

NOTE ET DOCUMENT

**ENJEUX ET DÉFIS DES POLITIQUES PUBLIQUES
EN MATIÈRE DE CROISSANCE INCLUSIVE
L'EXEMPLE DE LA RÉFORME DE LA SANTÉ AU MAROC**

Valérie BÉRENGER* et Jean-Claude VÉREZ*

***Résumé** - La croissance économique dans les pays en développement n'est pas de facto inclusive. L'impact des politiques publiques sur le rythme de la croissance n'est pas davantage acquis. Il convient donc de dissocier pour l'analyse le type de croissance et le type d'inclusion puis de définir les politiques publiques adéquates. Il convient encore de cibler avec rigueur les populations pauvres et vulnérables, et de mesurer les conditions réelles d'application des politiques sectorielles. Pour prendre l'exemple de la santé, le Régime d'assistance médicale (RAMED) au Maroc illustre parfaitement les enjeux et les défis des politiques publiques en matière de croissance inclusive. Assurer le droit à la santé à un plus grand nombre de marocains et éviter les dysfonctionnements exige une approche plus globale et multisectorielle de la pauvreté.*

Mots-Clés - CROISSANCE INCLUSIVE, POLITIQUE PUBLIQUE SOCIALE, SANTÉ, PAUVRETÉ, MAROC

Classification JEL - O40, O38, I1, O55

* LEAD, Université de Toulon, LIA du CNRS « Inégalités, développement et équilibres politiques ».

1. INTRODUCTION

Les débats relatifs à l'impact de la croissance économique sur le développement humain sont anciens, nombreux et polysémiques. Plus récemment, les agences multilatérales se sont emparées du concept de croissance pro-pauvres avant qu'il ne soit élargi au concept de croissance inclusive. C'est dire si, implicitement, on reconnaît qu'un rythme de croissance économique n'entraîne pas *de facto* un meilleur développement pour les populations, notamment pour les plus pauvres et les plus vulnérables et, dans divers domaines comme celui qui nous intéresse ici, la santé.

Chez les économistes (et pas uniquement), un débat lui aussi ancien sépare ceux qui considèrent que les politiques publiques contribuent à une meilleure répartition de la croissance tandis que d'autres y voient un obstacle à l'allocation optimale des ressources en entravant les mécanismes du marché. Ces deux positions prennent une autre dimension quand il s'agit des pays en développement (PED), pour au moins quatre raisons. 1/ Il est plus difficile d'y différencier les pauvres parce qu'ils sont très souvent majoritaires, ce qui vaut également pour les vulnérables. 2/ Les revenus monétaires sont autant formels qu'informels ce qui renforce la limite soulevée au-dessus. 3/ Les recettes fiscales sont incertaines ce qui limite le financement de toute politique publique. 4/ Les besoins des populations sont nombreux ce qui renforce la pression sur les décideurs publics en matière de choix publics. Si nous y ajoutons des comportements non ou peu transparents, le recours à la corruption... il apparaît manifestement que les obstacles à une croissance inclusive peuvent être nombreux.

Dans la section 2, nous commençons par présenter le cadre d'analyse relatif à la croissance inclusive. Nous proposons ensuite dans la section 3 d'en cerner la définition et les dimensions. Enfin, dans la section 4, nous nous appuyons sur la mise en place puis la généralisation du Régime d'assistance médicale (RAMED) au Maroc pour montrer les limites des politiques publiques, bien qu'indispensables à tout objectif de croissance inclusive.

2. CADRE D'ANALYSE

Depuis la fin des années 2000, le concept de croissance pro-pauvres est omniprésent au sein des discours des agences multilatérales qui s'intéressent au développement. L'une des raisons tient certainement aux résultats insuffisants en matière de réduction des inégalités et des pauvretés dans les PED, malgré la mise en place de stratégies centrées sur la croissance. Depuis la publication du rapport de la Banque mondiale 2006 « Équité et Développement », ce concept a été élargi au concept de croissance inclusive. Il s'agit d'une approche plus large qui ne se centre pas uniquement sur la situation des pauvres mais analyse aussi la situation des groupes de population vulnérable.

La croissance qui veut inclure les acteurs traite des opportunités en matière d'accès aux ressources. De manière générale, elle sera considérée comme inclusive si elle se permet au plus grand nombre (à défaut de tous) de participer et d'accéder aux avantages de la croissance économique. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce défi ne concerne pas les seuls PED. Au cours de l'année

2010, année de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la Commission européenne a présenté une nouvelle stratégie pour les dix années à venir. La stratégie 2020 intitulée « Stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive » propose cinq objectifs mesurables qui se déclineront en objectifs nationaux dans le cadre de la méthode ouverte de coordination. Parmi ces objectifs, les objectifs éducatifs et sociaux sont nouveaux. Il s'agit de ramener le taux d'abandon scolaire à moins de 10% (contre 15% actuellement) et d'atteindre un taux de plus de 40% des jeunes obtenant un diplôme de l'enseignement supérieur (contre 31% actuellement) et de réduire le nombre d'européens vivant en dessous des seuils de pauvreté nationaux. En outre cette stratégie 2020 comprend une série d'actions regroupées en trois chapitres parmi lesquels figure la croissance inclusive. Toutefois, aucun accord n'a été trouvé sur les objectifs chiffrés dans le domaine social.

