



**L'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc.
Une étude de la gouvernance et de l'instrumentation de l'action
publique dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le
Développement Humain (INDH).**

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Est-Sup

École doctorale : Organisations Marchés, Institutions (OMI, ED 530)

Spécialité de doctorat : Science Politique

Unité de recherche : Laboratoire LIPHA (Laboratoire interdisciplinaire d'étude du politique - Hannah Arendt)

**Thèse présentée et soutenue à Paris-Est-Sup, à l'IEP (Institut d'études politiques)
de Fontainebleau, le 22/12/2023, par :**

Youness RADI

Composition du Jury

Fatna Sarehane

Professeur des Universités en droit privé,
Université Hassan II

Présidente du jury

Fabrice Hamelin

Maître de conférences HDR en science politique,
Université Paris-Est Créteil (UPEC)

Directeur de thèse

Catherine Wihtol de Wenden

Professeur en science politique,
Directrice de recherche CNRS,
Centre de recherches internationales,
Sciences Po Paris

Rapporteur

Mohammed Mouaquit

Professeur des Universités en science politique,
Université Hassan II

Rapporteur

Sylvie Ciabrini

Maître de conférences HDR en droit public,
Université Paris-Est Créteil (UPEC)

Examinatrice

Sergiu MISCOIU

Professeur des Universités en science politique,

Examinateur

L'UNIVERSITÉ NE SOUSCRIT NI NE RÉFUTE LES OPINIONS PRÉSENTÉES DANS LES THÈSES. CES PERSPECTIVES SONT À ATTRIBUER EXCLUSIVEMENT À LEURS AUTEURS.

Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer ma profonde gratitude à M. Fabrice Hamelin, directeur de ma thèse et maître de conférences en sciences politiques à l'université Paris-Est Sup. Son expertise, sa disponibilité et son accompagnement ont été essentiels à l'avancement de mon travail.

Je souhaite également adresser mes sincères remerciements à tous les membres du laboratoire LIPHA, qui m'ont offert un environnement propice à ma recherche tout au long de cette aventure.

Ma reconnaissance s'étend aux habitants des communes que j'ai eu l'opportunité de visiter lors de mon enquête au Maroc. Leur hospitalité, leur disponibilité, leur participation et leur intérêt pour mon étude ont grandement enrichi mes travaux.

Enfin, mes remerciements vont à toutes les personnes rencontrées, au Maroc comme en France, que ce soient des élus, des médecins, des membres d'associations ou des responsables de l'INDH, pour leurs éclairages précieux et leurs contributions à ma recherche.

Je dédie cette thèse à ma mère,

À mon père,

À mon épouse,

*À mon fils, qui m'a accompagné
avec ces cris de bébé, puis, avec ces
cris de jeune enfant durant toute la
rédaction de cette thèse,*

Et à toute ma famille.

À toutes et à tous, Merci !

Table des Matières

Remerciements.....	3
Table des Matières	6
Liste des Tableaux	9
Liste des abréviations et des acronymes	14
Résumé.....	17
Abstract.....	18
Introduction	19
I. Contexte général	19
II. Problématique et Méthodologie.....	39
Partie I : La dynamique de l'action publique pour l'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc	65
Chapitre 1 : Les pressions institutionnelles : clé de compréhension de la dynamique instrumentale	66
1. Instrumentation et instruments : décryptage de l'impact de l'action publique	66
2. L'action publique expliquée par son environnement institutionnel.....	82
3. Le programme public comme méta-organisation : la quête du consensus	96
Chapitre 2 : L'accès aux soins en milieu rural, entre pauvreté et problèmes structurels.....	99
1. Le besoin d'accès aux soins en milieu rural au Maroc	99
2. Les inégalités en matière de santé au Maroc.....	101
3. L'accès à la santé en milieu rural au Maroc.....	104
Chapitre 3 : La dynamique de l'action publique dans le secteur de la santé au Maroc	117
1. Des infrastructures limitées en milieu rural	117
2. Le système de santé au Maroc, évolution positive, mais, encore insuffisante (en milieu rural)	121
3. Évolution de l'action publique pour la santé au Maroc	125
4. Les actions publiques pour la mobilité, un déficit à rattraper en milieu rural	136
5. Le manque de coopération pour des actions publiques communes	140
6. Des actions publiques encourageantes, mais, encore limitées en milieu rural	141

Chapitre 4 : L'Initiative Nationale du Développement Humain.....	144
1. Le lancement de l'INDH, un programme global et intersectoriel.....	144
2. Structure et organisation de l'INDH.....	149
3. Les partenaires institutionnels de l'INDH.....	154
4. Le financement de l'INDH.....	158
5. Actions et programmes de l'INDH.....	162
Chapitre 5 : La dynamique instrumentale des actions publiques pour la santé au Maroc..	166
1. L'entrée par les instruments.....	166
2. Vers des instruments non contraignants	167
3. Le contexte institutionnel et son influence sur l'évolution des politiques publiques	172
Partie II : Les dysfonctionnements de la gouvernance et de l'instrumentation des actions publiques de l'INDH et l'impact positif des pressions institutionnelles	174
Chapitre 6 : Comprendre les difficultés et les besoins de la population pour mieux concevoir les instruments	175
1. Les problèmes de mobilité.....	175
2. Les problèmes des ressources sanitaires	178
3. Les coûts des déplacements et la mauvaise prise en charge	182
4. Les instruments nécessaires pour l'accès aux soins en milieu rural	184
Chapitre 7 : L'INDH et ses instruments limités pour l'accès aux soins de santé en milieu rural	191
1. Études des Communes rurales de Tabant et de Siroua, un diagnostic nécessaire pour évaluer les actions INDH (Phases I & II).....	191
2. Tabant, une commune enclavée avec des actions limitées	192
3. La commune de Siroua, des actions faibles et lentes.....	199
4. Le faible bilan des deux communes (Siroua et Tabant).....	207
5. La faiblesse instrumentale pour l'accès aux soins en milieu rural, un constat général 208	
Chapitre 8 : La gouvernance et l'instrumentation : défaillances et répercussions	218
1. Les citoyens, entre connaissance du besoin et faible participation.....	218
2. Les médecins, une absence de participation d'un acteur légitime	220

3. Les deux premières phases de l'INDH entachées par la politisation et le conflit d'intérêt des présidents de commune	222
4. L'instrument de la mobilité, entre absence et mode informel.....	224
5. La gouvernance de l'INDH, entre défis et insuffisances	227
6. Les parties prenantes au cœur du problème de gouvernance et d'instrumentation ...	228
7. La gouvernance et ses défauts de structure :.....	244
8. L'instrumentation de l'INDH, un problème de monopole et de participation citoyenne	248
9. L'INDH comme méta-organisation, peu d'autonomie et faible coordination	252
Chapitre 9 : Les pressions institutionnelles et la dynamique instrumentale	258
1. Les instruments de gouvernance influencés par les pressions institutionnelles.....	258
2. Des instruments nouveaux pour une gouvernance améliorée.....	263
3. Un évolution instrumentale encourageante.....	268
Chapitre 10 : La participation citoyenne comme instrument, entre légitimation de l'action publique et satisfaction de la population	271
1. Participation citoyenne et légitimité, un lien manifeste.....	271
2. La participation citoyenne comme instrument de légitimation de l'action publique .	284
3. L'instrumentalisation de la participation citoyenne.....	285
Conclusion	288
Bibliographie	294
Références bibliographiques :	295
Rapports publics :	301
Sites Internet :	306
Annexes	308
Annexe 1 : Guide d'entretiens	309
Annexe 2 : Recommandations	314

Liste des Tableaux

TABLEAU 1 : PROJECTION DE LA POPULATION URBAINE ET RURALE PAR RÉGION : 2014 ET 2030.....	21
TABLEAU 2 : POPULATION TOTALE PAR COMMUNES DE LA PROVINCE D'AZILAL - 2014	46
TABLEAU 3 : TAUX DE PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE 2004 (EN%) - MILIEU RURAL PAR PROVINCES (BÉNI MELLAL-KHÉNIFRA)	47
TABLEAU 4 : TAUX DE PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE 2014 (EN%) - MILIEU RURAL PAR PROVINCES (BÉNI MELLAL-KHÉNIFRA)	47
TABLEAU 5 : PROVINCE AZILAL : RÉSEAU DE SOINS DE SANTÉ DE BASE	48
TABLEAU 6 : LA COMMUNE DE TABANT EN CHIFFRES	51
TABLEAU 7 : POPULATION DE LA PROVINCE D'OUARZAZATE PAR COMMUNE - 2014	53
TABLEAU 8 : TAUX DE PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE 2004 (EN%) - MILIEU RURAL PAR PROVINCES (DRÂA-TAFILALET)	54
TABLEAU 9 : LA COMMUNE DE SIROUA EN CHIFFRES	55
TABLEAU 10 : TYPOLOGIE D'INSTRUMENTS DE PIERRE LASCOUMES ET PATRICK LE GALÈS	76
TABLEAU 11 : PRINCIPALES APPROCHES DE L'ANALYSE MULTI-NIVEAUX, (POUPEAU, 2017)	87
TABLEAU 12 : PRINCIPALES INQUIÉTUDES DES MÉNAGES QUANT À L'AVENIR EN 2007 (EN%).....	100
TABLEAU 13 : ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE AU MAROC.....	101
TABLEAU 14 : ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PAR MILIEU DE RÉSIDENCE.....	106
TABLEAU 15 : COUVERTURE MÉDICO-SANITAIRE	107
TABLEAU 16 : ÉVOLUTION DES INDICATEURS D'ACCÈS AUX SOINS EN MILIEU RURAL	110
TABLEAU 17 : L'ÉLOIGNEMENT DU LIEU DE CONSULTATION EN 2007.....	113
TABLEAU 18 : BUDGET DE LA SANTÉ 2019.....	119
TABLEAU 19 : ÉVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS ÉCONOMIQUES, PÉRIODE 2012-2019	119
TABLEAU 20 : ÉVOLUTION DES RESSOURCES SANITAIRES, PÉRIODE 2013-2019	120
TABLEAU 21 : ACTIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ POUR LE RENFORCEMENT DE SON INSTITUTIONNALISATION	127
TABLEAU 22 : ACTIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ POUR LES PARTENARIATS EXTERNES.....	128
TABLEAU 23 : ACTIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ POUR LE RENFORCEMENT DE LA STRUCTURE SANITAIRE ET DE L'OFFRE DE SOINS	131

TABLEAU 24 : ACTIONS DU PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	132
TABLEAU 25 : RÉALISATIONS DU PLAN DE SANTÉ RURALE À PARTIR DU BILAN DES UNITÉS MÉDICALES MOBILES - 2019.....	134
TABLEAU 26 : LES DÉFICITS SOCIAUX AU MAROC EN 2005	148
TABLEAU 27 : RÉPARTITION DES 10 MILLIARDS DE DIRHAMS SUR LA PÉRIODE 2006-2010 (PHASE I)	159
TABLEAU 28 : RÉPARTITION DES CRÉDITS ACCORDÉS PAR LES SOUS-ORDONNATEURS DE DÉLÉGATION DE CRÉDIT – 2008.....	161
TABLEAU 29 : LA TYPOLOGIE DES INSTRUMENTS POUR LA SANTÉ AU MAROC	167
TABLEAU 30 : RÉPARTITION DES MÉNAGES SELON LES POSTES DE DÉPENSES.....	185
TABLEAU 31 : ÉVOLUTION DES BESOINS DES MÉNAGES, ENTRE 1996 ET 2009.....	186
TABLEAU 32 : DISPENSAIRE RURALE DE SREMETE	192
TABLEAU 33 : CENTRE DE SANTÉ RURAL DE BOUGUEMAZ.....	192
TABLEAU 34 : NOMBRE D’HABITANTS ET DE MÉNAGE PAR VILLAGE DE LA COMMUNE DE TABANT.....	193
TABLEAU 35 : LISTE DES ACTIONS INDH DANS LA COMMUNE DE TABANT ENTRE 2005 ET 2014.....	195
TABLEAU 36 : DISPENSAIRE RURALE DE TAMLAKOUTE	199
TABLEAU 37 : CENTRE DE SANTÉ RURAL D’ANZAL	199
TABLEAU 38 : NOMBRE D’HABITANTS ET DE MÉNAGE PAR VILLAGE DE LA COMMUNE DE SIROUA.....	200
TABLEAU 39 : LISTE DES ACTIONS INDH DANS LA COMMUNE DE SIROUA ENTRE 2005 ET 2014.....	202
TABLEAU 40 : FOCUS SUR LES INSTRUMENTS LES PLUS FRÉQUENTS DE L’INDH POUR LA SANTÉ RURALE	209
TABLEAU 41 : RÉALISATIONS DE L'INDH PAR PROGRAMMES 2005-2016	211
TABLEAU 42 : RÉALISATIONS DE L'INDH PAR SECTEURS D’ACTIVITÉ 2005- 2016	212
TABLEAU 43 : MATRICE D’ANALYSE DES DISCOURS 1	230
TABLEAU 44 : MATRICE D’ANALYSE DES DISCOURS 2.....	232
TABLEAU 45 : RÔLE ET IMPLICATION DES ACTEURS AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DES PROJETS INDH	235
TABLEAU 46 : DISTRIBUTION DES DOTATIONS DE L'INDH ET TAUX DE PAUVRETÉ PAR RÉGION	241
TABLEAU 47 : EVOLUTION DE LA NOTE MOYENNE DES 3 VARIABLES ENTRE 2017 ET 2022.....	281
TABLEAU 48 : LA SIGNIFICATIVITÉ DE L'ÉVOLUTION ENTRE 2017 ET 2018 DES 3 FACTEURS	281

Liste des figures

FIGURE 1 : PYRAMIDE DES ÂGES EN 2021	22
FIGURE 2 : ÉVOLUTION DU TAUX DE DÉPENDANCE DÉMOGRAPHIQUE (EN %).....	22
FIGURE 3: CARTE DE DÉCOUPAGE ADMINISTRATIF DU MAROC	24
FIGURE 4 : CARTE DES ROUTES PRINCIPALES AU MAROC	25
FIGURE 5 : DÉCOMPOSITION DU PIB (CROISSANCE ANNUELLE EN%)	27
FIGURE 6 : ÉVOLUTION DU TAUX DE PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE 2004-2014.....	31
FIGURE 7 : CARTE DE LA PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE 2014	32
FIGURE 8 : ÉVOLUTION DU TAUX DE PAUVRETÉ ET DE VULNÉRABILITÉ.....	34
FIGURE 9 : PHOTO D’UN VILLAGE DE LA COMMUNE DE SIROUA EN HIVER	44
FIGURE 10 : PHOTO D’UN VILLAGE DE LA COMMUNE DE SIROUA	44
FIGURE 11 : CARTE DE LA PROVINCE D’AZILAL.....	45
FIGURE 12 : TAUX DE PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE ET MONÉTAIRE EN MILIEU RURAL PAR PROVINCE DE LA RÉGION -2014	47
FIGURE 13 : LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES DANS LA PROVINCE D’AZILAL	49
FIGURE 14 : LES COMMUNES INDH PHASE 1 DANS LA PROVINCE D’AZILAL	50
FIGURE 15 : CARTE DES VILLAGES DE LA COMMUNE DE TABANT	51
FIGURE 16 : CARTE DE LA PROVINCE D’OUARZAZATE.....	52
FIGURE 17 : TAUX DE PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE ET MONÉTAIRE EN MILIEU RURAL PAR PROVINCE DE LA RÉGION - 2014	54
FIGURE 18 : CARTE DES VILLAGES DE LA COMMUNE DE SIROUA.....	55
FIGURE 19 : QUELQUES VILLAGES DE LA COMMUNE DE SIROUA	56
FIGURE 20 : LES CINQ VARIABLES DE BASE DE L’ANALYSE DE L’ACTION PUBLIQUE ET LEURS COMBINAISONS	71
FIGURE 21 : TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE POUR 100 NV (NOUVEAU-NÉ) - 2010	103
FIGURE 22 : ÉVOLUTION DU TAUX DE PAUVRETÉ RELATIVE.....	104
FIGURE 23 : ÉVOLUTION DE LA PERCEPTION DES MÉNAGES PAR RAPPORT À LEUR NIVEAU DE VIE.....	105
FIGURE 24 : ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE ET DE LA CONSULTATION MÉDICALE AU NIVEAU NATIONAL	109

FIGURE 25 : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION (%) DES MÉNAGES RURAUX AYANT ACCÈS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ DANS UN RAYON DE MOINS DE 5 KM	111
FIGURE 26 : NOMBRE DE CONSULTATION MÉDICALES PAR ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS - 2019.....	111
FIGURE 27 : ÉVOLUTION DE L' ACCESSIBILITÉ AUX ROUTES GOUDRONNÉES	114
FIGURE 28 : AIT TIGGA, EXEMPLE D'UN VILLAGE ENCLAVÉ DE LA COMMUNE DE SIROUA SITUÉ DANS LA ZONE MONTAGNEUSE DE LA PROVINCE D'OUARZAZATE	116
FIGURE 29 : EVOLUTION DES DÉPENSES DE LA SANTÉ ET DE LA COUVERTURE MÉDICALE AU MAROC....	117
FIGURE 30 : DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT ET DES MÉNAGES	118
FIGURE 31 : SCHÉMA DE GOUVERNANCE CENTRALE.....	152
FIGURE 32 : SCHÉMA DE GOUVERNANCE TERRITORIALE	154
FIGURE 33 : BILAN DES PHASES I ET II	164
FIGURE 34 : BUDGET ET OBJECTIFS DE LA PHASE III DE L'INDH.....	165
FIGURE 35 : NOMBRE D'INSTRUMENT PAR TYPOLOGIE	169
FIGURE 36 : NATURE DES INSTRUMENTS POUR L'ACCÈS À LA SANTÉ.....	170
FIGURE 37 : TYPOLOGIE ET CHRONOLOGIE DES INSTRUMENTS PRÉ ET POST 2005	170
FIGURE 38 : LOCALISATION DES CENTRES DE SOINS DE TABANT	192
FIGURE 39 : CARTE DES ACTIONS DE L'INDH DANS LA COMMUNE DE TABANT	194
FIGURE 40 : RÉPARTITION DU FINANCEMENT DES ACTIONS INDH - COMMUNE DE TABANT.....	196
FIGURE 41 : PART DE FINANCEMENT DES ACTIONS INDH POUR LA SANTÉ - COMMUNE DE TABANT	196
FIGURE 42 : NOMBRE D'ACTION INDH PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ - COMMUNE DE TABANT	197
FIGURE 43 : FINANCEMENT INDH PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ - COMMUNE DE TABANT	197
FIGURE 44 : LOCALISATION DES CENTRES DE SOINS - COMMUNE DE SIROUA	199
FIGURE 45 : CARTE DES ACTIONS DE L'INDH DANS LA COMMUNE DE SIROUA.....	201
FIGURE 46 : RÉPARTITION DU FINANCEMENT DES ACTIONS INDH - COMMUNE DE SIROUA	203
FIGURE 47 : PART DE FINANCEMENT DES ACTIONS INDH POUR LA SANTÉ - COMMUNE DE SIROUA.....	204
FIGURE 48 : NOMBRE D'ACTION INDH PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ - COMMUNE DE SIROUA	205
FIGURE 49 : FINANCEMENT INDH PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ - COMMUNE DE SIROUA	206
FIGURE 50 : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES MÉNAGES RURAUX ACCÉDANT À UNE ROUTE GOUDRONNÉE	216
FIGURE 51 : CARTE DE PAUVRETÉ 2014	240
FIGURE 52 : LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE L'INDH AU NIVEAU CENTRAL.....	245

FIGURE 53 : LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE L'INDH AU NIVEAU LOCAL.....	245
FIGURE 54 : COMITÉ DE PILOTAGE DE 2022	256
FIGURE 55 : EXEMPLE DE FAIT-DIVERS EN MILIEU RURAL – SITE BARLAMANE.COM	262
FIGURE 56 : LES DIFFÉRENTES PLATEFORMES NUMÉRIQUES DE PARTICIPATION CITOYENNE	264
FIGURE 57 : IMPORTANCE DE LA PARTICIPATION CITOYENNE ? - 2017	271
FIGURE 58 : LÉGITIMITÉ DES ACTIONS INDH ? - 2017	272
FIGURE 59 : IMPORTANCE DE LA PARTICIPATION CITOYENNE ? - 2022	272
FIGURE 60 : LÉGITIMITÉ DES ACTIONS INDH ? - 2022	273
FIGURE 61 : GRAPHIQUES BI-VARIABLES DE DISTRIBUTION ET DE NUAGES DE POINTS DES SCORES 2017	274
FIGURE 62 : CARTE DE CORRÉLATION DE SPERMAN - 2017	275
FIGURE 63 : RELATION ENTRE LA LÉGITIMITÉ ET LA SATISFACTION - 2017.....	275
FIGURE 64 : RELATION ENTRE LA PARTICIPATION ET LA LÉGITIMITÉ - 2017	276
FIGURE 65 : GRAPHIQUES BI-VARIABLES DE DISTRIBUTION ET DE NUAGES DE POINTS DES SCORES 2022	277
FIGURE 66 : CARTE DE CORRÉLATION - 2022.....	278
FIGURE 67 : RELATION ENTRE LA LÉGITIMITÉ ET LA SATISFACTION – 2022	279
FIGURE 68 : RELATION ENTRE LA PARTICIPATION ET LA LÉGITIMITÉ - 2022	279
FIGURE 69 : COMPARAISON DE LA NOTE MOYENNE DES 3 VARIABLES ENTRE 2017 ET 2022	280
FIGURE 70 : SOLUTIONS DE TÉLÉMÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ TIBO MEDICAL	324
FIGURE 71 : CABINE DE TÉLÉMÉDECINE DANS UNE PHARMACIE EN FRANCE	324
FIGURE 72 : DRONE UTILISÉ PAR DHL DANS LA LIVRAISON DES MÉDICAMENTS	326

Liste des abréviations et des acronymes

AGR	Activité Génératrice de Revenu
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BM	Banque Mondiale
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CLDH	Comité Local de Développement Humain
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPDH	Comité de Pilotage de Développement Humain
CRDH	Comité Régional de Développement Humain
CRM	Croissant Rouge Marocain
CSR	Centre de Santé Rural
DAO	Dar Al Oumouma (maison de la mère)
DAS	Division de l'Action Sociale
DH	DirHam Marocain
DHL	Dalsey Hillblom Lynn
DTC	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
ENPS	Enquête Nationale sur la Population et la Santé
ENSEM	Enquête Nationale sur la Santé de l'Enfant et de la Mère

ESSB	Établissement de Soins de Santé de Base
FAO	Food and Agriculture Organization
HCP	Haut-Commissariat au plan
ILDH	Initiative Locale de Développement Humain
INDH	Initiative Nationale du Développement Humain
MDH	Million de DirHam marocain
MMDH	Milliards de DirHams
MNT	Maladies Non Transmissibles
NATO	Nodality Authority Treasure Organization
NV	Nouveau-Né
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDH	Observatoire National du Développement Humain
ONEE	Office National de l'Électricité et de l'Eau Potable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit Intérieur Brut
PMAT	Programme de Mise À niveau Territorial
PNRR	Programme National de Routes Rurales
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
REMS	Réseaux d'Établissements Médico-Sociaux
RESSP	Réseaux d'Établissements de Soins de Santé Primaires

RH	Réseau Hospitalier
RISUM	Réseau Intégré des Soins d'Urgence Médicale
TNI	Théorie Néo-Institutionnelle
VAR	VARicelle

Résumé

L'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc. Une étude de la gouvernance et de l'instrumentation de l'action publique dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH).

Au Maroc, le développement humain, d'une complexité multi-dimensionnelle, s'est hissé au rang de préoccupation majeure. En réponse, l'État marocain a inauguré en 2005 l'ambitieuse « Initiative Nationale pour le Développement Humain », se déployant sur de nombreuses années. Cette initiative, caractérisée par une gouvernance stratifiée, a certes engendré des avancées remarquables dans divers secteurs. Toutefois, des disparités préoccupantes demeurent entre zones urbaines et rurales, en particulier en matière d'accès aux soins, élément central du développement humain.

Notre analyse se penche sur les deux premières phases de mise en œuvre de l'INDH (2005-2018). Elle révèle des entraves structurelles au sein de sa gouvernance, engendrant notamment des enjeux de partialité et de conflits d'intérêts. Nous observons par ailleurs une participation citoyenne en marge de cette gouvernance. De surcroît, bien que l'INDH se distingue par son modèle organisationnel hybridé, son rôle de coordination intersectorielle s'avère entravé par une gouvernance méta-organisationnelle inadéquate, limitant d'autant plus l'impact des actions entreprises en matière de santé rurale.

À travers le prisme de la théorie néo-institutionnelle, notre recherche indique que l'INDH a subi des pressions institutionnelles, lesquelles ont induit des transformations isomorphiques correctives et mimétiques. Ces dernières ont favorisé, dans la troisième phase de l'INDH, l'introduction d'instruments de contrôle dans sa gouvernance, visant à rectifier les anomalies de son processus d'instrumentation. Par ailleurs, ces transformations ont renforcé la place de la participation citoyenne en tant qu'instrument d'élaboration et de légitimation de l'action publique.

Cette étude aspire à éclairer les déterminants essentiels de la réussite des programmes d'actions publiques en s'attardant sur la dynamique de leur gouvernance et la complexité de leur processus d'instrumentation.

Mots clés : *Action publique, Initiative Nationale pour le Développement Humain, Maroc, santé, milieu rural, gouvernance, instruments, parties prenantes, participation, légitimité, théorie néo-institutionnelle, méta-organisation.*

Abstract

**Access to health care in rural areas in Morocco.
A study of governance and the instrumentation of public action within the framework of the
National Initiative for Human Development (INDH).**

In Morocco, human development, with its multi-dimensional complexity, has risen to the forefront of major concerns. In response, the Moroccan state launched the ambitious National Initiative for Human Development in 2005, spanning several years. This initiative, marked by its layered governance, has undeniably led to significant advancements in various sectors. However, concerning disparities remain between urban and rural areas, particularly regarding access to health care, a cornerstone of human development.

Our analysis focuses on the first two implementation phases of the INDH (2005-2018). It unveils structural hindrances within its governance, resulting in challenges of bias and conflicts of interest. We also observe a peripheral citizen participation in this governance framework. Additionally, although the INDH stands out for its hybrid organizational model, its role in inter-sectorial coordination is hampered by insufficient meta-organizational governance, thereby limiting the effectiveness of the initiatives in rural health care.

Viewed through the lens of neo-institutional theory, our research suggests that the INDH faced institutional pressures. These pressures led to corrective and mimetic isomorphic transformations. Such transformations paved the way, in the INDH's third phase, for the incorporation of governance control tools aimed at rectifying anomalies in its instrumentation phase. Moreover, these shifts have bolstered the role of citizen participation as a tool for design and legitimation.

This study seeks to illuminate the key determinants of successful public action programs by delving into the dynamics of their governance and the intricacies of their instrumentation process.

Keywords: *Public action, National Initiative for Human Development, Morocco, health, rural environment, governance, tools, legitimation, stakeholders, participation, neo-institutional theory, meta-organization.*

Introduction

I. Contexte général

L'évolution technologique et l'émergence de marchés globalisés redessinent constamment les paysages politiques et économiques mondiaux. Dans ce contexte, il devient impératif de prioriser le développement socio-économique pour stimuler la croissance et améliorer le bien-être général d'une nation.

Confronté à ces défis contemporains, l'État marocain s'est engagé dans une démarche ambitieuse visant à promouvoir le développement humain sous toutes ses facettes. Toutefois, en dépit des initiatives étatiques et des soutiens internationaux prodigués au Maroc au cours des vingt dernières années, les résultats sont insuffisants¹ et des disparités marquées subsistent entre ses zones urbaines et rurales, en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins de santé.

Il est indéniable que certains indicateurs de santé ont connu une amélioration notable^{2 3 4}. Par exemple, le taux de mortalité infantile a significativement chuté, passant de 40 décès pour 1000 naissances vivantes en 2004 à 18 en 2018. De même, entre 2009 et 2016, le taux de mortalité maternelle a décliné, allant de 112 à 72,6 décès pour 100 000 naissances⁵.

Bien que l'on observe une amélioration globale des indicateurs de mortalité, d'importants écarts subsistent entre les zones rurales et urbaines. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est plus élevée de 4,9 ans en zone urbaine par rapport à la zone rurale⁶.

¹ Haut-Commissariat au Plan. (2006). *Politiques de population et développement humain au Maroc : bilan des cinquante années passées*.

² Ministère de la santé. (2005). *Enquête sur la Population et la Santé Familiale*.

³ Ministère de la santé. (2011). *Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale*.

⁴ Ministère de la Santé. (2018). *L'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale*, p. 105.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Ministère de la santé. (2019). *Santé en Chiffres 2019*, p. 1.

De plus, en milieu rural, le taux de mortalité infantile est supérieur de 44,97% à celui observé en milieu urbain. Le taux de mortalité chez les enfants et les jeunes est également 38,3% plus élevé en zone rurale. En 2016, le taux de mortalité maternelle en milieu rural était alarmant, étant 149,1% supérieur à celui des zones urbaines⁷.

Les disparités en matière de santé sont particulièrement prononcées dans les zones montagneuses et isolées du sud, de l'Atlas et du Rif marocain. Ces régions, éloignées des grandes villes telles que Casablanca, Rabat, Fès et Tanger, sont marquées par une carence en infrastructures, par des moyens de transport limités et par une absence criante de centres de soins de santé.

Le Maroc, dans sa quête de modernisation, a lancé « l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) ». Il s'agit d'un vaste programme public étalé sur plusieurs années, axé sur l'amélioration du niveau de vie des citoyens. Il cible la réduction de la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, tout en garantissant un accès à l'éducation, à la santé, au logement, à la formation et à l'emploi.

Cette initiative nationale repose sur une gouvernance à plusieurs échelons (multi-niveau). Au niveau local, des comités tripartites rassemblent élus, services décentralisés de l'État et secteur associatif. Au niveau central, le gouvernement supervise les actions via des comités stratégiques et opérationnels. L'objectif de cette gouvernance est d'établir un développement territorial durable, harmonisant les intérêts divers.

Mon projet de recherche se propose d'examiner cette initiative nationale majeure, en se concentrant sur sa gouvernance et ses mécanismes d'action. Cependant, étudier l'INDH dans son ensemble est complexe, étant donné sa multiplicité, sa durée et la diversité de ses acteurs. Ainsi, je me concentrerai sur l'aspect lié à l'accès aux soins de santé en zone rurale, en me focalisant sur les communes rurales de Siroua (province d'Ouarzazate) et de Tabant (province d'Azilal). Ces zones, qui incarnent des défis d'accès aux soins, sont aussi marquées par un déficit en infrastructures de santé et par des enjeux de mobilité.

⁷ Ministère de la santé. (2019). *Santé en Chiffres 2019*, p. 1.

1- Le contexte marocain

Pour contextualiser efficacement mon étude, il est essentiel de saisir la réalité marocaine à travers ses dimensions démographiques, géographiques, économiques, politiques et sociales.

Situation démographique

En 2020, la population marocaine s'élevait à 35,9 millions et devrait dépasser les 39,3 millions d'ici 2030⁸. Le tableau suivant présente une prévision de la croissance du taux d'urbanisation entre 2014 et 2030. Cette augmentation de l'urbanisation découle d'un mélange d'exode rural, d'expansion périurbaine et de reclassification de certains territoires ruraux⁹.

Tableau 1 : Projection de la population urbaine et rurale par région : 2014 et 2030

Régions	Population urbaine		Population rurale	
	2014	2030	2014	2030
Tanger -Tétouan- Al Hoceima	2 123 590	2 752 894	1 423 742	1 463 012
Oriental	1 506 545	2 157 845	802 872	567 261
Fès - Meknès	2 555 611	3 170 772	1 673 968	1 469 514
Rabat - Salé-Kenitra	3 187 583	4 001 176	1 382 302	1 293 293
Béni Mellal- Khénifra	1 234 658	1 522 797	1 282 018	1 213 417
Grand Casablanca-Settat	5 030 129	6 688 258	1 812 126	1 613 363
Marrakech- Safi	1 931 930	2 347 674	2 578 761	2 794 597
Darâa-Tafilalet	558 857	693 222	1 073 561	1 080 018
Souss - Massa	1 497 452	2 300 415	1 172 029	1 014 819
Guelmim –Oued Noun	279 129	349 351	154 037	115 527
Laâyoune - Sakia El Hamra	342 030	446 090	24 601	10 492
Dakhla-Oued Eddahab	105 285	231 052	36 696	33 126
Total	20 352 799	26 661 546	13 416 713	12 668 439

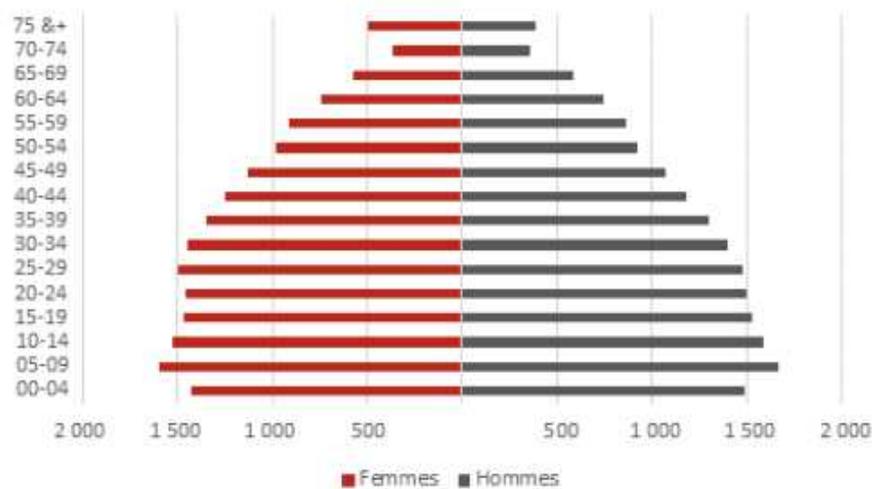
Source : Rapport public « PROJECTIONS DE LA POPULATION DES REGIONS ET DES PROVINCES 2014-2030 », Centre d'Études et de Recherches Démographiques (CERED) - Le Haut-Commissariat au plan, 2017, p. 6.

⁸ Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED) - Le Haut-Commissariat au Plan. (2017). *Projections de la population des régions et des provinces 2014-2030*, p. 5.

⁹ Haut-Commissariat au Plan. (2018). *Les Indicateurs Sociaux du Maroc – Edition 2022*, p. 12.

La figure ci-après illustre une distribution équilibrée entre les genres, où la population en âge de travailler (15-59 ans) prédomine, suivie de près par le segment des enfants (moins de 15 ans).

Figure 1 : Pyramide des âges en 2021



Source : Rapport public « Les Indicateurs Sociaux du Maroc – Edition 2022 », Haut-Commissariat au Plan, 2018, p. 12.

Le taux de dépendance de la population (illustré ci-dessous) a considérablement diminué entre 1971 et 2004 (passant de 112,8% à 63,9%), il s'est établi à 59,6% en 2021¹⁰.

Figure 2 : Évolution du taux de dépendance démographique (en %)



Le taux de dépendance démographique est exprimé par la population des enfants (moins de 15 ans) et des personnes âgées (60 et plus) rapportée à la population en âge d'activité (15-59 ans).

Source : Rapport public « Les Indicateurs Sociaux du Maroc – Edition 2022 », Haut-Commissariat au Plan, 2018, p. 14.

¹⁰ Haut-Commissariat au Plan. (2018). *Les Indicateurs Sociaux du Maroc – Edition 2022*, p. 14.

Situation géographique et administrative

Avec une superficie de 710 850 km², le Maroc se classe quarantième au niveau mondial. Situé à l'extrémité nord-ouest de l'Afrique, "Al Maghreb" en arabe est bordé au nord par le détroit de Gibraltar (seulement 14 km de l'Espagne) et la Méditerranée avec 510 km de côtes. À l'est, il est limité par l'Algérie, au sud par la Mauritanie, et à l'ouest, il est bordé par l'océan Atlantique avec 2 934 km de côtes¹¹.

On distingue trois types de zones géographiques¹² :

- Les zones montagneuses et forestières du Rif, du Moyen-Atlas, du Haut-Atlas et de l'Anti-Atlas
- Les plaines côtières et plateaux en bordure des rivages
- Les plateaux arides à l'est

Le Rif est une région géographique et culturelle située au nord-est du Maroc. Elle est bordée au nord par la Méditerranée et à l'est par la frontière algérienne. Cette zone est intégrée aux régions administratives de l'Oriental et de Tanger-Tétouan-Al Hoceima.

Au Maroc, le climat se divise en deux saisons principales : une saison sèche et chaude qui s'étend de mai à septembre, et une saison plus fraîche et humide qui va d'octobre à avril. Ces variations climatiques combinées à la diversité géographique du pays permettent une flore et une faune abondantes et variées¹³.

Le Maroc est divisé en 12 régions, comme illustré dans la figure ci-après. Il comprend également 75 préfectures et provinces, avec un total de 1538 communes. Parmi ces communes, 1282 sont rurales tandis que 256 sont urbaines¹⁴.

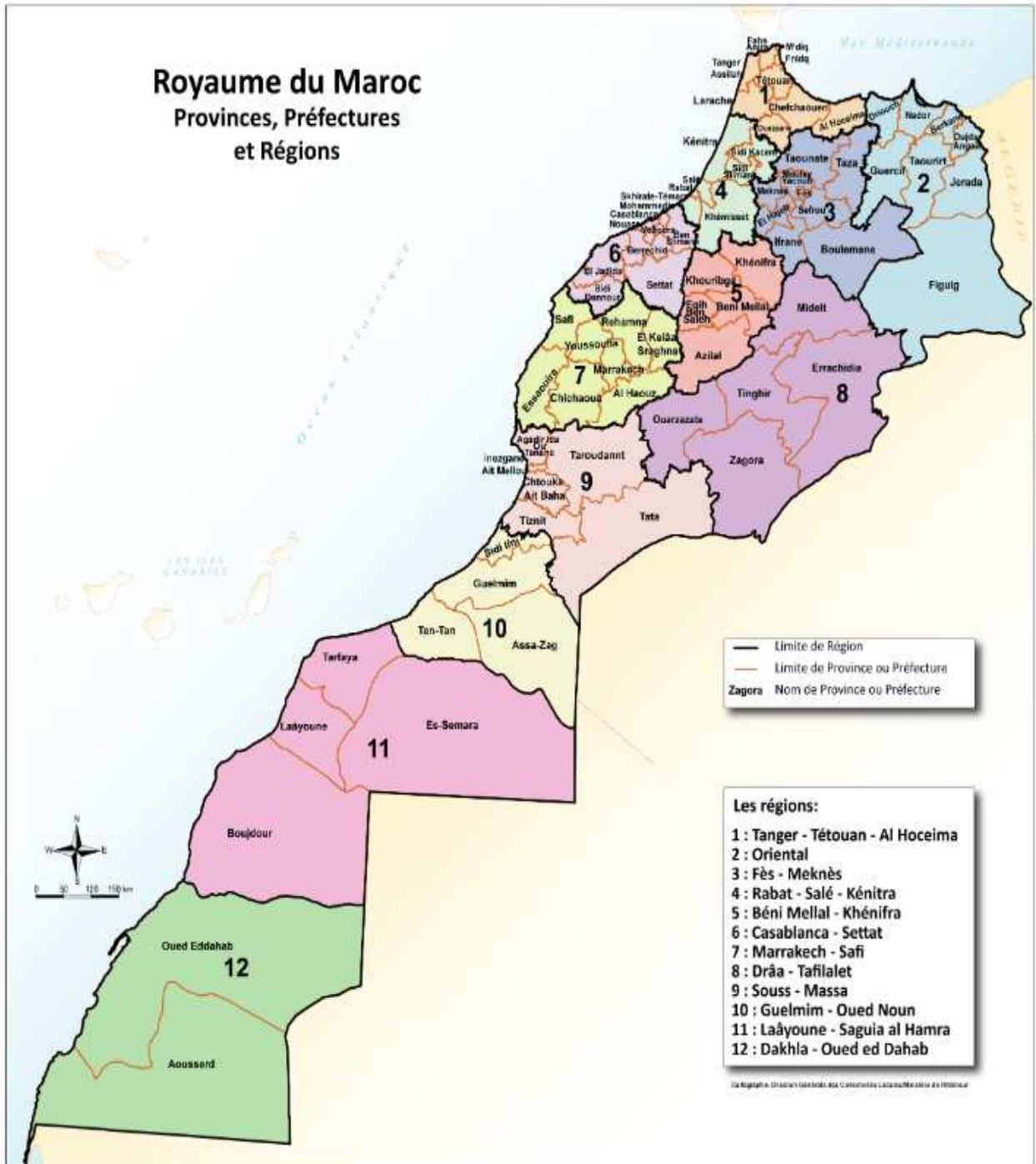
¹¹ Portail Maroc. (2019). Maroc.ma

¹² Ambassade du Maroc en France. (2016-2022). Géographie. https://www.amb-maroc.fr/_maroc/geographie.html

¹³ Portail Maroc. (2019). Maroc.ma

¹⁴ Ministère de la santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018)*, p. 3.

