir sur ce qui avait été offert en grande pompe. Le souci d'un gain de légitimité – voire un simple acte de bienveillance – crée ainsi une situation difficile à réformer du fait de la crainte confuse du blâme qui s'ensuivrait. Le volontarisme aboutit alors à un blocage. Peut-être faudrait-il en arriver à admettre que les politiques sociales – quels que soient leurs enjeux – ont davantage besoin de sérieux que de politique.

---

<sup>33</sup> Ce que suggère l'engagement d'augmenter les ressources du ministère de la Santé, cité *supra*, note 13.

<sup>34</sup> La monarchie est « exécutive », autrement dit gouvernante, bien que ne dépendant pas de l'élection. Le chef du gouvernement dépend, lui, presque entièrement de l'élection. Il est obligatoirement choisi, par le roi, parmi les membres du parti arrivé en tête aux élections et il ne peut être révoqué par le souverain après que la Chambre des représentants ait accordé sa confiance au gouvernement qu'il a formé.

<sup>35</sup> Le fait que les gouvernements soient systématiquement soutenus par des coalitions parlementaires dans lesquelles le parti du chef du gouvernement ne détient qu'une faible majorité relative à la Chambre des représentants ne soutient pas la capacité de ce dernier à prendre des arbitrages.

## Références bibliographiques

- Ababou M. *et al* (2015), « Vulnérabilité et politiques sociales liées à l'accouchement en hôpital au Maroc », *Horizons sociologiques*, n° 2.
- Amezian R. *et al*. (2013), « Enquête de satisfaction des patients atteints de cancer dans un hôpital universitaire au Maroc », *Santé Publique*, vol. 25, n° 5.
- Belorgey N. (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- Belorgey N. (2012), « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernance et action publique*, n° 2.
- Dubois V. (2003), *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica.
- Dubois V. (2012), « Ethnographier l'action publique : les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernance et action publique*, n° 1.
- Ferrié J.-N. (2002), « Succession monarchique et désenchantement de l'alternance partisane au Maroc », *Annuaire de l'Afrique du Nord 1999*, Paris, CNRS-Éditions.
- Ferrié J.-N. (2010), « Maroc : La première décennie de Mohammed VI », *Afrique du Nord – Moyen-Orient. Édition 2010-2011*, Paris, La Documentation française.
- Ferrié 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.
- Ferrié J.-N., Radi S. (2015), « Vulnérabilité, adaptation et misère : relation d'un cas », *Horizons sociologiques*, n° 2.
- Ferrié J.-N., Radi S. (2016), *Rapport sur la gouvernance hospitalière du RAMed*, Rabat, ONDH.
- Guttmann A., Schull M.J., Vermeulen M.J., Stukel T.A. (2011), « Association Between Waiting Times and Short-term Mortality and Hospital Admission After Departure from Emergency Department : Population-based Cohort Study from Ontario, Canada » *British Medical Journal*, vol. 342, d. 2983.
- Kherbach F., 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.
- Olivier de Sardan J.-P., Ridde V. (2012), « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine*, n° 243.
- Pierson P. (1993), « When Effect Becomes Cause : Policy Feedback and Political Change », *World Politics*, vol. 45, n° 4.
- Pressman J., Wildavsky A. (1973), *Implementation. How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press.
- Rosanvallon P. (1995), *La Nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Paris, Seuil.
- Serhan O. (2017), *Le système de santé marocain vu par les médecins de l'hôpital public*, Rabat, LEPOSH – Université internationale de Rabat (Cahiers du LEPOSHS, n° 1).
- Scharpf F.W. (1999), *Governing in Europe : Effective and Democratic ?*, Oxford, New York, Oxford University Press.
- Sobolev B., Fradet G. (2008), « Delays for Coronary Artery Bypass Surgery : How Long is too Long ? », *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcome Research*, vol. 8, n° 1.
- Thaddeus S., Maine D. (1994), « Too Far to Walk : Maternal Mortality in Context », *Social Sciences and Medicine*, vol. 38, n° 8.
- Vivi A., Banerjee A., Hanna R., Olken B. A., Tobias J. (2012), « Targeting the Poor : Evidence from a Field Experiment in Indonesia », *American Economic Review*, vol. 102, n° 4.

Warin Ph. (2010), « Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières », *SociologieS*, [en ligne] <http://sociologies.revues.org/3338>, consulté le 17 février 2017.

Weaver K. (1986), « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, vol. 6, n° 4.

Weaver K. (2010), « Paths and Forks or Chutes and Ladders ? Negative Feedbacks and Policy Regime Change », *Journal of Public Policy*, vol. 30, n° 2.

Zittoun Ph. (2013), *La fabrique politique des politiques publiques*, Paris, Presses de Science Po.