Les enjeux ou défis des PED ne sont pas moins nombreux. Prenons le cas de la santé : une chose est de promouvoir l'accès aux soins pour le plus grand nombre, une autre est de combattre les déserts médicaux, de permettre aux plus pauvres (dont les analphabètes) d'être informés de l'accès aux soins, d'équiper les dispensaires et hôpitaux en quantité et en qualité, d'éviter les files d'attente et les délais trop longs source de tensions. La volonté politique et les moyens mis en œuvre ne suffisent pas à relever les défis, encore faut-il que le ciblage des politiques de lutte contre les pauvretés soit précis. Les politiques publiques peuvent avoir un impact différent des buts proclamés et aboutir à des externalités non prévues de sorte qu'elles finissent par exclure alors qu'elles cherchaient initialement à inclure. Pour éviter un tel scénario, il est souhaitable de définir et de délimiter le champ de la croissance inclusive. Mais il n'existe pas actuellement de consensus sur une définition précise de ce concept et de sa mesure. Les méthodologies utilisées pour rendre opératoire ce concept ont tendance à s'appuyer sur une approche monétaire des indicateurs de niveau de vie à l'instar de la croissance pro-pauvres alors même que sa définition suggère une approche plus large du bien-être afin de tenir compte des différents aspects des conditions de vie des individus tels que l'accès et les conditions d'emploi, le niveau d'éducation, l'état de santé, les conditions de logement, la capacité à prendre part à la vie en société, aspects qui restent malgré tout et à bien des égards corrélés aux contraintes budgétaires des ménages.

Le concept de croissance inclusive autorise toutefois à questionner les indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale qui y sont rattachés. Dans cette perspective, l'extension des méthodologies déjà expérimentées (Bérenger, 2010 et 2013 ; Bérenger et Bresson, 2012) pour apprécier la nature pro-pauvres de la croissance dans ses dimensions non-monétaires s'avère particulièrement pertinente pour mesurer l'impact de la croissance sur les groupes de population faisant face à un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Une telle démarche permet par exemple de suivre les progrès accomplis dans certaines dimensions : opportunités d'accès à l'éducation, à la santé, au logement. En liaison avec la croissance, elle permet également de suivre l'évolution et la distribution d'un indicateur non monétaire le long de la distribution du revenu et en cela d'analyser si les progrès sociaux bénéficient aux plus pauvres en termes monétaires et d'apprécier ainsi l'impact distributif des dépenses sociales. En outre, les exten-

sions de cette approche à la prise en compte de l'hétérogénéité de la population selon les besoins (Bérenger et Bresson, 2012) permettent de mesurer l'impact de la croissance en particulier sur les groupes de population faisant face à un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Ainsi, la prise en compte de la nature multiforme du bien-être et de la pauvreté dans le diagnostic du caractère inclusif de la croissance rappelle qu'elle n'est au même titre que le revenu ou la dépense qu'un moyen et que sa finalité doit être le développement des potentialités humaines de tous. Dans cette perspective, la notion de développement inclusif se révèle plus cohérente et plus pertinente au regard de cette finalité.

Cette démarche exige de dissocier les pauvres et les non pauvres, les pauvres et les vulnérables. Des progrès méthodologiques ont été réalisés depuis plus de quatre décennies. L'importance accordée à la pauvreté s'est traduite par une évolution notable dans l'appréhension de ce phénomène qui se caractérise par un élargissement du cadre d'analyse traditionnellement utilisé pour définir le bien-être. La définition de la pauvreté ne se limite plus aux aspects purement économiques tels que l'évaluation du revenu ou de la dépense. La pauvreté s'étend désormais à la notion plus diffuse de privation, dont la pauvreté monétaire ne constitue qu'un aspect parmi d'autres. De nouvelles approches ont ainsi été développées notamment à la suite de l'approche en termes de « capacités » de Sen (1985). Elles insistent sur le caractère multidimensionnel de la pauvreté où le volet économique est combiné à d'autres plus sociaux (accès à la santé, à l'éducation, à l'emploi, aux services publics, à l'estime de soi, etc.). Mais il faut aller beaucoup plus loin et l'un des problèmes majeurs tient au caractère individuel ou collectif que l'on attribue au revenu, aux dépenses, aux conditions de vie, aux consommations. Nous pouvons en effet questionner les modalités de mesures du bien-être ainsi que de l'inclusion (ou l'exclusion) quand un bien de consommation durable comme un téléviseur est accessible par les membres du village par le simple fait d'être posé sur une table ou à même le sol en plein air ? La propriété de ce téléviseur peut être privée et individuelle, « sa » consommation n'en reste pas moins collective. Il n'est même pas pensable selon les pays, les villages, les communautés que la consommation d'un tel bien soit personnelle.

Cibler les populations concernées ne saurait se contenter d'un questionnaire ou d'enquêtes « standard » qui s'adresse *a priori* à tous, sans dissocier zones urbaines et zone rurales, de même qu'il faut, dans les centres urbains, dissocier le centre ville et les bidonvilles. Cela implique également de concevoir des questionnaires d'enquêtes spécifiques selon que l'on s'adresse à des acteurs scolarisés ou analphabètes, occupés dans le secteur informel ou employés dans le secteur officiel.

En outre, les réflexions menées sur le concept même de pauvreté méritent d'être approfondies par des approches plus qualitatives mettant en jeu son aspect pluridisciplinaire. En particulier, afin de tenir compte de la véritable dimension humaine de la pauvreté, plutôt que de s'appuyer sur des indicateurs prédéfinis et purement quantitatifs issus d'enquêtes dont la finalité est en fait d'évaluer l'impact des politiques de santé ou d'éducation, il s'agirait d'obtenir des informations sur la manière dont les populations dans leur contexte de vie

donnent un sens à la pauvreté. Cela permettrait en particulier de mieux intégrer les caractéristiques du contexte local, de mieux tenir compte du rôle joué par les réseaux sociaux et de l'aspect relatif de la pauvreté. Les approches subjectives du bien-être et de la pauvreté font actuellement l'objet d'un intérêt croissant au sein des sphères académiques et des institutions internationales (Pradhan et Ravallion, 2000 ; Rojas 2008 ; Kilburn *et alii*, 2016). Elles se rattachent aux travaux sur le *Happiness* et sont actuellement peu exploitées dans les pays en développement. Au regard du caractère arbitraire qui sous-tend le choix des dimensions et de leur pondération dans les mesures multidimensionnelles de la pauvreté, l'approche subjective présente l'intérêt d'identifier les dimensions fondamentales pour les populations et de les hiérarchiser (Kingdon et Knight, 2006 ; Guardiola et Guarcia Munoz, 2009). Ce type d'étude exige cependant le recours à des données d'enquêtes incluant des questions relatives à l'appréciation des individus de leur bien-être dans les différents domaines de la vie (économique, sociale,...), de leur degré de satisfaction de la qualité de l'éducation, des services de santé, de leur condition de logement, etc.