Figure 3: Carte de découpage administratif du Maroc



Source : La Direction Générale des Collectivités Territoriales- <https://www.collectivites-territoriales.gov.ma/fr/la-prefecture-et-la-province>

La densité du réseau routier principal est nettement plus élevée dans la moitié nord du Maroc, notamment les zones plus proches des côtes, comme le montre la figure ci-après. Cette concentration dans le nord s'explique en grande partie par la présence de grandes villes, de centres économiques et de zones touristiques majeures. La connectivité dans ces zones urbaines est essentielle pour soutenir le commerce, le tourisme et les déplacements quotidiens de la population urbaine. Cela contraste avec les zones du sud et de l'Atlas, où les distances entre les localités peuvent être plus vastes et les besoins en infrastructures différents.

Figure 4 : Carte des routes principales au Maroc



Source : <http://syal.fr/maroc/carte>

Situation économique

Au cours de la dernière décennie, l'économie marocaine a subi des transformations majeures grâce à la modernisation de ses méthodes de production. Ces changements ont entraîné une évolution des structures productives du pays. Notamment, le secteur secondaire a gagné en dynamisme, reflétant la croissance de l'industrie et de la manufacture, ainsi que l'augmentation des investissements dans des domaines tels que l'automobile, l'aéronautique et l'électronique¹⁵.

Parallèlement, le secteur primaire, bien que traditionnellement associé à des activités agricoles, a également connu des améliorations significatives en matière de productivité. L'adoption de techniques agricoles modernes, la diversification des cultures et l'augmentation des investissements ont permis d'optimiser les rendements tout en préservant la durabilité des ressources¹⁶.

Ces évolutions témoignent de la volonté du Maroc d'adapter son économie aux exigences d'un monde en constante évolution, tout en cherchant à assurer une croissance inclusive et durable pour sa population.

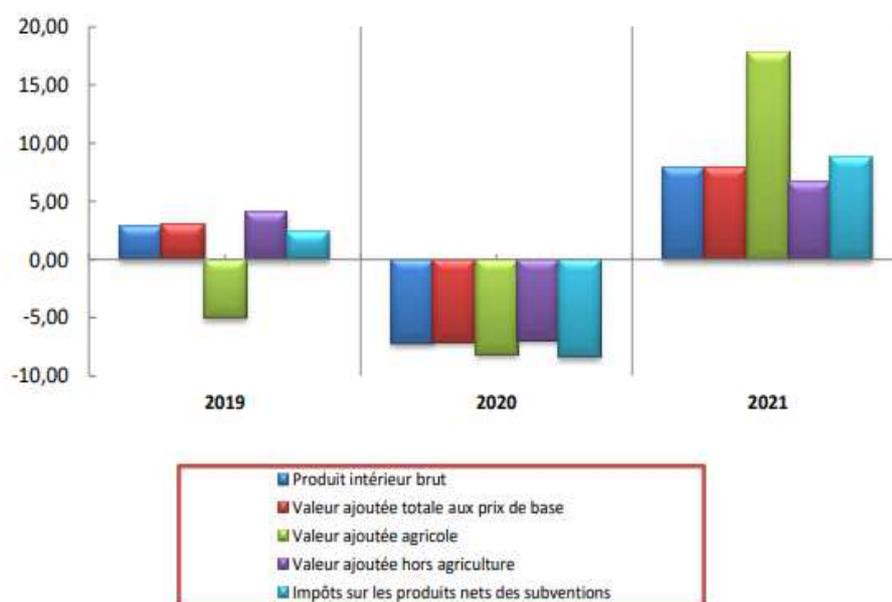
Bien que le Maroc soit un pays en développement, il a subi un recul économique en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Néanmoins, le PIB a rebondi en 2021, affichant une croissance de 11,4% après une baisse de 7,1% l'année précédente. L'inflation a également augmenté, passant de 0,1% en 2020 à 3,2% en 2021 (figure 5)¹⁷.

¹⁵ Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale. (2022). *Comptes nationaux base 2014 (2014 - 2019)*.

¹⁶ *Ibidem.*, p. 8.

¹⁷ Le Haut-Commissariat au Plan (HCP). (2022). *Comptes nationaux 2021 base 2014*, p. 4.

Figure 5 : Décomposition du PIB (croissance annuelle en%)



Source : Rapport public « COMPTES NATIONAUX 2021 Base 2014 », Le Haut-Commissariat au Plan (HCP), 2022, p. 4.

Historiquement axé sur l'agriculture, le tourisme et la confection, le Maroc est actuellement engagé dans une transition économique pour diversifier ses sources de revenus et ainsi résister aux défis tels que les variations climatiques et la fluctuation du tourisme. Pour répondre aux besoins d'une population en croissance, le pays a lancé une série d'initiatives. Ces initiatives comprennent des réformes destinées à améliorer le climat des affaires, un suivi rigoureux des indicateurs macroéconomiques pour assurer une stabilité économique, et des stratégies sectorielles à moyen et long terme.

Sa situation géographique, à seulement 14 km de l'Espagne, offre au Maroc un avantage stratégique. En outre, sa main d'œuvre qualifiée et économique attire de nombreux investisseurs. Grâce à des accords solides, notamment avec l'Union Européenne et les États-Unis, le Maroc est devenu un site attractif pour plusieurs grands groupes industriels étrangers tels que Safran, Stellantis ou Renault. Ainsi, le pays est en train de se positionner

comme une importante plateforme de production et d'exportation, s'appuyant sur le savoir-faire occidental et particulièrement européen.

Situation politique

Le Maroc, sous le régime de monarchie constitutionnelle, bénéficie d'une certaine stabilité politique depuis de nombreuses années. Le pays connaît un cadre démocratique et parlementaire où une pluralité partisane s'exprime, avec pas moins de 33 partis politiques, présentant une diversité de voix et d'opinions¹⁸.

La constitution marocaine, revue en 2011, a apporté d'importantes modifications à la répartition des pouvoirs au sein de l'État. Tout en préservant le rôle central du Roi en tant que Chef d'État et Commandeur des croyants, elle a accordé une plus grande marge de manœuvre au Parlement. Par ailleurs, elle a renforcé les compétences du gouvernement et mis en valeur les responsabilités au niveau régional. Cette refonte constitutionnelle s'inscrit dans une volonté de moderniser et d'équilibrer davantage les institutions du pays.¹⁹

Au Maroc, le Chef du Gouvernement joue un rôle prépondérant dans la conduite du pouvoir exécutif. C'est lui qui élabore le programme gouvernemental et veille scrupuleusement à sa mise en œuvre, en s'assurant de l'application correcte des lois et en supervisant le bon déroulement des opérations au sein des administrations publiques. Pour compléter le paysage institutionnel, le Parlement marocain se divise en deux chambres distinctes : la Chambre des représentants et la Chambre des conseillers, chacune ayant des responsabilités et des prérogatives spécifiques²⁰.

¹⁸ Maroc. (2011). *Article 1 de la Constitution marocaine*.

¹⁹ Ministère de la santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018)*, p. 3.

²⁰ Ministère de la santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018)*, p. 3.

Depuis son indépendance, le Maroc a été résolument tourné vers le développement et la modernisation de sa nation. Cette volonté de progresser s'est manifesté par la mise en place de nombreux projets structurants. L'un des jalons majeurs de cet engagement a été le lancement, en 2005, de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH). Ce programme public ambitieux vise à améliorer le bien-être et la qualité de vie des citoyens, et témoigne de la détermination du pays à promouvoir la croissance et le développement humain.

2- La pauvreté au Maroc

Au Maroc, la pauvreté a longtemps été un défi majeur, touchant divers aspects de la vie quotidienne des citoyens. L'évolution de la pauvreté monétaire au Maroc depuis le début du XXI^e siècle montre un déclin notable.

En effet, le taux a chuté de 15,3 % en 2001 à 1,4 % en 2017²¹, suggérant presque une éradication de cette forme de pauvreté. Toutefois, une approche introspective révèle une image quelque peu contrastée. Les perceptions individuelles de la pauvreté, telles que mesurées par des indicateurs subjectifs, montrent que l'incidence perçue de la pauvreté reste substantielle, avec 50,1 % des ménages s'identifiant comme étant dans la précarité en 2017, comparativement à 46,6 % en 2012²².

La pauvreté multidimensionnelle au Maroc

En 2019, 44,8% des citoyens marocains s'identifiaient subjectivement comme étant dans une situation précaire. Cette perception varie considérablement entre les zones urbaines et rurales, avec

²¹ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2022). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc*, p. 9.

²² *Ibidem*.

38,6% en milieu urbain se reconnaissant comme tels, contre une proportion significativement plus élevée de 58,4% en milieu rural²³.

Cette dichotomie souligne d'une part, la nécessité d'adopter une approche nuancée et multifacettes pour appréhender la réalité socio-économique au Maroc, et d'autre part, cela soulève d'importantes questions sur la conceptualisation et la mesure de la pauvreté au sein de la société marocaine où les chiffres objectifs et la perception individuelle sont en décalage.

La pauvreté multidimensionnelle, mesurée selon la méthodologie adoptée par le PNUD et communément désignée comme l'approche d'Oxford, fournit un éclairage profondément nuancé sur les multiples facettes de la précarité. Elle va au-delà de la simple évaluation monétaire, englobant divers aspects tels que la santé, l'éducation et d'autres critères essentiels pour appréhender le bien-être global d'un individu. Cette approche holistique de mesure multidimensionnelle permet d'appréhender la pauvreté non seulement en termes de privation monétaire, mais également en considérant les multiples formes de privations auxquelles un individu peut être confronté dans sa vie quotidienne²⁴.

En 2004, 7,5 millions de Marocains vivaient dans la pauvreté multidimensionnelle²⁵. Toutefois, grâce à des efforts soutenus en matière de développement et de réformes sociales, le pays a réalisé des progrès remarquables. En une décennie, le nombre de personnes vivant dans cette situation précaire a été plus que divisé, pour atteindre 2,8 millions en 2014²⁶. Néanmoins, malgré ces avancées, la pauvreté reste un problème persistant et représente un défi de longue haleine pour le Maroc.

²³ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2022). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc*, p. 9.

²⁴ Alkire, S., & Foster, J. (2009). *Counting and multidimensional poverty measurement*. OPHI Working Paper Series.

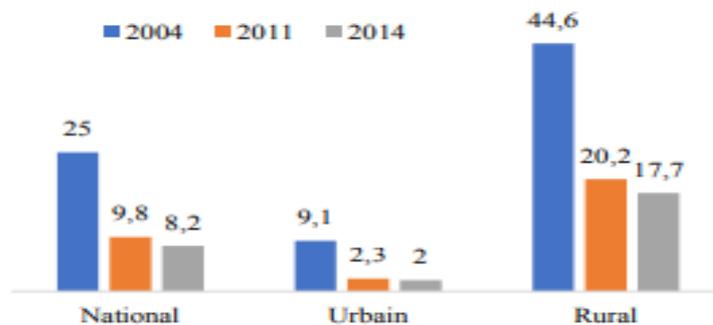
²⁵ Haut-Commissariat au Plan. (2017). *Principaux résultats de la cartographie de la pauvreté multidimensionnelle 2014 - Paysage territorial et dynamique*, p. 4.

²⁶ *Ibidem*.

Au cours de la décennie s'étendant de 2004 à 2014 (figure 6), il est observé une diminution significative du taux de pauvreté multidimensionnelle à l'échelle nationale, passant de 25,0% à 8,2%. Les agglomérations urbaines ont connu une régression remarquable de ce taux, le faisant chuter de 9,1% à 2,0%. Par contraste, bien que les territoires ruraux aient également enregistré une diminution, passant de 44,6% à 17,7%, il convient de souligner la persistance d'un écart prononcé entre ces zones et leurs homologues urbaines. Cette dichotomie territoriale interpelle quant aux dynamiques socio-politiques sous-jacentes, suggérant la nécessité d'analyses plus approfondies afin de discerner les facteurs contributifs à cette disparité.

En examinant le spectre de la pauvreté multidimensionnelle, on constate que celle-ci demeure profondément enracinée dans les espaces ruraux. Les données de 2014 révèlent, de manière éloquente, que 85,4% des individus affectés par cette forme de précarité résident dans les zones rurales, une proportion en hausse par rapport aux 80,0% enregistrés en 2004. Cette tendance, révélatrice d'une prédominance rurale de la vulnérabilité socio-économique, interpelle quant à l'urgence d'orienter les politiques publiques vers une réduction des disparités territoriales²⁷.

Figure 6 : Évolution du taux de pauvreté multidimensionnelle 2004-2014



Source : « Pauvreté et prospérité partagée au Maroc du troisième millénaire, 2001 – 2014 », Haut-Commissariat au Plan et la Banque mondiale, 2017, Page 41.

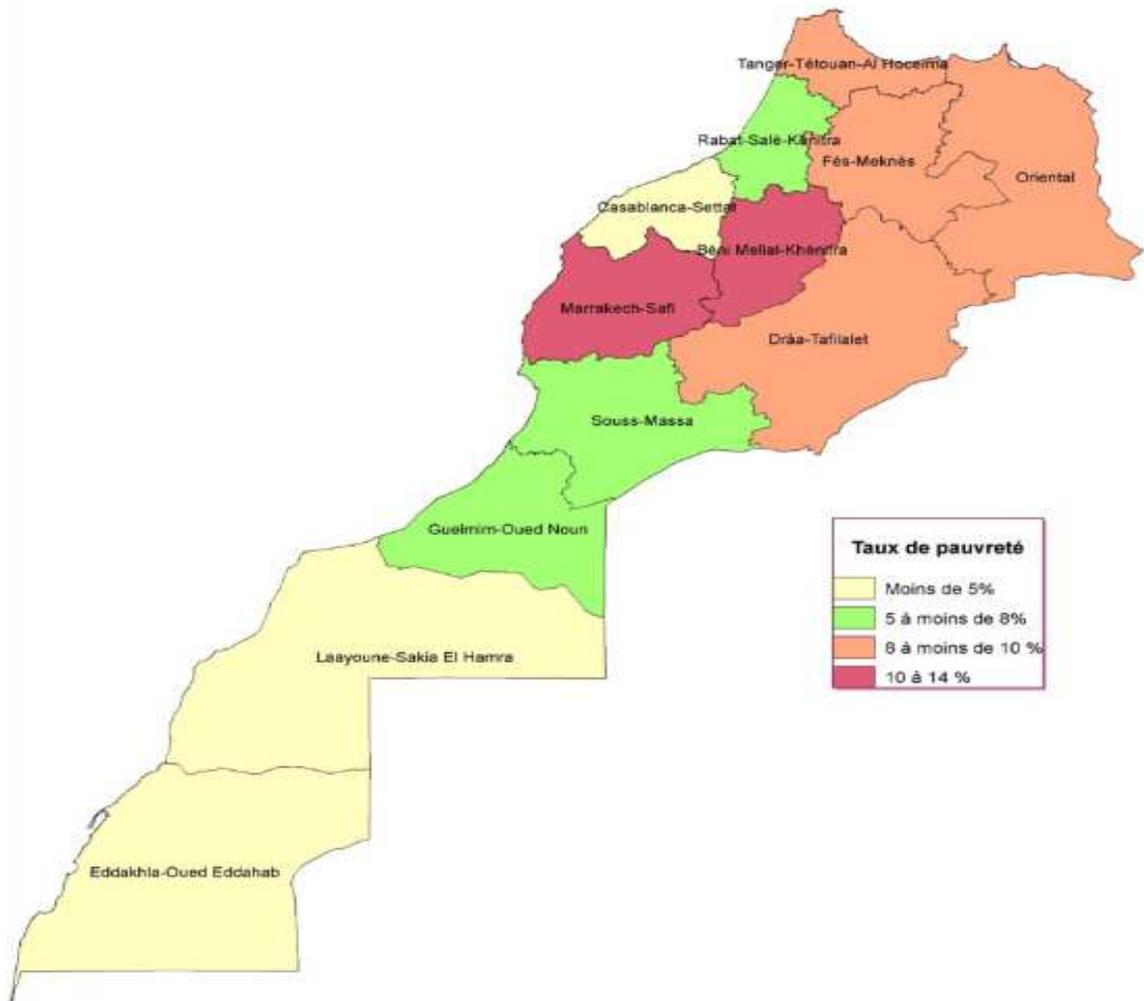
L'examen spatial de la pauvreté multidimensionnelle²⁸ au Maroc révèle une concentration significative dans certaines régions, notamment celles localisées au sein de la chaîne montagneuse

²⁷ Haut-Commissariat au Plan. (2017). *Principaux résultats de la cartographie de la pauvreté multidimensionnelle 2014 - Paysage territorial et dynamique*, p. 4.

²⁸ ONDH. (2017). *Cartographie du développement local multidimensionnel, niveau et déficits*.

de l'Atlas. La cartographie de cette précarité, illustrée dans la figure ci-après, met en exergue la nécessité d'une attention accrue aux zones spécifiquement touchées, soulignant l'impératif d'une approche géographiquement nuancée dans la conception des politiques de développement.

Figure 7 : Carte de la pauvreté multidimensionnelle 2014



Source : https://www.hcp.ma/Cartes-Cartographie-de-la-pauvrete-multidimensionnelle-2014_a2024.html

Dans le contexte marocain, la pauvreté multidimensionnelle a connu une diminution remarquable, se contractant de près de 78,9% sur l'échelle nationale entre 1992 et 2014²⁹. En milieu urbain, ce fléau a régressé, passant de 25,8% à une minime proportion de 1,3%³⁰. Néanmoins, la réalité rurale dépeint un tableau plus contrasté, avec un recul certes significatif - passant de 84,3% à 13,1% - mais laissant subsister un écart marqué.

En 2014, plus de deux millions de citoyens marocains étaient encore confrontés à cette pauvreté multidimensionnelle, et parmi eux, un troublant 87,3% résidaient dans des zones rurales³¹. Cette donnée souligne la persistance d'inégalités territoriales³² qu'il convient de considérer naturellement dans les stratégies d'intervention et d'actions publiques sociales comme l'accès aux soins de santé.

La lutte contre la pauvreté au Maroc

Face à l'urgence de redresser la situation de précarité prévalant en milieu rural, les autorités marocaines, dès l'aube des années 1990, ont orchestré d'ambitieuses initiatives afin d'améliorer le quotidien des populations rurales. Ces actions se sont concrétisées à travers des programmes dédiés, notamment, à l'acheminement de l'eau potable, à l'électrification des zones reculées et à leur désenclavement par des infrastructures routières adéquates. Ces mesures ont indubitablement contribué à une réduction graduelle des indices de pauvreté absolue et du taux de vulnérabilité à l'échelle nationale, comme l'illustre la figure 8.

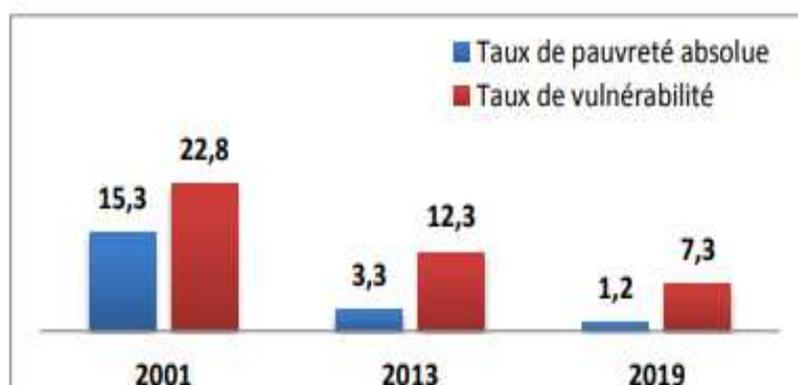
²⁹ Haut-Commissariat au Plan. (2015). *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable* (p. 27).

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *Ibidem*.

³² Conseil Économique, Social et Environnemental. (2017). *Focus du Rapport Annuel 2017 : Les inégalités régionales et territoriales*.

Figure 8 : Évolution du taux de pauvreté et de vulnérabilité



Source : « Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc », ONDH, 2022, p. 12.

Selon les paramètres établis par le Haut-Commissariat au Plan (HCP) au Maroc, le seuil de pauvreté absolue est défini en adéquation avec les standards prescrits par la FAO-OMS pour la composante alimentaire, ainsi que selon la méthodologie de la Banque mondiale pour ce qui est de la composante non alimentaire³³. En 2014, le seuil de pauvreté absolue, considéré comme élevé, est arrêté à 4 395 dirhams annuels par individu en milieu urbain et à 4 266 dirhams dans le contexte rural³⁴.

Au cours des années 2000, une stratégie ambitieuse centrée sur le développement humain a été élaborée, mettant en exergue les zones rurales³⁵. Cette démarche a culminé avec la mise en place de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH). Malgré une prise de conscience accrue de la nécessité de traiter les enjeux spécifiques du monde rural, l'INDH a rencontré certaines contraintes organisationnelles entravant la portée de ses initiatives. Les analyses des bilans des deux premières phases de l'INDH, couvrant la période de 2005 à 2018, indiquent

³³ Haut-Commissariat au Plan (HCP). (Consulté le 19/06/2022). *Méthodologie de la pauvreté et de la vulnérabilité*. https://www.hcp.ma/methodologie-pauvrete-vulnerabilite_r497.html

³⁴ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2021). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc : une analyse longitudinale*, p. 12.

³⁵ Conseil Économique, Social et Environnemental. (2017). *Développement du monde rural, Défis et perspectives*. Saisine n° 29/2017.

que cette initiative n'a pas significativement impacté certains piliers essentiels du développement humain, tels que la santé infantile et la scolarité. Il semblerait que ces axes vitaux - l'éducation et la santé - demeurent largement non influencés par les actions de l'INDH lors de ses deux premières phases. Il est à noter également une participation citoyenne mitigée aux structures de gouvernance de cette initiative³⁶.

Les conclusions nuancées des rapports d'évaluation³⁷ de L'Observatoire National du Développement Humain³⁸ (ONDH) de 2012, 2013 et 2018 démontrent un décalage patent entre la vision proclamée dans le discours royal inaugurant l'INDH et son incarnation pratique lors de sa mise en œuvre.

Pour analyser la construction des actions publiques de l'INDH et comprendre leurs effets, il apparaît essentiel de considérer deux axes importants : d'abord, l'examen des enjeux de gouvernance et de coordination ; ensuite, l'évaluation du choix des instruments et du processus d'instrumentation des actions mises en œuvre dans le cadre de cette initiative nationale.

Bien que des avancées tangibles aient été constatées en matière de développement humain au terme des phases I et II de l'INDH, des lacunes et des retards demeurent, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé en zones rurales.

Face à ces inégalités territoriales, persistantes depuis de nombreuses années malgré les efforts déployés à travers l'INDH I et II, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, par le biais de ses discours souverains, a esquissé les contours d'une stratégie nationale axée sur le développement des territoires et la prise en considération des aspirations citoyennes, dans la quête d'une justice sociale authentique au Maroc.

³⁶ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2013). *Évaluation des réalisations de la première phase de l'INDH (2005 – 2010) et de leurs effets sur les populations cibles*, p. 8.

³⁷ *Ibidem.*, pp. 6-9.

³⁸ L'Observatoire National du Développement Humain l'ONDH est une institution publique qui a pour missions de mesurer, de suivre et d'étudier le développement humain au Maroc. <https://www.ondh.ma/>

La phase III de l'INDH, marquée par une série de transformations notables tant en termes de gouvernance qu'en matière d'instrumentation, s'ancre résolument dans cette vision stratégique émanant du discours royal.

Extraits des discours de sa majesté le roi Mohammed VI³⁹ :

« ...Si le Maroc a réalisé des progrès manifestes, mondialement reconnus, le modèle de développement national, en revanche, s'avère aujourd'hui inapte à satisfaire les demandes pressantes et les besoins croissants des citoyens, à réduire les disparités catégorielles et les écarts territoriaux et à réaliser la justice sociale. À cet égard, Nous invitons le gouvernement, le parlement et les différentes institutions ou instances concernées, chacun dans son domaine de compétence, à reconsidérer notre modèle de développement pour le mettre en phase avec les évolutions que connaît le pays⁴⁰. »

« ...J'ai appelé l'année dernière à une réévaluation du modèle de développement national et à l'élaboration d'une nouvelle approche, centrée sur la satisfaction des besoins des citoyens, apte à réduire les disparités et les inégalités existantes, à instaurer la justice sociale et territoriale, à suivre, en les intégrant, les évolutions de l'environnement national et international. À cet égard, Nous avons décidé de confier à une commission ad hoc la responsabilité de collecter, d'agencer et de structurer les contributions et d'en élaborer les conclusions et ce, dans le cadre d'une vision à portée stratégique, globale et intégrée.

³⁹ Commission Spéciale sur le Modèle de Développement (CSMD). (2021). *Le nouveau modèle de développement*, p. 5.

⁴⁰ Extrait du Discours de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI Ouverture de la première session de la deuxième année législative de la 10e législature - 13 octobre 2017.

La commission devra soumettre à Notre Haute Appréciation le projet du Nouveau Modèle de Développement, en spécifiant les objectifs fixés, les leviers de changement proposés et les mécanismes de mise en œuvre retenus⁴¹. »

Extrait du Discours de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI Ouverture de la première session de la troisième année législative de la 10e législature - 12 octobre 2018.

« ... Nous attendons de cette commission qu'elle remplisse son mandat avec impartialité et objectivité en portant à Notre connaissance un constat exact de l'état des lieux, aussi douloureux et pénible puisse-t-il être. Elle devra aussi être dotée de l'audace et du génie nécessaires pour proposer des solutions adaptées. Plutôt que de s'inscrire dans une logique de rupture avec le passé, il s'agit de poser un nouveau jalon dans notre processus de développement. Il importe avant toute chose de faire preuve d'audace, d'esprit d'initiative, d'un sens élevé des responsabilités, lors de la mise en œuvre des conclusions judicieuses et des recommandations pertinentes qui seront adoptées, seraient-elles difficiles ou coûteuses⁴². »

Le Maroc a connu des progrès significatifs sur le plan socio-économique au cours des dernières décennies, notamment en matière de développement humain et d'amélioration de la qualité de vie de ses citoyens. Ces avancées, cependant, n'ont pas été uniformément réparties à travers le pays. Une grande partie de la population urbaine a bénéficié de meilleures infrastructures et d'un accès plus large aux services de santé, reflétant les investissements directs et les efforts de développement concentrés dans les zones urbaines.

⁴¹ Extrait du Discours de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI Ouverture de la première session de la troisième année législative de la 10e législature - 12 octobre 2018.

⁴² Extrait du Discours de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI Fête du Trône - 31 juillet 2019.

En revanche, le milieu rural demeure confronté à des défis persistants. En raison de conditions socio-économiques plus précaires et d'un niveau de pauvreté plus élevé que dans les zones urbaines, l'accès aux soins de santé pour la population rurale est entravé. Ces disparités, exacerbées par des inégalités structurelles, sont un frein à l'atteinte d'une prospérité et d'une équité territoriale, mettant en lumière la nécessité d'une attention accrue et d'actions publiques ciblées dans ces zones défavorisées.

Je présenterai dans un premier temps, une description des actions et des politiques de santé au Maroc, puis, j'exposerai dans le chapitre 4 de la Partie I, le programme public de l'INDH avec ces différentes phases et les questions relatives à sa gouvernance, à son instrumentation et à ses instruments adoptés.

Dans la partie II, j'exposerai les résultats de mon enquête de terrain, que je discuterai et analyserai à la lumière de mon cadre théorique.

Dans la prochaine section (« Problématique et Méthodologie ») de cette Introduction, je présenterai la conception générale de ma démarche de recherche, en exposant la problématique et les questions de recherche associées, les hypothèses et les méthodes de recherches adoptées.

II. Problématique et Méthodologie

Problématique et questions de recherche : comment expliquer le faible impact de l'INDH (I & II) sur l'accès aux soins en milieu rural au Maroc ?

En partant du constat des inégalités constantes au Maroc depuis plusieurs décennies entre le milieu rural et le milieu urbain, en matière d'accès aux soins de santé et cela en dépit des différentes politiques publiques et des programmes nationaux engagés dans le passé dans ce domaine, il me paraissait nécessaire d'analyser deux déterminants de l'action publique pouvant expliquer ce constat : la gouvernance et l'instrumentation de l'action publique, car ils sont peu étudiés conjointement dans la littérature pour le domaine de l'accès aux soins de santé en milieu rural.

L'explication de ce constat à travers ces deux déterminants de l'action publique, m'amène à poser ma question principale de recherche à savoir : comment analyser la gouvernance et l'instrumentation de l'INDH pour comprendre ses faibles⁴³ résultats et actions dans le domaine de l'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc ?

Afin de répondre à ma question principale, plusieurs questions intermédiaires vont être traitées : quelle est l'influence de la gouvernance de l'INDH sur l'instrumentation de ses actions mises en place dans le cadre du problème d'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc ? quel est le résultat des instruments adoptés et quelle est la place des pressions institutionnelles dans la dynamique de l'instrumentation et de la gouvernance de l'INDH ? quelle place accorder à la gouvernance, à la participation citoyenne, à l'instrumentation et aux instruments dans ces explications ? quels sont donc les facteurs d'échec de l'action publique dans le cadre de l'INDH en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc ?

⁴³ ONDH. (2016). Rapport d'activités 2016. *Annexe : Initiative Nationale pour le Développement Humain 2005-2014, Acquis et Enseignements, Synthèse*, p. 39.

Hypothèses de recherche : des dysfonctionnements au niveau de la gouvernance et de l'instrumentation de l'INDH (I & II)

Afin de répondre à mon questionnement de recherche, j'adopterai une approche d'analyse basée sur l'enquête de terrain et sur l'étude de cas d'une part, et d'autre part, sur l'analyse par les instruments et le diagnostic des actions publiques, en analysant les défaillances de la gouvernance et de l'instrumentation en matière d'accès aux soins de santé dans le cadre de l'INDH.

Plusieurs facteurs de ces deux déterminants seront vérifiés et analysés : la place et le pouvoir des acteurs légitimes (population, médecins, associations et élus) dans la gouvernance de l'INDH, le type de participation des parties prenantes légitimes dans la gouvernance, les instruments propres à la gouvernance (contrôle, suivi, participation, communication et médiation), la coordination, la validation et la communication dans le processus d'instrumentation.

Les défaillances au niveau de ces paramètres pourraient conduire à des dérives dans la mise en place des actions publiques, à un mauvais usage des instruments ou à l'absence d'instruments pertinents pour atteindre le résultat souhaité (par exemple : absence de l'instrument de la mobilité, d'instruments incitatifs destinés aux médecins, d'instrument de suivi ou de contrôle des actions publiques, ...etc.).

Mon postulat s'articule autour de deux perspectives interdépendantes. La première envisage le programme public comme une organisation (une entité), analysée à travers le prisme de la théorie néo-institutionnelle. La seconde, s'inspirant des travaux de Göran Ahrne et Nils Brunsson (2008), le perçoit comme une méta-organisation.

L'efficacité d'un programme public peut être perçue à travers diverses lentilles théoriques, et dans cette recherche, je m'oriente vers deux perspectives complémentaires (organisationnelle et méta-organisationnelle). La première perspective envisage le programme public comme une entité organisationnelle, analysée à travers le prisme de la théorie néo-institutionnelle⁴⁴. La

⁴⁴ Powell, W. W., & DiMaggio, P. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. The University of Chicago Press.

conceptualisation de DiMaggio et Powell (1983, 1991) sur cette théorie suggère une tendance à l'homogénéité⁴⁵ parmi les organisations en raison des pressions institutionnelles⁴⁶. Ces pressions, qu'elles soient coercitives, mimétiques ou normatives, peuvent façonner, orienter et même dicter la manière dont les organisations conçoivent et mettent en œuvre leurs actions. Face à des pressions institutionnelles fortes, les organisations s'inscrivent dans un processus de changement isomorphe, afin de gagner en légitimité ou en performance.

Si l'INDH comme organisation est soumise à des pressions institutionnelles faibles, sa gouvernance pourrait ne pas être incitée à chercher des meilleures pratiques ou innovations, conduisant à des choix instrumentaux qui pourraient ne pas être les plus optimaux. Cependant, dans un environnement où les pressions institutionnelles sont fortes, l'INDH serait poussé vers un processus de changement isomorphe, adoptant des instruments éprouvés ou innovants empruntés à d'autres organisations. Cette dynamique pourrait permettre de corriger les défaillances de la gouvernance et de l'instrumentation adoptées et ainsi offrir une amélioration tangible dans la réalisation de ses objectifs.

La notion de méta-organisation introduit une complexité supplémentaire dans l'analyse. En considérant l'INDH comme une méta-organisation, on reconnaît son rôle de coordinateur des différentes entités ministérielles, mais on admet également ses limites inhérentes en matière de contrôle et de direction. Dans cette perspective, l'INDH n'agirait pas comme une entité autonome exerçant un pouvoir direct, mais plutôt comme une entité de coordination, cherchant à harmoniser les actions et les orientations des différents ministères.

Cependant, cette position méta-organisationnelle peut engendrer des défis majeurs en termes de légitimité et d'institutionnalisation. Si l'INDH ne parvient pas à mobiliser suffisamment ses membres (notamment les ministères) ou voit sa légitimité contestée, sa capacité à instaurer une

⁴⁵ DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147–160.

⁴⁶ DiMaggio, P. (1998). The new institutionalisms: Avenues of collaboration. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE) / Zeitschrift Für Die Gesamte Staatswissenschaft*, 154(4), pp. 696–705.

synergie et à atteindre ses objectifs serait sérieusement menacée. Un déficit de légitimité méta-organisationnelle nuirait à son rôle de coordination, entravant ainsi la mise en place d'un consensus⁴⁷ parmi ses membres (partenaires et ministères) et réduisant l'efficacité de ses actions.

Certains rapports publics critiquent la gouvernance et l'instrumentation de l'INDH au cours de ses deux premières phases, ainsi que ses résultats limités en matière de santé. Nous avançons l'hypothèse que les pressions institutionnelles exercées sur l'INDH, ainsi que sa légitimité méta-organisationnelle, pourraient non seulement expliquer les défaillances constatées dans sa gouvernance et son instrumentation, mais également influencer leur dynamique.

Nous allons vérifier nos hypothèses en étudiant le cas des actions INDH en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural.

Les concepts théoriques que j'ai mobilisés seront développés dans le chapitre 1 de la partie I.

Choix du terrain de recherche : le milieu rural

L'orientation de ma recherche vers le milieu rural marocain trouve sa justification non seulement dans les singularités propres à ce milieu, mais également en raison de ma familiarité avec cette zone géographique, étant moi-même originaire de ce territoire. Plus précisément, le territoire rural d'Ouarzazate au Maroc, retient particulièrement mon attention.

Ma démarche de recherche se concentrera sur le milieu rural marocain, en mettant en avant le cas de la commune de Siroua, située à Ouarzazate. De manière complémentaire, une étude secondaire sera menée sur la commune de Tabant à Azilal, située au cœur du Maroc. L'interrelation de ces deux cas distincts offrira une opportunité précieuse pour approfondir notre compréhension et examiner en détail l'efficacité de l'action publique, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé dans le contexte de l'INDH.

⁴⁷ Dumez, H. (2009). La théorie des méta-organisations. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 95(1), pp. 77-78.

Mon choix pour ces deux communes spécifiques, à savoir Siroua (province d'Ouarzazate) et Tabant (province d'Azilal), est loin d'être arbitraire. Ces deux communes, bien qu'éloignées géographiquement, partagent des défis similaires en matière de mobilité et d'accès aux soins de santé. Leur géographie est marquée par un relief montagneux exigeant, rendant les déplacements particulièrement difficiles. Cette topographie ardue engendre l'enclavement de nombreux villages, limitant d'autant plus la capacité des habitants à accéder aux infrastructures de santé. La présence de ces entraves géographiques, couplée à la récurrence des problématiques de santé, fait de ces territoires des terrains d'étude privilégiés pour examiner les défis et les efforts déployés dans le cadre de l'INDH.

Les territoires étudiés

L'orientation géographique de cette étude a été mûrement réfléchi et n'est en rien fortuite. Les communes rurales de Siroua et Tabant ont été choisies spécifiquement en raison de leurs caractéristiques et des défis auxquels elles sont confrontées, notamment en ce qui concerne les infrastructures essentielles et les ressources nécessaires au bien-être de leur population. Dans ces territoires, les initiatives publiques sont souvent restreintes, créant ainsi des lacunes significatives dans le service public local. Les conséquences de ces lacunes sont particulièrement visibles dans les domaines vitaux de la mobilité et de l'accès aux soins de santé, deux préoccupations majeures pour la population locale.

Les régions de l'Atlas marocain illustrent parfaitement la dichotomie entre les zones urbaines et rurales. Ces régions, dotées de vastes territoires ruraux et montagneux, sont géographiquement isolées, éloignées des grands centres urbains du Maroc. En conséquence, elles souffrent d'un manque flagrant d'infrastructures, notamment en ce qui concerne les transports et les établissements de santé.

Siroua et Tabant symbolisent la réalité complexe de nombreuses autres zones rurales montagneuses au Maroc. Comparées aux zones urbaines, ces territoires montrent des disparités de développement importantes. Leur situation géographique, combinée à des routes souvent inaccessibles pendant l'hiver (figures 9 et 10), pose un sérieux défi en matière d'accessibilité aux

soins de santé. Il est donc important de poursuivre les études et les recherches dans ces zones pour mieux saisir et remédier à ces inégalités persistantes.

Figure 9 : Photo d'un village de la commune de Siroua en hiver



Source : photo prise en 2019

Figure 10 : Photo d'un village de la commune de Siroua



Source : photo prise en 2019

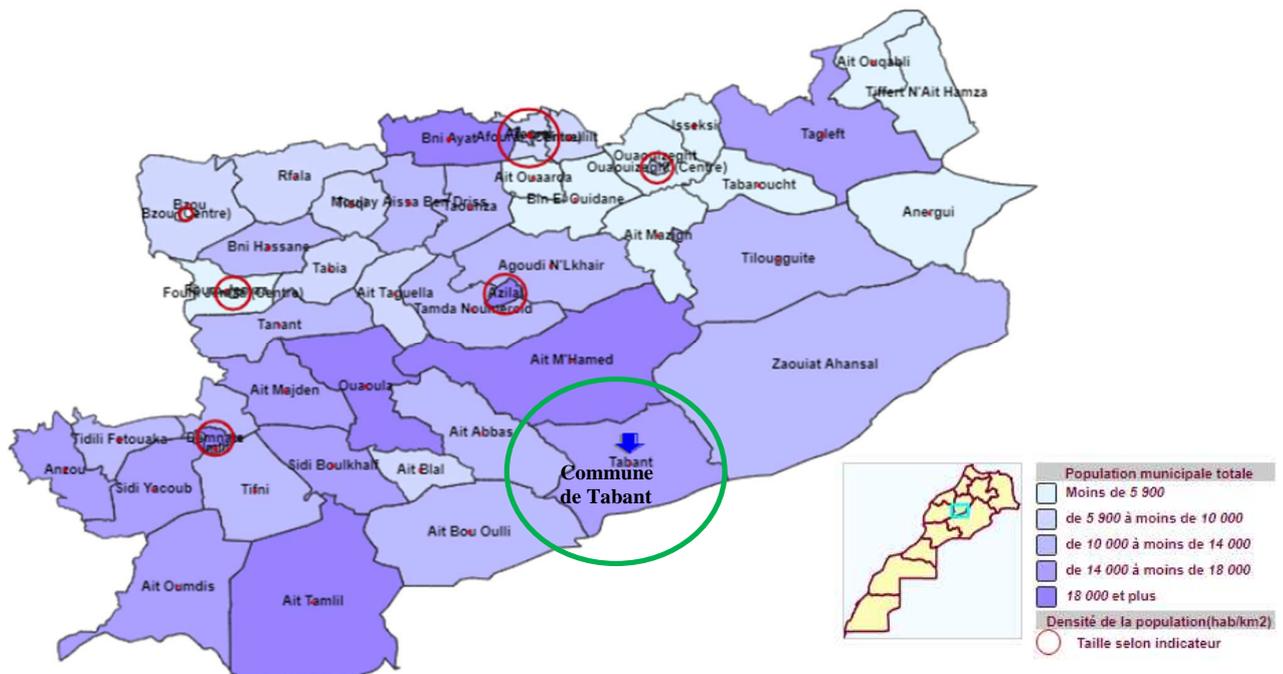
La commune de Tabant :

La commune de Tabant est située dans la province d'Azilal, dans la région de Béni Mellal-Khénifra⁴⁸.

La province d'Azilal

S'étendant sur 9.800 km² et située entre le Moyen-Atlas et le Haut-Atlas, la province montagneuse d'Azilal est structurée en deux circonscriptions, comprenant quatre cercles et 48 communes (figure 11). En hiver, plusieurs communes rurales deviennent inaccessibles. La province, malgré sa topographie favorable à l'agriculture et à l'élevage, est l'une des plus défavorisées du Maroc⁴⁹.

Figure 11 : Carte de la province d'Azilal



Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2016). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rghencartes.hcp.ma/?radio=#>.

⁴⁸ Direction Générale des Collectivités Locales. (2015). *Monographie générale, La région de Béni Mellal-Khénifra*.

⁴⁹ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*.

La population de la province d'Azilal est dispersée sur plusieurs communes (Direction Régionale de Tadla Azilal, 2012), majoritairement rurales (tableau 2).

Tableau 2 : Population totale par communes de la province d'Azilal - 2014

Population municipale totale par communes

Azilal	38 066	Bzou	9 870
Demnate	29 481	Rfala	9 749
Ouaoula	24 790	Ouaouizeght (Centre)	9 449
Ait M'Hamed	23 696	Ait Taguella	8 263
Bni Ayst	22 740	Afourar	8 197
Ait Tamilil	19 930	Tabia	7 849
Ait Majden	17 572	Ait Blal	7 597
Sidi Yacoub	17 054	Timoullit	6 616
Sidi Boukhalif	15 625	Tisqi	6 147
Anzou	15 429	Foum Jemaa (Centre)	5 824
Ait Oumdis	15 408	Bin El Ouidane	5 259
Tabant	14 983	Ouaouizeght	5 121
Tagleft	14 416	Bzou (Centre)	4 202
Mouley Aissa Ben Driss	13 797	Foum Jemaa	4 049
Afourar (Centre)	13 167	Tabaroucht	3 830
Tidili Fetouaka	12 759	Anergui	3 570
Ait Abbas	12 602	Tiffert N'Ait Hamza	3 499
Bni Hassane	12 077	Ait Mazigh	3 330
Tamda Noumercid	11 922	Ait Ouqabli	3 298
Tifni	11 760	Isseksi	1 674
Agoudi N'Lkhair	11 752	Ait Ouaarda	1 644
Taounza	11 488		
Ait Bou Oulli	11 096		
Tenant	10 706		
Zaouiat Ahansal	10 657		
Tilougguite	10 544		
Imilil	10 351		

Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2016). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rgphencartes.hcp.ma/?radio=on#>.

La province d’Azilal a connu une diminution du taux de pauvreté multidimensionnelle de 39.5%, entre 2004 et 2014 (tableaux 3 et 4). Azilal était parmi les provinces les plus pauvres de la région en 2004 (après la province de Khénifra) avec 56.98% de taux de pauvreté multidimensionnelle (tableau 3).

Tableau 3 : Taux de pauvreté multidimensionnelle 2004 (en%) - Milieu rural par provinces (Béni Mellal-Khénifra)

Khénifra	64.97
Azilal	56.98
Khouribga	45.73
Béni Mellal	39.83
Fquih Ben Salah	30.38

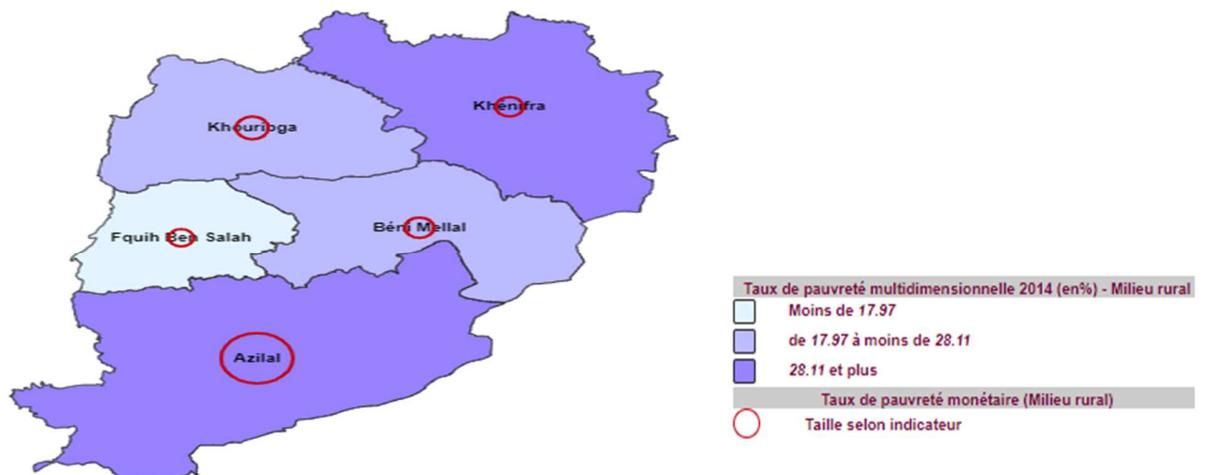
Tableau 4 : Taux de pauvreté multidimensionnelle 2014 (en%) - Milieu rural par provinces (Béni Mellal-Khénifra)

Khénifra	38.24
Azilal	34.47
Khouribga	18.89
Béni Mellal	18.25
Fquih Ben Salah	7.83

Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2016). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rgphencartes.hcp.ma/?radio=on#>.

Malheureusement, en 2014, pendant la mi-phase II de l'INDH, la province d'Azilal reste parmi les provinces ayant le plus haut niveau de pauvreté multidimensionnelle et se distingue aussi comme la plus touchée par la pauvreté monétaire dans la région (figure 12).

Figure 12 : Taux de pauvreté multidimensionnelle et monétaire en milieu rural par province de la région -2014



Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2022). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rgphencartes.hcp.ma/?radio=on#>.

La santé dans la province d'Azilal

L'hôpital d'Azilal, situé dans la commune principale de la province d'Azilal, est le seul établissement hospitalier de la région avec 130 lits. Avant juillet 2010, Demnate avait un hôpital local de 26 lits offrant des services de gynécologie. Cependant, il a été reconverti en centre de santé spécialisé en médecine générale avec un module d'accouchement⁵⁰.

Aujourd'hui, le réseau sanitaire compte 76 unités de soins avec différentes structures (tableau 5) :

Tableau 5 : Province Azilal : réseau de soins de santé de base

Structures	Nombre
Centres de santé urbains	3
Centres de santé communaux avec modules d'accouchement	19
Centres de santé communaux	23
Dispensaires ruraux	30
Total	76

Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*, p. 45.

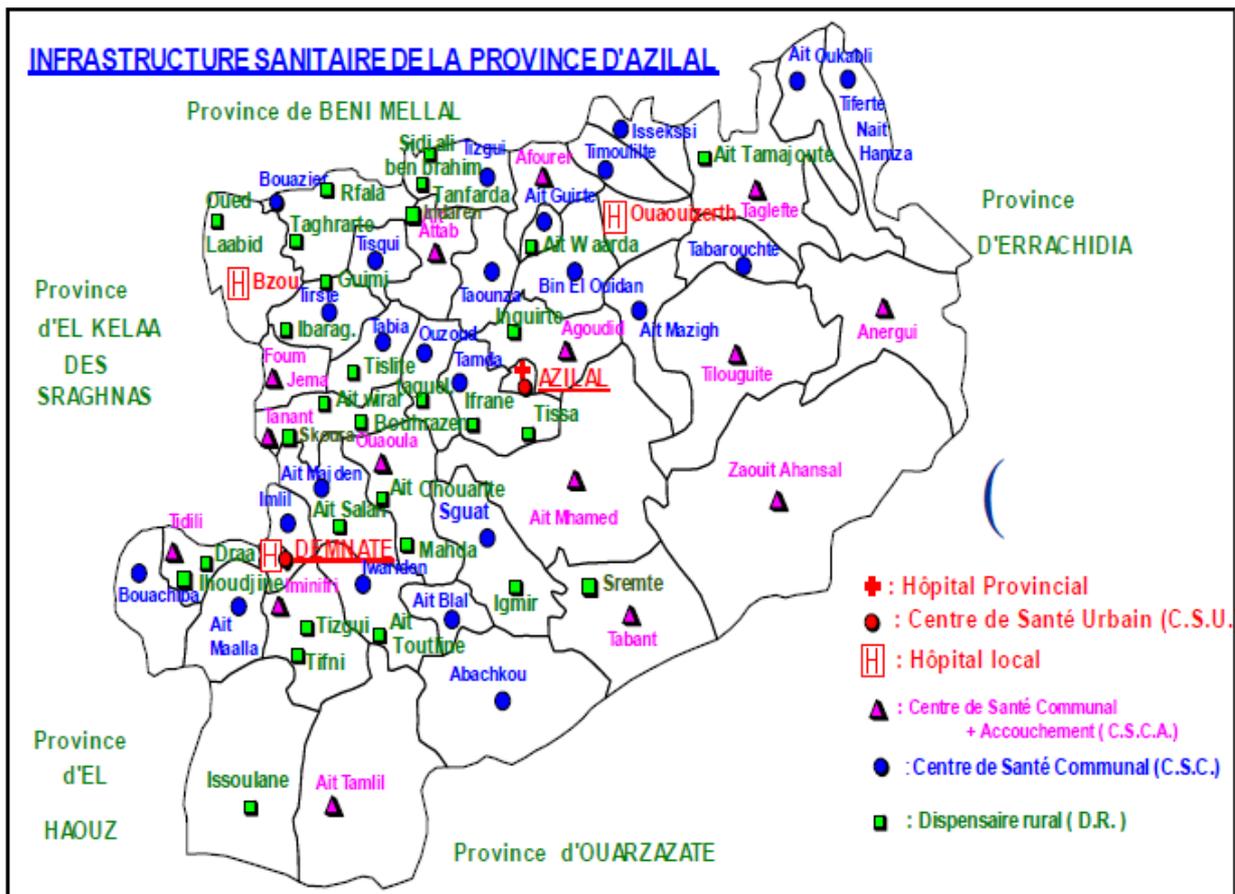
La province dispose d'un hôpital provincial, de 76 établissements de santé, 12 cabinets privés, et 36 pharmacies. Elle compte sur 62 médecins et 42 sage-femmes. Malgré 46 ambulances disponibles, seules 24 sont affiliées au ministère de la Santé, et 10 sont hors d'usage. Les autres ambulances proviennent de diverses entités, dont la protection civile et des associations. La qualité des soins reste préoccupante : en 2009, seulement 36,74% des accouchements étaient surveillés et

⁵⁰ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*.

les consultations prénatales ne dépassaient pas 60%. En moyenne, chaque habitant avait moins d'une consultation par an⁵¹.

Plusieurs communes de la province ne disposent que d'un seul établissement de soins (figure 13).

Figure 13 : Les infrastructures sanitaires dans la province d'Azilal



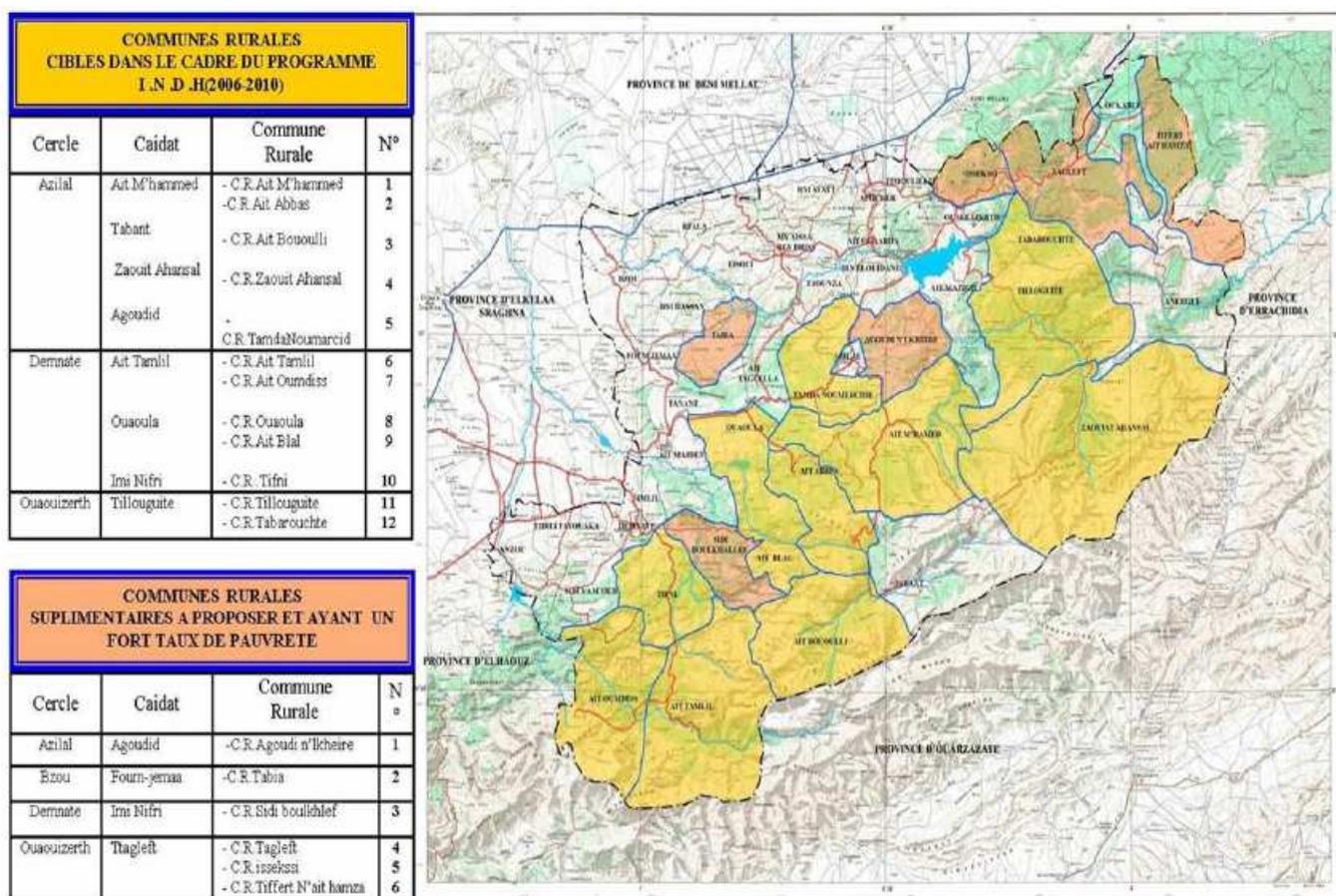
Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas, p. 46.

⁵¹ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas.*

L'INDH dans la province d'Azilal

L'INDH a œuvré dans les communes rurales montagneuses de la province (figure 14), mettant en place de nombreux projets pour combattre la pauvreté et l'exclusion. Ces efforts ont concerné des domaines variés, tels que l'éducation, et les approvisionnements en eau et électricité. Cependant, le secteur de la santé a reçu un financement régional limité de 8.804.420 dirhams, soit seulement 7% du budget total de l'INDH. Ces fonds ont soutenu 30 actions au niveau de la région, principalement liés à la mise à niveau des infrastructures de santé et à l'achat d'ambulances⁵².

Figure 14 : Les communes INDH Phase 1 dans la province d'Azilal



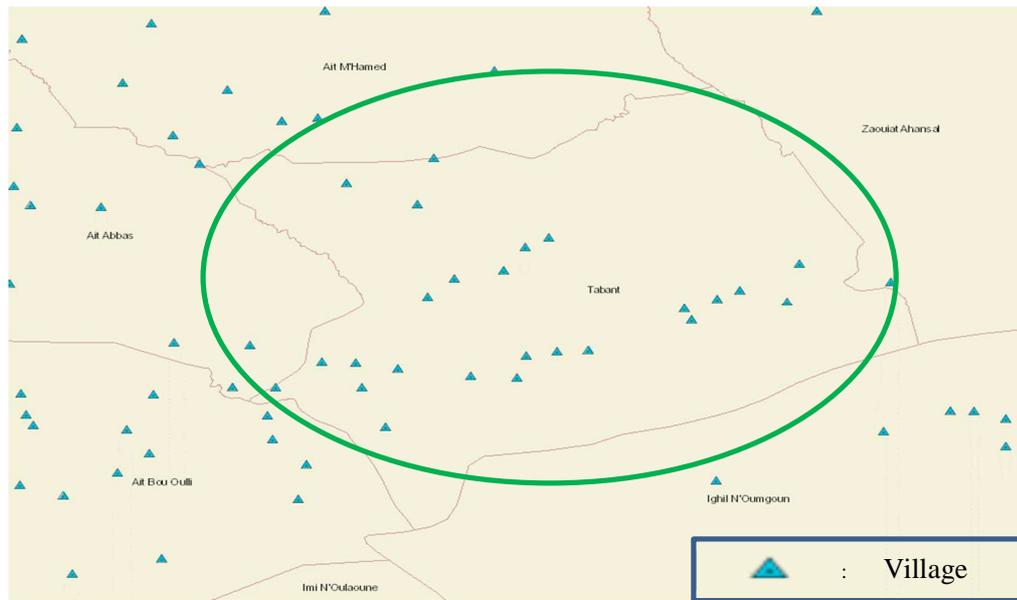
Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*, p. 45.

⁵² Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*.

Présentation en chiffres de la commune de Tabant :

La commune de Tabant rassemble plusieurs villages dispersés sur un espace montagneux assez étendu (figure 15). Sa population a atteint les 14963 habitants en 2014 (tableau 6).

Figure 15 : Carte des villages de la commune de Tabant



Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (Banque de données du gouvernement marocain). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

Tableau 6 : La commune de Tabant en chiffres

Paramètre	Chiffre
Total Nb d'habitants 2004	11982
Total Nb d'habitants 2014	14963
Evolution Nb d'habitants entre 2004 et 2014	24.9%
Taux d'analphabétisme (2014)	47.8%
Electricité	87.7%
Eau potable	66.6%
Eau usées réseau	0.2%
Route goudronnée	7.8%

Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (Banque de données du gouvernement marocain). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

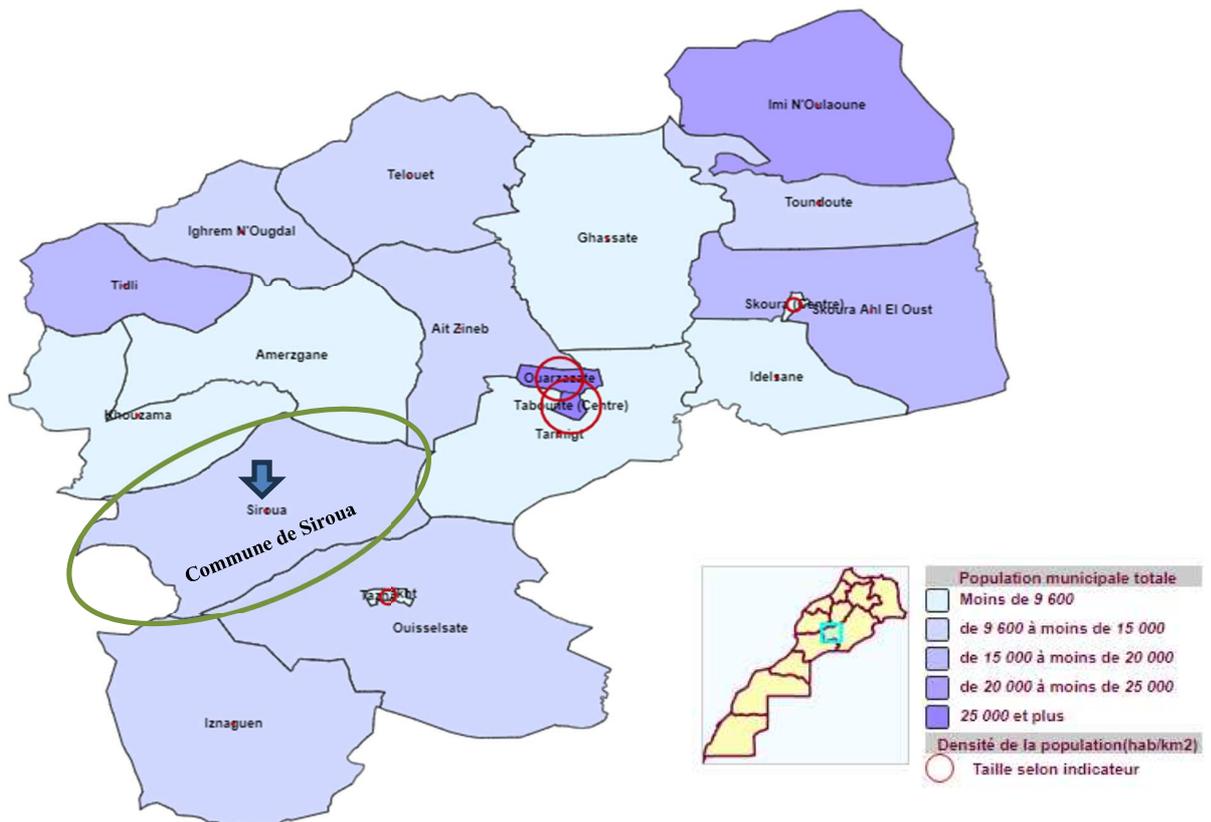
La commune de Siroua :

La commune de Siroua est située dans la province d'Ouarzazate, dans la région de Drâa-Tafilalet⁵³.

La province d'Ouarzazate

Ouarzazate est une province du sud-est du Maroc, à la croisée des régions montagneuses et désertiques. La province fait face à des défis en matière de santé et de mobilité, surtout dans ses zones rurales. Les infrastructures de santé sont limitées et souvent concentrées dans la ville principale « Ouarzazate », rendant l'accès aux soins difficile pour les habitants éloignés.

Figure 16 : Carte de la province d'Ouarzazate



Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2016). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rghencartes.hcp.ma/?radio=on#>.

⁵³ Direction Générale des Collectivités Locales. (2015). *Monographie générale, La région de Drâa-Tafilalet*.

La province d'Ouarzazate compte 19 communes (Direction Régionale de Drâa-Tafilalet, 2016), la commune d'Ouarzazate est la plus peuplée avec 69420 habitants en 2014 (tableau 7).

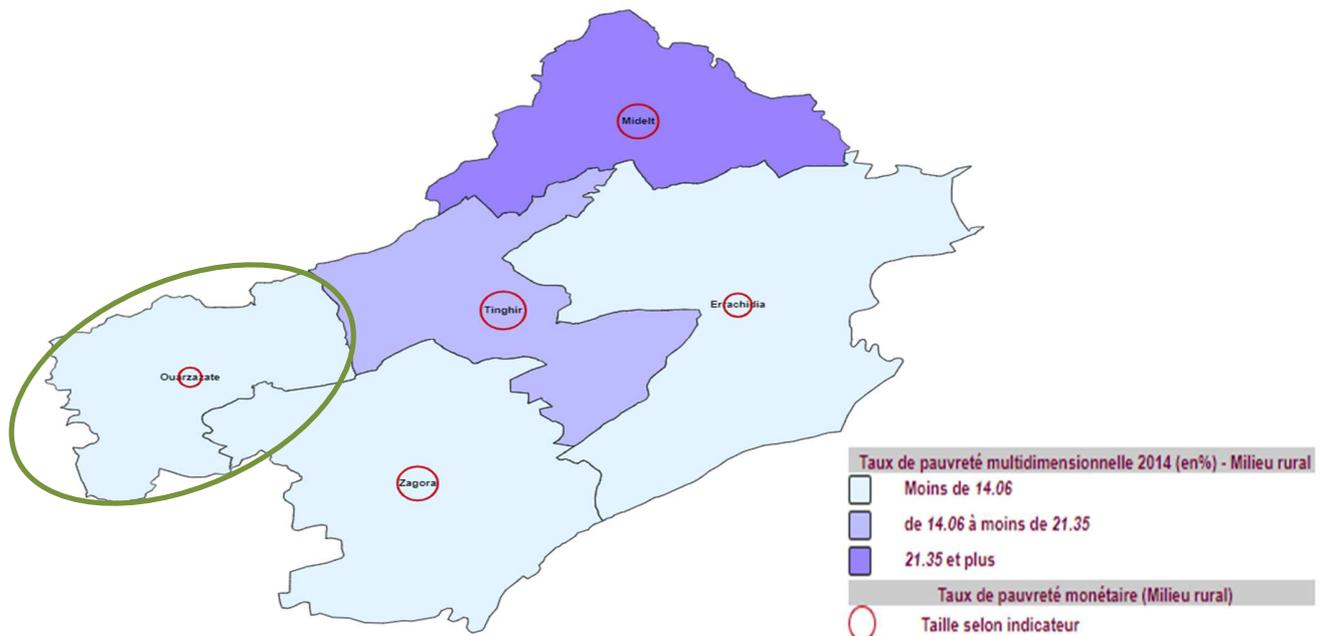
Tableau 7 : Population de la province d'Ouarzazate par commune - 2014

Ouarzazate	69 420
Tabounte (Centre)	31 059
Imi N'Oulaoune	21 059
Skoura Ahl El Oust	19 723
Tidli	15 278
Ighrem N'Ougdâl	14 801
Ouisselsate	14 140
Telouet	14 060
Iznaguen	12 017
Toundoute	10 606
Ait Zineb	10 062
Siroua	9 678
Tarmigt	9 099
Amerzgane	8 697
Ghassate	8 448
Idelsane	8 374
Khouzama	7 488
Taznakht	7 281
Skoura (Centre)	4 332

Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2016). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rgphencartes.hcp.ma/?radio=on#>.

La pauvreté multidimensionnelle s'est améliorée relativement dans la province d'Ouarzazate, en 2014 (figure 17) par rapport à l'année 2004 (tableau 8), où cette province avait le deuxième taux de pauvreté multidimensionnelle de la région.

Figure 17 : Taux de pauvreté multidimensionnelle et monétaire en milieu rural par province de la région - 2014



Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2016). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rgphencartes.hcp.ma/?radio=on#>.

Tableau 8 : Taux de pauvreté multidimensionnelle 2004 (en%) - Milieu rural par provinces (Drâa-Tafilalet)

Midelt	52.28
Ouarzazate	36.32
Tinghir	34.24
Zagora	31.47
Errachidia	16.38

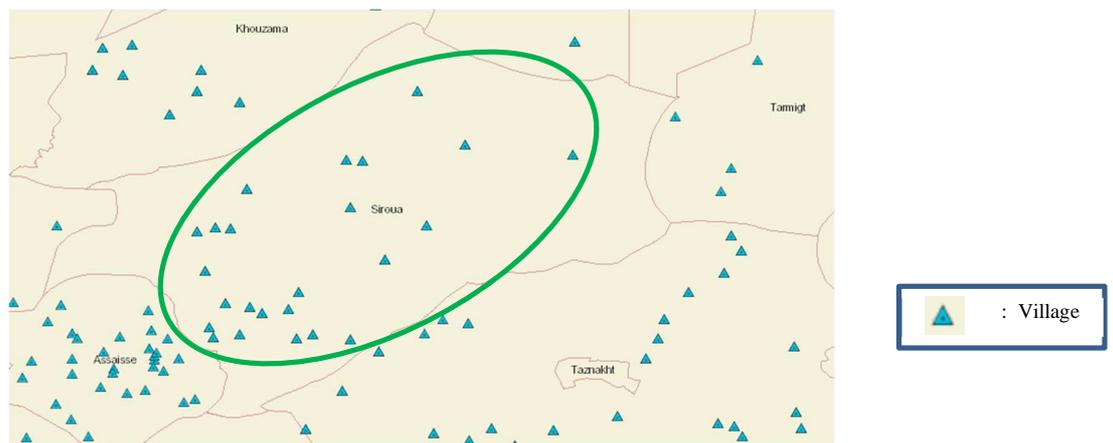
Source : Haut Commissariat au Plan (HCP). (2016). Base de données statistique et cartographique. Consulté entre le 12/12/2016 et le 15/10/2022. <http://rgphencartes.hcp.ma/?radio=on#>.

Avant le lancement de l'INDH, Ouarzazate était parmi les provinces les plus pauvres de la région Drâa-Tafilalet en milieu rural, deuxième province la plus pauvre de la région avec un taux de pauvreté multidimensionnelle à 36.32% en 2004, derrière la province de Midelt avec un taux de 52.28% (tableau 8). Plusieurs communes de cette province ont été ciblées par l'INDH en 2005, dont la commune de Siroua.

Présentation en chiffres de la commune de Siroua :

La commune de Siroua compte plusieurs villages dispersés dans l'espace étendu de la commune (figure 18), sa population a atteint 9678 habitants en 2014 (tableau 9).

Figure 18 : Carte des villages de la commune de Siroua



Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (Banque de données du gouvernement marocain). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

Tableau 9 : La commune de Siroua en chiffres

Paramètre	Chiffre
Total Nb d'habitants 2004	9244
Total Nb d'habitants 2014	9678
Evolution Nb d'habitants entre 2004 et 2014	5%
Taux d'analphabétisme (2014)	45%
Electricité (2014)	97%
Eau potable (2014)	95%
Eau usées réseau (2014)	8%
Route goudronnée (2014)	9%

Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (Banque de données du gouvernement marocain). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

La commune de Siroua, avec son relief montagneux prononcé (figure 19), présente des défis majeurs en matière de mobilité. Cette géographie accidentée complique l'accès aux services de santé pour ses villages isolés.

Figure 19 : Quelques villages de la commune de Siroua



Source : Photos prises en 2019

Les zones rurales du Maroc, comme les communes de Siroua et Tabant, sont confrontées à d'importants défis en matière d'accès aux soins. Les contraintes géographiques, l'insuffisance des infrastructures et le manque de personnel médical⁵⁴ sont quelques-uns des obstacles majeurs à surmonter.

Méthodologie de recherche : l'enquête de terrain pour comprendre les dysfonctionnements des actions de l'INDH

Ma démarche de recherche a débuté par une analyse historique et diachronique. Cette première étape m'a permis de tracer un panorama des actions publiques entreprises au Maroc concernant la santé et l'accès aux soins.

Face au manque de données quantitatives fiables et actualisées sur la question de l'accès aux soins en milieu rural marocain, j'ai privilégié principalement une méthodologie qualitative. J'ai ainsi mené des études de cas approfondies, enrichies par une enquête de terrain. Celle-ci m'a offert l'opportunité de m'entretenir avec divers acteurs locaux et nationaux, engagés ou concernés par les problématiques de l'accès aux soins en milieu rural dans le cadre de l'INDH.

Malgré cette dominante qualitative, j'ai tenu à intégrer une dimension quantitative à ma démarche, afin de renforcer mes analyses.

Ainsi, j'ai élaboré deux questionnaires destinés aux habitants de la commune de Siroua. Ces enquêtes m'ont permis d'évaluer la perception et l'engagement des citoyens vis-à-vis des initiatives de l'INDH, ainsi que de jauger la pertinence et l'efficacité des actions déployées sur le terrain. Pour saisir les évolutions au fil du temps, ces questionnaires ont été distribués en deux temps : une première fois en 2017, puis une seconde en 2022.

⁵⁴ Conseil Économique, Social et Environnemental. (2013). *Rapport sur « Les soins de santé de base. Vers un accès équitable et généralisé »*. Saisine n° 4 / 2013, p. 29.

L'approche du terrain et des parties prenantes

Les territoires étudiés de la commune de Siroua (Ouarzazate) et de la commune de Tabant (Azilal) correspondent à des zones géographiques caractérisées par un milieu rural étendu et montagneux. Ces caractéristiques soulignent les défis liés à l'accès aux services de soins de santé en milieu rural reculé au Maroc. Il est primordial d'initier toute étude de ce type par l'examen des acteurs concernés - ou les parties prenantes - et des contextes dans lesquels ils opèrent. Leurs spécificités et les tendances naissantes qui les caractérisent sont des éléments à ne pas négliger. Les compétences des acteurs à s'adapter, à innover, à exercer leur influence et à collaborer les uns avec les autres jouent un rôle important pour déchiffrer la complexité des phénomènes sociaux et des enjeux sous-jacents au sein des structures organisationnelles⁵⁵ (Crozier & Friedberg, 1977).

Mener des enquêtes sur le terrain avec les différents acteurs est primordial, il s'agit d'une approche pertinente permettant d'analyser la gouvernance multi-niveaux⁵⁶ des actions publiques. En effet, « les relations d'interdépendance entre les acteurs et leurs jeux peuvent expliquer le degré de performance de l'action publique (Asfhord, 1982)⁵⁷ ».

En dialoguant avec les divers acteurs concernés, on acquiert une vision plus claire des défis et des lacunes des actions publiques en milieu rural, spécialement dans le contexte de l'INDH. Ces discussions détaillées permettent d'évaluer les entraves et les carences associées à la concrétisation des actions publiques en zone rurale.

J'ai initié mon étude sur le terrain en menant 34 entretiens semi-directifs, de 15 minutes à 90 min, avec divers acteurs concernés. L'objectif était d'appréhender les difficultés liées à l'accès aux soins de santé en milieu rural et de cerner la portée de leur engagement ainsi que leur rôle dans l'élaboration des actions publiques de l'INDH visant à améliorer l'accès aux soins.

⁵⁵ Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le Système : Les Contraintes de l'action collective*. Seuil.

⁵⁶ Poupeau, F.-M. (2017). *Analyser la gouvernance multi-niveaux*. Presses universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/analyser-la-gouvernance-multi-niveaux--9782706126826-p-203.htm>

⁵⁷ *Ibidem.*, p. 70.

Les acteurs interviewés

Lors de mes recherches, j'ai fait face à une certaine réticence de la part de quelques participants. Compte tenu de la sensibilité des sujets abordés, certains extraits et six des trente-quatre entretiens que j'ai menés n'ont pas été enregistrés, ce qui reflète la prudence et la réserve de certains interlocuteurs. La participation des femmes des villages, qui représentent seulement un tiers des habitants interrogées, s'est avérée plus complexe que celle des hommes, en raison de la méfiance et des coutumes locales.

1. Les citoyens :

- 25 citoyens et citoyennes du milieu rural, habitant les villages de Siroua principalement et de Tabant.

2. Les associations locales

- Le président de « Les Enfants de Siroua », une association française engagée dans l'éducation et la scolarisation des enfants dans la commune de Siroua.
- Le président de « AITMA Synergy & Development », une association marocaine dédiée aux initiatives sociales dans les provinces de Tinghir et Ouarzazate.

3. Les médecins et professionnels de santé

- 2 médecins du secteur public, qui sont intervenus ou interviennent encore en milieu rural.

4. Les élus locaux

- Un élu local de la commune de Siroua à Ouarzazate.

5. Les acteurs de transport informel en milieu rural

- Un chauffeur de transport rural de la commune de Siroua.

6. Les responsables de l'INDH

- Le responsable de la coordination de l'INDH au niveau central à Rabat.
- Le responsable de la Division de l'Action Sociale (DAS) de la province d'Azilal (chargé de la coordination locale de l'INDH).

- Le responsable de la Division de l'Action Sociale (DAS) de la province de Zagora (limitrophe de la province d'Ouarzazate), chargé de la coordination locale de l'INDH.

Afin de conduire efficacement les entretiens avec les diverses parties prenantes, j'ai élaboré un guide structuré et adaptable. Ce document inclut un ensemble cohérent de thématiques et de questions préétablies, permettant ainsi de garantir que tous les entretiens restent centrés sur les sujets pertinents et essentiels (Annexe 1).

Avant de débiter mon analyse des entretiens réalisés, j'ai compilé et anonymisé les informations personnelles relatives aux différentes parties prenantes, comme indiqué ci-dessous :

Numéro	Partie prenante	Pseudo	Genre	Statut	Commune	Âge (ans)	Profession	Durée (min)	Date
1	Habitants	Habitant 1	Homme	Célibataire	Siroua	40	Sans emploi fixe	18	17/10/2017
2	Habitants	Habitant 2	Homme	Célibataire	Siroua	28	Etudiant	15	17/10/2017
3	Habitants	Habitant 3	Homme	Célibataire	Siroua	24	Etudiant	15	17/10/2017
4	Habitants	Habitant 4	Homme	Marié	Siroua	45	Maçon	20	17/10/2017
5	Habitants	Habitant 5	Homme	Marié	Siroua	45	Guérisseur traditionnel	18	17/10/2017
6	Habitants	Habitant 6	Homme	Célibataire	Siroua	38	Sans emploi fixe	22	17/10/2017
7	Habitants	Habitant 7	Homme	Célibataire	Siroua	28	Sans emploi fixe	15	17/10/2017
8	Habitants	Habitant 8	Homme	Marié	Siroua	57	Agriculteur	18	17/10/2017
9	Habitants	Habitant 9	Homme	Célibataire	Siroua	30	Ouvrier	18	17/10/2017
10	Habitants	Habitant 10	Homme	Marié	Siroua	40	Agriculteur	21	17/10/2017
11	Habitants	Habitant 11	Homme	Marié	Siroua	36	Agriculteur	18	17/10/2017
12	Habitants	Habitant 12	Homme	Marié	Siroua	46	Commerçant	19	18/10/2017
13	Habitants	Habitant 13	Homme	Marié	Siroua	48	Agriculteur	25	18/10/2017
14	Habitants	Habitant 14	Homme	Célibataire	Siroua	19	Etudiant	19	18/10/2017
15	Habitants	Habitant 15	Homme	Marié	Siroua	34	Commerçant	18	18/10/2017
16	Habitants	Habitante 16	Femme	Veuve	Siroua	80	Sans emploi	23	18/10/2017
17	Habitants	Habitant 17	Homme	Célibataire	Siroua	33	Agriculteur	16	18/10/2017
18	Habitants	Habitante 18	Femme	Veuve	Siroua	48	Tisserande	18	18/10/2017
19	Habitants	Habitante 19	Femme	Mariée	Siroua	50	Tisserande	22	18/10/2017
20	Habitants	Habitante 20	Femme	Mariée	Siroua	28	Femme au foyer	28	21/09/2018
21	Habitants	Habitant 21	Homme	Marié	Siroua	60	Retraité	44	22/09/2018
22	Habitants	Habitante 22	Femme	Célibataire	Siroua	18	Etudiante	22	22/09/2018
23	Habitants	Habitante 23	Femme	Mariée	Tabant	54	Femme au foyer	20	29/09/2018
24	Habitants	Habitante 24	Femme	Mariée	Tabant	44	Femme au foyer	15	29/09/2018
25	Habitants	Habitante 25	Femme	Célibataire	Tabant	32	Sans emploi	18	29/09/2018
26	Associations	Enfants de Siroua	Homme	Marié	Siroua	60	Retraité	40	30/07/2019
27	Associations	AITMA	Homme	Marié	Siroua	42	Ingénieur	50	17/09/2022
28	Médecins	Médecin 1	Femme	Mariée	Siroua	48	Médecin généraliste	25	12/10/2019
29	Médecins	Médecin 2	Femme	Mariée	Siroua	33	Médecin Spécialiste	22	18/10/2019
30	Transporteurs	Chauffeur de Transit	Homme	Marié	Siroua	45	Chauffeur de Transit	21	20/09/2018
31	Elus	Elu	Homme	Marié	Siroua	55	Elu local	20	20/09/2018
32	Responsables INDH	Responsable coordination INDH	Homme	Marié	Siroua	45	Responsable INDH	90	17/08/2022
33	Responsables INDH	Responsable DAS Zagora	Homme	Marié	Siroua	43	Responsable DAS	45	27/08/2022
34	Responsables INDH	Responsable DAS Azilal	Homme	Marié	Siroua	50	Responsable DAS	35	28/08/2022

J'ai élaboré également deux questionnaires visant à évaluer des indicateurs relatifs à la participation, à la légitimité et à la satisfaction des citoyens vis-à-vis des actions de l'INDH.