Les chercheurs ont donc comme première contrainte de comprendre les réalités des pays où la croissance est pro-pauvres ou insuffisamment inclusive, et c'est seulement après avoir établi un bon diagnostic de la situation qu'ils peuvent contribuer à la prise de décisions *via* des recommandations étayées et quantifiées auprès des décideurs.

Les travaux de Kuznets puis de Barro (2000, 2008) plutôt convergents sur la croissance et ses effets d'abord négatifs sur les inégalités avant de voir la tendance s'inverser si la croissance se poursuit, ont été mis à mal avec la croissance rapide dans certains pays asiatiques tels la Corée, Taïwan et, plus récemment, la Chine. Le débat portait principalement sur l'impact de la croissance sur la répartition des revenus dont les écarts commençaient à se creuser. Puis, l'intérêt des chercheurs s'est ensuite focalisé sur les effets de la croissance sur la pauvreté. Des inégalités de revenus, la réflexion s'est ainsi progressivement centrée sur la question de savoir comment rendre la croissance plus favorable aux pauvres. Bien que les économistes et praticiens du développement reconnaissent que la pauvreté est de nature multidimensionnelle et qu'elle n'est pas nécessairement réduite par des accroissements de revenu, la pauvreté continue bien souvent à être appréhendée sous l'angle purement monétaire comme l'attestent les statistiques publiées dans les rapports des institutions de développement et des instituts nationaux de statistiques. Ainsi, le cadre général de toutes ces approches a été et reste celui d'une économie officielle, quantifiable, mesurable. Et, du reste, on peut envisager une croissance économique, accompagnée d'un creusement des inégalités tout en constatant une réduction de la pauvreté monétaire. Si les plus hauts revenus augmentent plus vite que les revenus moyens ou faibles, les inégalités se creusent. Toutefois, l'accès à des activités monétarisées pour les très pauvres, dans un contexte où le secteur informel est important, peut leur permettre de sortir de l'extrême pauvreté.

Il y a donc un double enjeu à relever face à un défi ancien. Le défi est de lutter contre les pauvretés et de limiter le basculement de la population vulnérable vers la population pauvre ; l'enjeu consiste à assurer de façon pérenne la crois-

sance économique puis à cibler les catégories sociales que la croissance pourrait inclure, ce qui exige d'identifier les acteurs du secteur informel, de dissocier absence d'emploi et absence de revenus, absence de revenu et privations multiples, propriété commune ou individuelle, consommation collective ou individuelle, pauvreté déclarée ou identifiée et pauvreté réelle. Il faut autant que faire se peut éviter que des acteurs aux activités déclarées soient écartés des dispositifs économiques ou sociaux de redistribution, parce que leurs revenus se situent juste au-dessus du seuil d'attribution fixé, tandis que des acteurs informels y seraient éligibles du fait de l'ignorance de leurs activités et de leurs revenus.

3. DÉFINITION ET DIMENSIONS DE LA CROISSANCE INCLUSIVE

Pour approfondir la réflexion, nous pouvons tenter de définir puis de désagréger l'inclusion. Selon une approche quelque peu étroite, la croissance inclusive est celle qui s'accompagne d'une réduction des disparités de revenus (Rau-niyar et Kanbur, 2010). En revanche et à l'autre extrême, la croissance inclusive est parfois qualifiée de façon assez floue comme « profitant à tous ». Dans ce sens très large, cette vision laisse entendre que la croissance devrait « profiter à toutes les couches de la société, y compris les pauvres, les quasi-pauvres, les groupes à revenus moyens, et même les riches » (Klasen, 2010, in BAD, 2013, p. 6). L'auteur précise encore que l'on peut concevoir la croissance inclusive comme un processus plutôt que comme un résultat. Cette perspective a le mérite de ne pas se contenter d'un indicateur quantifiable à un moment donné mais de se situer dans une dynamique de croissance qui pourrait réduire les pauvretés et les inégalités. Si les bienfaits de la croissance sont conçus uniquement en termes de résultats (par exemple, amélioration des revenus et/ou de l'accès aux biens sociaux, filet de sécurité), la mesure est généralement plus facile, car les résultats sont aisément quantifiables. En revanche, quand l'accès à la croissance et à ses bienfaits est envisagé en termes de processus, la mesure devient complexe. Selon Klasen (2010), l'absence d'un concept universellement accepté de croissance inclusive a conduit à créer un large éventail d'indicateurs qui varient de « peu clairs » à « simples » ou à « techniquement difficiles ».

Si on assimile la croissance inclusive à une « égalité des chances [...] avec l'accent à la fois sur la création d'opportunités et sur le fait de les rendre accessibles à tous » (Ali et Zhuang, 2007 in BAD 2013, p. 7), on se rapproche des *capabilities* de Sen soit une croissance synonyme d'un processus grâce auquel chacun a plus de chances d'accéder aux externalités positives de la croissance économique. Il reste cependant à identifier le processus dont il est question, ce qui ne semble pas possible en respectant les seules règles du marché. Il convient au contraire de réfléchir à la répartition des fruits de la croissance ce qui peut se concevoir *via* le recours à l'État. Toutefois, si l'intervention publique est nécessaire, elle n'en est pas moins suffisante. Les conditions dans lesquelles la puissance publique s'est édifiée, les règles institutionnelles en vigueur, le niveau de transparence de l'action publique, le degré de moralité des acteurs, la présence ou non de corrupteurs et de corrompus, sont des variables aussi déterminantes que l'action de l'État elle-même. D'un côté, on peut croire que les mécanismes du marché peuvent assurer la diffusion des retombées de la croissance inclusive,

avec des chances pour tous. Il s'agit donc plus de soutenir la croissance, de favoriser l'accès pour tous à la création de richesses que de mener une politique de redistribution. De l'autre, il est plutôt question de promouvoir des biens publics, collectifs ou communs (Vérez, 2015), notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé et éviter une croissance exclusive.

Bien que la définition de la croissance inclusive soit complexe, nous pouvons tenter d'en identifier les dimensions (tableau 1).

Tableau 1 : Dimensions de la croissance inclusive

Champs	Critères	Formes
Économique	Employabilité ou occupations	Accès aux ressources monétaires
Social	Offre de services sociaux	Accès par ex. à la santé publique
Spatial	Services publics accessibles	Infrastructures territoriales
Politique	Acteurs représentés	Participation à la vie démocratique

Dans *le champ économique*, il s'agit de dissocier les emplois formels des occupations informelles, qui ne sont en rien assimilées à un statut d'actif occupé sur le marché du travail. Cela devient plus compliqué quand un fonctionnaire mène également des activités secondaires non déclarées dont les revenus peuvent dépasser son salaire officiel. Dans les deux cas, il y a accès à des ressources monétaires et donc inclusion.

Dans *le champ social*, il est indispensable de mesurer si les services sociaux existent, s'ils sont ou non accessibles, s'ils sont connus ou non du plus grand nombre, etc. L'éducation ou la santé sont particulièrement concernées et l'absence de pauvreté monétaire ne signifie pas nécessairement un accès à ces services. De même, si les services existent et sont accessibles en quantité, cela n'implique pas qu'ils répondent aux critères qualitatifs requis. C'est notamment le cas dans l'éducation quand la corruption règle les échanges entre enseignants et élèves et parents d'élèves (Vérez, 2013). Les rapports sont biaisés et les plus pauvres sont plus affectés que les moins pauvres faute de pouvoir satisfaire le corrupteur. Le secteur de la santé peut connaître les mêmes difficultés (cf. *supra*).

Le dilemme quantité-qualité des services offerts et le niveau pour y accéder se retrouve dans *le champ spatial* et dans *le champ politique*. Si les capitales des PED sont pourvues d'un hôpital, les zones rurales les plus reculées « se contentent » de dispensaires. De même, l'accès à l'université peut être à son tour localisé dans la capitale tandis que les écoles primaires peuvent être disséminées dans tout le pays. Par ailleurs, la localisation des infrastructures peut répondre à des critères politiques : le pouvoir se préoccupe avant tout de développer des infrastructures au sein de la région d'où est issu le chef de l'État et ce sont donc des préoccupations de solidarité ethnique qui prédominent. La croissance est inclusive pour une partie de la population, que l'on peut considérer comme privilégiée. Si la croissance est un défi majeur, simultanément, il faut se préoccuper de ses retombées réelles sur chaque individu, sur chaque ménage.

Dans ces conditions, il convient d'analyser les opportunités « propres » aux acteurs individuels et les résultats auxquels ils parviennent. Roemer (2006) clas-

sifie les inégalités de résultats en deux catégories mutuellement exclusives : celle attribuée à l'effort, au mérite et à la responsabilité individuelle et l'autre due aux circonstances sur lesquelles les individus ont peu d'influence. Cette dernière repose à la fois sur des facteurs individuels tels le sexe, le milieu familial, l'éducation des parents, etc.) mais aussi sur des institutions, des politiques publiques et sociales. Le critère d'égalité d'opportunité s'impose désormais comme le critère de justice sociale (Bourguignon *et alii*, 2013 ; Sen 1992). Le défi de la croissance inclusive consisterait simultanément à inciter les personnes à chercher de nouvelles opportunités, essentiellement sur une base individuelle, et à garantir « l'égalité d'accès » à ces opportunités à tous les segments de la population (Ali, 2007).

4. LE RÉGIME D'ASSISTANCE MÉDICALE AU MAROC

Pour illustrer notre réflexion, nous nous appuyons sur l'instauration d'un mécanisme d'accès à la santé au Maroc pour les pauvres et les vulnérables. Le Régime d'assistance médicale (RAMED) a été lancé en 2008 *via* une expérience pilote dans une des régions les plus pauvres du Maroc (Tadla Azilal) avant d'être généralisée à tout le pays à partir de 2012¹. Cette expérience s'inscrit d'une part, dans le contexte international de coopération d'aide au développement et, d'autre part, dans le cadre national marocain où l'enjeu consiste à dépasser le régime des indigents². L'origine du projet tient encore au constat que la croissance économique marocaine (4% en moyenne par an depuis 2010), ne permet pas *de facto* aux plus démunis d'accéder aux soins les plus élémentaires : parmi les causes de non consultation médicale, 60,2% des marocains déclarent ne pas pouvoir payer la consultation (ONDH, 2012). En outre, plus de 70% de marocains qui n'étaient pas couverts par les régimes d'assurance préexistants au RAMED déclaraient n'être éligibles à aucun régime d'assurance maladie.

Au niveau international, en 2000, il est souligné, au cours d'une réunion de l'ensemble des grands bailleurs sur la santé et la pauvreté, qu'il faut « examiner les conditions sanitaires qui créent et perpétuent la pauvreté ; rendre les systèmes sanitaires plus sensibles aux besoins des pauvres ; intégrer les problèmes de santé plus directement dans les stratégies de réduction de la pauvreté ; et mobiliser des ressources supplémentaires pour garantir les résultats de ces mesures » (Hanchane et Firano, 2015). C'est dans ce contexte que l'idée de développer une couverture médicale pour les populations démunies fait son chemin au Maroc. Il s'agit ni plus ni moins de mettre en œuvre les orientations de

¹ Le Ramed s'inscrit dans le pilier de la réforme financière du système de santé que le Maroc a institué en 2002 par la loi 65.00. Cette réforme prévoyait un système à deux composantes : (i) un régime d'assurance maladie obligatoire de base (AMO) entré en vigueur en 2005. L'AMO assure une couverture aux salariés actifs et aux pensionnés des secteurs public et privé et ses modalités de fonctionnement reposent sur les principes de l'assurance sociale ; (ii) un régime d'assistance médicale aux plus démunis (RAMED) qui constitue le volet assistance.