Ces enquêtes (questionnaires) ont été destinées à 30 habitants de la commune de Siroua, abordant des sujets similaires, notamment la perception de la population sur leur implication dans la gouvernance de l'INDH et la pertinence des actions entreprises dans le cadre de ce programme.

Dans le but de saisir l'évolution et les tendances changeantes concernant les indicateurs, le premier questionnaire a été réalisé en 2017, tandis que le second a été effectué en 2022. Chaque questionnaire (initialement produit en Arabe) est structuré en 2 parties :

Partie I : 2 Questions fermées :

- 1- Considérez-vous les actions INDH mise en place pour l'accès aux soins de santé à Siroua comme légitimes ? Oui ou Non ?
- 2- Considérez-vous que votre participation dans le cadre de la gouvernance des actions INDH pour l'accès aux soins de santé à Siroua est importante ? Oui ou Non ?

Partie II : Évaluation de 3 facteurs sur une échelle de 0 à 10 :

- 1- Degré de légitimité des actions de l'INDH pour l'accès aux soins de santé à Siroua : notez de 0 à 10.
- 2- Votre niveau de participation locale dans la gouvernance des actions INDH pour l'accès aux soins de santé à Siroua : notez de 0 à 10.
- 3- Votre degré de satisfaction concernant les actions INDH déployées pour l'accès aux soins de santé à Siroua : notez de 0 à 10.

- Echelle de notation selon 4 perceptions : Pas du tout (de 0 à 4), plutôt (de 5 à 6), oui (7) et très (de 8 à 10).

Avant d'analyser les données issues de nos questionnaires, j'ai procédé à la compilation et à l'anonymisation des informations personnelles concernant les participants, comme il est présenté ci-après :

Numéro	Partie prenante	Genre	Statut	Commune	Âge (ans) en 2017	Profession	Date 1	Date 2
1	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	40	Sans emploi fixe	17/10/2017	02/10/2022
2	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	28	Etudiant	17/10/2017	02/10/2022
3	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	24	Etudiant	17/10/2017	02/10/2022
4	Habitants	Homme	Marié	Siroua	45	Maçon	17/10/2017	02/10/2022
5	Habitants	Homme	Marié	Siroua	45	Guérisseur traditionnel	17/10/2017	02/10/2022
6	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	38	Sans emploi fixe	17/10/2017	02/10/2022
7	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	28	Sans emploi fixe	17/10/2017	02/10/2022
8	Habitants	Homme	Marié	Siroua	57	Agriculteur	17/10/2017	02/10/2022
9	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	30	Ouvrier	17/10/2017	02/10/2022
10	Habitants	Homme	Marié	Siroua	40	Agriculteur	17/10/2017	02/10/2022
11	Habitants	Homme	Marié	Siroua	36	Agriculteur	17/10/2017	02/10/2022
12	Habitants	Homme	Marié	Siroua	46	Commerçant	18/10/2017	02/10/2022
13	Habitants	Homme	Marié	Siroua	48	Agriculteur	18/10/2017	02/10/2022
14	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	19	Etudiant	18/10/2017	02/10/2022
15	Habitants	Homme	Marié	Siroua	34	Commerçant	18/10/2017	02/10/2022
16	Habitants	Femme	Veuve	Siroua	80	Sans emploi	18/10/2017	02/10/2022
17	Habitants	Homme	Célibataire	Siroua	33	Agriculteur	18/10/2017	02/10/2022
18	Habitants	Femme	Veuve	Siroua	48	Tisserande	18/10/2017	03/10/2022
19	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	50	Tisserande	18/10/2017	03/10/2022
20	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	27	Femme au foyer	18/10/2017	03/10/2022
21	Habitants	Homme	Marié	Siroua	59	Retraité	18/10/2017	03/10/2022
22	Habitants	Femme	Célibataire	Siroua	20	Etudiante	18/10/2017	03/10/2022
23	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	50	Femme au foyer	18/10/2017	03/10/2022
24	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	44	Tisserande	18/10/2017	03/10/2022
25	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	53	Tisserande	18/10/2017	03/10/2022
26	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	54	Femme au foyer	18/10/2017	03/10/2022
27	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	52	Femme au foyer	18/10/2017	03/10/2022
28	Habitants	Femme	Mariée	Siroua	18	Femme au foyer	18/10/2017	03/10/2022
29	Habitants	Femme	Célibataire	Siroua	28	Etudiante	18/10/2017	03/10/2022
30	Habitants	Femme	Célibataire	Siroua	22	Etudiante	18/10/2017	03/10/2022

L'approche méthodologique des analyses

J'ai employé une stratégie de recherche qui s'appuie sur la triangulation des données et des méthodes pour garantir la fiabilité et la validité de mes résultats. Cette stratégie consiste à utiliser plusieurs méthodes ou sources de données pour étudier un même phénomène, permettant ainsi de croiser les informations et de confirmer la pertinence des résultats obtenus.

Dans ce cadre, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs, une méthode qualitative qui offre une grande flexibilité en permettant de s'adapter aux réponses de l'interviewé tout en suivant un

guide d'entretien préétabli. Ces entretiens m'ont fourni des informations détaillées et des perceptions profondes sur le sujet.

Les habitants interviewés sont tous majeurs. Ces entretiens ont été réalisés dans les deux communes étudiées (généralement au domicile des habitants). Ces discussions ont servi à saisir les expériences vécues par les habitants des communes en matière d'accès aux services de santé. Ils ont fourni des éclairages précieux sur les différents obstacles, défis et contraintes auxquels ils sont confrontés dans leur quête de soins de santé.

Parallèlement, j'ai utilisé des questionnaires pour recueillir des données quantitatives, offrant une vision plus large et généralisable de la situation. Ce choix m'a permis d'avoir une compréhension à la fois macroscopique et microscopique de la problématique.

Après la collecte des données, j'ai entrepris une analyse thématique. Cette méthode d'analyse est centrée sur l'identification et l'analyse des thèmes ou des motifs récurrents dans les données textuelles. Pour ce faire, j'ai élaboré une matrice par thème de discours, qui a facilité l'organisation et la classification des idées principales émergentes. Cette approche systématique m'a permis de dégager les idées clés et de mieux comprendre les nuances et les subtilités des témoignages recueillis.

En complément de ces entretiens, des questionnaires ont été administrés pour mesurer l'engagement des habitants, ainsi que leur niveau de satisfaction face aux initiatives entreprises de l'INDH. Cette double approche, qualitative à travers les entretiens et quantitative via les questionnaires, vise à croiser et enrichir les données collectées afin de renforcer nos analyses.

De plus, des études de cas spécifiques ont été menées dans les communes de Siroua et Tabant. Ces études se sont appuyées sur divers documents, dont des rapports et bases de données publiques, relatant les actions de l'INDH menées entre 2005 et 2018. L'objectif était d'approfondir notre compréhension des défis liés à l'accès aux soins de santé dans ces zones rurales et d'évaluer l'efficacité des actions de l'INDH dans ces deux communes spécifiques.

L'emploi de données historiques dans cette thèse, en particulier celles antérieures à 2005, année de lancement de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), s'avère indispensable pour dresser un tableau exhaustif de la situation antérieure de l'accès aux soins en milieu rural et du contexte du système de santé marocain. Ces informations constituent une base essentielle pour appréhender les changements et les impacts induits par l'INDH. De plus, les données recueillies entre 2005 et 2018 sont importantes pour analyser en profondeur les phases I et II de l'INDH, qui sont au cœur de cette recherche. La perspective diachronique que fournissent ces données est donc fondamentale pour comprendre l'évolution et les tendances à long terme des problématiques liées à l'accès aux soins en milieu rural au Maroc.

Intérêt et contribution de la recherche : identifier les défaillances et les pistes d'améliorations

L'objectif central de cette recherche est d'approfondir notre connaissance des implications pratiques et des retombées de la mise en œuvre de l'action publique. En particulier, nous souhaitons examiner les défis liés à sa gouvernance et à son instrumentation. Il est important de reconnaître l'influence des environnements institutionnels sur ces actions et d'identifier les circonstances et facteurs susceptibles d'entraver leur succès. Une fois ces défis identifiés, l'intention est de proposer des stratégies visant à atténuer ces obstacles, à résoudre les problèmes sous-jacents ou à optimiser les résultats des interventions publiques.

En explorant l'idée qu'un programme public, aussi complexe et multidimensionnel soit-il, puisse être conceptualisé comme une organisation, nous ouvrons la voie à une analyse innovante. En incorporant les perspectives néo-institutionnelle, méta-organisationnelle et les interactions de leurs parties prenantes, nous espérons déceler les points faibles existants et envisager des voies d'amélioration pour deux éléments clés de l'action publique : la gouvernance et l'instrumentation. Ces perspectives offrent une lueur d'espoir pour une mise en œuvre plus efficace et efficiente des actions publiques à l'avenir.

**Partie I : La dynamique de l'action
publique pour l'accès aux soins de santé
en milieu rural au Maroc**

Chapitre 1 : Les pressions institutionnelles : clé de compréhension de la dynamique instrumentale

1. Instrumentation et instruments : décryptage de l'impact de l'action publique

Comment analyser l'action publique ?

Face à une croissance démographique soutenue et une concurrence territoriale grandissante, les gouvernements s'efforcent de traiter les besoins croissants des citoyens en matière de services publics. Le défi ne s'arrête pas là : elles doivent également atténuer les inégalités persistantes entre territoires, en particulier entre les zones urbaines et rurales.

Dans leur quête pour satisfaire ces exigences, les autorités mettent en œuvre des politiques publiques garnies d'une panoplie d'instruments et de mesures. Toutefois, la réussite de ces initiatives dépend largement de la qualité de la gouvernance et du processus d'instrumentation⁵⁸ adopté. En d'autres termes, le choix des instruments et leur mise en œuvre revêtent une importance capitale.

L'action publique, au sens large, englobe toutes les interactions, méthodes et perceptions qui contribuent à l'établissement de régulations, socialement acceptées, des rapports au sein de la société⁵⁹. Elle se distingue des politiques publiques, qui se composent d'une série d'actions spécifiques, chacune définie par ses instruments, ses enjeux et ses finalités⁶⁰. Ces politiques peuvent être d'ordre général, telles que l'adoption d'une nouvelle législation ou la définition d'un budget, ou elles peuvent avoir un focus plus sectoriel, comme la création d'infrastructures ou des programmes axés sur l'accès aux soins. Cependant, avec le temps et l'abondance des travaux

⁵⁸ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. In *Gouverner par les instruments*, p. 13. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0011>.

⁵⁹ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique. (2e édition)*, p. 7. Armand Colin.

⁶⁰ *Ibidem*.

académiques à leur sujet, les définitions et interprétations des termes « politique » et « action publique » se sont diversifiées, illustrant leur nature complexe et leur évolution constante.

Patrick Le Galès et Pierre Lascoumes (2012) mettent en évidence la complexité croissante de définir l'action publique, compte tenu de la prolifération des termes liés à la régulation politique des sociétés actuelles. Ils l'ont décrite à travers une série d'étapes temporelles illustrant son évolution : « Dès la seconde moitié du 19e siècle, l'État élargit son champ d'intervention. Puis, dans les années 50, il diversifie ses instruments de régulation, allant au-delà des instruments législatifs pour inclure des dispositifs fiscaux, économiques et participatifs. À partir des années 70, une évolution géographique de l'action étatique s'opère, favorisant la territorialisation via la décentralisation et la déconcentration⁶¹. »

De nos jours, l'action publique se présente comme une entité complexe, englobant plusieurs dimensions. Elle est guidée par une gouvernance qui s'étend sur plusieurs niveaux, de la localité à la dimension nationale, voire internationale. Les instruments utilisés pour mettre en œuvre l'action publique sont diversifiés et leur complexité s'accroît, nécessitant une expertise approfondie pour leur gestion et leur application.

De plus, la multiplicité des acteurs impliqués dans l'action publique a évolué : non seulement en nombre, mais aussi en diversité. Ces acteurs, qu'ils soient des entités gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des groupes d'intérêt ou des citoyens, partagent désormais des responsabilités, des pouvoirs décisionnels et cherchent à asseoir leur légitimité dans le processus de gouvernance et d'instrumentation. Cette collaboration entre acteurs vise à enrichir l'action publique et à garantir qu'elle réponde aux besoins variés de la société tout en étant adaptée aux défis contemporains.

La conception et la mise en place des actions publiques nécessitent la combinaison de plusieurs composantes : une perception claire des enjeux, l'engagement d'acteurs clés, l'allocation de ressources et des institutions pour encadrer les initiatives. Ce processus est fréquemment marqué

⁶¹ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique*. (2e édition). Armand Colin.

par des échanges d'informations et de points de vue, des tensions dues à des intérêts contradictoires, ainsi que des méthodes pour concilier des perspectives différentes⁶².

Les actions publiques évoluent dans un environnement en constante mutation, confrontées à l'équilibre précaire entre la régulation sociale et politique. Ces actions doivent être mises en œuvre dans un contexte spécifique, marqué par la transition entre différentes périodes ou cycles. Cet environnement est également influencé par l'émergence de multiples niveaux territoriaux, des mouvements de décentralisation ou de mondialisation, ainsi que par l'interaction de différents niveaux de gouvernement et de vastes réseaux d'acteurs impliqués. De plus, à notre époque, les actions publiques font face à des interrogations croissantes concernant leur pertinence et la manière dont elles sont déployées. Ces questionnements proviennent d'une société plus informée et exigeante, qui attend des politiques publiques qu'elles répondent de manière efficace et adaptée aux besoins des citoyens.

Toutefois, l'action publique représente une démarche collective⁶³ reflétant les décisions et orientations du gouvernement, qu'il s'agisse d'agir ou de s'abstenir⁶⁴. Elle contribue à établir un cadre social et politique, à guider la société, à modérer ses tensions, à favoriser l'harmonie entre les différents groupes et à résoudre les éventuels conflits.

La sociologie, dans sa quête pour étudier les structures sociales, les interactions et les dynamiques au sein des sociétés, aborde l'action publique d'une manière qui englobe la complexité des rapports sociaux et des groupes. Elle se penche sur les mécanismes qui sous-tendent la mise en œuvre des politiques, les réseaux sociaux et les dynamiques de groupe qui influent sur la manière dont ces politiques sont reçues et mises en œuvre.

⁶² Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique*. (2e édition). Armand Colin.

⁶³ Hassenteufel, P. (2011). Chapitre 5 - L'action publique comme construction collective d'acteurs en interaction. Dans P. Hassenteufel (Dir.), *Sociologie politique: l'action publique*, p. 115. Armand Colin.

⁶⁴ Lemieux, V. (2002). *L'Étude des politiques publiques*, p. 3. Laval.

La sociologie des organisations, quant à elle, se concentre sur la manière dont les structures organisationnelles, les cultures et les dynamiques influencent la mise en œuvre et l'efficacité des actions publiques. Elle met en lumière comment les bureaucraties, les hiérarchies et les réseaux au sein des organisations peuvent faciliter ou entraver la réalisation des objectifs politiques. Cette perspective souligne l'importance des processus organisationnels, des normes et des cultures dans la détermination de la manière dont les politiques sont élaborées, interprétées et mises en pratique.

En combinant ces deux approches, on peut obtenir une image plus complète de l'action publique, non seulement en termes de formulation et d'exécution des politiques, mais aussi en ce qui concerne les dynamiques sociales et organisationnelles qui peuvent influencer leur succès ou leur échec.

Patrick Le Galès et Pierre Lascoumes, dans leurs travaux de 2012, mettent en évidence l'attention que les principales écoles de pensée sociologique ont accordée à l'action publique. Pour ces penseurs, l'action publique est intrinsèquement liée au mythe moderniste de l'ingénierie sociale, qui suppose que la société peut et doit être organisée de manière rationnelle, afin d'atteindre des niveaux optimaux d'efficacité⁶⁵.

Cette perspective s'appuie sur la croyance que, grâce à une intervention et une planification appropriées, la société peut être façonnée, améliorée et dirigée vers des objectifs désirables. Cette vision est exclusive de l'ère moderne, où la foi en la science, la technologie et la rationalité sont considérées comme les outils clés pour construire un avenir meilleur.

Selon Philippe Bezes et Frédéric Pierru (2014), l'action publique est perçue comme une manifestation tangible de l'intervention étatique⁶⁶, comme une expression de la volonté de l'État d'agir, de réguler et de modeler la société selon certaines orientations et priorités. Cette vision de l'action publique va au-delà de la simple mise en œuvre de politiques ou de programmes : elle

⁶⁵ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique*. (2e édition). Armand Colin.

⁶⁶ Bezes, P., & Pierru, F. (2014). Politiques publiques et sociologie de l'État. In L. Boussaguet (Ed.), *Dictionnaire des politiques publiques: 4e édition précédée d'un nouvel avant-propos*, p. 494. Presses de Sciences Po.

englobe la manière dont l'État, à travers ses divers organes et institutions, interagit avec les citoyens, répond à leurs besoins et refond les structures existantes. En ce sens, l'action publique est le reflet des choix stratégiques de l'État, des valeurs qu'il incarne et des transformations qu'il cherche à induire dans la société. C'est un mécanisme par lequel l'État cherche à concrétiser ses objectifs, tout en tenant compte des dynamiques sociales et des attentes des citoyens.

Max Weber (1946) a identifié la bureaucratie⁶⁷ comme un pilier central de l'organisation sociale et économique, soulignant son rôle dans l'exercice rationnel du pouvoir et de l'autorité. Toutefois, bien que la bureaucratie puisse offrir une structure et une prévisibilité, elle présente des inconvénients dans le contexte actuel. Sa rigidité peut entraver l'innovation et la flexibilité, et son caractère impersonnel peut la déconnecter des besoins réels des citoyens. De plus, la bureaucratie wébérienne n'explore pas les interactions et les stratégies des acteurs⁶⁸ (Crozier & Friedberg, 1977) - au sein des organisations - qui peuvent déterminer la manière dont l'action publique est mise en œuvre et perçue.

Patrick Le Galès et Pierre Lascoumes⁶⁹ (2012) identifient cinq composantes fondamentales qui façonnent l'action publique (figure 20). Ces éléments, à savoir la représentation, le processus, les résultats, les institutions et les acteurs⁷⁰, sont étroitement interconnectés et ne peuvent être facilement dissociés les uns des autres. En effet, la représentation guide la manière dont une politique est conçue, tandis que le processus détermine comment elle est mise en œuvre. Les institutions et les acteurs jouent des rôles cruciaux dans l'orchestration et la mise en œuvre de ces politiques, conduisant finalement aux résultats de l'action. L'analyse attentive de Le Galès et Lascoumes met en relief l'importance de scruter les divergences entre ce que les politiques envisagent de réaliser (intentions) et ce qui est réellement obtenu (résultats). Cette démarche est essentielle pour comprendre les potentialités et les limitations de l'action publique.

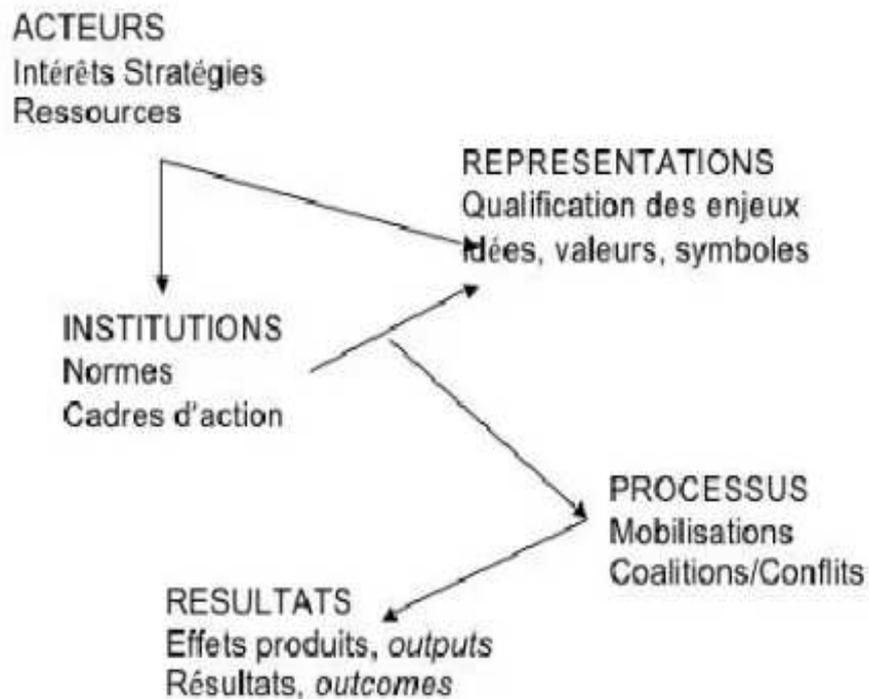
⁶⁷ Weber, M. (1946). Bureaucracy. In *From Max Weber: Essays in Sociology*, pp. 196-244.

⁶⁸ Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le Système: Les Contraintes de l'action collective*. Seuil.

⁶⁹ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique (2e édition)*, p. 128. Armand Colin.

⁷⁰ *Ibidem*.

Figure 20 : Les cinq variables de base de l'analyse de l'action publique et leurs combinaisons



Source : Pierre Lascoumes, Patrick Le Galès, *Sociologie de l'action publique. (2e édition)*, Armand Colin, coll., 2012, p. 128.

Dans cette perspective, l'examen d'un programme public, comme l'INDH, peut être abordé comme une structure organisationnelle. En se basant sur les variables⁷¹ mentionnées par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (figure 20), il est possible d'établir un cadre d'analyse qui met en lumière la manière dont l'organisation du programme public fonctionne. Cette approche pourrait offrir une meilleure compréhension des décalages existant entre les objectifs visés par une action publique et les résultats effectivement obtenus. Plus spécifiquement, cela permettrait de déchiffrer la dynamique interne du programme, notamment à travers les mécanismes de gouvernance et d'instrumentation, ainsi que l'efficacité des outils et stratégies déployés pour atteindre ses objectifs.

⁷¹ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique (2e édition)*, p. 128. Armand Colin.

L'analyse des instruments est indispensable

Le livre « *Designing Public Policies : Principles and Instruments* » de Peter Howlett (2011) apporte une contribution scientifique significative en examinant en profondeur les principes, les instruments et les processus qui sous-tendent la conception des politiques publiques. Il montre l'importance des instruments dans les actions publiques et leur lien direct avec la prise de décisions publiques⁷².

Selon Charlotte Halpern et Patrick Le Galès (2011) les contraintes des instruments d'une politique publique peuvent révéler la faiblesse de son autonomie⁷³.

Charlotte Halpern, Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2019) considèrent que l'entrée par les instruments mets la lumière sur l'organisation et la mise en place de l'action publique. Ils définissent l'action publique comme « un espace sociopolitique construit autant par des techniques et des instruments que par des finalités, des contenus et des projets d'acteurs⁷⁴ ».

Selon Charlotte Halpern, Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2019), la perspective des instruments joue un rôle primordial pour comprendre l'architecture et l'exécution de l'action publique. Plutôt que de la voir simplement comme une série d'initiatives ou de politiques, ils conçoivent l'action publique comme un espace dynamique et sociopolitique. Cet espace est façonné non seulement par des objectifs et des initiatives spécifiques des acteurs, mais également et de manière significative, par les techniques et les instruments utilisés pour sa mise en œuvre⁷⁵. Ces instruments influencent directement les résultats obtenus et l'impact sur la société. Ainsi, la

⁷² Howlett, M. (2011). *Designing Public Policies: Principles and Instruments*.

⁷³ Halpern, C. & Le Galès, P. (2011). Pas d'action publique autonome sans instruments propres : Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne. *Revue française de science politique*, vol. 61, pp. 51-78.

⁷⁴ Halpern, C., Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2019). Instrument. In *Dictionnaire des politiques publiques : Vol. 5e éd.*, pp. 321-330. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0321>

⁷⁵ *Ibidem*.

dimension instrumentale est indissociable de la compréhension de l'efficacité et de la portée réelle de l'action publique.

D'après Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2005), « un instrument de l'action publique ne se réduit pas à un simple outil technique ou administratif, il englobe une dimension à la fois technique et sociale. Cet instrument structure des interactions spécifiques entre les autorités publiques et leurs cibles, s'inspirant des conceptions et des significations qu'il incarne⁷⁶. » Qu'il soit technique, législatif, managérial, communicatif ou même symbolique, l'instrument sert de levier aux décideurs publics. Il est déployé pour traiter un enjeu ou une question spécifique dans le contexte d'une action ou d'une politique déterminée. Par conséquent, sa sélection et son utilisation sont importantes pour garantir l'efficacité de l'intervention publique, car il influe non seulement sur les modalités d'action, mais aussi sur la perception de celle-ci par les citoyens.

L'adoption d'une perspective centrée sur les instruments est, pour de nombreux chercheurs, une méthode incontournable lorsqu'il s'agit d'examiner l'action publique et son évolution, car elle est importante pour décrypter et saisir pleinement ses conséquences. Peter Hall, en évoquant le changement de paradigme⁷⁷, insiste sur l'importance des instruments dans cette évolution. Ils ne sont pas de simples outils opérationnels, leur analyse apporte un éclairage profond sur les mutations dans les pratiques publiques et les dynamiques de gouvernance⁷⁸. En scrutant ces instruments, on parvient à déceler les nuances des transformations à l'œuvre au sein des structures et des modes de gestion publiques.

Les instruments incarnent des mécanismes de gouvernance essentiels que les autorités publiques exploitent pour concrétiser leurs visions politiques⁷⁹, selon Howlett et Ramesh (1993).

⁷⁶ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. In *Gouverner par les instruments*, p. 13. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0011>

⁷⁷ Hall, P. A. (1986). *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. Polity Press.

⁷⁸ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*, p. 360. Presses de Sciences Po.

⁷⁹ Howlett, M., & Ramesh, M. (1993). Patterns of Policy Instrument Choice: Policy Styles, Policy Learning and the Privatization Experience. *Review of Policy Research*, 12(1/2), p. 4.

Plonger dans l'analyse des politiques publiques requiert une exploration attentive des instruments qu'elles engagent. Comprendre pourquoi et comment certains instruments sont privilégiés est primordial, car cela offre des perspectives sur leurs interactions avec les structures organisationnelles et les contextes systémiques⁸⁰, comme l'ont souligné Peters et Linder (1989). Chaque instrument se caractérise par son impact spécifique et les résultats qu'il vise⁸¹, comme l'a mis en avant Hood (1983).

Adopter une perspective centrée sur les instruments se révèle précieux pour saisir les nuances des politiques publiques, leurs intentions et les potentielles manipulations stratégiques qu'elles pourraient receler. Cochoy (2004) suggère que le choix et la spécificité de l'instrument sont cruciaux pour engager et obtenir l'adhésion de la population visée⁸², renforçant ainsi l'acceptabilité de l'action. En effet, une action publique est d'autant plus performante et efficace que sa dimension acceptative est anticipée et intégrée⁸³, facilitant l'implémentation et le succès des actions tout en motivant la population cible à se conformer aux directives établies⁸⁴, comme le démontrent Schade et Schlag (2003) ainsi que Loukopoulos et al. (2005).

L'analyse des instruments utilisés dans l'action publique offre une perspective profonde sur la causalité envisagée pour une action donnée, permettant ainsi de déchiffrer ses effets.

La première question à se poser est celle du « quoi » et du « pourquoi » de l'action publique. Il ne s'agit pas seulement de comprendre les motivations sous-jacentes, mais aussi d'examiner le

⁸⁰ Linder, S. H., & Peters, B. G. (1989). Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Journal of Public Policy*, 9(1), p. 36.

⁸¹ Hood, C. C. (1983). *The Tools of Government*. Red Globe Press, pp. 17-39.

⁸² Cochoy, F. (2004). La captation des publics entre dispositifs et dispositions, ou le petit chaperon rouge revisité. Dans *La captation des publics : c'est pour mieux te séduire, mon client*, pp. 11-68. Presses Universitaires du Mirail.

⁸³ Schade, J., & Schlag, B. (2003). Acceptability of Urban Transport Pricing Strategies. *Transportation Research Part F: Psychology and Behaviour*, 6(1), pp. 45-61.

⁸⁴ Loukopoulos, P., Jakobsson, C., Gärling, T., Schneider, C. M., & Fujii, S. (2005). Public attitudes towards policy measures for reducing private car use: evidence from a study in Sweden. *Environmental Science & Policy*, pp. 57-66.

processus : comment ces outils et instruments sont-ils conçus, sélectionnés et utilisés pour atteindre les objectifs fixés ? Plus important encore, quelles sont les conséquences découlant de ces choix ?

La grille d'analyse basée sur les instruments se révèle particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'étudier les actions visant à améliorer l'accès aux soins de santé en milieu rural dans le cadre de l'INDH. En examinant minutieusement les instruments mis en œuvre, nous gagnons en clarté quant à leur pertinence face aux défis spécifiques de ces territoires et leur impact potentiel.

Ce focus sur les instruments permet de déceler les stratégies sous-jacentes déployées par l'INDH et d'évaluer leur adéquation aux besoins des populations cibles. Cela peut s'avérer déterminant pour orienter des ajustements futurs, assurant ainsi que les actions publiques sont en phase avec les réalités du terrain.

L'approche instrumentale sert également de guide pour décrypter les intentions, les résultats et les dynamiques évolutives de l'action publique.

L'essence même de cette démarche est de s'interroger sur la nature, les caractéristiques et les applications des instruments. Cette interrogation conduit naturellement à la question de leur classification, un sujet largement débattu par plusieurs chercheurs tels que Hood (1986), Howlett (2000, 2011), Salamon (2002) et Le Galès et Lascoumes (2005).

La classification élaborée par Le Galès et Lascoumes (2005) offre une perspective détaillée des instruments d'action publique en liant le type d'instrument à la nature du rapport politique et à la source de leur légitimité. Leur classification (inspirée des travaux de Hood) met en lumière comment différents instruments sont utilisés et comment ils sont perçus en termes de légitimité dans le contexte politique⁸⁵ (tableau 10).

⁸⁵ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). Conclusion : De l'innovation instrumentale à la recomposition de l'Etat. *Gouverner par les instruments*, p. 361. Presses de Sciences Po.

Tableau 10 : Typologie d'instruments de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès

Type d'instrument	Type de rapport politique	Type de légitimité
Législatif et réglementaire	État tuteur du social	Imposition d'un intérêt général par des représentants mandatés élus ou des hauts fonctionnaires
Économique et fiscal	État producteur de richesse, État redistributeur	Recherche d'une utilité collective Efficacité sociale et économique
Conventionnel et incitatif	État mobilisateur	Recherche d'engagement direct
Informatif et Communicationnel	Démocratie du public	Explicitation des décisions et responsabilisation des acteurs
Normes et standards <i>Best practices</i>	Ajustements au sein de la société civile Mécanismes de concurrence	Mixte : scientifico-technique et démocratiquement négociée et/ou concurrence, pression des mécanismes de marché

Source : Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). Conclusion : De l'innovation instrumentale à la recomposition de l'Etat. *Gouverner par les instruments*, p. 361. Presses de Sciences Po.

C. Hood, en 1986, propose une approche innovante pour étudier les instruments que le gouvernement emploie pour matérialiser ses politiques publiques.

Cette réflexion le conduit à élaborer le modèle NATO⁸⁶, qui se décline en quatre composantes essentielles pour déterminer les moyens et ressources à la disposition des autorités :

⁸⁶ Hood, C. (1986). *The Tools of Government*. Chatham House Publishers.

1. **Nodality (Noeud de réseau) :**

- Description : Cette composante met en lumière le rôle central du gouvernement comme carrefour d'informations.
- Fonction : Le gouvernement, en tant que principal nœud d'information, joue un double rôle. Il collecte des informations pertinentes de diverses sources et les diffuse ensuite de manière efficace pour orienter et informer ses actions.

2. **Authority (Autorité) :**

- Description : Il s'agit de l'emprise légale et légitime que le gouvernement détient.
- Fonction : En tant que garant du respect des lois et règlements, le gouvernement exerce son pouvoir pour veiller à l'application correcte et juste du droit.

3. **Treasure (Trésor) :**

- Description : Cela concerne la gestion financière par l'État.
- Fonction : L'État, en tant que gestionnaire des finances publiques, prend en charge la création, la collecte et la redistribution des ressources financières, garantissant ainsi le financement de ses politiques et actions.

4. **Organization (Organisation) :**

- Description : Cette composante met l'accent sur la structure administrative de l'État.
- Fonction : L'État, grâce à son organisation administrative solide, détient une capacité d'action et d'implémentation de ses décisions, assurant ainsi la mise en œuvre effective de ses politiques.

Par ailleurs, C. Hood développe une autre perspective en classant les instruments d'action publique selon le degré de contrôle exercé par l'État. Cette classification se divise en trois catégories :

1. **Instruments contraignants** : Ceux-ci imposent des obligations strictes, avec des sanctions pour non-conformité.
2. **Instruments volontaires** : Ces outils encouragent la participation sans imposer de sanctions. Ils reposent sur la persuasion et l'incitation.

3. **Instruments mixtes** : Comme leur nom l'indique, ils combinent des éléments des deux précédents, offrant un équilibre entre contrainte et incitation.

Cette approche de C. Hood offre une vision éclairée des modalités par lesquelles le gouvernement traduit ses politiques en actions concrètes.

M. Howlett, dans ses travaux de 2000⁸⁷ et 2011⁸⁸, propose une autre perspective pour catégoriser les instruments utilisés dans la mise en œuvre des politiques publiques. Sa classification repose sur deux catégories majeures, mettant en exergue les domaines et les acteurs sur lesquels ces instruments agissent :

1. **Instruments substantifs** :

- Description : Ces instruments s'intéressent directement à la structure même de la production et de la distribution au sein d'une société ou d'un secteur.
- Impact : Ils ont le potentiel de modifier les mécanismes de production, de distribution et de consommation. Cela peut impliquer, par exemple, des interventions directes dans le marché, telles que des subventions, des taxes, ou la réglementation de certaines activités économiques. L'objectif de ces instruments est d'apporter des changements tangibles dans les systèmes économiques ou sociaux.

2. **Instruments procéduraux** :

- Description : Ces instruments, quant à eux, ne ciblent pas directement la structure économique ou sociale, mais plutôt la manière dont les acteurs opèrent au sein de ces structures.
- Impact : Ils visent à influencer, guider ou encadrer le comportement des différents acteurs impliqués dans un processus ou une activité. Cela peut se traduire par des codes de conduite, des normes de processus, ou encore des directives pour orienter

⁸⁷ Howlett, M. (2000). *Managing the 'Hollow State': Procedural Policy Instruments and Modern Governance. Canadian Public Administration.*

⁸⁸ Howlett, M. (2011). *Designing Public Policies: Principles and Instruments.*

les décisions et actions. En mettant l'accent sur le "comment", ces instruments cherchent à assurer que les acteurs agissent de manière conforme aux objectifs de la politique publique.

Ainsi, selon la vision de M. Howlett, la mise en œuvre efficace des politiques publiques nécessite une combinaison judicieuse d'interventions à la fois sur la structure (instruments substantifs) et sur les comportements (instruments procéduraux).

L'analyse de l'instrumentation est primordiale

L'analyse de l'instrumentation revêt une place importante dans la mise en œuvre des politiques publiques. En allant au-delà du simple examen des instruments eux-mêmes, elle offre une compréhension approfondie des mécanismes associés qui façonnent et déterminent l'action publique.

L'instrumentation, définie par Charlotte Halpern, Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès comme « l'étude des choix et des utilisations des outils et dispositifs permettant de concrétiser l'action publique⁸⁹ », offre un éclairage précieux sur les facteurs qui influencent ses décisions⁹⁰, comme les caractéristiques et l'identité des acteurs impliqués⁹¹.

Mais l'instrumentation ne se limite pas à une simple liste d'instruments ou de dispositifs. Elle caractérise la relation dynamique entre les gouvernants et les gouvernés, une relation qui peut évoluer au fil du temps. Elle met également en évidence les risques d'instrumentalisation ou de manipulation des citoyens par le pouvoir en place.

⁸⁹ Halpern, C., Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2014). Introduction, L'instrumentation et ses effets : débats et mises en perspective théoriques. *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*, pp. 17-46. Presses de Sciences Po.

⁹⁰ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po.

⁹¹ *Ibidem*.

L'analyse de l'instrumentation révèle des impacts à long terme sur la transformation de l'action publique (Halpern et al., 2014).

Il est donc fondamental d'explorer le processus d'instrumentation dans son contexte organisationnel et institutionnel. Cette démarche permet d'appréhender les conséquences des choix d'instruments et d'identifier d'éventuelles divergences ou anomalies dans leur mise en œuvre et leurs résultats. Une telle analyse permettrait une meilleure adéquation des actions publiques avec les réalités du terrain et les besoins des citoyens.

Michael Howlett, M Ramesh et Xun Wu ont souligné en 2015 que, bien que le maintien des échecs dans les politiques publiques soit couramment reconnu en science politique, il reste difficilement expliqué⁹².

Ces chercheurs (Howlett, et al., 2015) avancent l'idée que pour réellement appréhender la persistance de ces échecs, il est essentiel d'étudier une variété de facteurs, aussi bien internes qu'externes au système politique. Parmi ces éléments, ils identifient l'importance des structures institutionnelles politiques et de leur rôle dans le processus décisionnel. Ils estiment également que la capacité de gouvernance, avec ses limites inhérentes, peut grandement influencer la réussite ou l'échec d'une politique⁹³. Pour ces auteurs, une analyse approfondie des divers éléments structurels et conjoncturels du paysage politique est essentielle pour déchiffrer les raisons persistantes des échecs politiques.

Il devient ainsi essentiel de se pencher sur l'instrumentation de l'action publique en adoptant une approche double.

D'une part, il s'agit d'examiner minutieusement son environnement interne en évaluant la qualité et l'efficacité de sa gouvernance et de son instrumentation. Cette introspection permettra de

⁹² Howlett, M., et al. (2015). Understanding the Persistence of Policy Failures: The Role of Politics, Governance and Uncertainty. *Public Policy and Administration*, vol. 30, no. 3–4, pp. 209–220.

⁹³ *Ibidem*.

comprendre les mécanismes internes, les procédures et les dynamiques qui façonnent l'action publique de l'intérieur.

D'autre part, une attention particulière doit être portée à l'environnement externe de l'action publique. Cet environnement englobe les différentes pressions institutionnelles, qu'elles soient d'ordre politique, économique ou social. Ces pressions peuvent souvent influencer, voire redéfinir, la manière dont la gouvernance et l'instrumentation sont exercées, en introduisant de nouveaux enjeux ou en modifiant les priorités.

Pour une compréhension complète et nuancée de l'instrumentation de l'action publique, une analyse conjointe de ses dimensions internes et externes est essentielle. Une telle approche holistique permettra d'appréhender toutes les variables en jeu et d'orienter efficacement l'action publique.

2. L'action publique expliquée par son environnement institutionnel

L'influence des pressions institutionnelles

La Théorie Néo-Institutionnelle⁹⁴ (TNI), mise en avant par P. Powell et W. DiMaggio, souligne l'importance de la légitimité sociale dans la dynamique des organisations. Ces organisations, dans leur quête de reconnaissance et d'acceptabilité, changent⁹⁵ et s'orientent vers une uniformisation des structures et des comportements⁹⁶ selon les attentes et les normes⁹⁷ de la société (Scott, 1987). Les organisations adoptent et se conforment à des pratiques et des normes similaires dans l'espoir d'améliorer leur performance⁹⁸ (North, 1990) et de renforcer leur légitimité^{99 100} (DiMaggio & Powell, 1983, 1991 ; Scott, 1995).

Au cœur de cette théorie se trouve le concept d'isomorphisme¹⁰¹ (Scott, 1995), qui illustre la tendance des organisations à adopter des pratiques et des standards similaires au fil du temps, créant une certaine homogénéité¹⁰² au sein de leur champ organisationnel. L'institutionnalisation, quant à elle, fait référence à la manière dont ces pratiques deviennent routinisées, ancrées et acceptées.

⁹⁴ Powell, W. W., & DiMaggio, P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press.

⁹⁵ DiMaggio, P. (1998). The New Institutionalisms : Avenues of Collaboration. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE) / Zeitschrift Für Die Gesamte Staatswissenschaft*, vol. 154, no. 4, pp. 696–705.

⁹⁶ DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, vol. 48, no. 2, pp. 147–160.

⁹⁷ Scott, W. R. (1987). The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, vol. 32, no. 4, pp. 493-511. <https://doi.org/10.2307/2392880>

⁹⁸ North, D.C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press

⁹⁹ DiMaggio, P.J., & Powell, W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, vol. 48, no. 2, pp. 147-160.