² Ce régime prévoyait l'exemption de paiements conditionnée à la présentation d'un certificat d'indigence délivré par l'autorité locale sur la base de critères d'éligibilité non standardisés et peu transparents (Kerbach *et al.*, 2007).

l'OMS pour parvenir à l'étape ultime de la couverture santé universelle. Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières. Pour cela il faut : 1/ Un système de santé solide, efficace et bien géré. 2/ Des soins à un coût abordable. 3/ L'accès aux médicaments et technologies médicales. Il faut enfin disposer des personnels de santé en nombre suffisant, bien formés et motivés afin de garantir un accès équitable aux services de santé.

Avant de nous arrêter plus précisément sur les résultats du RAMED, nous devons souligner que les orientations de l'OMS rejoignent ou découlent des nombreux débats sur la thématique de la croissance qui lutte (ou pas) contre les pauvretés et qui inclut (ou pas) les acteurs individuels. Ces débats s'inscrivent dans une tendance plus générale où les agences multilatérales et institutions internationales ont été amenées à infléchir certains aspects de leur politique de coopération au développement. Chacun se souvient des objectifs majeurs du Consensus de Washington avant que l'on évolue vers le post-Consensus. Après avoir dénoncé le rôle des pouvoirs publics, on a constaté depuis un « retour en grâce » de la *good governance*, soit la nécessité de pouvoir compter sur des institutions transparentes, indispensables aux mécanismes du marché dont le caractère (supposé) autorégulateur ne suffit pas pour régler les questions multiples des pauvretés.

Au niveau des politiques de coopération au développement (Campbell *et alii*, 2016) et en matière de projets de l'aide au développement, on relève également une évolution dans les discours et les pratiques, notamment du fait de la multiplicité des acteurs, des différents niveaux de coopération (local, bilatéral, multilatéral), d'une plus grande complexité des processus de décision et des transformations aussi bien dans l'architecture institutionnelle de l'aide que dans les formes et les instruments de la coopération. Les objectifs assignés aux politiques « dites de coopération pour le développement », en se multipliant ont fini par perdre de leur lisibilité. Les frontières entre sphère publique et sphère privée tendent à s'estomper au point de laisser place à des configurations institutionnelles hybrides.

Enfin, le fossé entre normes internationales et spécificités nationales risque d'éloigner la mission que se donne la coopération : une chose est de fixer des objectifs comme la bonne gouvernance, la participation de la société civile ou les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), une autre est de mesurer leur degré réel d'application « sur le terrain ».

Les autorités du Maroc qui s'efforcent depuis 2008 de permettre l'accès à la santé pour les plus pauvres ont bénéficié de l'aide internationale et ont fixé des objectifs conformément aux orientations citées. Si, de toute évidence, le RAMED (encadré 1) est une réussite par le simple fait qu'il s'est substitué au régime des indigents, les résultats et les perspectives sont plus controversés de sorte que de nouveau, il apparaît que la volonté politique d'une croissance inclusive se heurte à des réalités complexes, où la multiplicité des acteurs, la divergence des intérêts individuels, les pratiques sociales et autres rapports de force, limitent la faisabilité des projets – *a fortiori* si ceux-ci ont été mal conçus.

Encadré 1 : Caractéristiques majeures du RAMED

Pour bénéficier du RAMED, le chef du ménage ne doit pas être assujéti à un régime d'assurance maladie obligatoire de base. Il ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses médicales. Son conjoint, les enfants à charge de moins de 21 ans, les enfants handicapés et autres personnes vivant sous le même toit et à sa charge effective sont également bénéficiaires du dispositif.

La prise en charge porte sur des frais de soins dispensés dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'État. Les prestations et services couverts sont les suivants : soins préventifs, actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales, soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, analyses de biologie médicale, radiologie et imagerie médicale, médicaments et produits pharmaceutiques administrés pendant les soins, articles de prothèse, lunetterie médicale, soins bucco-dentaires, orthodontie pour les enfants, actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie.

Le régime d'assistance médicale est financé principalement par l'État (75%), les collectivités locales (6%) et par la participation des bénéficiaires (19%) en situation de vulnérabilité. Leur contribution annuelle est fixée à 120 dirhams (11 euros) par personne et par an dans la limite d'un plafond de 600 dirhams par ménage (ANAM, 2013).

En soi, toute politique publique engendre des effets non prévus, non voulus ou dysfonctionnels par rapport aux buts recherchés par les concepteurs (Boudon, 1993, *in* Ferrié, 2015, p. 4). L'erreur consisterait à considérer que les biais relèvent avant tout de la mise en œuvre de la politique publique alors qu'ils relèvent peut-être d'abord d'une ambiguïté au niveau du projet initial, de sa conception, du ciblage de la population et du degré de faisabilité. De ce point de vue, le RAMED est un bon exemple. *A priori*, une offre de soins aux plus démunis ne peut que renforcer la demande de soins, laquelle ne peut être satisfaite que si l'offre est en mesure *ex post* d'y faire face en quantité et en qualité. En se focalisant sur la couverture financière des usagers, le problème est de ne pas avoir anticipé avec précision les moyens pour que l'offre réponde à la demande accrue de soins. Il s'en est suivi des files d'attente dans les dispensaires ou hôpitaux, insatisfaisantes pour les usagers qui, mécontents, ont eu recours pour certains d'entre eux à la corruption. Celle-ci n'est pas née au Maroc³ avec le RAMED mais il est peu probable que les autorités aient anticipé un développement de cette pratique alors que leur volonté était justement de déployer une politique

³ Le Maroc était classé 91 sur 117 pays en 2013 en termes de perception de la corruption mesurée par l'indice de *Transparency International*, avec un score de 37 sur 100. Selon *World Governance Indicators*, les indicateurs du Maroc sur la gouvernance et la lutte contre la corruption ont été parmi les moins performants en 2013 : -0,04 en matière d'efficacité des politiques et institutions des pouvoirs publics et -0,41 pour le contrôle de la corruption.

publique équitable destinée à préserver la cohésion sociale⁴. De ce point de vue, le RAMED est plus une politique sociale qu'une politique de santé.

Par ailleurs, le RAMED a entraîné un malaise au sein du personnel de santé confronté à une demande accrue de soins sans que les ressources humaines et les équipements aient été à la hauteur des nouveaux enjeux. Des dysfonctionnements sont apparus également entre les différents services du système sanitaire marocain, liés à des questions d'organisation, de localisation hétérogène des lieux de soins, de niveaux de décision multiples. C'est finalement toute la filière qui est ici en jeu et qui apparaît au centre des dysfonctionnements du fait d'un dispositif complexe avec des centres de soins hiérarchisés et des procédures administratives insatisfaisantes pour les patients. Nombre d'entre eux arrivent directement au Centre hospitalier régional, sans respecter les étapes préalables ou parce que renvoyés par le centre de soin précédent (Ferrié et Radi, 2015). Les problèmes de gouvernance ont été mal anticipés.

Enfin, le ciblage des populations pauvres et vulnérables s'est heurté à des problèmes méthodologiques bien connus dans les économies informelles où l'actif déclaré dispose de revenus supérieurs au seuil d'éligibilité au RAMED tandis que son compatriote occupé dans le secteur informel en bénéficie sans que ses revenus soient nécessairement inférieurs. Le principe des politiques ciblées est d'allouer en priorité les ressources des programmes de lutte contre la pauvreté aux personnes et aux ménages dans une pauvreté extrême. La méthode utilisée dans le cadre du RAMED est une approche qui combine un ciblage géographique, une évaluation directe des revenus des ménages notamment en milieu urbain et une évaluation indirecte des ressources (Test d'éligibilité multidimensionnel, TEMD, ou Proxy Means Testing, PMT) sur la base d'indicateurs reflétant le statut socio-économique du ménage⁵. En tout état de cause, cette approche repose sur une conception purement matérielle du bien-être qui n'est qu'une manière contournée de s'appuyer sur une conception purement monétaire de la pauvreté. En outre, en pratique, pour être éligible, les populations potentiellement bénéficiaires doivent en faire la démarche et remplir un questionnaire. Les populations ayant un faible niveau d'instruction peuvent se

⁴ Dans le document Stratégie sectorielle de santé 2012-2016 du Ministère de la santé, on peut lire en effet : « l'accès aux soins, aux médicaments et à la couverture sociale se retrouvent comme des priorités de fait et non comme des choix politiques. Ces dernières années, le Maroc s'est engagé dans de grands chantiers de réformes politiques et sociales visant la consolidation de la démocratie, la promotion des droits humains et la lutte contre la pauvreté ».

⁵ Les critères d'éligibilité sont différenciés selon le lieu de résidence. Ainsi, dans les zones urbaines, l'éligibilité repose sur le revenu annuel pondéré par personne et la construction d'un score agrégeant des indicateurs des conditions de vie des ménages. Dans les zones rurales, l'éligibilité s'appuie sur un score calculé à partir de la déclaration du patrimoine et un score des conditions de vie comparable au score défini pour le milieu urbain. Les populations pauvres et vulnérables sont identifiées selon des seuils différents. Dans le milieu urbain, les seuils de pauvreté et de vulnérabilité sont de 3767 et 5650 dirhams respectivement pour le revenu et un score inférieur à 11. Dans le milieu rural, les seuils d'identification pour les pauvres (vulnérables) sont de 28 (70) pour le score patrimonial et de 6 pour le score des conditions de vie (Banque mondiale, 2012).

trouver démunies face aux procédures administratives à accomplir pour bénéficier du RAMED. Théoriquement, le ciblage contribue au succès d'une politique de lutte contre la pauvreté : i) en mettant en place des programmes spécifiques aux pauvres ; ii) par une utilisation efficace des ressources des programmes au profit des plus pauvres.

La mise en application du RAMED témoigne finalement de sérieuses difficultés car les résultats attestent d'erreurs d'inclusion et d'exclusion. « Par exemple dans les régions de Rabat et de Casablanca, les taux de réalisation dépassent largement les 100%. Par contre, la région du Gharb dont le taux de pauvreté est parmi les plus élevés au Maroc s'est limitée à un taux de réalisation de l'ordre de 50%. Le ciblage territorial du RAMED, sa capacité de pénétration et les ressources allouées à sa gouvernance dans les régions pauvres nécessite de profondes investigations » (Hanchane et Firano, 2015, p. 62). La politique publique décidée par les autorités marocaines avec l'appui des institutions internationales apparaît simultanément peu équitable, peu performante, de sorte que les détracteurs des politiques publiques y trouvent leur compte.

Nous sommes convaincus, au contraire, de l'utilité de ce dispositif lequel a permis à des millions de marocains d'accéder à des soins auxquels ils n'auraient pu accéder. Mais cela n'occulte en rien les problèmes soulevés et les défis à relever. La qualité d'une politique publique et, dans le cas du RAMED, d'une politique sociale, dépend autant des moyens mobilisés (tant budgétaires qu'humains) que de la façon dont les usagers accèdent au service proposé, avec la satisfaction d'être aussi bien traités que ceux qui peuvent s'offrir le service en réglant eux-mêmes les prestataires. Si, à l'opposé, il faut subir des files d'attente tandis que d'autres y échappent par des moyens détournés, s'il faut payer de nombreux déplacements pour aller d'un service de santé à l'autre alors que les patients sont pauvres ou vulnérables, si les équipements sont différenciés selon les territoires, si les personnels tendent à fuir les zones rurales isolées malgré le contrat qui les relie à leur ministère, le sentiment d'injustice domine et l'exclusion prend le pas sur l'inclusion avec un renoncement partiel ou total à la gratuité des soins.