¹⁰⁰ Scott, R.W. (1995). *Institutions and organizations*. Sage.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Dans la théorie néo-institutionnelle, l'homogénéisation des pratiques est désignée par le terme "isomorphisme". Selon Scott (1995), cet isomorphisme peut être de trois types : coercitif, normatif et mimétique.

Comme le soulignent Meyer et Rowan (1977), les organisations cherchent continuellement à s'harmoniser avec les pratiques dominantes et les attentes prévalentes dans leur environnement.

Granovetter (1985) va même plus loin en suggérant que l'évolution organisationnelle est fortement influencée par les relations sociales, les normes et les pressions institutionnelles¹⁰³. Ces éléments façonnent le comportement des organisations, les poussant à adopter des pratiques qui répondent non seulement à des impératifs économiques, mais aussi à des exigences sociales.

Dans le contexte des programmes publics, comme l'INDH, cette théorie prend une dimension particulière. L'INDH, en tant qu'organisation, caractérisée par une gouvernance multi-niveau, englobant différents secteurs, acteurs et territoires, est exposée aux pressions institutionnelles. L'instrumentation de ses actions, s'inscrit dans un réseau d'interactions denses et variées entre ses divers acteurs.

Selon DiMaggio et Powell (1991), deux principes néo-institutionnels jouent un rôle central ici : l'isomorphisme dû aux pressions externes et la recherche de légitimité.

Le premier principe renvoie à la tendance des organisations publiques à s'inspirer d'autres, qu'elles soient nationales ou étrangères, adoptant ainsi des pratiques semblables. Il s'agit d'un comportement commun de « mimétisme » (isomorphisme de nature mimétique), où les organisations modifient ou créent des instruments en s'inspirant de ce qui est perçu comme étant les meilleures pratiques. L'isomorphisme peut se manifester de différentes manières également, notamment sous des formes coercitives ou normatives.

Le second principe met en avant l'importance des acteurs légitimes, notamment les citoyens (Oliver, 1991), dans la création et l'évolution des actions publiques. L'engagement actif de ces parties prenantes confère une légitimité aux actions entreprises, comme le souligne Laufer et Burlaud (1997). En effet, lorsqu'une organisation peut démontrer que ses actions sont co-

¹⁰³ Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, vol. 91, no. 3, pp. 481-510.

construites avec, ou du moins validées par, ceux qu'elle sert, elle gagne en crédibilité et en acceptabilité auprès du public.

L'INDH est un terrain d'étude pertinent pour approfondir notre compréhension du phénomène d'isomorphisme. En étudiant ce phénomène au sein de l'INDH, on aspire à saisir l'évolution des actions menées pour faciliter l'accès aux soins de santé dans les zones rurales. Avec ce phénomène l'INDH devrait adopter un processus de conformation à ses environnements¹⁰⁴, afin d'améliorer les impacts de ses actions. Comment ces changements ont-ils façonné la gouvernance et l'instrumentation de l'INDH ? Un examen approfondi du degré et de la dynamique de l'isomorphisme au sein de cette organisation pourrait révéler des lacunes, mais aussi des opportunités d'optimisation.

Enfin, une analyse de l'engagement des acteurs reconnus comme « légitimes » s'avère importante. Leur participation active offre une perspective précieuse sur la manière dont les actions publiques sont perçues et acceptées par la population. Par ce prisme, il est possible de sonder la légitimité des actions de l'INDH aux yeux des citoyens, et d'évaluer ainsi leur niveau d'acceptation et de satisfaction, en particulier chez les habitants des zones rurales.

¹⁰⁴ Bietry, F. (2005). Changement et théorie neo-institutionnelle : Le cas des relations collectives françaises. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, vol. 8, no. 2, pp. 65-97.

La gouvernance et la légitimité

Dans la littérature, la gouvernance se distingue par sa complexité, touchant à la fois à l'éthique et au contrôle en politique. Elle guide les actions politiques en s'appuyant sur des valeurs et des principes, assurant la transparence et la responsabilité, et renforçant ainsi la confiance entre les dirigeants et les citoyens. Par ailleurs, elle intègre des mécanismes de surveillance et d'évaluation pour veiller à la bonne mise en œuvre des politiques, garantissant leur conformité aux lois et aux attentes du public.

L'orientation récente de l'action publique promeut une gouvernance ouverte, avec une gestion transparente, en mettant l'accent sur la discussion ouverte des normes, de la coopération et de la concertation¹⁰⁵ (Gaudin, 2002). Elle viserait à stimuler la synergie, la flexibilité et la créativité dans l'instrumentation des actions publiques.

La gouvernance contemporaine se fragmente en une multitude d'acteurs et de processus, où l'État, loin d'être l'unique régulateur, partage le pouvoir avec des agences variées et des réseaux de négociation¹⁰⁶. Les politiques publiques sont désormais le produit d'une gestion flexible et négociée plutôt qu'un ensemble d'actions unilatérales. Ce paradigme évolue vers une régulation qui favorise l'information et la persuasion au détriment d'une approche autoritaire et centralisée.

La notion multi-niveau de la gouvernance se réfère à la multiplicité des échelons, des parties prenantes, des instruments et des « centres de décisions » façonnés par des « Interactions complexes à plusieurs niveaux impliquant divers acteurs, qui opèrent dans des domaines politiques et des zones de légitimité différentes, tout en étant mutuellement interconnectés¹⁰⁷. », (Poupeau, 2017).

¹⁰⁵ Gaudin, J.-P. (2002). Conclusion. Quelles perspectives pour la gouvernance ? *Pourquoi la gouvernance ?* pp. 129-134. Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/pourquoi-la-gouvernance--9782724608992-p-129.htm>

¹⁰⁶ Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. In *Gouverner par les instruments*, pp. 11-44. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0011>

¹⁰⁷ Poupeau, F.-M. (2017). Comprendre un monde polycentrique. In *Analyser la gouvernance multi-niveaux*, pp. 9-42. Presses universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/analyser-la-gouvernance-multi-niveaux-->

Pour François-Mathieu Poupeau (2017), l'analyse des systèmes multi-niveaux émerge dès lors qu'une autorité légitime opte pour la mise en place d'institution de gouvernance « infraterritoriales » pour administrer un territoire spécifique ou choisit d'étendre son influence en collaborant avec d'autres entités au-delà de ses frontières habituelles¹⁰⁸.

François-Mathieu Poupeau (2017) présente diverses approches pour analyser la gouvernance multi-niveaux dans le cadre de l'action publique, comme illustré dans le tableau ci-après¹⁰⁹. L'approche combinant les principes de la sociologie des organisations et des instruments de gestion semble particulièrement adéquate.

Cette double approche, par le champ et par les instruments¹¹⁰, qui traite à la fois les jeux des acteurs et l'utilisation des instruments, offre un cadre d'analyse cohérent et pertinent pour notre étude sur les problèmes de gouvernance et l'efficacité de l'action publique en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc, dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH).

Dans notre recherche, nous percevons la gouvernance multi-niveaux comme un terrain ou un espace d'interaction¹¹¹, inspiré de la notion introduite par Moreau Defarges en 2011. Sur ce terrain, différents participants s'engagent selon certaines règles, cherchant des initiatives collectives avantageuses pour tous. Cette approche souligne la nécessité de collaboration, de dialogue et l'importance des règles pour guider des interactions bénéfiques mutuellement.

9782706126826-p-9.htm

¹⁰⁸ Poupeau, F.-M. (2017). Comprendre un monde polycentrique. In *Analyser la gouvernance multi-niveaux*, pp. 9-42. Presses universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/analyser-la-gouvernance-multi-niveaux--9782706126826-p-9.htm>

¹⁰⁹ *Ibidem.*, Conclusion, pp. 203-212.

¹¹⁰ *Ibidem.*

¹¹¹ Moreau Defarges, P. (2015). La gouvernance. *Le monde de la gouvernance*. 4e éd., pp. 53-72. Presses Universitaires de France. URL : <https://www.cairn.info/la-gouvernance--9782130584544-p-53.htm>

Tableau 11 : Principales approches de l'analyse multi-niveaux, (Poupeau, 2017)

	Proposition théorique	Concepts-clés	Objets/focales d'analyse privilégiés	Principales disciplines mobilisées	Matériaux, méthodes et outils
<i>Approches formalistes</i>	L'AMN peut se déduire de la distribution <i>ex ante</i> des ressources du système institutionnel	Structures Règles Procédures Le formel comme institution	Les systèmes constitutionnels Les règles, le droit, les normes administratives, les ressources financières	Droit Science administrative	Informations officielles (juridiques, financières, etc.) Tableaux, schémas fonctionnels et typologies
<i>Approches interorganisationnelles</i>	L'AMN découle de jeux informels entre des acteurs interdépendants	Système d'acteurs Interdépendance Jeux, pouvoir, négociation Relais	La définition et la mise en œuvre des politiques publiques	Sociologie des organisations	Entretiens qualitatifs Représentation du système d'action
<i>Approches (néo)marxistes</i>	L'AMN révèle et véhicule les rapports de domination économique	Rapports de classe Domination Autonomie relative Systèmes productifs Idéologie	Les mutations du capitalisme La partition des tâches État-pouvoirs locaux Le rôle de cadrage des pouvoirs publics	Économie politique Sociologie urbaine Géographie économique et urbaine	Données surtout quantitatives Schémas de causalité économique et institutionnelle
<i>Approches par le champ</i>	L'AMN est l'un des lieux de la reproduction des formes de la domination sociale	Jeux Champ Capital Habitus Position Domination	L'étude des trajectoires et des positions individuelles La concurrence dans l'accès aux ressources	Sociologie politique	Données quantitatives et qualitatives Représentation sous forme d'« espace social »
	Proposition théorique	Concepts-clés	Objets/focales d'analyse privilégiés	Principales disciplines mobilisées	Matériaux, méthodes et outils
<i>Approches par les réseaux</i>	L'AMN résulte de l'action de multiples réseaux d'acteurs, publics et privés, en partie autonomes	Polycentrisme Polyarchie Négociation <i>Problem-solving</i> Idées, persuasion, apprentissage collectif	Origine et formation des réseaux Accès aux centres de décision Structuration ascendante (<i>bottom up</i>)	Sociologie des organisations Sociologie des réseaux	Données quantitatives et qualitatives Configuration des réseaux (participants, connexions, extensions, etc.)
<i>Approches par les institutions</i>	L'AMN est façonnée par les normes et les valeurs produites par les institutions	Normes et valeurs Cultures <i>Path dependence</i> Intériorisation Rôle et légitimité Socialisation	La production et la diffusion de modèles d'action légitimes (<i>patterns</i>)	Sociologie politique Ethnologie	Entretiens qualitatifs Observations participantes et non-participantes
<i>Approches par les instruments</i>	L'AMN est structurée par l'« efficacité » des instruments d'action publique	Négociation ou gouvernementalité Action à distance Autonomie et contrôle Performativité Régulation	Genèse et mise en œuvre des instruments Contenu normatif des instruments Effets de conformation	Sociologie des sciences et des techniques Sociologie des organisations et des outils de gestion	Entretiens qualitatifs. Analyse textuelle et discursive

Source : Poupeau, F.-M. (2017). Conclusion. In *Analyser la gouvernance multi-niveaux*, pp. 211-212. Presses universitaires de Grenoble.

Aujourd'hui, la gouvernance symbolise une approche plus ouverte et décentralisée de la prise de décision, associant des acteurs aux statuts variés. Allant de la gestion publique à la participation citoyenne, elle complète les formes traditionnelles d'administration de l'action publique. Elle vise l'efficacité institutionnelle et la pertinence de ses interventions, cherchant à impliquer davantage les acteurs concernés dans le processus décisionnel. La gouvernance - dans le domaine public - peut illustrer un idéal de gestion, de coordination optimale et d'instrumentation efficace entre différents acteurs aboutissant à la réalisation des objectifs attendus ou à des résultats satisfaisants des actions publiques entreprises.

La gouvernance va au-delà d'une simple description des évolutions actuelles des méthodes de gouvernement. Bien qu'elle s'adapte aux différents acteurs et contextes institutionnels, la gouvernance porte également une vision normative. Elle n'est pas seulement une observation neutre ; elle est teintée d'un idéal, celui d'une transformation conduisant à des prises de décision à la fois plus efficaces et plus démocratiques. Ce concept englobe les structures de pouvoir et les mécanismes décisionnels qui guident et délimitent les actions des dirigeants¹¹².

Cependant, la gouvernance dépend de la légitimité des acteurs et de ses organes structurels. Selon Max Weber, la légitimité est liée à l'autorité et dépend de la reconnaissance par les individus de la légitimité des normes et des règles en vigueur dans une société¹¹³. Giddens, soutient que la légitimité est liée à la structuration de la société, c'est-à-dire à la façon dont les normes et les règles sont créées et maintenues¹¹⁴. Il souligne également l'importance des pratiques dans la construction

¹¹² Charreaux, G. (1996). *Vers une théorie du gouvernement des entreprises*.

<https://www.researchgate.net/publication/4799182>

¹¹³ Stark, W. (1970). Review of *Economy and Society : An Outline of Interpretive Sociology*; *The Iron Cage: An Historical Interpretation of Max Weber* [Review of *Review of Economy and Society : An Outline of Interpretive Sociology; The Iron Cage: An Historical Interpretation of Max Weber*, par M. Weber, G. Roth, C. Wittich, & A. Mitzman]. *Sociological Analysis*, vol. 31, no. 4, pp. 223-228.

¹¹⁴ Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society : Outline of the Theory of Structuration*. University of California Press.

de la légitimité. Suchman (1995), quant à lui, considère la légitimité comme une perception commune de l'acceptabilité des organisations, grâce à leur conformité aux normes et aux croyances consenties socialement¹¹⁵.

Max Weber, qui percevait l'État comme l'incarnation suprême d'une autorité légitime, le décrivant comme une entité ayant le monopole de l'usage légitime de la force physique. Il a élaboré une typologie de légitimité en trois volets : traditionnelle, charismatique et rationnelle-légale¹¹⁶. Pour Weber, la notion de domination s'ancre dans l'acceptation sociale, où la capacité d'une autorité à exercer le pouvoir dépend de la volonté des gouvernés de se soumettre, qu'ils soient motivés par des raisons intrinsèques ou extrinsèques¹¹⁷.

La légitimité rationnelle-légale s'appuie sur la conformité aux lois et règlements. Par exemple, l'élection d'un président dans une démocratie est un acte qui le légitime. Cette forme de légitimité repose sur une fidélité aux lois et aux principes universels, indépendamment des attributs personnels du dirigeant.

La légitimité charismatique, quant à elle, est ancrée dans l'aura et les qualités exceptionnelles d'un individu. Elle découle de la reconnaissance du charisme d'un leader, perçu comme possédant des compétences ou une essence quasi-divine, supérieures à celles des mortels ordinaires.

La légitimité traditionnelle se base sur une domination établie par des coutumes anciennes et universellement acceptées, offrant un respect inébranlable aux traditions établies.

¹¹⁵ Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management Review*, vol. 20, no. 3, pp. 571-610. <https://doi.org/10.2307/258788>

¹¹⁶ Stark, W. (1970). Review of *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*; *The Iron Cage: An Historical Interpretation of Max Weber* [Review of *Review of Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology; The Iron Cage: An Historical Interpretation of Max Weber*, par M. Weber, G. Roth, C. Wittich, & A. Mitzman]. *Sociological Analysis*, vol. 31, no. 4, pp. 223-228.

¹¹⁷ Kauffmann, E. (2014). « Les trois types purs de la domination légitime » de Max Weber : les paradoxes de la domination et de la liberté. *Sociologie*, vol. 5, pp. 307-317. <https://doi.org/10.3917/socio.053.0307>

Il est important de noter que la conceptualisation de Weber se concentre sur les dominants, négligeant les raisons pour lesquelles les dominés se soumettent à cette domination.

En effet, dans le contexte contemporain, la fidélité et l'adhésion des citoyens ne dépendent pas uniquement de leur reconnaissance des lois, mais aussi de leur perception des résultats des politiques menées. Des révoltes comme le Printemps arabe (visible en Tunisie, Libye, Égypte et Syrie) ou le mouvement des Gilets Jaunes en France démontrent que la crédibilité d'un gouvernement peut être contestée s'il est jugé déconnecté des réalités et des attentes citoyennes. Pour être reconnu et accepté, le gouvernement doit montrer qu'il est attentif et efficient, apportant des solutions adéquates aux besoins des citoyens.

Lorsque les pouvoirs publics rencontrent des difficultés à traiter certaines problématiques, ils peuvent être amenés à revisiter leurs fondements idéologiques¹¹⁸ pour répondre aux attentes sociales (selon Ansart, 1977). Pour réduire les tensions sociales, il est possible que les gouvernements optent pour une approche participative, en encourageant une gouvernance de bas en haut. Cela peut engendrer une forme renouvelée de légitimité, basée sur l'engagement citoyen, transformant ainsi le citoyen en un élément actif de la mise en œuvre des actions publiques.

Au-delà de cette seule légitimation, l'implication de l'ensemble des acteurs concernés peut également servir de tampon face aux revendications croissantes et aligner les actions publiques avec les attentes citoyennes.

Cette dynamique participative renforce la validité des actions publiques, offrant un fondement à la légitimité des décisions publiques. Elle positionne le citoyen, non plus comme simple observateur, mais comme un acteur muni d'un pouvoir collectif et influent. Dans ce contexte, l'engagement citoyen devient central à la gouvernance, établissant le citoyen comme une entité incontournable dans la mise en œuvre des actions publiques.

¹¹⁸ Ansart, P. (1977). *Idéologies, conflits et pouvoir*. Presses universitaires de France.

Dans le contexte de la décentralisation, où de nombreuses décisions sont prises à l'échelon local, les citoyens cherchent de plus en plus à défendre leurs intérêts collectifs. Cette participation active au sein de la gouvernance publique soulève naturellement des questions de représentativité¹¹⁹ et, plus largement, de légitimité¹²⁰. Il devient essentiel de garantir que les processus décisionnels locaux reflètent fidèlement les préoccupations et les aspirations de la population, tout en assurant la validité et la crédibilité des choix effectués. Cette dynamique de décentralisation met en lumière l'importance de la démocratie participative et de la légitimité démocratique à l'échelle locale, contribuant ainsi à l'évolution des pratiques démocratiques au sein des sociétés modernes.

La légitimité d'une organisation publique repose en grande partie sur la légitimité de ses acteurs. Cette légitimité renforce l'acceptation des actions entreprises et souligne le rôle déterminant de la participation citoyenne dans la gouvernance publique. La participation citoyenne, souvent débattue, s'entend comme un ensemble de démarches impliquant tant les élus que les citoyens, visant à intégrer ces derniers dans le processus décisionnel. Il s'agit d'un moyen d'ajuster le fonctionnement des institutions pour favoriser une démocratie de proximité, combinant aspects politiques et gestionnaires au sein des territoires.

La participation citoyenne dans la gouvernance peut être déterminante pour légitimer les actions publiques, renforçant de ce fait l'acceptation sociale de la part des bénéficiaires. Les notions d'acceptabilité et d'acceptation sociales ont émergé comme facteurs clés dans le débat politique (notamment français), soulignant l'importance du consensus public sur les politiques gouvernementales¹²¹. L'acceptation sociale désigne la reconnaissance rétrospective d'une action ou

¹¹⁹ Rodet, D. (2008). Loïc Blondiaux, Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative. *Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.609>

¹²⁰ Duchastel, J. (2005). Légitimité démocratique : Représentation ou participation ? *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 7, n° 1. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.1986>

¹²¹ Hamelin, F. (2023). Introduction. Innovation publique et acceptation sociale. In *L'acceptation sociale*, pp. 8-24. EMS Editions. <https://www.cairn.info/l-acceptation-sociale--9782376877387-page-8.htm>

d'un programme terminé, tandis que l'acceptabilité sociale se réfère à l'appréhension préalable qui précède l'exécution d'une action publique¹²².

L'ampleur de l'acceptabilité et de l'acceptation découle d'un effort politique visant à légitimer les actions publiques, elle reflète le succès des stratégies politiques qui vise à engager et mobiliser activement les citoyens concernés et impactés¹²³. La clé du succès ou de l'échec de l'action publique repose sur une mobilisation efficace pour une participation citoyenne active dans la gouvernance, essentielle pour légitimer les initiatives et garantir leur acceptation sociale.

Cependant, l'acceptation sociale est stratégiquement utilisée par les décideurs pour assurer le succès des actions publiques, la recherche de l'adhésion des populations concernées peut être instrumentalisée¹²⁴, ce qui soulève la question de la véritable participation des citoyens dans la mise en œuvre des politiques publiques.

Loïc Blondiaux (2008) met en évidence un mouvement émergent en réaction aux critiques grandissantes envers la démocratie représentative et à l'essor des pratiques de démocratie participative¹²⁵, principalement au niveau local. Il défend la reconnaissance et la valorisation de ces formes de participation, les considérant comme une réponse appropriée aux lacunes actuelles de la démocratie, telles que la distance entre les élus et les citoyens, la méfiance envers les institutions et la concentration du pouvoir entre les mains d'une élite restreinte. Pour Blondiaux, la démocratie participative offre la possibilité de rétablir un lien direct entre les citoyens et les processus décisionnels, ce qui pourrait réduire le déficit démocratique et renforcer la légitimité de la politique.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Hamelin, F. (2023). Introduction. Innovation publique et acceptation sociale. In *L'acceptation sociale*, pp. 8-24. EMS Editions. <https://www.cairn.info/l-acceptation-sociale--9782376877387-page-8.htm>

¹²⁴ *Ibidem*.

¹²⁵ Blondiaux, L. (2008). *Le nouvel esprit de la démocratie : Actualité de la démocratie participative*. Le Seuil.

Le programme public de l'INDH ambitionne une approche de démocratie participative, valorisant la collaboration comme principal moyen de conception, médiation et validation des actions. Plus qu'une simple mise en pratique d'une éthique basée sur la théorie des parties prenantes¹²⁶, l'État aspire à intégrer divers intervenants (experts, responsables, associations et citoyens) dans l'instrumentation et la validation des actions publiques. Cette approche est censée renforcer la légitimité de l'INDH, tout en permettant aux acteurs non politiques d'offrir des solutions adaptées aux besoins locaux.

Cependant, l'efficacité d'une participation ne se limite pas aux mécanismes de concertation en place. Elle est également influencée par la sincérité et l'engagement des participants, ainsi que par la pertinence des outils qu'ils déploient. Si des structures sont érigées simplement pour se conformer à des réglementations ou répondre à des directives, nationales ou internationales, sans une véritable intention participative, cela équivaut à instrumentaliser la participation à des fins politiques. De telles démarches peuvent affaiblir la gouvernance et la dynamique participative, car elles manquent d'une véritable approche constructive et d'une méthodologie adaptée définissant clairement les responsabilités et les rôles de chaque participant.

Dans un contexte de gouvernance à plusieurs niveaux, l'engagement actif de toutes les parties prenantes est capital. Certains acteurs, bien que disposant d'un pouvoir limité, peuvent, grâce à leur grande représentativité, renforcer la légitimité d'une gouvernance et influencer positivement la perception publique des actions entreprises. Une gouvernance qui implique activement et sincèrement tous ses acteurs est plus à même de produire des actions publiques qui bénéficient d'une acceptation large et d'une légitimité renforcée.

La légitimité peut être caractérisée par un pouvoir qui repose moins sur la contrainte et davantage sur l'adhésion volontaire des individus à son autorité (Hamelin, 2023).

¹²⁶ La théorie des parties prenantes (stakeholders theory) a été développée par R. Edward Freeman (1984). Elle met en avant la notion essentielle de prendre en compte les intérêts particuliers de tous les acteurs impliqués dans une entreprise. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les propriétaires ou les actionnaires, cette théorie reconnaît l'importance de tenir compte des besoins, des préoccupations et des attentes de l'ensemble des parties prenantes, en les plaçant au centre de la prise de décision.

La légitimité d'une action publique dépend de sa conception, de la manière dont elle est gouvernée et de sa mise en œuvre. Une action perçue comme légitime par le public n'est pas nécessairement la plus efficace, mais elle est potentiellement plus acceptable.

Cette acceptation repose donc, en grande partie sur la légitimité de ses parties prenantes. Selon Mitchell et al. (1997), les parties prenantes (stakeholders) peuvent être classifiées selon trois critères essentiels¹²⁷ :

1. **Pouvoir** : Il renvoie à la capacité d'une partie prenante à influencer et décider par rapport aux autres.
2. **Légitimité** : C'est la reconnaissance de l'acceptabilité d'une partie prenante basée sur les normes culturelles, sociales ou organisationnelles.
3. **Urgence** : Il s'agit de l'importance et de la nécessité d'agir rapidement concernant les besoins d'une partie prenante.

Les auteurs (Mitchell et al., 1997) ont défini les stakeholders selon une combinaison de ces critères, aboutissant à plusieurs catégories¹²⁸ :

- **Definitive stakeholders** : Ceux qui combinent le pouvoir, la légitimité et l'urgence.
- **Dépendants** : Ceux qui allient légitimité et urgence.
- **Dangereux** : Ceux qui cumulent pouvoir et urgence.
- **Dominants** : Ceux qui associent pouvoir et légitimité.
- **Dormants** : Ceux définis uniquement par le pouvoir.
- **Discretionnaires** : Ceux identifiés par leur légitimité.
- **Demandeurs** : Ceux définis par leur urgence.

Dans le contexte actuel marqué par d'importantes pressions institutionnelles (notamment sociales), on peut postuler que certaines parties prenantes qui détiennent la légitimité (sans

¹²⁷ Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *Academy of Management Review*, vol. 22, no. 4, pp. 872-873. <https://doi.org/10.5465/AMR.1997.9711022105>

¹²⁸ *Ibidem.*, pp. 873-879.

nécessairement avoir le pouvoir) jouent un rôle important dans la légitimation des actions publiques. Dans le cadre de l'INDH, il s'agit de la population, considérée comme « dépendante » parce qu'elle allie légitimité et urgence, et les experts, comme les médecins, perçus comme « discrétionnaires » en raison de leur légitimité.

La prise en compte de la population, qui représente le cœur des « dépendants » en raison de sa légitimité intrinsèque et de l'urgence de ses besoins, est nécessaire dans toute démarche de gouvernance publique participative. Les gouvernements reconnaissent de plus en plus l'importance d'inclure les citoyens dans la conception et la mise en œuvre des actions publiques.

Néanmoins, l'implication des citoyens et, plus largement, des parties prenantes légitimes, ne devrait pas se résumer à une simple consultation. Elle devrait conduire à une véritable co-décision. L'évaluation du degré d'implication des parties prenantes légitimes (les citoyens en particulier) est également essentielle pour identifier et remédier aux potentielles lacunes dans la gouvernance et dans l'instrumentation des actions publiques.

Nous analyserons dans ce cadre les différents aspects de la gouvernance INDH (durant ces deux premières phases de déploiement) à travers ses systèmes de coordination et d'instrumentation et à travers sa dynamique d'actions, à la lumière de son environnement institutionnel.

3. Le programme public comme méta-organisation : la quête du consensus

La perspective organisationnelle traditionnelle, qui se concentre sur le fonctionnement interne d'une entité, peut être enrichie par une vision méta-organisationnelle qui considère l'organisation d'un programme public comme une entité qui rassemble plusieurs organisations autonomes. Un exemple concret est fourni par le programme public de l'INDH (Initiative Nationale pour le Développement Humain), qui implique une "coordination nationale" composée de plusieurs ministères tels que la santé, le transport, l'aménagement du territoire, et l'intérieur, entre autres. Cette approche méta-organisationnelle nous permet d'explorer les lacunes qui peuvent survenir dans les relations avec les environnements et les partenaires externes de l'INDH.

Une méta-organisation diffère fondamentalement des organisations individuelles, car elle doit répondre à des enjeux, des contraintes et un mode de fonctionnement distincts. Lorsqu'une organisation de programme public ou une politique publique se trouve confrontée à un environnement économique ou institutionnel en mutation, ce qui peut l'amener à subir d'importantes transformations ou à remettre en question sa crédibilité, ses interventions, ou leurs effets, elle doit adopter des réponses spécifiques. Il s'agit souvent de repenser ses structures, ses méthodes de coordination et sa communication avec les différentes parties prenantes, tout en s'adaptant de manière proactive aux évolutions de son environnement pour garantir la pertinence et l'efficacité de ses actions.

L'analyse des méta-organisations - qui sont composées de membres qui ne sont pas des individus, mais plutôt des entités organisationnelles (telles que des ministères et des partenaires externes, dans le cas de l'INDH) - s'inscrit dans le cadre de la théorie des méta-organisations¹²⁹, qui a été développée par Göran Ahrne et Nils Brunsson dans leur ouvrage intitulé « meta-organizations » en 2008. Les méta-organisations émergent en réponse à un besoin d'organisations partageant une identité commune pour exploiter et capitaliser des informations, prendre des

¹²⁹ Ahrne, G., & Brunsson, N. (2008). *Meta-organizations*. Edward Elgar Publishing.

décisions, opérer de manière collective, et coordonner leurs actions afin de mieux appréhender les évolutions de leur environnement, le tout dans un contexte représentatif¹³⁰.

Les méta-organisations partagent certaines caractéristiques communes, notamment la présence de membres, une structure hiérarchique horizontale, une certaine autonomie, et une constitution établie¹³¹. Cependant, leurs modes de fonctionnement et leurs structures diffèrent de manière significative. Contrairement aux organisations à composante individuelle, les méta-organisations sont généralement dotées de moins de ressources que leurs membres, ce qui peut sembler paradoxal. Néanmoins, cette faiblesse structurelle n'a pas toujours un impact négatif sur leur efficacité opérationnelle¹³².

En effet, les méta-organisations tirent leur force de la capacité à mobiliser et à coordonner les ressources et les expertises de leurs membres de manière synergique¹³³. Plutôt que de rivaliser avec les organisations membres pour les ressources, elles créent des mécanismes de collaboration et de coopération, permettant ainsi une utilisation plus efficace des moyens disponibles. De plus, leur structure légère peut être un atout dans des environnements complexes et en constante évolution, car elle offre une plus grande flexibilité pour s'adapter aux changements.

D'autre part, comme Hervé Dumez le souligne (2008), les méta-organisations sont pratiquement obligées de rechercher le consensus¹³⁴ au sein de leurs membres. Cette démarche s'avère essentielle pour assurer que chaque organisation conservant son autonomie et son identité. La quête du consensus est un principe fondamental qui régit le fonctionnement des méta-organisations, car elle permet de maintenir l'engagement de chaque membre tout en préservant leur intégrité. L'idée sous-jacente est que lorsque les membres de la méta-organisation parviennent à un

¹³⁰ Ahrne, G., & Brunsson, N. (2008). *Meta-organizations*. Edward Elgar Publishing.

¹³¹ Dumez, H. (2009). La théorie des méta-organisations. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, vol. 95, no. 1, p. 77.

¹³² *Ibidem*.

¹³³ Ahrne, G., & Brunsson, N. (2008). *Meta-organizations*. Edward Elgar Publishing.

¹³⁴ Dumez, H. (2008). Les Méta-Organisations. *Le Libellio d'AEGIS*, vol. 4, no. 3, pp. 31–36.

consensus, ils sont plus enclins à mettre en œuvre effectivement les décisions prises collectivement et à coordonner leurs actions de manière cohérente. Toutefois, si ce processus de consensus venait à échouer, cela pourrait expliquer les lacunes et les résultats mitigés des actions entreprises par la méta-organisation. Le consensus joue un rôle central dans la dynamique des méta-organisations et peut avoir un impact significatif sur leur capacité à agir de manière concertée et à atteindre leurs objectifs.

Comme toute méta-organisation, le pouvoir exécutif de l'INDH (Initiative Nationale pour le Développement Humain) ne chercherait pas à exercer des pressions sur le champ d'action des ministères partenaires. Cela s'explique en partie par sa dépendance à leur égard, car ces ministères ont la capacité d'affaiblir l'INDH en ne répondant pas favorablement aux processus de coordination nationale placés sous sa responsabilité. En ce sens, l'INDH privilégie la recherche du consensus plutôt que d'imposer sa vision. Cette approche viserait à assurer l'implication et la coopération de l'ensemble des membres, à savoir les ministères.

Pour évaluer les limites des actions de l'INDH en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural, il est nécessaire d'analyser en profondeur sa dynamique de gouvernance et son processus d'instrumentation.

Notre démarche de triangulation théorique vise à identifier les dysfonctionnements potentiels ou les contraintes associées à ces deux aspects clés de l'action publique au sein de l'INDH. Pour mener à bien cette analyse, j'adopterai une approche d'analyse instrumentale et des parties prenantes, et je mobiliserai la théorie néo-institutionnelle, qui offre un cadre conceptuel solide pour comprendre les mécanismes organisationnels et les contraintes institutionnelles. De plus, j'adopterai également une perspective méta-organisationnelle pour étudier ce programme public. Cette approche nous permettra de mieux saisir comment l'INDH fonctionne et évolue en tant qu'entité individuelle et globale à la fois, et comment elle interagit avec ces parties prenantes pour atteindre ses objectifs en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural.

Chapitre 2 : L'accès aux soins en milieu rural, entre pauvreté et problèmes structurels

1. Le besoin d'accès aux soins en milieu rural au Maroc

Bien que la pauvreté monétaire puisse influencer indirectement l'accès aux soins de santé des individus, la perspective multidimensionnelle de la pauvreté établit la santé comme une dimension importante dans la réalisation d'un niveau de vie optimal¹³⁵.

Le tableau 12 fournit une classification des inquiétudes majeures exprimées par la population¹³⁶, divisées selon les milieux urbains, ruraux et national (ensemble). Plusieurs aspects de ce tableau méritent d'être soulignés.

Premièrement, la question de la « Maladie ou invalidité » est une préoccupation majeure pour la population rurale, avec 12,4% des personnes la citant. Ce chiffre, supérieur à celui de l'urbanité (11,7%), révèle l'importance que revêt la santé dans le quotidien des habitants des zones rurales. Cette tendance s'aligne avec la moyenne globale, où la santé se situe à 12,0%, soulignant ainsi son caractère universel en tant qu'inquiétude.

De plus, lorsqu'on observe ce tableau dans son ensemble, il est notable que les inquiétudes liées à la santé surpassent d'autres préoccupations potentiellement vitales telles que la sécurité, la délinquance ou la scolarisation, en particulier dans les zones rurales. Cela démontre une fois de plus la centralité de la santé dans les préoccupations des Marocains, et ce, malgré les nombreux défis auxquels ils peuvent être confrontés.

On constate également que, malgré la prédominance de préoccupations économiques telles que la Cherté de la vie et le Manque de ressources monétaires¹³⁷, la santé demeure parmi les trois

¹³⁵ Ezzrari, A. (2010). *Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc entre 2001 et 2007 : une approche multidimensionnelle*. www.researchgate.net/publication, p. 5.

¹³⁶ HCP. (2008). *Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages 2006/2007*, p. 61.

¹³⁷ Haut-Commissariat au Plan. (2014). *Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages*.

principales inquiétudes en milieu rural. Cela suggère qu'au-delà des défis économiques, l'accès aux soins de santé est perçu comme une nécessité fondamentale et incontournable par la population rurale.

Tableau 12 : Principales inquiétudes des ménages quant à l'avenir en 2007 (en%)

Principales inquiétudes	Urbain	Rural	Ensemble
Sécheresse	9,6	13,8	11,1
Chômage des jeunes	11,0	10,9	11,0
Cherté de la vie	12,9	14,0	13,3
Interruption de scolarisation	6,5	5,8	6,3
Délinquance	8,4	7,4	8,1
Maladie ou invalidité	11,7	12,4	12,0
Manque de ressources monétaires	10,6	11,5	10,9
Complication d'éducation des enfants suite au décès d'un parent	5,1	4,7	4,9
Consommation de cigarettes	5,4	4,9	5,2
Consommation de drogues	6,3	5,7	6,1
Problèmes familiaux complexes	5,1	4,5	4,9
Manque de sécurité	7,3	4,5	6,3
Total	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages 2006/2007, HCP, 2008, Page 61.

L'INDH ne considère pas la santé seulement sous l'angle monétaire, mais adopte une approche globale, en se fondant sur la notion de pauvreté multidimensionnelle. Cette perspective reconnaît que la pauvreté ne se limite pas à l'absence de ressources financières, mais englobe diverses dimensions qui impactent le bien-être humain.

Parmi ces dimensions, la santé occupe une place prépondérante. Elle est intrinsèquement liée à la qualité de vie des individus et représente un pilier essentiel du développement humain. Ainsi, en intégrant la dimension sanitaire dans sa définition de la pauvreté multidimensionnelle, l'INDH démontre sa volonté de prendre en compte la complexité des enjeux liés à la pauvreté.

2. Les inégalités en matière de santé au Maroc

L'évolution de l'espérance de vie à la naissance au Maroc, telle qu'illustrée dans le tableau ci-dessous, démontre une amélioration significative entre 1962 et 2008, avec un bond impressionnant de 25 ans, passant de 47 ans à 72,6 ans. Cependant, en scrutant ces données, il est palpable que des inégalités subsistent entre les milieux urbain et rural, les résidents urbains jouissant généralement d'une espérance de vie supérieure. Ces disparités soulignent les défis persistants en matière d'équité en santé au sein du paysage marocain¹³⁸ (tableau 13).

Tableau 13 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance au Maroc

Milieu	Urbain		Rural		Ensemble		Ensemble
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
1950-1955	–	–	–	–	–	–	42,9
1962	57,0		43,0		–	–	47,0
1967	50,1		47,2		–	–	48,2
1980	63,0	65,0	55,4	57,6	58,1	60,2	59,1
1987	67,8	71,8	61,1	63,0	63,7	66,4	65,0
1994	69,4	73,7	64,0	65,9	66,3	69,5	67,9
1997	70,1	74,4	65,0	66,9	67,1	70,7	68,8
1999	70,6	74,9	65,6	67,5	67,5	71,5	69,5
2002	71,2	75,6	66,5	68,4	68,2	72,4	70,3
2008	73,8	77,9	–	–	71,4	73,9	72,6

Source : Sajoux, M., & Nowik, L. (2010). Vieillesse de la population au Maroc. Réalités d'une métamorphose démographique et sources de vulnérabilité des aîné(e)s. *Autrepart*, 53(1), (p. 19)¹³⁹.

¹³⁸ Sajoux, M., & Nowik, L. (2010). Vieillesse de la population au Maroc. Réalités d'une métamorphose démographique et sources de vulnérabilité des aîné(e)s. *Autrepart*, vol. 53, no. 1, p. 19. <https://doi.org/10.3917/autr.053.0017>

¹³⁹ Source originale dans l'article : 1950-1955 à 1967 : CERED–HCP, 2005, p. 22. 1980 à 1997 : Direction de la Statistique, Annuaire Statistique du Maroc 1999, p. 18. 1999 à 2008 : CERED, HCP.

Le Maroc a connu d'importantes avancées en matière de santé au cours des dernières décennies. Entre 1962 et 2004, le taux de mortalité infantile a chuté de façon remarquable, allant de 118 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes. Dans le même intervalle de temps, le taux de mortalité maternelle a également diminué, passant de 631 à 227 décès pour 100 000 naissances¹⁴⁰.

Néanmoins, derrière ces chiffres prometteurs, subsistent des inégalités notables entre régions (figure 21) et entre les milieux rural et urbain. Les taux de mortalités infantile et maternelle sont respectivement deux fois et 30% plus élevés dans le rural comparé à l'urbain¹⁴¹.

Plus particulièrement, le sud de l'Atlas marocain, une zone principalement rurale et montagneuse, est la plus touchée. Étant éloignée des grandes villes comme Casablanca et Rabat, cette région souffre d'un manque considérable d'infrastructures et de moyens de transport. Elle est également marquée par une absence flagrante de centres de soins de santé.

Bien que le Maroc s'efforce de mettre en place des programmes pour combattre la pauvreté et favoriser l'inclusion, les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des espérances, surtout en ce qui concerne l'accès aux soins de santé en milieu rural. Le système de santé marocain souffre d'une série de carences, notamment en termes d'infrastructures, d'équipements et d'offre de soins. Cette situation est encore plus préoccupante en milieu rural, où l'accès limité aux ressources amplifie les défis rencontrés.