Les inégalités de santé au moyen du RAMED ne s'estompent donc pas en raison des inégalités territoriales, outre les inégalités devant la corruption qui frappe les plus pauvres, et des inégalités administratives définies comme la capacité (ou l'incapacité) de défendre ses droits, ce qui suppose d'en être informés puis de les faire respecter. On comprend que la population analphabète est davantage dépourvue que la population alphabétisée et elle est très majoritaire chez les ramedistes (70% selon Hanchane et Firano, 2015). « La gouvernance hospitalière du RAMED apparaît très largement ambivalente. Elle réintroduit de fait un principe d'inégalité dans un dispositif fondé sur le principe de l'égal accès de tous aux soins [...] Plus on est démunis, moins on tend à profiter du RAMED » (Ferrié et Radi, 2015, p. 46). « Sur le plan national, la répartition des ressources humaines sanitaires des médecins généralistes et spécialistes indique que les régions dont le taux de pauvreté est élevé sont celles où le nombre de médecins est le plus faible. Par contre, les régions où les taux de pauvreté sont

faibles sont dotées de plus de médecins généralistes ou encore spécialistes » (Hanchane et Firano, 2015, p. 75).

Le financement du dispositif à moyen terme (*a fortiori* à long terme) n'est pas le moindre défi à relever. « Après trois ans de généralisation, le financement du RAMED est devenu assez délicat, surtout que les contributions des différentes parties prenantes n'ont pas été respectées... La contribution des vulnérables au financement du régime fut faible. Elle n'a pas dépassé 44 millions de dirhams au lieu de 513 millions prévus, soit un taux de réalisation de 8,6% » (Hanchane et Firano, 2015, p. 88). De fait, le financement du RAMED est en très grande partie financé par l'État, qui a d'ores et déjà mis en place un fonds de solidarité sociale (FSS) pour le soutenir. Le budget alloué au RAMED pour l'année 2015 ne dépasse pas un milliard tandis que les dépenses sont estimées à 2,6 milliards de dirhams, en raison de la contribution des personnes vulnérables moins élevée que prévue.

S'y ajoute la nécessité d'offrir des soins de qualité ce qui exige de former du personnel de santé, la capacité à convaincre une partie de ce personnel à exercer dans des lieux reculés (certains personnels de santé préfèrent payer une amende que d'exercer en zone rurale isolée), l'obligation de réviser les politiques de ciblage pour aider réellement les plus démunis. Face à de tels défis, et dès lors que les ressources sont limitées, il est impossible de régler les problèmes de santé de manière équitable. Il faut s'en rapprocher et peut-être commencer par fixer des objectifs intermédiaires en tenant compte de l'offre disponible et/ou future et définir ensuite le niveau de la demande que l'on peut satisfaire. Concrètement, cela peut consister à cerner certains soins, certaines régions (les plus reculées) et les catégories les plus pauvres (avec toutes les contraintes méthodologiques soulevées). Une politique sociale ciblée, financée par la croissance économique et décidée puis mise en œuvre par les autorités politiques doit éviter que les catégories d'acteurs concernés et différenciés (les ramedistes, le personnel de santé, le personnel administratif) ne se retrouvent en situation de défiance relative. L'inclusion exige de la solidarité et ne peut s'accommoder d'une stigmatisation d'une partie de la population. Or, il n'est pas interdit de penser que les non-ramedistes ainsi qu'une partie des personnels de santé considèrent que les dysfonctionnements cités soient dus aux ramedistes. Ce qui revient à stigmatiser les premiers comme l'étaient jadis les indigents. Le défi de citoyenneté et de cohésion sociale vole en éclats.

5. CONCLUSION

Toute volonté de croissance inclusive dans les PED comme le Maroc nécessite en amont une profonde réflexion sur les objectifs ciblés, les moyens alloués, tant monétaires que physiques et humains, les priorités inter-sectorielles (santé ou éducation, transports ou logements) et intra-sectorielles (dans le secteur de la santé : dispensaires dans les zones les plus reculées et/ou CHU dans les grandes villes, soins maternels et accompagnement pré, post-natal et/ou lutte contre le diabète, etc.). Ces choix sont difficiles mais indispensables pour une réelle inclusion. Toute politique d'envergure macroéconomique ne permet pas nécessairement d'atteindre les plus pauvres, quelle que soit la bonne volonté des bail-

leurs de fonds, des agences multilatérales et des responsables politiques nationaux. La spécificité de la croissance inclusive est de parvenir à satisfaire les individus par rapport à ce qu'ils attendent pour améliorer leur vie et leurs moyens de subsistance décents.

Toute politique publique sociale dont le défi est de lier la croissance économique au développement humain et au bien-être doit prendre en considération le degré d'informalité de l'économie, la qualité des institutions, le niveau de transparence des choix politiques et économiques. L'aide au développement ne peut ignorer la complexité des terrains où elle est censée être utile. Les autorités locales ne peuvent pas davantage ignorer les comportements d'acteurs différenciés aux intérêts divergents. Les modalités à partir desquelles elles élaborent leur projet initial, le conçoivent, ciblent les populations et les objectifs, sans oublier le degré de faisabilité, sont aussi déterminantes que la mise en application des politiques publiques retenues.

Enfin, la façon dont on définit la pauvreté, la vulnérabilité et les méthodes utilisées pour les quantifier et les dissocier, peut avoir une incidence sur le type de politique publique sociale mis en œuvre pour les combattre, ou du moins les réduire. L'exemple du RAMED atteste de divers dysfonctionnements, tant en matière de ciblage que de moyens matériels et humains insuffisants face à une demande croissante, de coût global sous-estimé, de surcharge d'activités pour les personnels face à des files d'attente source de passe-droits, d'inégalités entre ceux qui auraient dû être inclus mais qui sont restés exclus et inversement. Le Maroc parviendra à une réelle croissance inclusive si les programmes publics réussissent à associer croissance et inclusion, ici dans le cadre de la santé, ce qui suppose de caractériser le type de croissance qui améliore l'inclusion et l'identification des changements permis par l'inclusion.

REFERENCES

- Ali I., 2007, "Pro-Poor to Inclusive Growth: Asian Prescriptions", *ERD Policy Brief, BAD*, n° 48.
- Ali I., Zhuang J., 2007, "Inclusive Growth toward a Prosperous Asia: Policy Implications", *ERD Working Paper Series, BAD*, n° 97.
- Agence nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), 2013, *Rapport annuel 2013 et plan d'action 2014-2016 relatif au Ramed*, Royaume du Maroc.
- Banque Africaine de Développement, 2013, *La recherche d'une croissance inclusive en Afrique du Nord : une approche comparative*, Note économique. www.afdb.org.
- Banque mondiale, 2012, *Ciblage et protection sociale : Note d'orientation stratégique- Maroc-MENA*, 161 p.
- Barro R.J., 2000, "Inequality and Growth in a Panel of Countries", *Journal of Economic Growth*, 5(1), p. 5-32.

- Barro R.J., 2008, "Inequality and Growth Revisited", *Working Paper Series on Regional Economic Integration* n° 11, ADB, Manila.
- Bérenger V., 2010, "Multidimensional Fuzzy Poverty and Pro-Poor Growth Measures in non-monetary Dimensions in Egypt between 1995 and 2005", *Middle East Development Journal*, vol.2 (1), 15-38.
- Bérenger V., Bresson F., 2012, "On the 'Pro-Poorness' of Growth within Multidimensional Context", *Review of Income and Wealth*, vol. 58(3), 457-480.
- Bérenger V., 2013, "Impact de la croissance sur le niveau de vie et l'éducation en Egypte entre 2000 et 2008", *Région et Développement*, 37, 119-148.
- Bourguignon F., Ferreira F., Menéndez M., 2013, "Inequality of Opportunity in Brazil: A Corrigendum", *Review of Income and Wealth*, vol. 59(3), 551-555.
- Campbell B., Gabas J-J., Pesche D., Ribier V., (dir.), 2016, *Les transformations des politiques de coopération : secteurs agricoles et miniers au Canada et en France*. Ed. Karthala, Presses de l'université du Québec, 202 p.
- De Martino C., 2016, "Where is the Wealth? Echoing the King's 2014 Speech in Light of the Implementation of the New Constitution", *Policy Brief on Socio-Economic Rights in Morocco, EUSPRING*, February.
- Ferrié J-N., Radi S., 2015, *Rapport sur la gestion et la gouvernance hospitalières du RAMED, une enquête multisituée*, ONDH, UIR, LIA du CNRS "Inégalités, développement et équilibres politiques", LEPOSHS, Rabat.
- Frey B.S., Slutzer A. 2002, "What can economist learn from happiness research?", *Journal of Economic Literature*, 40(2), pp.402-435.
- Guardiola J., García-Muñoz T., 2009, "Subjective well-being and basic needs : Evidence from rural Guatemala", *XVI Encuentro de Economía Pública*.
- Hanchane S., Firano Z., 2015, *Pertinence et enjeux du RAMED*, ONDH, Maroc.
- Kherbach F, El Alami El Fellousse A., 2007, *Étude sur le financement des soins de santé au Maroc*. Organisation Mondiale de la Santé. 2007. 100 p.
- Kilburn K., Handa S., Angeles G., Mvula P, Tsoka M., on behalf of the Malawi Social Cash Transfer Evaluation Team, 2016, "Happiness and Alleviation of Income Poverty: Impacts of an unconditional cash transfer programme using a subjective well-being approach", *Innocenti Working Paper* n°.2016-23, UNICEF Office of Research, Florence.
- Kingdon G. and Knight J., 2006, "Subjective well-being poverty vs . Income poverty and capabilities poverty?," *Journal of Development Studies*, 42(7), 1199-1224.
- Klasen S., 2010, "Measuring and Monitoring Inclusive Growth: Multiple Definitions, Open Questions, and Some Constructive Proposals", *ADB Sustainable Development*, Working Paper Series, n° 12.
- ONDH, 2012, *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc*, Rabat.
- Pradhan M. and Ravallion M., 2000, Measuring poverty using qualitative perceptions of consumption adequacy. *The Review of Economics and Statistics*, 82(3), 462-471.

- Rauniyar G. et Kanbur R., 2010, “Inclusive Development: Two Papers on Conceptualization, Application, and the ADB Perspective”, *Occasional Paper n°8*, Independent Evaluation Department, ADB, Manila.
- Roemer J. E., 2006, “Economic Development as Opportunity Equalization”, *Cowles Foundation Discussion Paper*, n° 1583, Yale University.
- Rojas M., 2008, “Experienced Poverty and Income Poverty in Mexico: A Subjective Well-Being Approach”, *World Development*, 36(6), 1078-1093.
- Sen A., 1985, *Commodities and capabilities*. Amsterdam: North Holland.
- Sen A., 1992, *Inequality Reexamined*, London: Harvard University Press.
- Vézé J.-C., 2013, “Les défis de l’éducation dans les pays riverains de la Méditerranée”, *Mondes en développement*, n° 164, 115-138.
- Vézé J.-C., 2015, “Des biens collectifs aux biens communs en Europe : quelles réglementations ?”, *L’Europe en formation*, CIFE, n° 376. 63-75.

PUBLIC POLICIES STAKES AND CHALLENGES IN ACHIEVING INCLUSIVE GROWTH - THE CASE OF MOROCCO’S HEALTH REFORM

Abstract - *The economic growth in developing countries is not de facto inclusive—This does not mean that the impact of public policies on the pace and pattern of growth should be taken for granted. Thus, it is necessary to dissociate the type of growth from the type of inclusion in order to frame the relevant public policies to achieve inclusion. This requires performing sophisticated targeting of the poor and vulnerable and assessing the actual conditions under which sectoral policies such as health policy are implemented. The reform of Morocco’s health system with the extension of medical coverage targeting the poorest (RAMED) provides an instructive illustration of the arduous challenges that government faces to frame inclusive public policies. Ensuring the right to health to a wider number of Moroccan citizens requires having a more comprehensive and multi-sectoral approach to health.*

Keywords - INCLUSIVE GROWTH, SOCIAL POLICIES, PUBLICS POLICIES, HEALTH, POVERTY, MOROCCO