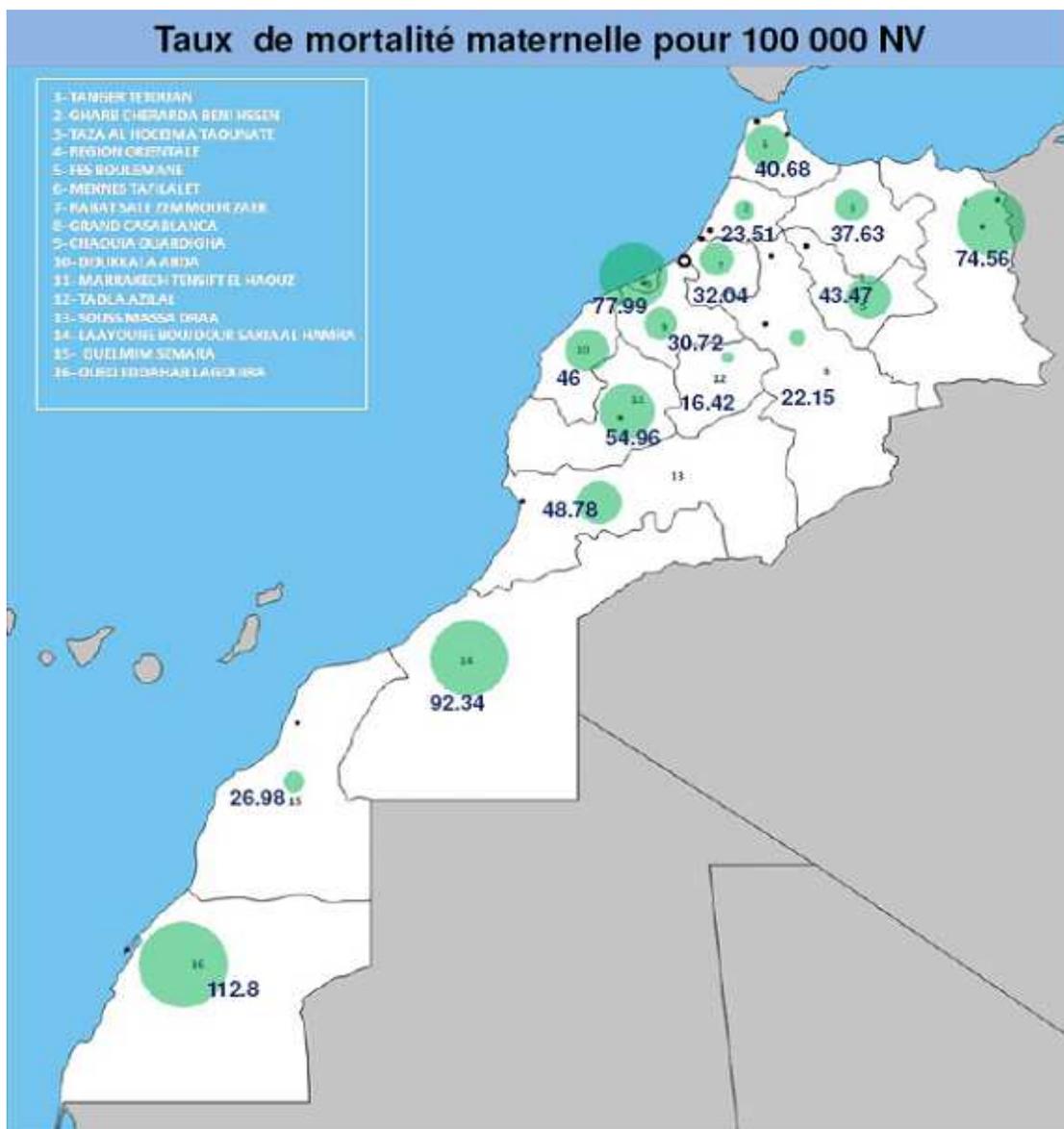
Finalement, les indicateurs relatifs à la mortalité et à la morbidité maternelle et infantile restent préoccupants dans ces zones. En 2010, le taux de mortalité maternelle atteignait les 112 décès pour 100 000 naissances, avec des disparités notables entre le milieu urbain et le milieu rural¹⁴².

¹⁴⁰ Chouitar, M. (2012). *L'équité en santé au Maroc* [Présentation]. Conférence Internationale d'Experts sur la mesure et les approches politiques pour améliorer l'équité pour les nouvelles générations dans la région MENA, Rabat, Maroc, 22-23 mai 2012. <https://fr.slideshare.net/UnicefMaroc/lquit-en-sant-au-maroc>

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² *Ibidem*.

Figure 21 : Taux de mortalité maternelle pour 100 NV (Nouveau-Né) - 2010



Source : Chouitar, M. (2012). L'équité en santé au Maroc [Présentation]¹⁴³.

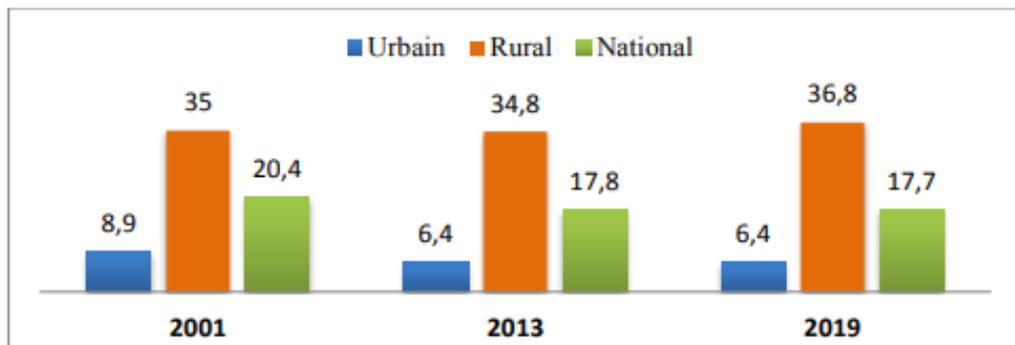
¹⁴³ Chouitar, M. (2012). *L'équité en santé au Maroc* [Présentation]. Conférence Internationale d'Experts sur la mesure et les approches politiques pour améliorer l'équité pour les nouvelles générations dans la région MENA, Rabat, Maroc, 22-23 mai 2012. <https://fr.slideshare.net/UnicefMaroc/lquit-en-sant-au-maroc>

3. L'accès à la santé en milieu rural au Maroc

Selon un rapport¹⁴⁴ de l'ONDH¹⁴⁵ : « La pauvreté relative est le reflet d'une distribution asymétrique des ressources, conduisant certains segments de la population à vivre en dessous du niveau de confort d'autres groupes sociaux. Elle met en lumière l'ampleur des disparités de revenus, et sa résolution passe par la diminution des écarts sociaux et l'amélioration des conditions de vie des classes intermédiaires et défavorisées. On considère qu'un ménage est confronté à la pauvreté relative lorsque ses dépenses annuelles par individu sont inférieures à 60 % de la médiane des dépenses annuelles par individu¹⁴⁶ ».

Bien que le taux de pauvreté relative ait connu une baisse entre 2001 et 2019, s'établissant de 20,4 % à 17,7 % au niveau national et de 8,9 % à 6,4 % dans les zones urbaines, il a, paradoxalement, augmenté en milieu rural, grimant de 35 % à 36,8 % durant cette période (figure 22).

Figure 22 : Évolution du taux de pauvreté relative



Source : Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc, ONDH, 2019, p. 13.

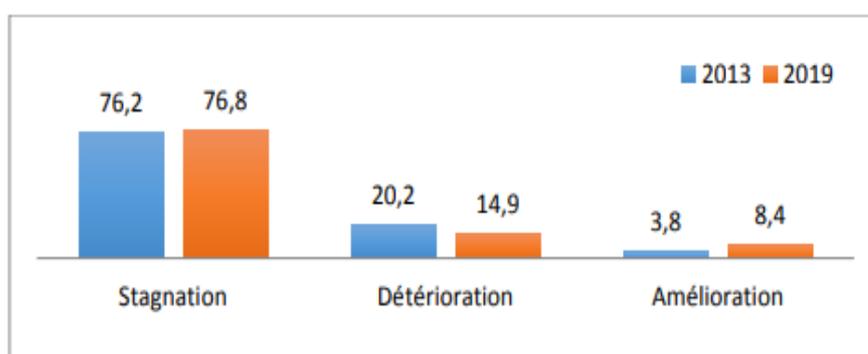
¹⁴⁴ ONDH. (2019). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc*.

¹⁴⁵ L'Observatoire National du Développement Humain, est un organisme public de suivi et d'évaluation des actions publiques dans le cadre du développement humain, il a débuté ses travaux dès décembre 2006 à la suite du lancement sous l'égide de SM le Roi de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) en mai 2005. Ses missions principales sont : l'évaluation, la capitalisation et la production d'avis et de recommandations sur les avancées et les contraintes du développement humain dans le Royaume.

¹⁴⁶ ONDH. (2019). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc*, p. 13.

En 2019, face à la stagnation et à la détérioration de la condition des ménages (illustrée dans la figure ci-après) et face à la persistance des inégalités sociales, un sentiment d'inquiétude concernant les futurs besoins potentiels s'est développé parmi les citoyens. Ces besoins, susceptibles d'affecter le budget familial, mettent en lumière plusieurs préoccupations majeures : l'emploi (34,6%), le cadre de vie (26,2%), la santé (21,8%), l'éducation (6,5%) et, dans une moindre mesure, l'alimentation (3,7%)¹⁴⁷.

Figure 23 : Évolution de la perception des ménages par rapport à leur niveau de vie



Source : Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc, ONDH, 2019, p. 15.

La capacité financière des ménages influence directement leur possibilité de recourir à des soins médicaux. Toutefois, que signifie réellement « accès aux soins » ?

Lorsqu'on évoque un accès complet aux soins médicaux pour les ménages, cela signifie que chaque maladie ou blessure survenue au sein de la famille doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale ou d'une consultation sanitaire appropriée¹⁴⁸.

¹⁴⁷ ONDH. (2019). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc*, p. 15.

¹⁴⁸ Ezzrari, A. (2010). *Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc entre 2001 et 2007 : Une approche multidimensionnelle*, p. 5. www.researchgate.net/publication.

Bien que l'accès aux soins de santé soit souvent conditionné par les ressources financières¹⁴⁹ des individus et des familles, une couverture médicale adéquate, des infrastructures sanitaires solides et des systèmes de transport efficaces peuvent atténuer cette barrière économique.

Au-delà des disparités flagrantes défavorisant le milieu rural par rapport à l'urbain, on observe une détérioration de l'accès aux soins de santé en zone rurale entre 2001 et 2007, avec un déclin de 38,4 % à 33,9 %. Durant cette même période, le taux d'inaccessibilité totale augmente de 7,5 % à 11,4 % (tableau 14). Ces observations soulèvent des questions sur l'efficacité des stratégies adoptées pour améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales, et notamment sur les interventions de l'INDH, deux ans après son introduction en 2005.

Tableau 14 : Accès aux soins de santé par milieu de résidence

Statut d'accès aux soins de santé	2001			2007		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Aucun malade	36,2	51,7	42,1	46,7	51,7	48,6
Accès total	54,3	38,4	48,2	42,9	33,9	39,5
Accès partiel	4,1	2,4	3,5	3,0	3,0	3,0
Inaccès total	5,4	7,5	6,2	7,4	11,4	8,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Ezzrari Abdeljaouad, *Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc entre 2001 et 2007 : une approche multidimensionnelle*, www.researchgate.net/publication, 2010, p. 5.

La couverture médico-sanitaire est faible notamment en milieu rural, ce qui pénalise le développement du secteur privé, du secteur pharmaceutique et ne permet pas d'optimiser la répartition des infrastructures sanitaires¹⁵⁰.

¹⁴⁹ ONDH. (2017). *Rapport sur le développement humain, Inégalités et développement humain : contribution pour le débat sur le modèle de développement au Maroc*, pp. 112-113.

¹⁵⁰ Ezzrari, A. (2010). *Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc entre 2001 et 2007 : Une approche multidimensionnelle*, p. 6. www.researchgate.net/publication.

Le tableau 15 présenté offre une vue détaillée de la couverture médico-sanitaire pour les années 2001 et 2007, en distinguant les milieux urbains, ruraux et l'ensemble de la population. De manière générale, on constate une légère hausse du taux de couverture médico-sanitaire au niveau national, passant de 13,5 % en 2001 à 15,8 % en 2007.

En milieu rural, la situation est préoccupante. Bien que le taux de couverture ait légèrement progressé (de 3,8 % à 3,9 % entre 2001 et 2007), cet accroissement est insignifiant par rapport à l'évolution observée en milieu urbain. La véritable inquiétude provient de l'État de couverture médico-sanitaire du ménage. En 2001, 94 % des ménages ruraux n'avaient aucun de leurs membres couverts, un chiffre qui a augmenté pour atteindre 93,3 % en 2007. Cette évolution montre que, malgré le temps qui passe, la majorité des ménages ruraux restent largement non couverts¹⁵¹.

Tableau 15 : Couverture médico-sanitaire

Couverture médico-sanitaire	2001			2007		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Taux de couverture	21,3	3,8	13,5	25,0	3,9	15,8
État de couverture médico-sanitaire du ménage						
Totalement couvert	12,3	2,7	8,6	18,1	3,1	12,4
Au moins la moitié des membres sont couverts	8,8	1,3	5,9	9,9	1,8	6,9
Moins de moitié des membres sont couverts	9,6	2,0	6,7	5,9	1,8	4,4
Aucun membre n'est couvert	69,3	94,0	78,8	66,1	93,3	76,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Ezzrari Abdeljaouad, Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc entre 2001 et 2007 : une approche multidimensionnelle, www.researchgate.net/publication, 2010, p. 6.

Le contraste entre les milieux urbains et ruraux est saisissant. Tandis qu'en milieu urbain, le taux de couverture a connu une augmentation appréciable (de 21,3 % en 2001 à 25 % en 2007), le milieu rural stagne avec une évolution quasiment nulle. De plus, en 2007, seulement 3,1 % des

¹⁵¹ Ezzrari, A. (2010). *Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc entre 2001 et 2007 : Une approche multidimensionnelle*, p. 6. www.researchgate.net/publication.

ménages ruraux étaient totalement couverts, comparé à 18,1 % en milieu urbain. Cette large disparité souligne l'inégalité d'accès aux soins entre ces deux milieux.

Les chiffres dépeignent un tableau sombre de l'accès aux soins en milieu rural 2 ans après le lancement de l'INDH. Non seulement le taux de couverture reste faible (entre 2001 et 2007), mais l'écart avec le milieu urbain s'élargissait. Il était impératif que des mesures soient prises pour améliorer la couverture médico-sanitaire des ménages ruraux afin de réduire cette disparité et garantir un accès équitable aux soins pour tous.

Devant cette nécessité, le RAMED a été instauré pour répondre aux besoins de couverture médicale et faciliter l'accès aux soins des personnes défavorisées.

Lancé en 2008 par le gouvernement marocain, le Régime de l'Assistance Médicale est un élément clé de la stratégie sociale du Maroc. Fondé sur les principes de solidarité et de justice sociale, il assure un accès équitable aux soins pour les personnes en situation précaire, offrant ainsi des soins médicaux gratuits dans tous les services de santé publics¹⁵².

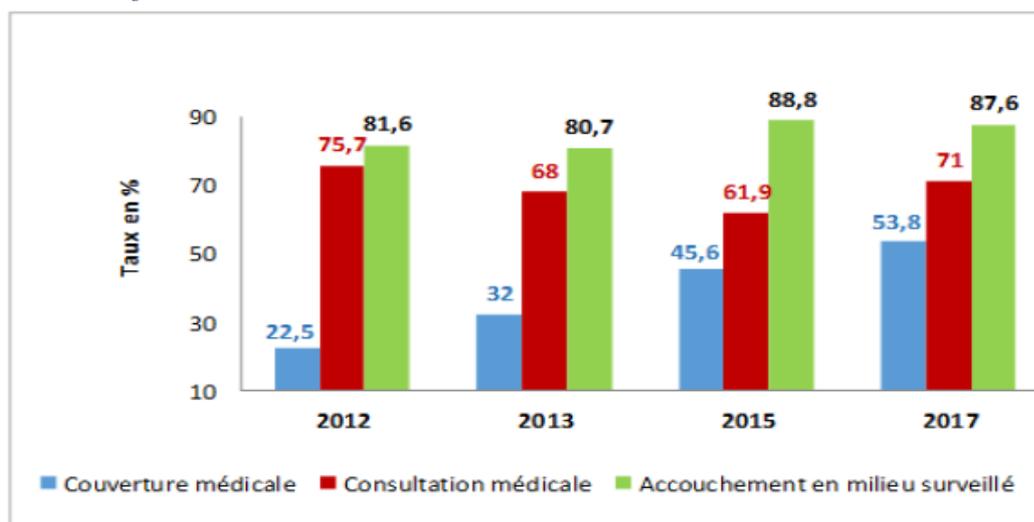
À la suite de la mise en place du RAMED, on observe une nette amélioration de la couverture médicale de la population entre 2012 et 2017, bien que l'objectif d'universalité n'ait pas encore été atteint.

La figure 24 révèle que le pourcentage de personnes couvertes par une assurance maladie, qu'il s'agisse de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire de base), du RAMED ou d'une assurance privée, s'élève à 53,8% en 2017, comparé à 22,5% en 2012, marquant ainsi une progression d'environ 40%. Notons que cette couverture concerne près de 60% des habitants des zones urbaines et 45% de ceux des zones rurales¹⁵³.

¹⁵² Portail Maroc. (2020, 15 octobre). Régime de l'Assistance Médicale (RAMED). <https://www.maroc.ma/fr/content/regime-de-lassistance-medicale-ramed>

¹⁵³ ONDH. (2018). Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017, p. 11.

Figure 24 : Évolution de la couverture et de la consultation médicale au niveau national



Source : Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017, ONDH, 2018, p. 11.

La progression de la couverture médicale a manifestement influencé positivement l'accès aux soins, comme le démontre la figure 24. En effet, le taux de consultation médicale a connu une hausse significative, s'élevant de 22,5% en 2012 à 53,8% en 2017. De plus, le taux d'accouchement en milieu surveillé a aussi vu une nette amélioration durant cette même période, allant de 75,7% en 2012 à 87,6% en 2017. Ce qui met en évidence une amélioration des services de santé maternelle. Ces données reflètent les efforts déployés pour renforcer l'accès aux services de santé au cours de ces années.

L'analyse de la répartition de la couverture médicale en fonction du type d'assurance révèle une nette amélioration de la part du Régime d'Assistance Médicale (RAMed) entre 2013 et 2017. À l'échelle nationale, cette part est passée de 10,2% en 2013 à 28,5% en 2017, ce qui constitue une évolution significative¹⁵⁴.

Cette amélioration est particulièrement remarquable dans les zones rurales, comme le montre le tableau 16, où la couverture médicale offerte par le RAMed est passée de 12,9% à 34,9% sur la même période. En comparaison, dans les zones urbaines, cette couverture est passée de 8,4% à

¹⁵⁴ ONDH. (2018). *Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017*, p. 11.

24,6%. Ainsi, le RAMed, un programme conçu par les autorités publiques dans le but de réduire les inégalités d'accès aux soins pour les populations défavorisées et vulnérables, a réussi à augmenter considérablement le taux de couverture médicale dans le pays. Cette amélioration de la couverture médicale, en particulier dans les régions rurales, est une étape positive vers l'atteinte de l'objectif de garantir l'accès aux soins de santé pour tous¹⁵⁵.

Tableau 16 : Évolution des indicateurs d'accès aux soins en milieu rural

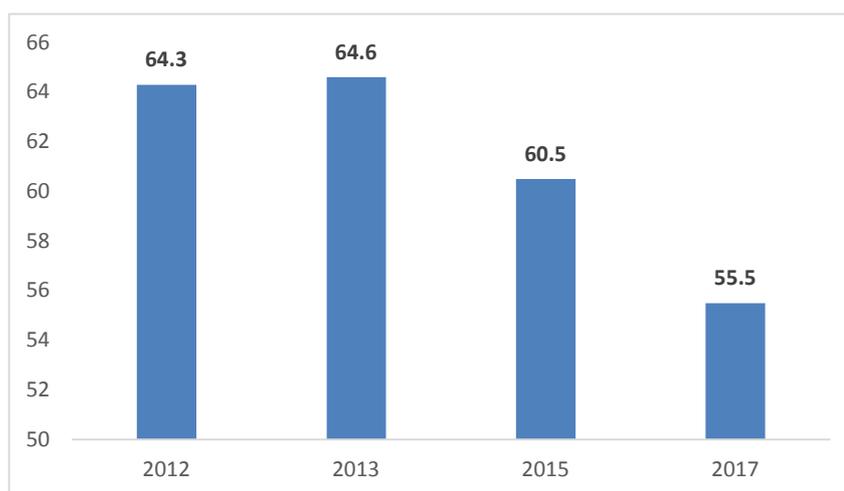
Indicateurs	Panel de ménages			
	2012	2013	2015	2017
1. Taux de couverture par une assurance maladie y-c RAMed				
Q1	4,0	19,8	33,5	43,9
Q2	6,9	18,6	35,4	45,6
Q3	9,7	20,8	33,8	45,6
Q4	11,1	25,4	32,2	45,5
Q5	17,1	25,4	39,2	43,8
Total	7,6	20,6	34,2	44,8
2. Taux de couverture par le RAMed				
Q1	-	14,1	28	38,0
Q2	-	11,8	26	35,6
Q3	-	12,6	23	32,9
Q4	-	12,9	19,3	30,1
Q5	-	11,3	19,7	25,5
Total	-	12,9	24,9	34,9
3. Taux de consultation médicale				
Q1	58,0	51,5	41,5	52,6
Q2	64,0	63,2	55,6	56,9
Q3	69,6	62,7	61	68,2
Q4	74,6	58,6	58,5	67,0
Q5	73,1	72,5	69,8	67,3
Total	66,7	59,8	55,8	60,8
4. Taux de consultations prénatale au cours de la dernière grossesse				
Q1	50,8	57,1	74,3	70,2
Q2	65,1	74,6	77,2	77,4
Q3	69,0	77,3	81,1	78,3
Q4	80,9	76,7	79,5	77,7
Q5	76,9	76,7	76,6	77,5
Total	63,4	68,8	77,2	74,8
5. Proportion des femmes qui ont accouché dans un milieu surveillé				
Q1	53,1	52,6	74	71,6
Q2	64,2	69,8	82,9	78,7
Q3	70,8	74,1	80,5	77,2
Q4	81,2	71,6	79,9	76,5
Q5	79,1	72,3	73,9	75,6
Total	64,5	64,4	78,5	75,3

Source : Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017, ONDH, 2018, p. 50.

¹⁵⁵ ONDH. (2018). *Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017*, p. 11.

Cependant, malgré l'amélioration de ces indicateurs d'accès aux soins de santé en milieu rural entre 2012 et 2017, on constate une régression au niveau de l'accès aux établissements de soins de santé dans un rayon de moins de 5 Km (figure 25).

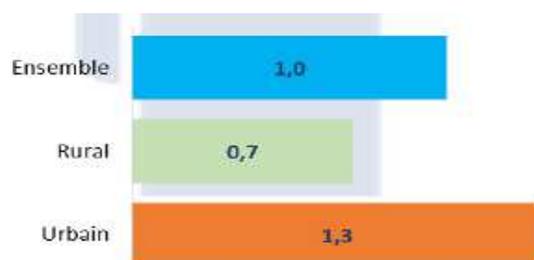
Figure 25 : Évolution de la proportion (%) des ménages ruraux ayant accès aux établissements de soins de santé dans un rayon de moins de 5 Km



Source : Indicateurs de suivi du développement humain, ONDH, 2018, p. 56.

En 2019, le nombre de consultations médicales par enfant de moins de 5 ans en milieu rural reste inférieur de 30% par rapport à celui du milieu urbain (figure 26).

Figure 26 : Nombre de consultation médicales par enfants de moins de 5 ans - 2019



Source : Santé en chiffres 2019, ministère de la Santé, 2019, p. 23.

L'accès aux soins de santé peut être entravé par de nombreux obstacles. Les défis comprennent une infrastructure de santé insuffisante, des distances géographiques considérables, les frais de transport, et les complications associées à la recherche de moyens de déplacement dans des régions éloignées.

Pour les habitants des zones rurales, la recherche de soins médicaux est souvent une tâche ardue. Ils doivent évaluer la gravité de leur situation médicale tout en tenant compte des contraintes de transport, de temps et de finances.

Ils peuvent rencontrer d'autres obstacles, notamment un accueil inadéquat dans les établissements de santé, retardant encore leur accès aux soins. Un autre élément notable dans ce contexte est le rôle du « bakchich », qui est parfois perçu comme une forme de corruption¹⁵⁶. L'intervention de relations personnelles ou d'intermédiaires peut souvent faciliter l'accès aux services médicaux.

Il est important de souligner l'inégalité manifeste en matière de mobilité pour l'accès aux soins entre les zones rurales et urbaines. Les résidents ruraux font face à des défis plus grands, comme des distances plus importantes, des infrastructures déficientes, et des coûts accrus en raison de leur éloignement. Cette inégalité d'accès entre les zones rurales et urbaines représente un problème d'équité significatif dans le domaine de l'accès aux soins de santé.

L'une des raisons pour lesquelles les patients en zones rurales ne consultent pas est la distance considérable jusqu'au lieu de consultation.

D'après les données de 2007, plus de 41% des patients doivent voyager pendant une heure ou plus. De plus, 44% d'entre eux doivent parcourir 20 km ou plus pour atteindre le centre médical. Dans la plupart des cas, l'usage d'un véhicule s'avère indispensable pour ce déplacement¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Ministère de la santé. (2008). *Plan d'action santé 2008-2012*, p. 32.

¹⁵⁷ HCP. (2008). *Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages 2006/2007*, p. 121.

En milieu rural, le temps de trajet moyen pour se rendre à un lieu de consultation est de 77 minutes, tandis qu'en milieu urbain, il est réduit à 35 minutes. Quant à la distance moyenne à parcourir, elle est de 38,5 km pour les zones rurales et de 13,8 km pour les zones urbaines (tableau 17).

Tableau 17 : L'éloignement du lieu de consultation en 2007

Indicateurs	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Malades selon la distance parcourue pour aller au lieu de consultation			
Moins d'1 km	27,1	4,9	19,7
1 km à moins de 3 km	32,3	9,1	24,6
3 km à moins de 5 km	12,4	7,5	10,7
5 km à moins de 10 km	12,8	17,3	14,3
10 km à moins de 20 km	5,5	17,2	9,4
20 km et plus	10,0	44,0	21,3
Total	100,0	100,0	100,0
Temps moyen mis pour aller au lieu de consultation (en mn)	35	77,0	49
Distance moyenne parcourue pour aller au lieu de consultation (en Km)	13,8	38,5	21,9

Source : Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages 2006/2007, HCP, 2008, p. 122.

La population rurale est souvent confrontée à des défis majeurs en matière de mobilité pour accéder aux soins de santé. Cette difficulté découle principalement du manque ou de l'insuffisance des infrastructures routières, combiné à un déficit de structures de services médicaux dans ces zones.

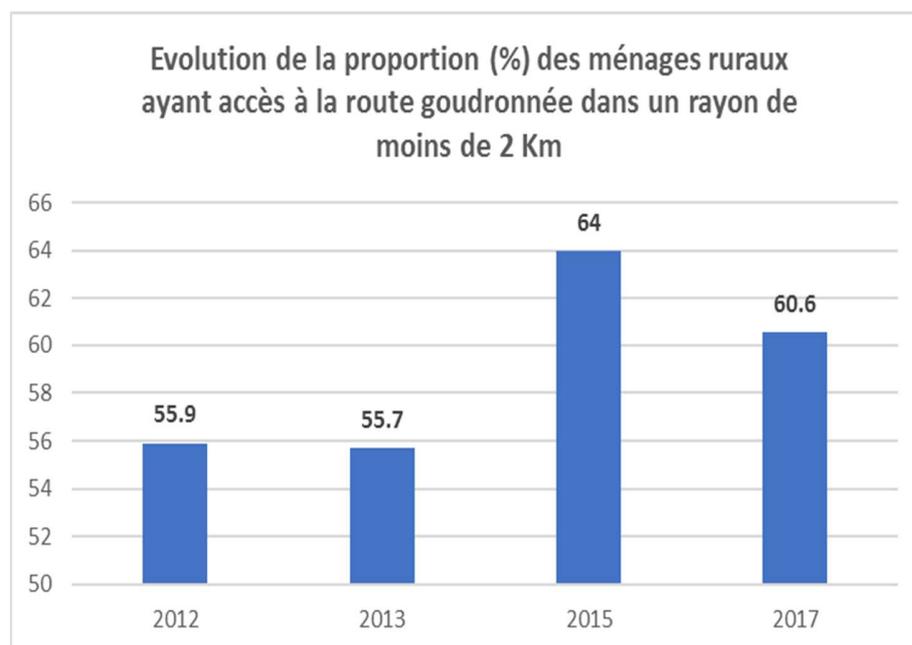
Ces lacunes rendent les établissements de santé difficilement accessibles pour les habitants des zones rurales, contraignant ainsi bon nombre d'entre eux à parcourir de longues distances ou à faire face à des trajets ardu pour obtenir des soins médicaux essentiels. Ce manque d'accessibilité

soulignait le besoin d'améliorer et d'étendre les infrastructures et services de santé dans ces zones rurales.

Entre 2012 et 2017, on observe une amélioration dans la condition des routes et des infrastructures de soins de mobilité en milieu rural¹⁵⁸ (comme illustré dans la figure 27).

Cependant, ces avancées ne sont pas suffisantes pour résoudre entièrement les défis d'accès aux soins dans ces régions. La part des ménages qui disposent d'une route goudronnée à moins de 2 kilomètres de chez eux est passée de 55,9% en 2012 à 60,6% en 2017, montrant une progression, mais aussi la nécessité de poursuivre les efforts dans ce domaine.

Figure 27 : Évolution de l'accessibilité aux routes goudronnées



Source : Indicateurs de suivi du développement humain, ONDH, 2018, p. 56.

¹⁵⁸ ONDH. (2018). *Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017*, p. 17.

Dans beaucoup de zones rurales éloignées et enclavées au Maroc, comme à Azilal (commune de Tabant) et à Ouarzazate (commune de Siroua), l'absence de routes goudronnées et de pistes rend difficile l'accès aux centres de soins primaires. Ces zones montagneuses et isolées (figure 28) font également face à des défis en matière de transport, affectant la mobilité de leurs habitants.

Au Maroc, avant le lancement de l'INDH en 2005, la question de la mobilité revêtait une place importante et mettait en évidence les inégalités flagrantes entre différents territoires. La population rurale, se débrouille comme elle le peut, malgré quelques interventions associatives qui s'avèrent insuffisantes.

Dans ces territoires ruraux, le système de transport est marqué par une informalité notable. Face à une carence flagrante de services de mobilité structurés, les habitants sont contraints de faire appel à des conducteurs occasionnels, qui pilotent des véhicules très anciens. Cependant, la solution qu'ils offrent est loin d'être idéale, se traduisant par un service très insuffisant, inconstant et généralement de qualité médiocre.

Figure 28 : Ait Tigga, exemple d'un village enclavé de la commune de Siroua situé dans la zone montagneuse de la province d'Ouarzazate



Source : Photo personnelle, prise en 2019

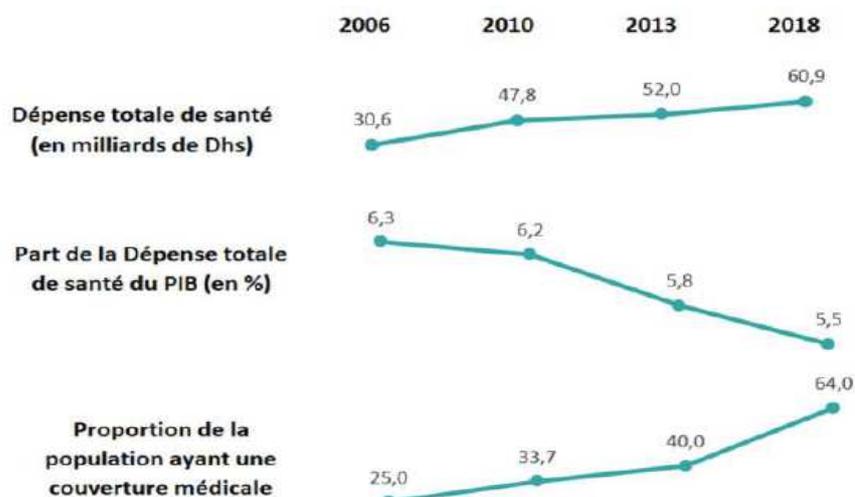
Chapitre 3 : La dynamique de l'action publique dans le secteur de la santé au Maroc

1. Des infrastructures limitées en milieu rural

Les ressources Financières de la Santé au Maroc

Au Maroc, entre 2006 et 2018, les investissements dans le secteur de la santé ont connu une augmentation significative, passant de 30,6 milliards de dirhams à 69,9 milliards de dirhams. Toutefois, pendant cette période, la part de ces dépenses par rapport au PIB a légèrement diminué, passant de 6,3% à 5,5%¹⁵⁹. Parallèlement, la couverture médicale a vu une augmentation notable, s'élevant de 25% à 64%, une progression rendue possible en grande partie grâce à la mise en œuvre du RAMED (comme le montre la figure 29).

Figure 29 : Evolution des dépenses de la santé et de la couverture médicale au Maroc

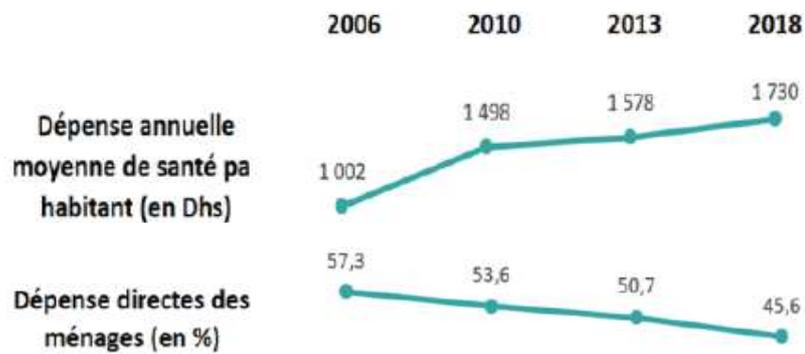


Source : Santé en chiffres 2019, ministère de la Santé, 2019, p. 3.

¹⁵⁹ Ministère de la Santé. (2019). *Santé en chiffres 2019*, p. 3.

La dépense annuelle moyenne de santé par habitant a connu une augmentation, s'élevant de 1002 dirhams en 2006 à 1730 dirhams en 2018. En parallèle, les dépenses directes des ménages pour la santé ont enregistré une baisse durant cette période, passant de 57,3% à 45,6%¹⁶⁰ (figure 30).

Figure 30 : Dépenses de santé par habitant et des ménages



Source : Santé en chiffres 2019, ministère de la Santé, 2019, p. 3.

Le tableau 18 présente le budget de santé en 2019 (après l'achèvement de la phase II de l'INDH), avec un budget général alloué au ministère de la Santé qui s'élevait à 16 331 249 000 dirhams.

Ce montant représentait 5,6% du budget total de l'État pour cette année. Lorsqu'on détaille ce budget, on constate que 6,07% est attribué au fonctionnement du ministère de la Santé, tandis que 4,43% est destiné aux investissements, toujours en comparaison avec le budget global de l'État.

¹⁶⁰ Ministère de la Santé. (2019). *Santé en chiffres 2019*, p. 3.

Tableau 18 : Budget de la santé 2019

Budget général du Ministère de la santé, année 2019 (en DH)	16 331 249 000
% du Budget Total du Ministère de la Santé du Budget Total de l'Etat, année 2019	5,6%
% du Budget de Fonctionnement du Ministère de la Santé du Budget de Fonctionnement de l'Etat, année 2019	6,07%
% du Budget d'Investissement du Ministère de la Santé du Budget d'investissement de l'Etat, année 2019	4,43%
PIB par habitant (en Dh), année 2019	32 394
Budget global du Ministère de la Santé comme % du PIB, année 2019 (prix courants)	1,42

Source : Santé en chiffres 2019, ministère de la Santé, 2019, p. 3.

Le budget global du ministère de la Santé a connu une augmentation notable entre 2012 et 2019, passant de 11 880 millions de DH à 16 331 millions de DH¹⁶¹. Cette progression démontre une priorisation croissante de la santé dans les allocations budgétaires. Cependant, en termes de pourcentage du PIB, ce budget est resté relativement stable autour de 1,4% sur cette période. Par ailleurs, la part du budget de la santé par rapport au budget général de l'État a oscillé entre 4,8% et 5,7% durant ces années (tableau 19).

Tableau 19 : Évolution des principaux indicateurs économiques, période 2012-2019

Indicateurs	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1-Produit Intérieur Brut (PIB)								
1.1- Produit Intérieur Brut (PIB) au Prix Courants (en millions de DH)	827 497	872 791	924 769	987 950	1 013 559	1 063 297	1 106 822	1 151 170
-Produit Intérieur Brut par Habitant + (en DH)	25 444	26 567	27 321	28 951	29 324	30 509	31 426	32 394
1.2- Revenu National Brut Disponible (RNBD) au Prix Courants (en millions de DH)	865 990	921 953	985 174	1 039 809	1 076 975	1 124 759	1 157 675	1 128 722
- Revenu National Brut Disponible par Habitant + (en DH)	26 628	28 063	29 106	30 363	31 081	32 272	32 870	31 444
2- Budget Global du Ministère de Santé (en millions de DH)	11 880	12 372	12 918	13 096	14 281	14 294	14 790	16 331
2.1- Budget du Ministère de la Santé par capita (en DH)	364,4	375,5	382,2	382,4	410,5	407,7	417	455
2.2- Budget du Ministère de la Santé par rapport au PIB (en %)	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4
2.3- Budget du Ministère de la Santé en % du Budget Général de l'Etat	4,8	4,8	5,2	5,3	5,7	5,7	5,6	5,6

Source : Santé en chiffres 2019, ministère de la Santé, 2019, p. 42

¹⁶¹ Ministère de la Santé. (2019). *Santé en chiffres 2019*, p. 3.

Les ressources médicales en milieu rural

Entre 2013 et 2019, on constate une croissance modeste de 4,7% du nombre d'établissements de soins de santé primaire, qui sont principalement situés dans les zones rurales. Simultanément, on observe une légère hausse de 4,1% du nombre d'habitants par établissement de ce type (tableau 20).

Tableau 20 : Évolution des ressources sanitaires, période 2013-2019

Indicateurs	2013	2017	2019
1- Offre de soins			
Nombre d'établissements de soins de santé primaires	2 759	2 865	2 888
Nombre d' établissements hospitaliers	143	158	159
Habitants par établissement de soins de santé primaires	11 943	12 238	12 429
2- Ressources humaines (*)			
2.1- Personnel médical			
Effectif des médecins (toutes spécialités) du secteur public	8 156 (*)	11 204	11 948
effectif des médecins (toutes spécialités) d' ESSP	3 517	3 115	3 142
Effectif des médecins (toutes spécialités) secteur privé	8 965	12 142	13 545
Effectif des pharmaciens du secteur public	234 (*)	182	160
Effectif des chirurgiens-dentistes du secteur public	326 (*)	462	458
Effectif des chirurgiens-dentistes secteur privé	4 358	-	-
Habitant par médecin (toutes spécialités) des deux secteurs public et privé	1 925 (*)	1 462	1 443
Taux d'encadrement médical (toutes spécialités) du Ministère de la Santé (hors CHU)	3	-	-
2.2- Personnel infirmiers et techniciens de santé			
Effectif des infirmiers du secteur public	24 609 (*)	29 738	21 822
Effectif des infirmiers exerçant dans le RESSP (toutes catégories)	9 905	9 799	7 395
Effectif des infirmiers exerçant dans le RH	12 202 (*)	19 499	14 210
Habitant par infirmier du secteur public	1 339 (*)	1 179	1 649
3- Ressources financières (en milliers de DH)			
3.1- Budget de fonctionnement	10 372 147	11 894 752	13 081 249
. Personnel	6 422 147	7 644 752	8 581 249
. Matériel	3 950 000	4 250 000	4 500 000
3.2- Budget d'investissement	2 000 000	2 400 000	3 250 000
3.3- Budget global du Ministère de la Santé	12 372 147	14 294752	16 331 249

Source : Santé en chiffres 2019, ministère de la Santé, 2019, p. 43.

2. Le système de santé au Maroc¹⁶², évolution positive, mais, encore insuffisante (en milieu rural)

Un système de santé se réfère à la combinaison des ressources structurelles, matérielles, organisationnelles et institutionnelles, ainsi que des ressources humaines et financières, visant à atteindre les objectifs fixés par la politique de santé. Il s'agit de garantir le bon fonctionnement de ce service public tout en collaborant étroitement avec le secteur privé pour promouvoir, sauvegarder et améliorer la santé des citoyens. Selon l'Organisation mondiale de la santé (en 2000), un système de santé englobe toutes les activités primordialement orientées vers l'amélioration, la restauration ou la maintenance de la santé.

La mise en place des directives de santé gouvernementales est sous la juridiction du ministère de la santé. En coopération avec d'autres départements pertinents, le ministère adhère à la notion selon laquelle "la santé est au cœur de toutes les politiques". Son objectif est de promouvoir la santé physique, mentale et le bien-être social de la population.

Le système de santé marocain se structure autour des secteurs public et privé. Le secteur public englobe les ressources, les entités et les actions visant à promouvoir et à améliorer la santé de la population. Le secteur privé, quant à lui, regroupe les établissements de santé à but lucratif, ainsi que d'autres entités telles que la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), les Sociétés Mutuelles d'Assurance (CNOPS), le Croissant Rouge Marocain (CRM) et diverses ONG. Les délimitations géographiques des zones de santé, qu'il s'agisse de régions ou de provinces, coïncident avec les divisions administratives. Le ministère de la santé dispose d'une représentation à l'échelle régionale, avec un directeur régional en charge de la coordination des initiatives de santé dans sa zone. Au niveau provincial, des délégués veillent à l'application des directives de santé à l'échelle locale¹⁶³.

¹⁶² Alaoui Belghiti, A. (2016). *Evolution des défis des politiques de santé depuis l'indépendance au Maroc. Conférence de l'Académie du Royaume du Maroc*. https://www.youtube.com/watch?v=ipELxfXN_7M

¹⁶³ Ministère de la Santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018)*, p. 3.

Sur le plan de la division sanitaire, le territoire est segmenté en zones de santé, incluant les régions, provinces et préfectures. Ces zones sont ensuite subdivisées en circonscriptions sanitaires. Chaque circonscription est équipée d'au moins un centre de santé, fournissant des services médicaux, de prévention et d'assistance lors des accouchements¹⁶⁴.

Le centre de santé est sous la direction d'un médecin. Ce dernier, en plus de ses fonctions médicales, joue également le rôle d'administrateur et de responsable d'une équipe. Cette équipe est majoritairement composée de personnel paramédical¹⁶⁵.

L'offre de soins de santé englobe les infrastructures et les établissements de soins, qu'ils soient fixes ou mobiles. Elle comprend aussi les ressources humaines qui y sont affectées, ainsi que les moyens mis à disposition par les secteurs public et privé. Le but principal de cette offre est de répondre aux besoins sanitaires de la population¹⁶⁶.

L'offre publique de soins se structure autour de quatre réseaux d'établissements de santé (ministère de la Santé, 2018) :

- Les Établissements de Soins de Santé Primaires (RESSP),
- Le réseau Hospitalier (RH),
- Le Réseau Intégré des Soins d'Urgence Médicale (RISUM),
- Les Établissements Médico-Sociaux (REMS).

En ce qui concerne le milieu rural, les Établissements de Soins de Santé Primaires se décomposent en (ministère de la Santé, 2018) :

- Centres de Santé Ruraux de Premier niveau (CSR-1),
- Centres de Santé Ruraux de deuxième niveau (CSR-2),
- Dispensaires ruraux.

¹⁶⁴ Décret No 2-14-562 du 7 Chaoual 1436 (24 juillet 2015) pris pour l'application de la loi cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins

¹⁶⁵ Ministère de la Santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018)*, p. 4.

¹⁶⁶ *Ibidem*.

Au Maroc, le système de sécurité sociale est conçu pour protéger les salariés contre divers risques liés à la santé, tels que les maladies, les hospitalisations, la maternité, l'invalidité et la vieillesse.

Actuellement, deux principaux régimes se distinguent au sein de cette structure :

1. **L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)** : Il s'agit d'un système orienté vers les professionnels, financé par les cotisations professionnelles. Sa gestion est assurée conjointement par les employeurs et les salariés. Bien que les pouvoirs publics jouent un rôle limité, se cantonnant principalement à la définition du cadre opérationnel et à la rectification d'éventuels déséquilibres financiers, ce système est sous le contrôle des représentants des assurés.
2. **Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)** : Conçu pour les personnes économiquement vulnérables, il offre une protection sociale assurant la gratuité des soins de santé à chaque citoyen. Principalement financé par l'impôt, ce régime est contrôlé par le parlement et géré par l'administration publique.

L'histoire du système de santé marocain remonte à l'époque du protectorat français. Après l'indépendance en 1956, une conférence nationale sur la santé a été organisée en 1959, posant les jalons des futures priorités sanitaires du pays. Le roi Mohammed V a alors proclamé que la santé était de la responsabilité de l'État.

Le pays s'est concentré sur le développement du système national de santé, avec la mise en œuvre des infrastructures essentielles et la lutte contre les épidémies. Ensuite, il a continué l'expansion de l'offre sanitaire et la mise en place de programmes sanitaires spécifiques jusqu'aux années 2000, où des réformes hospitalières ont été engagées, centrées sur une gestion autonome des hôpitaux et le renforcement des services de santé au niveau régional.

Après 2000, d'autres initiatives ont été lancées, visant notamment la régionalisation et la gestion financière.

En 2005, le roi Mohammed VI a inauguré l'Initiative Nationale pour le Développement Humain, un programme ambitieux axé sur l'éradication de la pauvreté et la promotion de l'inclusion, incorporant l'accès aux soins de santé.

Le système marocain, se distingue par la coexistence du secteur public avec le secteur privé, à la fois lucratif et non lucratif, ainsi que la médecine traditionnelle. Depuis l'introduction des régimes AMO et RAMED, la gratuité des soins dans les hôpitaux publics a été mise en place pour les plus vulnérables, améliorant l'accès et le financement des soins de santé pour tous.

3. Évolution de l'action publique pour la santé au Maroc¹⁶⁷

En 1994, des représentants de 180 pays se sont réunis à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD¹⁶⁸) au Caire et ont adopté un programme d'action, qui soulignait la nécessité d'améliorer la santé reproductive de leurs populations, en particulier dans les pays en développement.

Ce plan d'action, auquel le Maroc est pleinement associé, guide le Gouvernement dans l'élaboration des stratégies et des plans dans le domaine de la population et de la santé reproductive. En conséquence, les activités de planification familiale ont augmenté rapidement. Compte tenu de l'ampleur des problèmes auxquels la population est confrontée dans le domaine de la santé reproductive, des mesures ont été prises pour y remédier et concrétiser les objectifs de la CIPD : planification familiale, grossesse et accouchement dans des conditions favorables et comportement sexuel sain.

L'intégration de ces prestations et services présente plusieurs avantages, notamment dans la gestion et le recrutement des populations cibles. Vingt-cinq ans après la publication du rapport de la CIPD, il existe un large soutien au consensus selon lequel investir dans les droits humains individuels, les capacités et la dignité dans de multiples secteurs et tout au long de la vie est fondamental pour le développement durable¹⁶⁹.

La stratégie « Santé pour Tous » est l'axe fondamental sur lequel s'est basée la politique de santé au Maroc, depuis les années quatre-vingt. Celle-ci s'est concentrée sur le développement des soins de santé de base.

¹⁶⁷ Alaoui Belghiti, A. (2016). *Evolution des défis des politiques de santé depuis l'indépendance au Maroc. Conférence de l'Académie du Royaume du Maroc*. https://www.youtube.com/watch?v=ipELxfXN_7M

¹⁶⁸ La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) a rassemblé 179 pays en 1994 au Caire, adoptant un programme d'action qui reconnaît que l'égalité des sexes et le droit à la santé sexuelle et de la procréation sont essentiels pour réduire la pauvreté et promouvoir le développement.

¹⁶⁹ Ministère de la Santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018)*, p. 5.

Les activités de Planification Familiale et de Santé Maternelle et Infantile ont pu être intégrées au début des années 80.

Tous les programmes de développement sanitaire qui avaient pris forme pendant les deux décades qui suivent étaient focalisés sur les visions suivantes :

- Baisse de la mortalité infantile
- Mise en place d'une politique sanitaire fondée sur les soins de santé de base
- Amélioration et rationalisation de la gestion du système sanitaire
- Recherche de moyens pour le financement du secteur de la santé et l'augmentation de ses ressources

Ces objectifs ont pu être réalisés grâce au développement et à l'implémentation de programmes prioritaires de santé, induisant une nette amélioration des principaux indicateurs de santé, et en particulier la santé de la fécondité.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui a eu lieu au Caire en 1994, a permis au Gouvernement d'avoir un schéma directeur pour la mise au point de programmes et de stratégies dans les secteurs de la démographie et de la santé de la reproduction. Ses principaux axes prioritaires tournent autour du perfectionnement du système de santé et de la qualité de services, afin de mieux répondre à la demande en matière de reproduction, notamment les naissances planifiées, le déroulement des grossesses et accouchements dans de bonnes conditions sanitaires et une sexualité saine.

Un travail de concertation avec des départements extérieurs et des ONG a permis d'élargir le champ d'action vers le changement du statut social et familial de la femme, et la mise à nu des violences perpétrées à son égard. Les postes budgétaires alloués à la santé reproductive ont été revus à la hausse, à la suite de la nouvelle dimension sociale et familiale de la femme.

Repositionnement stratégique des différents intervenants dans le domaine de la santé :

Repositionnement du Rôle de l'État :

A la tête de la santé au Maroc, le ministère de la Santé œuvre à renforcer son rôle de leader intersectoriel appelant au concours des différents acteurs du système en les orientant, en vue de donner une bonne impulsion au développement humain. Son rôle consiste à planifier, manager et coordonner les différentes ressources, qu'elles soient internes ou extérieures.

Le ministère de la Santé est censé assurer également l'adhésion de la société civile et du secteur privé dans la réalisation des objectifs de santé. Sa gouvernance s'appuie sur des mécanismes et des organes qui ont pour but de garantir le pilotage des réformes de santé et la synergie entre les différentes parties.

Tableau 21 : Actions du ministère de la santé pour le renforcement de son institutionnalisation

Actions	Activités
Recentrage du rôle du Ministère de la Santé sur le financement, la régulation, la planification, le contrôle et la sécurité sanitaire	- Mise en place d'un Conseil Supérieur consultatif de la santé
	- Accélération de la mise en œuvre du processus de régionalisation pour permettre aux régions de disposer de l'autonomie sanitaire et des moyens d'action nécessaires
	- Création d'établissements publics au niveau des centres hospitaliers régionaux
	- Développement d'un cadre réglementaire et des mécanismes de coordination nécessaires pour réussir le partenariat public-privé
	- Renforcement des actions de coopération bilatérale et multilatérale et adoption de nouvelles formes de partenariat notamment avec les collectivités locales et les ONG
Mise en place d'une nouvelle structuration du Ministère de la Santé pour favoriser la région	- Renforcement de la déconcentration à travers un nouveau partage des attributions entre les niveau central, régional et local
	- Mise en place des directions régionales de la santé et la réadaptation de l'organisation centrale du Ministère de la Santé
Mise en place du système de l'information de la santé	- Actualisation du schéma directeur de l'information et de l'informatique
	- Mise en œuvre des recommandations du schéma directeur

Source : Plan d'action santé 2008-2012, ministère de la Santé

Accroissement du rôle du secteur privé, de la société civile et des ONG :

Le ministère de la Santé envisage de renforcer sa collaboration avec les ONG, sachant qu'elles disposent de rôles décisifs et qu'elles partagent les mêmes valeurs sur la politique de la

santé. Le programme public de l'INDH a permis l'instauration d'un système de partenariat, à travers - principalement - les centres de santé communaux qui représentent des structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours.

Tableau 22 : Actions du ministère de la santé pour les partenariats externes

Actions	Activités
Partenariat public-privé avec les professionnels et les établissements de santé du secteur privé	
Mise en place d'un cadre concerté de partenariat avec le secteur privé	- Proposition des domaines prioritaires de partenariat à l'examen de la commission consultative du partenariat avec les professionnels et les établissements de santé privés
	- Approbation et diffusion des domaines retenus
	- Édition des conditions et modalités du partenariat dans ces domaines
	- Fixation des règles d'organisation d'activités ou de campagnes avec les associations des professionnels de santé
	- Élaborant et diffusion des outils de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation
	- Définition de l'architecture de la base de données et des informations qu'elle doit contenir
	- Élaboration du support d'information et de communication des données
	- Institutionnalisation de la journée de partenariat avec les professionnels et les établissements privés
	- Élaboration et diffusion d'un rapport des actions de partenariat avec les professionnels et les établissements privés
	- Définition des domaines éligibles aux réseaux de soins
	- Élaboration et mise en œuvre des supports nécessaires à la création et au fonctionnement de ces réseaux
	- Création de la commission consultative de partenariat avec les professionnels et les établissements de santé et définition de son mandat
	- Définition des modalités de fonctionnement de la communication
Partenariat public-privé avec les ONG	
Développement et renforcement du partenariat avec les ONG	- Fixation du principe de développement de partenariat avec les associations
	- Définition du domaine prioritaire du recours au partenariat
	- Mise en place d'une base de données sur le partenariat avec les ONG
	- Institutionnalisation d'une rencontre annuelle entre les associations
	- Accompagnement de l'action des associations par un appui matériel et technique
	- Appui aux associations dans les démarches relatives aux procédures administratives

Source : Plan d'action santé 2008-2012, ministère de la Santé.

Principaux programmes et stratégies publiques pour la santé au Maroc :

Cette section abordera un exemple des principales stratégies et programmes publics établis pour renforcer et développer l'accès aux soins et services de santé pour la population marocaine.

Stratégie du Programme national de Planification Familiale

Initié en 1966, le Programme National de Planification Familiale a vu se succéder de nombreuses initiatives gouvernementales.

L'une d'entre elles a été l'élargissement des options contraceptives, intégrant à la fois des solutions ambulatoires et cliniques. Cette initiative visait à rendre la contraception accessible à tous, indépendamment de leur statut social ou de leur localisation géographique¹⁷⁰.

Santé et survie de l'enfant

Sous l'impulsion du Roi du Maroc depuis 1987, d'importantes campagnes de vaccination ont été lancées pour garantir une protection complète des enfants de moins de cinq ans.

En l'espace d'une décennie, la vaccination a progressé de manière significative : les taux de vaccination contre la tuberculose, la DTC et la VAR ont nettement augmenté.

Grâce à ces efforts, des maladies comme la poliomyélite et la diphtérie ont été éradiquées en 1990 et 1992 respectivement, tandis que d'autres, telles que le tétanos néonatal, sont en déclin. Une surveillance accrue a également été mise en place pour des maladies clés¹⁷¹.

Par ailleurs, grâce à ce programme public, les taux de mortalité chez les nourrissons et les enfants ont connu une baisse notable entre 1988 et 1997¹⁷².

¹⁷⁰ Ministère de la Santé. (2008). *Plan d'action santé 2008-2012*, p. 80.

¹⁷¹ Ministère de la Santé. (1997). *Enquête nationale sur la santé de l'enfant et de la mère*.

¹⁷² *Ibidem*.

Stratégie pour une maternité à moindre risque

Un projet ambitieux a été lancé (sur la période 2008-2012), s'appuyant sur des initiatives précédentes, avec pour objectifs d'améliorer la qualité des services de diagnostic avant et après la naissance, de combler les carences nutritionnelles grâce à des suppléments et une éducation renforcée, et d'optimiser la gestion des urgences en maternité.

Cette stratégie globale, connue sous le nom de « stratégie des trois échéances », introduit une vision renouvelée de la maternité sécurisée. Elle inclut également la modernisation des infrastructures de santé reproductive et la formation des personnels, visant à rendre les soins de base plus accessibles aux communautés éloignées¹⁷³.

Plan de lutte contre les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) sont souvent liées à des habitudes de vie, notamment le tabagisme, l'inactivité physique et une alimentation inadéquate. Pour contrer ces maladies, il est essentiel de gérer ces comportements à risque, ce qui nécessite une intervention à l'échelle communautaire et familiale.

Des stratégies intégrées ont été adoptées pour combattre les MNT (2008-2012), combinant prévention à différents niveaux et promotion de la santé. Ces stratégies favorisent une collaboration entre divers programmes, tels que la nutrition, la santé des enfants, des adolescents et des seniors¹⁷⁴.

Plan national de lutte et de prévention du Cancer

Avec le soutien de la fondation Lalla Salma¹⁷⁵ contre le cancer, le ministère de la Santé a adopté plusieurs initiatives (2008-2012) pour améliorer et restructurer le système de santé dédié

¹⁷³ Ministère de la Santé. (2008). *Plan d'action santé 2008-2012*, p. 57.

¹⁷⁴ *Ibidem.*, p. 59.

¹⁷⁵ La Fondation Lalla Salma (épouse du roi Mohammed 6) de lutte contre le cancer, est une association marocaine

aux patients atteints de cancer (tableau 23). Cette modernisation entraîne la création d'une unité spécialisée en oncologie pour élargir l'éventail des soins et des services proposés¹⁷⁶.

Tableau 23 : Actions du ministère de la santé pour le renforcement de la structure sanitaire et de l'offre de soins

Actions	Activités
Axe 1: Mise en place des structures de lutte contre le cancer	
Création de centres d'oncologie de proximité	Construction et équipement de centres de proximité: Laâyoune, Beni Mellal, Nador et Errachidia
Pôles régionaux d'oncologie	Construction et équipement de centres régionaux: Al Hoceima, Tanger, Meknès et Safi
Pôles régionaux d'oncologie et services de gynéco-oncologie rattachés aux CHU	Construction et équipement des pôles d'oncologie aux CHU de : Casablanca, Rabat, Fès et Marrakech
	Construction et équipement de centres de gynéco-oncologie aux CHU de Casablanca et Rabat
Centres de référence, de dépistage et de diagnostic du cancer du col de l'utérus et du sein	Construction et équipement des centres de référence à: Casablanca, Rabat, Agadir, Tanger, Skhirat, Temara, Salé, Fès, Meknes, Marrakech et Errachidia
Fourniture de médicaments aux non couverts par une assurance maladie	
Axe 2: Renforcement de la prévention primaire des cancers prioritaires	
Promotion de la prévention du cancer	Organisation d'une campagne nationale de sensibilisation en matière du cancer du sein
	Organisation d'une campagne nationale de sensibilisation en matière de cancer du col
	Élaboration d'un Plan Média de lutte contre les facteurs de risque
	Introduction dans le cursus scolaire de thèmes liés à la lutte contre les facteurs de risque
Axe 3: Promotion du dépistage précoce des cancers prioritaires	
Renforcement du dépistage et de la détection précoces des cancers les plus fréquents (sein, col de l'utérus)	Renforcement de l'infrastructure nécessaire au dépistage du cancer du col et du sein
Axe 4: Amélioration de la prise en charge	
Renforcement de l'infrastructure existante	Acquisition du matériel médicotechnique
	Recrutement du personnel qualifié
	Création de nouveaux centres de prise en charge
Amélioration de l'accès aux médicaments anticancéreux	Dotation de centres d'oncologie en médicaments anticancéreux
	Établissement d'un Plan médicaments
	Instauration d'une commission

Source : Plan d'action santé 2008-2012, ministère de la Santé, p. 61.

créée le 6 septembre 2005 par la princesse Lalla Salma et reconnue d'utilité publique.

¹⁷⁶ Ministère de la Santé. (2008). *Plan d'action santé 2008-2012*, pp. 59-62.

Plan national de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires

Sur la période 2008-2012, ce plan public cible deux maladies chroniques majeures : le rhumatisme cardiaque et l'hypertension artérielle, et intègre diverses interventions publiques¹⁷⁷ (tableau 24).

Tableau 24 : Actions du Plan national de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires

Actions	Activités
Axe 1: Élaboration d'un programme de prévention et de lutte contre les facteurs de risque évitables	
Lutte contre les facteurs de risque de l'HTA	- Introduction dans le cursus scolaire de thèmes liés à la lutte contre les facteurs de risque de l'HTA et du RC
	- Élaboration et diffusion de supports éducatifs
	- Élaboration d'un Plan Média sur les facteurs de risque
	- Organisation d'une campagne nationale annuelle de sensibilisation en matière d'HTA et de RC
Axe 2: Amélioration de la prise en charge des maladies cardiovasculaires (HTA et RC)	
Organisation d'un système de dépistage chez les groupes à risque	- Mise en place d'un système de dépistage de l'HTA chez les groupes à risque (diabétiques, obèses, femmes enceintes.)
	- Renforcement de la prévention du RAA en milieu scolaire
Élaboration et révision des référentiels thérapeutiques	- Révision et mise à jour des référentiels de prise en charge HTA
	- Standardisation de la prise en charge des angines et des RAA
Amélioration de l'accessibilité aux soins de l'HTA	- Renforcement des structures de prise en charge de l'HTA et du RC : Création d'un centre de référence par province pour la prise en charge intégrée du diabète et de l'HTA
	- Réorganisation de la consultation curative
Amélioration de la gestion des médicaments	- Organisation des caravanes de dépistage et de prise en charge initiale au profit de la population défavorisée
	- Révision de la nomenclature
	- Dotation des structures sanitaires en médicaments en quantité suffisante
	- Mise en place de supports d'information
Axe 3: Mise en place d'un programme d'éducation avec des normes et standards en matière d'HTA et du RC	
Information et sensibilisation des hypertendus et rhumatisants	- Élaboration et production de supports éducatifs pour les hypertendus et les rhumatisants
	- Éducation des hypertendus et des rhumatisants au suivi de leur maladie (bilan auto-mesure)
Axe 4: Élaboration d'un plan de formation	
Élaboration d'un programme de formation continue du personnel médical et parallèlement en matière de prise en charge et de surveillance épidémiologique l'HTA	- Formation des professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres cardiologues...) sur les protocoles de diagnostic, de prise en charge de l'HTA et du RC
	- Formation des médecins dentistes sur la prise en charge des rhumatisants
	- Formation du personnel médical et paramédical en matière de techniques de communication et d'utilisation des supports éducatifs
	- Formation des gestionnaires en matière de gestion des programmes d'HTA et de RC (médecins et majors du SIAAP)
	- Formation des professionnels de santé en matière de surveiller épidémiologique
Renforcement de la formation médicale et paramédicale de base	- Introduction d'un module de formation sur le programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires

Source : Plan d'action santé 2008-2012. Ministère de la Santé, pp. 62-63.

¹⁷⁷ Ministère de la Santé. (2008). *Plan d'action santé 2008-2012*, pp. 62-63.

La santé en milieu rural :

Dans sa démarche de politique de santé, le Maroc a d'abord structuré son système de santé avant d'initier plusieurs programmes de santé publique au profit de sa population.

Toutefois, ces programmes ont principalement vu le jour en zone urbaine. En zone rurale, l'accès à la santé repose en grande partie sur des dispensaires de santé et des centres de soins, qui font face à des défis de ressources, d'infrastructure et de personnel.

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), inaugurée en 2005, a contribué, bien que de manière limitée, à l'établissement de plusieurs dispensaires de soins en milieu rural.

En outre, 2015 a marqué le lancement d'une collaboration entre le ministère de la Santé et la Banque mondiale¹⁷⁸, visant spécifiquement à renforcer les services de santé primaire dans certaines zones rurales du Maroc.

Cependant, malgré ces efforts, l'accès aux soins de santé en milieu rural reste insuffisant, et les infrastructures sanitaires en place ne répondent pas pleinement aux besoins des populations.

Les unités mobiles tentent de combler cette faiblesse structurelle, bien qu'elles ne couvrent pas entièrement la population rurale et restent occasionnelles.

Avec l'introduction de l'INDH (phases I et II), ces unités ont intensifié leurs efforts, offrant un soulagement temporaire aux résidents ruraux. En 2019, ces unités ont mené 437 campagnes, réalisant des milliers de consultations et d'interventions¹⁷⁹, comme illustré dans le tableau 25.

¹⁷⁸ La Banque Mondiale. (2015). *Programme pour résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales, Évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale.*

¹⁷⁹ Ministère de la Santé. (2019). *Santé en chiffres 2019*, p. 26.

Tableau 25 : Réalisations du plan de santé rurale à partir du bilan des unités médicales mobiles - 2019

Intitulé	Nombre
Nombre de sorties sur le terrain	12 607
Nombre de femmes ayant reçu au moins une consultation avant l'accouchement	13 248
Nombre d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole	22 946
Nombre de femmes ayant bénéficié pour la 1ère fois de la PF	18 863
Nombre de diabétique diagnostiqués	10 612
Nombre d'hypertendus diagnostiqués	14 797
Intitulé	Nombre
Nombre de campagnes	437
Nombre de consultations spécialisées	319 695
Nombre total de consultations médicales	541 848
Nombre d'interventions chirurgicales	13 043
Nombre d'examens complémentaires (radios, biologie)	77 462

Source : Santé en chiffres 2019, ministère de la Santé, 2019, p. 26.

L'INDH, en tant que programme public national, a été conçu pour améliorer divers aspects du développement humain, y compris l'accès aux soins de santé en milieu rural. L'intégration et la structuration de la couverture médicale font partie intégrante de cette initiative visant à renforcer le système de santé marocain.

La couverture médicale au Maroc est incarnée par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), qui joue un rôle important dans l'amélioration de l'accès aux soins en milieu rural. Le RAMED est spécifiquement destiné à une catégorie de personnes défavorisées qui ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie. Cette catégorie inclut la majeure partie de la population rurale.

Géré par l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM), le RAMED est financé conjointement par l'État et les collectivités locales. Il prend en charge totalement ou partiellement les soins et les prestations, en se limitant aux actes réalisés dans les établissements de santé publics.

Le RAMED a ouvert la voie au traitement de pathologies graves telles que l'hépatite, l'insuffisance rénale et les maladies cardiovasculaires, offrant ainsi un espoir précieux aux populations rurales confrontées à ces problèmes de santé.

Cependant, étendre la couverture médicale ne peut se faire sans un renforcement parallèle de l'infrastructure sanitaire. La demande accrue de soins exige des investissements substantiels et une gestion efficace des ressources budgétaires. Cette expansion de l'offre de soins nécessite également une augmentation des effectifs qualifiés dans le secteur médical, paramédical et pharmaceutique, créant ainsi des opportunités d'emploi.

Malgré les avantages du RAMED pour les plus défavorisés, y compris la population rurale, l'accès aux soins demeure un défi en raison de contraintes majeures, dont la mobilité difficile en milieu rural constitue l'une des principales.

Pour surmonter ces obstacles, le Maroc a mis en place progressivement plusieurs programmes visant à améliorer les infrastructures de transport et à réduire les inégalités territoriales dans le domaine de la mobilité, contribuant ainsi à améliorer l'accès aux soins de santé pour les populations rurales.

Ce développement des infrastructures de mobilité joue un rôle important dans la réalisation des objectifs d'équité en matière de santé à travers tout le pays.

4. Les actions publiques pour la mobilité, un déficit à rattraper en milieu rural¹⁸⁰

Programme National de Routes Rurales :

Initié en 1995, le gouvernement marocain, avec le soutien de la Banque mondiale, a lancé le Programme National de Routes Rurales (PNRR 1). Cette initiative visait à construire des routes dans les zones enclavées du pays.

Toutefois, en 2005 (date du lancement de l'INDH), les résultats étaient loin des attentes, avec seulement 54 % de la population rurale ayant accès à des routes praticables en toute saison.

Cela a poussé le gouvernement à lancer une deuxième phase, le PNRR 2. Pour soutenir cette nouvelle étape, il a sollicité l'assistance technique et financière de plusieurs donateurs, y compris la Banque mondiale, qui a contribué à hauteur de 180 millions d'euros via trois prêts octroyés entre 2006 et 2014.

Ces programmes, PNRR1 et PNRR2, ont principalement ciblé les zones rurales des provinces agricoles du centre-est marocain, telles que Kenitra et Gharb, qui sont moins isolées que les régions montagneuses de l'Atlas.

Détails des programmes :

PNRR1 :

- Le premier programme de construction de routes rurales.
- Linéaire total : 11.240 Km.
- Coût estimé : 7 500 Mdh.

PNRR2 :

- Deuxième initiative de construction de routes rurales.

¹⁸⁰ Ministère de l'Équipement et de l'Eau. (2019). Site institutionnel. Consulté le 17/03/2019.
<http://www.equipement.gov.ma/>

- Linéaire total : 15.572 Km, dont 9.942 km de construction et 5.630 km d'aménagement.
- Coût prévisionnel : 15 741 Mdh.
- Objectifs : desservir 3 millions d'habitants en milieu rural, augmenter le taux d'accessibilité de 54 % en 2005 à 80 % à la fin du programme, et réduire les inégalités interprovinciales en termes d'accessibilité.

Bilan du PNRR2 à la fin de mars 2017 :

- Linéaire réalisé : 15 122 Km (97% du total).
- Coût : 15 270 Mdh.
- Taux d'accessibilité atteint : 79,3%.
- Population bénéficiaire : 2,919 millions d'habitants.

Reliquat du PNRR2 : Ce reliquat comprend des opérations en cours, des travaux sur les routes en aménagement progressif, l'achèvement de projets précédemment suspendus, et un écart dans les contributions financières des collectivités locales.

Les ministères de l'Équipement, de l'Eau, du Transport et de la Logistique travaillent ensemble pour planifier certaines des opérations restantes du PNRR2 en fonction des priorités et des contributions des collectivités locales.

Programme de Mise à Niveau Territorial PMAT :

Le Programme PMAT est une initiative majeure axée sur la construction de routes visant spécifiquement les régions rurales.

Il a été mis en œuvre sur une période de 2011 à 2015, et a bénéficié d'une contribution financière notable de l'INDH pour la réalisation de ses projets.

L'ambition du programme s'étend à 22 provinces, avec un accent particulier sur les zones montagneuses rurales.

Détails techniques du projet :

- Le projet couvre une longueur totale de 2.320 km de routes.
- Il prévoit la construction de 773 km de nouvelles routes et l'aménagement de 1.547 km existants.
- Il comprend également la réalisation de 90 ouvrages de franchissement, dont 68 sont spécifiquement des ouvrages d'art.
- Le coût global du programme est estimé à 2.5 milliards de dirhams (MMDH).

Répartition du financement :

- Le ministère de l'Intérieur contribue à hauteur de 1.700 MDH, soit 68% du budget total.
- Le ministère de l'Équipement, du Transport et de la Logistique alloue 600 MDH, représentant 24% du financement.
- Le ministère de l'Agriculture et de la Pêche Maritime participe avec une somme de 200 MDH, soit 8% du budget.

Objectifs et cibles du programme :

- Le programme vise à desservir une population de 810.963 habitants répartis sur 207 communes.
- Les provinces bénéficiaires sont au nombre de 22, parmi lesquelles on compte Beni Mellal, Azilal, Errachidia, et bien d'autres jusqu'à Khemisset.
- Un des principaux objectifs est d'augmenter le taux d'accessibilité routière. Après la réalisation complète du 2ème Programme National de Routes Rurales en conjonction avec le PMAT, le taux d'accessibilité est prévu d'atteindre 85%.

Malgré l'amélioration notable de l'infrastructure routière grâce à ce programme, un déficit reste à rattraper dans les zones rurales montagneuses et enclavées.

Programme de Réduction des disparités Territoriales et Sociales :

À la suite du discours du roi Mohammed 6 le 30 juillet 2015, le gouvernement a lancé un programme ambitieux. Ce programme, intitulé « Programme de Réduction des disparités Territoriales et Sociales », vise à atténuer les inégalités territoriales et sociales. Les secteurs concernés sont les routes, l'électricité, l'eau, l'éducation et la santé.

Le volet du programme dédié aux routes et aux pistes rurales se décompose en deux parties majeures. La première partie vise à développer de nouvelles routes et pistes, en particulier pour améliorer l'accessibilité des zones reculées et montagneuses. La seconde partie se concentre sur la préservation et la réhabilitation des routes provinciales qui sont en mauvais état.

A- Ouverture de nouvelles routes et pistes : En collaboration étroite avec les collectivités locales, environ 45 000 km de pistes et 260 ouvrages d'art ont été identifiés et inventoriés, touchant ainsi plus de 3,5 millions de personnes. Plusieurs critères ont été établis pour définir les priorités et la répartition des fonds entre les différentes préfectures et provinces. Parmi ces critères, on compte le ratio de la population rurale désenclavée, le ratio de la population rurale pauvre et vulnérable, le taux des équipements socio-économiques, ainsi que la longueur moyenne des routes classées par habitant et par km². Le projet initial prévoyait la construction de 22 000 km de routes et 250 ouvrages d'art pour un coût total de 28 milliards de dirhams.

B- Réhabilitation des routes provinciales : L'objectif de cette phase est de moderniser les connexions entre les grands axes routiers et le réseau de routes rurales. Ceci afin de continuer à améliorer l'accessibilité des zones rurales. Dans le cadre de ce programme, 8 000 km de routes rurales seront entretenus et 180 ouvrages d'art seront construits pour un budget estimé à 8 milliards de dirhams.

Bilan du Programme jusqu'au 31 décembre 2018 : Les années précédentes ont vu la réalisation de plusieurs chantiers. En 2017, 825 km de routes ont été réhabilités pour un budget de 844 millions de dirhams. En 2018, 848 km ont été rénovés pour 880 millions de dirhams. Enfin, pour 2019, 1 043 km sont prévus pour être réhabilités avec un budget de 1,1 milliard de dirhams

5. Le manque de coopération pour des actions publiques communes

Depuis plus de deux décennies, l'État marocain s'est engagé dans plusieurs programmes publics visant à améliorer les infrastructures routières du pays.

Ces efforts manifestent la volonté du gouvernement de répondre aux besoins croissants en matière de connectivité et d'accessibilité, en particulier dans les zones rurales. Cependant, malgré ces initiatives, il demeure un déficit notable en matière d'infrastructures dans ces régions. Les zones rurales, souvent isolées et éloignées, nécessitent une attention particulière pour garantir leur développement et leur intégration au reste du territoire¹⁸¹.

En outre, au-delà de la simple construction routière, il est essentiel d'avoir des programmes et des politiques qui encouragent la mobilité rurale. La mise en place de moyens de transport adaptés et accessibles pourrait grandement bénéficier aux habitants de ces territoires, en leur offrant des opportunités économiques et sociales plus vastes.

Cependant, un autre défi se présente : la collaboration interministérielle. Il semble y avoir un manque de synergie entre le ministère du Transport et le ministère de la Santé.

L'accès aux soins de santé est important, et la mobilité joue un rôle déterminant à cet égard. Le fait que ces deux ministères ne collaborent pas étroitement pour développer des actions conjointes indique que l'importance de la mobilité en tant que facteur clé pour l'accès aux soins n'a peut-être pas été pleinement reconnue.

¹⁸¹ Ministère de la prévention économique et du plan, centre d'études et de recherches démographiques. (1999). *Dynamique urbaine et développement rural au Maroc*.

6. Des actions publiques encourageantes, mais, encore limitées en milieu rural

L'État marocain, tout en reconnaissant l'importance du développement rural, a progressivement instauré des mesures pour le soutenir. Des initiatives telles que la Charte nationale d'éducation et de formation¹⁸², le programme Tayssir¹⁸³, ou encore le programme national des routes rurales, ont vu le jour pour améliorer les infrastructures de base.

Malgré ces efforts, le retard en matière d'infrastructures sanitaires et routières demeure préoccupant, en particulier dans les zones rurales les plus isolées.

Dans un cadre transversal, le ministère du transport pilote les projets deancements des routes dans les zones rurales, ces projets financés en grande partie par des prêts et des aides internationales, sont encore insuffisants pour éradiquer l'enclavement total des zones rurales.

Malgré, l'amélioration de la mobilité rurale grâce aux différents programmes publics, la situation reste insuffisante.

Durant les deux dernières décennies, de nombreux programmes, comme le PNRR, ont été mis en œuvre pour améliorer le réseau routier.

Cependant, la fragmentation des interventions, couplée à un manque de coordination entre les différents acteurs locaux et régionaux, a entravé le désenclavement des zones les plus reculées. Les routes non classées et les pistes rurales, bien que fréquemment empruntées, souffrent d'un manque d'entretien et de mise à niveau.

Alors que des avancées significatives ont été réalisées pour le développement rural, une analyse approfondie des programmes et stratégies mis en œuvre révèle certaines de leurs limites

¹⁸² La charte nationale de l'éducation formation, élaborée par consensus entre les forces vives du pays et entérinée par la plus haute autorité de l'État en 1999. Elle proclame la décennie 2000-2009, décennie dédiée à l'éducation et à la formation, et élève l'éducation et la formation au rang d'une priorité nationale.

¹⁸³ Destiné à lutter contre l'abandon scolaire, le programme Tayssir offre des aides financières à la scolarité pour les familles.

intrinsèques. Un manque de vision globale et de politique publique unifiée semble persister, rendant parfois les interventions incohérentes.

Dans cette optique, une politique participative, visant à réduire l'exclusion et à impliquer tous les acteurs sociaux, pourrait mieux répondre aux besoins spécifiques des zones rurales, en particulier en matière de santé.

Le Conseil économique, social et environnemental¹⁸⁴, établi en 2011, a suggéré plusieurs recommandations pour repenser les approches de développement. Ces recommandations couvrent un large éventail de domaines, de la consolidation du réseau routier à la diversification des méthodes pédagogiques, en passant par l'encouragement des investisseurs privés à s'intéresser au monde rural.

Toutefois, bien que ces recommandations aient été intégrées dans certains programmes de l'INDH, elles n'ont pas été traduites en une politique stratégique indépendante axée sur le milieu rural.

En dépit de l'existence d'infrastructures hospitalières avancées dans les zones urbaines, les zones rurales demeurent sous-desservies en matière de soins de santé. Les efforts entrepris pour renforcer l'offre de soins dans ces régions semblent avoir omis l'espace rural dans leur démarche globale.

De plus, les initiatives publiques se sont souvent limitées à la mise en place de dispensaires ou de centres de soins de base, insuffisants pour répondre aux besoins de ce vaste territoire. La question de la mobilité, souvent négligée ou retardée, reste un défi majeur pour ces populations, en particulier dans les zones montagneuses éloignées.

Bien que le Maroc ait fait des progrès notables en matière de développement rural, notamment grâce à l'INDH, de nombreux défis restent à relever. La clé réside dans une approche

¹⁸⁴ Le Conseil économique, social et environnemental ou CESE est une institution indépendante consultative marocaine créée le 21 février 2011 par dahir royal. Il a pour rôle la réalisation d'études et de propositions auprès du gouvernement marocain et des deux chambres du Parlement.

plus intégrée, prenant en compte à la fois les besoins immédiats et les aspirations à long terme des populations rurales.

Chapitre 4 : L'Initiative Nationale du Développement Humain¹⁸⁵

1. Le lancement de l'INDH, un programme global et intersectoriel

Depuis 2005, le Maroc s'est lancé dans un vaste projet de transformation et de modernisation à travers « l'Initiative nationale pour le développement humain ». Ce programme ambitieux, étendu sur plusieurs années, vise à améliorer le bien-être socio-économique de sa population.

Les principaux objectifs de cette initiative sont la réduction de la pauvreté, la lutte contre la précarité, la promotion de l'inclusion sociale, ainsi que l'assurance d'un accès universel à l'éducation, aux soins de santé, au logement, à la formation professionnelle et à l'emploi pour tous les citoyens marocains.

L'originalité de cette initiative réside dans sa structure de gouvernance qui est multi-niveaux. Au niveau local, elle repose sur des comités tripartites composés d'élus, de représentants des services étatiques décentralisés et de membres du secteur associatif.

Ces comités jouent un rôle important dans la prise de décision et l'orientation des projets spécifiques à chaque région. Parallèlement, au niveau central, le gouvernement supervise et oriente l'initiative à travers des comités stratégiques et de direction.

Cette dualité dans la structure de gouvernance est censée assurer une harmonisation des actions, tout en garantissant que les projets déployés répondent aux besoins spécifiques de chaque région. Elle vise également à établir un équilibre entre les diverses aspirations des parties prenantes, jetant ainsi les bases d'un développement territorial durable et équilibré.

¹⁸⁵ INDH. (2017). Site institutionnel. <http://www.indh.ma/>

« La mise en œuvre de l'Initiative nationale pour le développement humain devra, par ailleurs, être l'occasion pour faire émerger, dans notre pays, une véritable ingénierie sociale, à travers l'innovation dans les types d'intervention, économes en moyens et à impact maximal, étayés par des ressources humaines qualifiées et par des mécanismes d'observation vigilante et objective des phénomènes de pauvreté et d'exclusion¹⁸⁶. »,
Déclaration du Roi du Maroc Mohammed VI.

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) représente une démarche résolue du Maroc pour combattre l'exclusion, la vulnérabilité économique et la pauvreté à travers tout son territoire.

Depuis son inauguration en 2005, cette initiative a démontré son efficacité et son impact. Entre 2011 et 2012, plus de 2200 projets centrés sur les Activités Génératrices de Revenus (AGR) ont été lancés, bénéficiant à 34 000 personnes et mobilisant un budget de 762 millions de dirhams. Entre 2005 et 2009, sans compter les investissements extérieurs, l'INDH a alloué près de 12 milliards de dirhams à ses programmes. Sur cette période, 29 000 projets ont vu le jour, dont 5000 AGR, profitant à quelque 7 millions de Marocains¹⁸⁷.

Cette initiative, parmi d'autres mises en œuvre par le Maroc, a été pensée comme une réponse durable aux défis sociaux tels que la pauvreté, l'instabilité économique et l'isolation sociale.

En plus de fournir un accès essentiel à l'éducation, aux soins médicaux, au logement, à l'emploi et à la formation, l'INDH a opéré une transformation profonde de la société marocaine. Les citoyens ont pu bénéficier d'un accès élargi aux infrastructures essentielles et ont été dotés des moyens d'initier des AGR. Cette initiative a également consolidé une collaboration tripartite entre

¹⁸⁶ Le Roi du Maroc Mohammed VI, Extrait du discours Royal à l'occasion du lancement de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain du 18 mai 2005.

¹⁸⁷ INDH. (2017). Site institutionnel. Consulté le 28/06/2017. <http://www.indh.ma/>

l'État, les acteurs de la société civile et le secteur privé, plaçant l'individu au cœur de cette dynamique de développement.

Cependant, malgré les avancées significatives réalisées grâce à l'INDH, le Maroc se heurte encore à des défis dans l'élaboration de stratégies et de modèles de développement qui répondent pleinement aux besoins de sa population. Au cœur de ces enjeux se trouve la question déterminante de gouvernance, qui demeure un point d'attention pour cette initiative.

« Nous entendons par là la problématique sociale, qui constitue, pensons-Nous, le défi majeur à relever pour la concrétisation de notre projet de société et de développement. En effet, Nous avons décidé, avec l'aide de Dieu, de Nous y atteler en lançant une nouvelle initiative qui se veut novatrice et ambitieuse, à savoir : "l'Initiative Nationale pour le Développement Humain" Cette initiative s'inscrit dans la vision d'ensemble qui constitue la matrice de notre projet sociétal, modèle bâti sur les principes de démocratie politique, d'efficacité économique, de cohésion sociale et de travail, mais aussi sur la possibilité donnée à tout un chacun de s'épanouir en déployant pleinement ses potentialités et ses aptitudes.

C'est dans cette vision équilibrée et portée vers l'avenir, que s'inscrivent, du reste, les réformes fondamentales et les projets structurants que Nous avons engagés, ainsi que les progrès et les acquis aujourd'hui engrangés, notamment dans les domaines de la consolidation de l'État de droit, de l'élargissement de l'espace des libertés, de la promotion des droits de la femme, de l'enfance et des catégories sociales démunies et fragiles¹⁸⁸. »

Déclaration du Roi du Maroc Mohammed VI.

¹⁸⁸ Le Roi du Maroc Mohammed VI, Extrait du discours Royal à l'occasion du lancement de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain du 18 mai 2005.

Depuis son instauration, l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) a mis en avant son désir de s'appuyer sur des valeurs fondamentalement humaines tout en envisageant un futur empreint d'optimisme. La pierre angulaire de cette initiative est le respect de la dignité humaine, avec une vision tournée vers un futur caractérisé par une gouvernance efficace et la durabilité des actions entreprises.

Le programme de l'INDH s'articule autour de cinq piliers essentiels :

- La reconnaissance de la dignité de chaque individu,
- L'instauration d'une confiance mutuelle entre les citoyens et l'État,
- La promotion d'une participation active de tous les acteurs de la société,
- L'adoption d'une gouvernance saine et transparente,
- Et l'assurance de la continuité et de la pérennité des initiatives lancées.

Depuis son accession à l'indépendance, le Maroc a été confronté à d'importants défis sociaux, notamment des taux élevés de pauvreté et de vulnérabilité. Les conséquences de ces défis ont été ressenties pendant de longues années, laissant des cicatrices profondes dans le tissu social. Malgré les efforts entrepris pour remédier à ces situations, des disparités notables persistent, en particulier dans les zones rurales. Ces inégalités mettent en lumière un Maroc où certaines catégories sociales sont davantage défavorisées que d'autres.

Face à ce constat, l'INDH se donne pour mission de combattre ces disparités. Son approche est résolument centrée sur l'humain, cherchant à garantir que chaque individu puisse bénéficier des mêmes opportunités et droits.

Lors du démarrage de l'initiative nationale pour le développement humain, la commission du lancement a fourni des estimations en pourcentage concernant les divers déficits sociaux, basées sur les retours des élus locaux et des statistiques nationales. Ces estimations révèlent que la pauvreté nationale touche 14% de la population, avec une prévalence plus marquée en milieu rural à 22%, comparativement à 7.90% en milieu urbain. La précarité extrême concerne 2% de la population, tandis que 11% sont touchés par l'exclusion. L'analphabétisme représente un défi

majeur avec un taux de 42.70%. Ces chiffres illustrent les principaux enjeux sociaux auxquels le pays est confronté (tableau 26).

Tableau 26 : Les déficits sociaux au Maroc en 2005

Déficit social	Taux
Pauvreté Nationale	14%
Pauvreté Rurale	22%
Pauvreté Urbaine	7.90%
Précarité extrême	2%
Exclusion	11%
Analphabetisme	42.70%

Source : Site institutionnel de l'INDH, <http://www.indh.ma/>, consulté le 28/06/2017.

L'engagement de la société civile dans les initiatives de développement menées par l'INDH est essentiel à tous les niveaux : national, provincial et communal. En effet, la réussite de ces initiatives dépend fortement de cette participation.

De nombreuses associations ont été invitées à jouer un rôle actif dans ces programmes. Leurs contributions et idées viennent combler le vide existant dans la stratégie de développement. Alors que l'INDH a mis en place des fonds publics pour soutenir les projets soumis par les organisations non gouvernementales, l'obtention de ces ressources financières facilitera désormais la mise en œuvre des projets.

La phase initiale de l'INDH (2005-2009) a été conçue en partenariat avec le Haut-Commissariat au Plan (HCP) et la Banque mondiale. Elle visait une population de 5 millions d'habitants, répartis dans 360 communes rurales et 250 zones urbaines.

Un budget conséquent de 1.1 milliards de dollars a été réservé pour 41 villes du pays, particulièrement celles aux conditions sociales fragiles. Il est intéressant de noter que 20% de ce budget provenait de dons internationaux.

L'objectif principal du programme était de stimuler la création d'emplois, d'initier des activités rentables, et de fournir des services d'aide à des segments vulnérables de la population¹⁸⁹.

2. Structure et organisation de l'INDH¹⁹⁰

La mise en application de l'INDH a nécessité l'intervention de trois parties au niveau local :

- Les élus
- Les représentants du tissu associative et les citoyens
- Les autorités déconcentrées

Le Gouvernement assure la mise en œuvre des programmes sur le plan stratégique et le régime de gouvernance, défalqué sur trois principaux axes, est exécuté à plusieurs niveaux : central, régional provincial et local.

Les trois principaux axes qui constituent le système de gouvernance :

1. Les acteurs engagés dans l'atteinte des objectifs (valeurs, formes institutionnelles, ressources...)
2. Les instruments de politique publique implémentés pour la réalisation de ces objectifs :
 - Régulateurs : encourager les acteurs à agir dans une direction
 - Incitateurs : motiver les acteurs à agir dans une direction

¹⁸⁹ INDH. (2017). Site institutionnel. Première phase de l'INDH. Consulté le 28/06/2017. <http://www.indh.ma/>

¹⁹⁰ *Ibidem*.

- Informatifs : persuader les acteurs à agir d'une certaine manière

3. Les modalités institutionnelles d'interaction au sein d'un réseau de politique publique.

La présence d'organes, aussi bien au niveau central que territoriale, est nécessaire pour le mode de gouvernance de l'INDH, et ce dans le but d'avoir un meilleur parlement au niveau de la population, et pour permettre la durabilité et la viabilité des projets.

Structure Centrale :

Le comité interministériel stratégique de développement humain

Piloté par le Premier ministre, et constitué des membres de l'Exécutif ainsi que des institutions et structures publiques, le Comité interministériel est chargé de :

- Assurer le lien entre les différents départements ministériels afin d'optimiser leur apport aux programmes de l'INDH
- Confirmer l'approche et les outils multiples engagés
- Déterminer les outils d'intermédiation et les voies de recours
- Confirmer le plan de communication Corporate de développement
- S'assurer de la synergie des stratégies sectoriels avec l'initiative INDH
- Établir le plan de financement, en particulier les budgets annuels alloués du « compte d'affectation spéciale de l'INDH ».
- Assurer le suivi des partenariats et des subventions internationales

Le Comité de pilotage CPDH

Avec à sa tête le Premier ministre, le Comité est constitué de membres du ministère de l'Intérieur, du ministère de l'Économie et des finances, du ministère de l'Urbanisme et de l'Aménagement de l'espace, et du ministère de la Famille et la solidarité.

Ce comité assure les responsabilités suivantes :

- Établir et délivrer au Comité stratégique les dossiers phares liés à l'INDH
- Mettre au point la stratégie de segmentation
- Définir les moyens de mise en œuvre des différents dossiers du programme, en synergie avec les parties concernées
- Assurer le suivi de l'implémentation du programme, créer et assurer le suivi des actions de communication au niveau national.

La coordination nationale de l'INDH

Ayant son siège au ministère de l'Intérieur, le Comité de coordination nationale, dirigé par le coordinateur national, est la plateforme opérationnelle au niveau central. Il assure les fonctions suivantes :

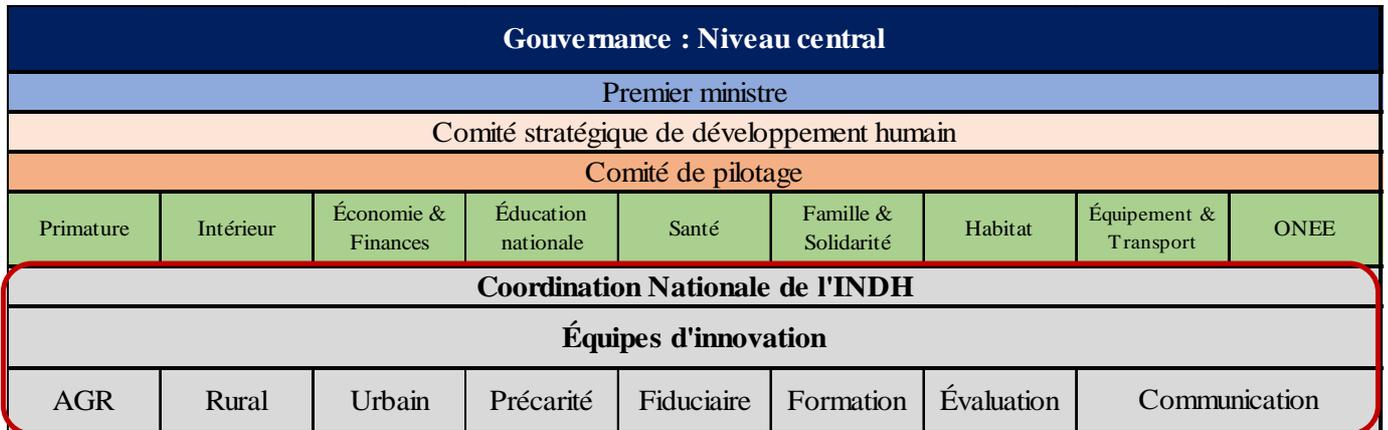
- L'actualisation des guides de procédures qui gèrent l'application de l'INDH
- La collecte et la coordination des différentes activités nécessaires à l'implémentation de l'INDH
- Gérer les allocations budgétaires annuelles de l'INDH et en assurer le suivi.

L'Observatoire national du développement humain (ONDH)

Constitué des administrations publiques, des représentants du Parlement, et de la société civile, l'ONDH assure les missions suivantes :

- Effectuer des études statistiques et Marketing sur le programme de l'INDH
- Assurer le feedback au niveau des indicateurs de développement humain
- Faire du sourcing auprès des différents départements ministériels pour la rédaction d'un rapport annuel.

Figure 31 : Schéma de gouvernance centrale



(Acronyme ONEE dans ce schéma : Office National de l'Électricité et de l'Eau Potable).

Source : schéma réalisé selon les données de l'INDH (Site institutionnel de l'INDH, <http://www.indh.ma/>, première phase de l'INDH, 2017)

Structure Régionale :

Comité régional de développement humain (CRDH)

Sous la présidence du wali de la région, le Comité est composé des gouverneurs des provinces et des préfectures, du Président du Conseil régional, des présidents des conseils provinciaux et préfectoraux, les représentants des associations, l'Université, les secteurs privés, et les représentants des services déconcentrés de l'État. Il assure :

- La convergence des actions provinciales de l'INDH
- Le cadrage du programme de lutte contre la précarité

Division de l'Action Sociale (DAS)- Région

Il s'agit du secrétariat du CRDH. Ses principales fonctions sont :

- L'établissement du projet de convention à parapher entre le CRDH et le Comité de pilotage

- L'établissement des contrats à signer entre le président du CRDH et les détenteurs de projets retenus
- Implémentation et suivi du programme de lutte contre la précarité

Structure provincial / préfectorale :

Comité provincial

Ce comité est piloté par le gouverneur, et se compose des élus, des associations, des représentants du secteur privé, et de l'administration régionale. Ses fonctions sont :

- La synergie des programmes de l'Initiative Locale de développement humain (ILDH)
- Le pilotage du programme transversal de l'INDH

Division de l'Action Sociale (DAS) - province/ préfecture

Elle lui est assignée la tâche de :

- Renforcer et accompagner les équipes d'animation communale pour la mise en place des ILDH, en concertation avec les Comités locaux de développement humain.
- Assurer le suivi de la progression des projets au profit des CPDH.

Structure Locale :

Comité Local de développement humain (CLDH)

Composé des élus, des associations, et des services administratifs régionaux, le Comité représente la plaque tournante chargée des échanges et de la coordination. Elle s'occupe de :

- Évaluation des projets proposés par les indépendants
- Défense des projets viables auprès du CRDH, en vue d'obtenir le financement.

L'équipe d'animation communale ou de quartier

Elle est chargée de travailler en concertation avec le CLDH dans l'évaluation des projets et de garantir l'implémentation et le suivi des projets.

Figure 32 : Schéma de gouvernance territoriale

Gouvernance Territoriale				
Comité	Présidence			
Centre régional de développement humain (CRDH)	Wali	Chefs de division de l'Action Sociale DAS	Réseau d'experts	Équipe d'animation de communes et de quartiers
Comité Provincial de développement humain (CPDH)	Gouverneur			
Comité Local de développement humain (CLDH)	Élu			

Source : réalisé selon les données de l'INDH (Site institutionnel de l'INDH, <http://www.indh.ma/>, première phase de l'INDH, 2017)

3. Les partenaires institutionnels de l'INDH¹⁹¹

La mise en œuvre de l'INDH a nécessité la participation des parties prenantes suivantes : l'État, les collectivités locales et les ONG. Le déficit enregistré au niveau des différentes parties traduit un risque d'implémentation des procédures d'intervention.

Les services de l'État :

La décentralisation des ministères se traduit par la mise en place des services administratifs et techniques. Ces derniers, se trouvant au niveau des régions, des provinces et des communes, ne jouissent, néanmoins, pas d'un transfert de pouvoir. Leur rôle se limite uniquement à l'exécution.

¹⁹¹ INDH. (2017). Site institutionnel. Première phase de l'INDH. Consulté le 29/06/2017. <http://www.indh.ma/>

Cette dichotomie au niveau des pouvoirs décisionnels se répercute sur les affectations budgétaires, d'où le manque de synergie entre les pouvoirs centraux et régionaux.

La déconcentration des tâches du niveau central demeure l'unique alternative au risque de chevauchement des décisions.

En assignant les responsabilités budgétaires (investissements et actions) aux services extérieurs de l'Administration centrale, il sera plus facile de répondre de manière pertinente aux doléances des populations dans le cadre de l'INDH.

Ce manque à gagner au niveau de la programmation des investissements par les services extérieurs de l'administration centrale est inquiétant.

En matière d'intervention, la même approche est adoptée pour l'urbain et le rural. La province dispose des pleins pouvoirs de consolidation des actions.

Les comités locaux devraient plutôt jouer un rôle beaucoup plus important dans la cohérence des ILDH. Écarter l'arbitrage des provinces est une condition sine qua non pour garder les équilibres des planifications stratégiques, au niveau rural en particulier.

Les collectivités locales :

Bien qu'elles soient plus concernées par le développement, les communes font face à des obstacles susceptibles de nuire à leurs démarches.

L'environnement institutionnel pose un vrai handicap aux ambitions communales, en limitant les champs d'intervention des communes par le Ministère de tutelle, et en restreignant les pouvoirs des présidents des conseils communaux.

Ces restrictions de pouvoir viennent s'ajouter à l'incapacité de planification budgétaire imposée par l'administration centrale.

L'impact de l'absence de prérogatives des collectivités locales sur son rôle en tant que partie prenante a été dévoilé dans une étude sur la « Planification stratégique participative et budgétisation pluriannuelle des investissements », menée en 2002 pour le compte de l'Agence Américaine de Développement International.

La première analyse de l'étude fait ressortir le manque de visibilité des collectivités locales quant à leur capacité à mettre en place des projets fédérateurs. Parmi les causes de ce constat :

- Le budget provincial ou régional consolidé ne permet pas de considérer des projets rentables au niveau de la collectivité.
- L'absence d'une approche horizontale masque la vision macroscopique de la région.

L'INDH qui envisageait de renforcer les pouvoirs des acteurs locaux dans le milieu rural, n'avait pas anticipé la formation et le support suffisant des acteurs locaux. Cela a posé des difficultés pour la synergie entre la réalisation des programmes et la préparation des acteurs locaux.

Ce décalage a été mal assimilé par l'administration. Les structures d'intervention communales ne disposent pas d'assez d'agents compétents en stratégie et planification ainsi qu'au niveau technique. Le concept de participation a été mis à mal, à cause en partie de la rupture du processus d'intervention.

Les ONG :

Principaux pourvoyeurs de services au profit des populations exclues et défavorisées, les ONG jouent en réalité un rôle majeur dans le développement du pays.

Maillon essentiel dans la chaîne des actions de l'État, et principal intervenant dans les domaines écartés par les services publics, les ONG sont devenues un allié fiable de l'État. Leurs apports et plus-values au développement humain ont été évalués dans des actions et études récentes.

- En majorité des citoyens, les animateurs associatifs sont souvent issus des villes, même si l'association est en milieu rural.
- La gestion des associations accuse un manque de professionnalisme et de compétences. Sur le plan pratique, cela se répercute sur le diagnostic des besoins et la mise en œuvre des plans opérationnels.
- Une forte dépendance aux subventions internationales : ce phénomène limite le champ d'intervention des associations à des projets préprogrammés, et loin des besoins réels des populations. Les demandes sociales urgentes cèdent la priorité aux programmes mis en place par les pourvoyeurs de fonds.
- Les associations respectent scrupuleusement les normes imposées par les financeurs, en faisant preuve de bonne gouvernance. Les associations créées par l'État font, toutefois, exception à la règle.
- Des intermédiaires, assurant une meilleure coordination et une aptitude à la négociation, ont vu le jour sous formes de réseaux d'échanges et de parrains. Les anciennes associations jouent le rôle de médiateurs, en appuyant matériellement et techniquement les nouvelles structures.

4. Le financement de l'INDH¹⁹²

Répartition du budget de la première phase :

Appelé « **Le fonds de soutien à l'initiative nationale pour le développement humain** », le compte d'affectation spéciale, dont l'ordonnateur est le Premier ministre, a été créé le 19 juillet 2005 par décret n° 2.05.1016, conformément aux dispositions de l'Article 18 de la loi organique n°798.

Assisté par le ministre des Finances et de privatisation, les ministres chargés de l'intérieur et du développement social, les walis et les gouverneurs en qualité de sous-ordonnateurs des dépenses imputées sur le compte spécial, le Premier ministre assurera la fonction de comptable des opérations liées aux actions et programmes mis en œuvre dans le cadre de l'INDH. Le compte est constitué des :

- Subventions du budget d'État et des collectivités locales, allouées au titre de l'INDH, ainsi que les dons internationaux.
- Ces fonds sont affectés au financement des projets et des actions de l'INDH.
- Les versements s'effectuent sous forme d'aides ou d'acomptes remboursables, dans le cadre de participation à la réalisation des programmes et actions de l'INDH.
- Les dépenses liées à la participation à la mise en œuvre de l'INDH. Ces dépenses sont auditées régulièrement par les inspections générales respectives des finances et de l'Administration territoriale.

Le financement de l'INDH a été établi en deux étapes :

- Un financement pour le programme prioritaire de l'année 2005
- Un financement pour le programme d'orientation pour la période 2006-2010

La mission prioritaire du programme consiste à identifier les projets à forte valeur ajoutée au niveau social. Ils doivent concerner la lutte contre l'abandon scolaire, le soutien à la santé et la lutte contre la précarité en milieu social. Un budget de 250 millions de dirhams a été alloué dans cette optique.

¹⁹² INDH. (2017). Site institutionnel. Première phase de l'INDH. Consulté le 29/06/2017. <http://www.indh.ma/>

Un budget de 100 millions de dirhams qui proviennent du fonds Hassan II et 100 autres millions des collectivités locales, a profité aux provinces, à hauteur de 1.5 millions de dirhams chacune, 2 millions de dirhams ont été octroyés aux provinces chef-lieu, alors que les grandes villes ont bénéficié d'un budget plus important, 3 millions de dirhams¹⁹³.

Concernant le programme d'orientation 2006-2010, un budget de 10 milliards de dirhams, dont 60% provenaient de l'État, 20% des collectivités locales et 20% des subventions internationales, a été consacré à la mise en œuvre des programmes de l'INDH¹⁹⁴ (tableau 27).

Tableau 27 : Répartition des 10 milliards de dirhams sur la période 2006-2010 (Phase I)

	2006	2007	2008	2009	2010	Total	%
Budget général de l'État	1000	1100	1200	1300	1400	6000	60
Collectivités locales	300	350	400	450	500	2000	20
Coopérations internationales	200	300	400	500	600	2000	20
TOTAL	1500	1750	2000	2250	2500	10000	100

Source : réalisé selon les données du rapport « Financement et Audit de l'Initiative Nationale pour le développement Humain », Ministère de l'Économie et des Finances, 2009, p. 6.

Financement des Programmes ciblés territorialement :

L'exclusion sociale en milieu urbain a bénéficié d'un programme de financement par quartier. Les enveloppes budgétaires allouées aux préfectures et provinces prennent en considération le nombre de quartiers ainsi qu'une fourchette établie à 8 millions de dirhams par quartier.

¹⁹³ Ministère de l'Économie et des Finances. (2009). *Financement et Audit de l'Initiative Nationale pour le développement Humain*, p. 8.

¹⁹⁴ *Ibidem.*, p. 6.

Le budget octroyé aux comités provinciaux est global. Ces derniers doivent en assurer la distribution optimale en fonction des besoins spécifiques de chaque quartier et de la valeur ajoutée des projets.

La lutte contre la pauvreté en milieu rural a, par ailleurs, bénéficié d'une dotation par commune. L'enveloppe budgétaire allouée aux préfectures et provinces prend en considération le nombre de communes rurales, elle a été établie sur la base de 5 millions de dirhams par commune.

Le Comité Provincial accuse réception de ladite enveloppe budgétaire globale, et en assure la distribution en fonction des besoins de chaque commune et de la pertinence des projets présentés.

Financement des Programmes concernant l'ensemble des préfectures et provinces :

En ce qui concerne le programme de lutte contre la précarité, le budget global des crédits affectés est composé d'une somme fixe de 20 millions de dirhams par région, additionnée à un budget indexé à la population urbaine de la région.

Le budget alloué au programme transversal 2006-2010 a été fixé à 10 millions de dirhams par préfecture, préfecture d'arrondissement et province, ainsi qu'un montant en faveur de la population provinciale vivant en dessous du seuil de la pauvreté.

En matière d'implémentation de l'enveloppe budgétaire, le ministre des Finances a fait savoir, en 2008, que les versements s'exécutent à un rythme progressif entre 2006 et 2008, ainsi que les crédits délégués¹⁹⁵ (tableau 28).

¹⁹⁵ INDH. (2017). Site institutionnel. Première phase de l'INDH. Consulté le 29/06/2017. <http://www.indh.ma/>

Tableau 28 : Répartition des crédits accordés par les sous-ordonnateurs de délégation de crédit – 2008

Désignation des Programmes	Rubriques budgétaires
Programme de lutte contre la pauvreté en milieu rural	Promotion des activités génératrices de revenus et d'emploi
	Soutien à l'accès aux équipements et services de base
	Animation sociale, culturelle et sportive
	Renforcement de la gouvernance locale
Programme de lutte contre la l'exclusion sociale en milieu urbain	Promotion des activités génératrices de revenus et d'emploi
	Soutien à l'accès aux équipements et services de base
	Animation sociale, culturelle et sportive
	Renforcement de la gouvernance
Programme de lutte contre la précarité	Enquête et étude pour l'élaboration de la carte de la précarité
	Mise à niveau des centres d'accueil
	Construction et équipement des centres d'accueil
	Renforcement et formation des capacités de gestion
Programme Transversal	Formation et assistance technique
	Animation socio-culturelle, sportive, caravanes médico-sanitaires, et actions similaires
	Soutien aux projets à fort impact et coopératives et diverses associations
Soutien à la mise en œuvre de l'INDH	Soutien administratif de l'INDH

Source : réalisé selon les données du site institutionnel du ministère de l'Économie et des Finances (<https://www.finances.gov.ma/>, 2017)

5. Actions et programmes de l'INDH¹⁹⁶

L'INDH s'est fixée pour objectif la mise en place de projets d'infrastructures diversifiés et le réajustement de l'appareil productif au Maroc.

Le programme public de l'INDH regroupe 3 phases :

1. Phase I : de 2005 à 2010
2. Phase II : de 2011 à 2018
3. Phase III : de 2019 à 2025

Programmes phares de l'INDH – Phase I :

Lutte contre l'exclusion sociale en milieu urbain

Programme cible contre le chômage dans les quartiers urbains, la précarité des logements, et le faible accès aux services sociaux, il a pour objectif la réinsertion sociale et l'amélioration des conditions de vie, la capitalisation humaine et l'équilibre sociétal.

Lutte contre la pauvreté rurale

Diminuer le taux de pauvreté au niveau des communes défavorisées est le principal objectif du programme, qui prend en considération les critères de pauvreté et d'accès aux services sociaux de base.

Lutte contre la précarité

Le programme œuvre pour la réinsertion familiale et socioprofessionnelle des personnes exclues et en situation précaire. Ayant pour objectif principal de garantir les normes de dignité humaine, il lutte pour l'amélioration des prestations offertes par les associations et les institutions publiques.

¹⁹⁶ INDH. (2017). Site institutionnel. Première phase de l'INDH. Consulté le 30/06/2017. <http://www.indh.ma/>

Ainsi, le programme favorise les personnes sans ressources, en particulier les femmes en situation de précarité avancée, les sujets âgés, les personnes avec un handicap moteur ou mental, les Sans domicile fixe, les enfants délaissés, les personnes avec des besoins de dialyse, les personnes avec des troubles mentaux, les mendiants et vagabonds, et les anciens prisonniers.

Programme Transversal

Ce sont des actions et programmes non planifiés qui ont un grand impact sur le développement humain au niveau des communes urbaines et rurales. Une manière de généraliser l'action INDH à l'ensemble du territoire national.

À travers des Activités Génératrices de Revenu, le programme vise à inclure une frange exclue de la population dans le tissu socio-économique.

Programmes phares de l'INDH – Phase II¹⁹⁷ :

1. Lutte contre la pauvreté en milieu rural (702 Communes ciblées)
2. Lutte contre l'exclusion en milieu urbain (532 Quartiers ciblés)
3. Lutte contre la précarité
4. Programme Transversal (Communes non ciblées selon les critères retenus pour les autres programmes)
5. Mise à niveau territorial (3300 Douars dans 22 Provinces)

Entre 2005 et 2018, la phase I et II de l'INDH ont permis de réaliser 43000 projets en faveur de la population, ce qui a permis au Maroc d'améliorer son indice de développement humain progressivement, en passant de 0.58 en 2005 à 0.65 en 2015¹⁹⁸.

¹⁹⁷ INDH. (2019). Site institutionnel. Deuxième phase de l'INDH. Consulté le 09/04/2019. <http://www.indh.ma/>

¹⁹⁸ Coordination nationale de l'INDH. (2019). *Présentation de l'INDH*, p. 7.

Figure 33 : Bilan des phases I et II



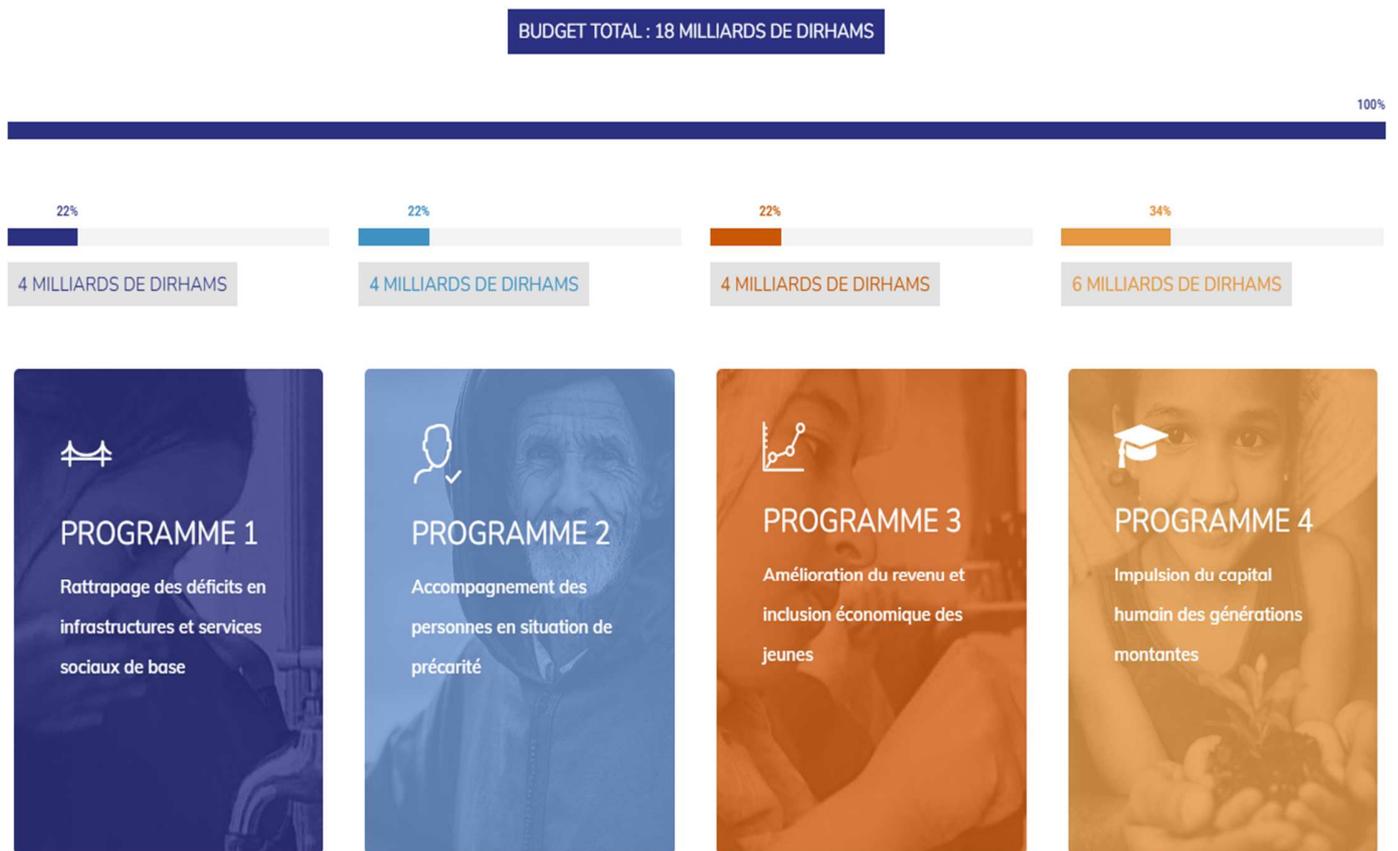
Source : Présentation de l'INDH, Coordination nationale de l'INDH, 2019, page 5.

Programmes phares de l'INDH – Phase III¹⁹⁹ :

Avec un budget total de 18 milliards de dirhams, la phase III de l'INDH vise 4 axes principaux de développement humain (figure 34) :

1. Rattrapage des déficits en infrastructures et services sociaux de base
2. Accompagnement des personnes en situation de précarité
3. Amélioration du revenu et inclusion économique des jeunes
4. Impulsion du capital humain des générations montantes

Figure 34 : Budget et objectifs de la phase III de l'INDH



Source : site institutionnel de l'INDH (<http://www.indh.ma/>, 2022)

¹⁹⁹ INDH. (2019). Site institutionnel. Troisième phase de l'INDH. Consulté le 15/03/2022. <http://www.indh.ma/>

Chapitre 5 : La dynamique instrumentale des actions publiques pour la santé au Maroc

1. L'entrée par les instruments

Les instruments utilisés dans les politiques publiques sont des indicateurs clés qui reflètent les orientations stratégiques et les logiques des gouvernements dans leurs prises de décisions (Lascoumes et Le Galès, 2005). Ces outils offrent un cadre d'analyse qui révèle comment une action publique est conçue et permet d'appréhender ses conséquences.

Cette perspective cherche à décrypter les motivations, les résultats et les impacts évolutifs des politiques publiques en examinant la nature, les caractéristiques et l'application de ces outils. Cela conduit à la question de la classification de ces instruments, abordé par de nombreux chercheurs, dont C. Hood, Le Galès et Lascoumes.

Il est essentiel d'organiser ces instruments en fonction de leurs origines et de leurs évolutions. Cette catégorisation aide à reconnaître les évolutions des stratégies gouvernementales et à interpréter leurs objectifs et leur indépendance. Étudier le contexte ou les spécificités des outils utilisés peut enrichir la compréhension des politiques publiques et de leurs impacts distinctifs.

Dans ce cadre, j'ai listé 20 instruments représentant les principales lignes d'actions publiques, depuis 1956 date du démarrage de la première structuration du secteur de santé au Maroc.

Ensuite, j'ai procédé à une classification de ces instruments en fonction de la typologie proposée par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, qui suggère cinq catégories d'instruments en fonction du type de rapport politique et du type de légitimité (tableau 10, p. 76).

2. Vers des instruments non contraignants

J'ai classé dans le tableau ci-dessous les principaux instruments de l'action publique pour la santé, au Maroc, depuis son indépendance, en déterminant leur origine, leur année de lancement, leur acteur initiateur (national ou international) et leur positionnement pré ou post 2005 (année du lancement de l'INDH).

Tableau 29 : La typologie des instruments pour la santé au Maroc

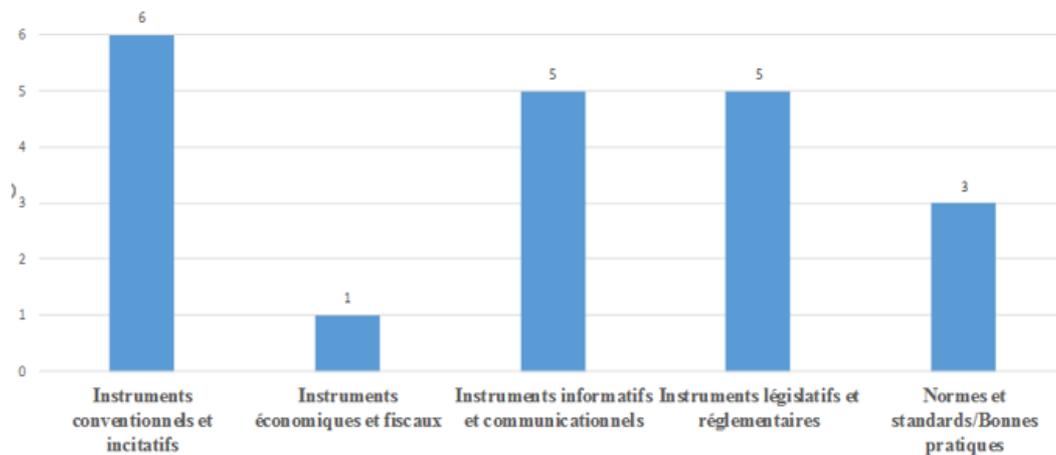
Type d'instrument	Instrument	Détail de l'instrument	Origine	Acteur	Année	Pré/Post 2005
Instruments conventionnels et incitatifs	Programme des Nations Unies pour le Développement	Signature d'un accord de partenariat pour l'appui et le suivi des Objectifs de Développement Durable au Maroc dont la santé.	PNUD / HCP	International	2019	Post-2005
Instruments informatifs et communicationnels	Carte sanitaire de l'offre de moyens	Format numérique accessible via Internet, affichant l'offre de soins de santé dans ses trois composantes : infrastructures, ressources humaines et équipements lourds.	Ministère de la santé	National	2018	Post-2005
Instruments conventionnels et incitatifs	INDH 3	INDH : actions d'information, de financement et de partenariat pour la santé.	Gouvernement Marocain	National	2018	Post-2005
Instruments conventionnels et incitatifs	Projet de renforcement des soins de santé primaires	Dans le cadre d'un partenariat avec l'Union Européenne, l'OMS lance un projet d'appui technique au Ministère de la Santé pour le renforcement des soins de santé primaires au Maroc.	UE / OMS	International	2016	Post-2005
Instruments conventionnels et incitatifs	Programme pour résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales	Évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale	Banque Mondiale	International	2015	Post-2005
Normes et standards/Bonnes pratiques	Rapport d'évaluation	Rapport d'évaluation et de recommandations de l'INDH.	ONDH	National	2013	Post-2005
Normes et standards/Bonnes pratiques	Indicateurs de suivi	Rapport de suivi de l'INDH.	ONDH	National	2013	Post-2005
Instruments informatifs et communicationnels	Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale	Enquête sur la situation sanitaire de la population et de la santé Familiale	Ministère de la santé	National	2011	Post-2005
Instruments conventionnels et incitatifs	INDH 2	INDH : actions d'information, de financement et de partenariat pour la santé.	Gouvernement Marocain	National	2011	Post-2005
Normes et standards/Bonnes pratiques	Principaux indicateurs régionaux de santé	Rapport des principaux indicateurs de santé au niveau régional.	Ministère de la santé	National	2011	Post-2005

Type d'instrument	Instrument	Détail de l'instrument	Origine	Acteur	Année	Pré/Post 2005
Instruments conventionnels et incitatifs	INDH 1	INDH : actions d'information, de financement et de partenariat pour la santé.	Gouvernement Marocain	National	2005	Post-2005
Instruments informatifs et communicationnels	Déclaration royale	Déclaration royale sur le développement humain	Le roi du Maroc	National	2005	Post-2005
Instruments économiques et fiscaux	Assurance Maladie Obligatoire AMO	Adhésion obligatoire pour les entreprises qui sont assujetties au régime de sécurité sociale et qui ne disposent d'aucun système de couverture médicale.	Gouvernement Marocain	National	2003	Pré-2005
Instruments législatifs et réglementaires	Couverture Médicale de Base CBM	Dahir n° 1-02-296 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002), portant promulgation de la loi n° 65-00, portant code de la couverture médicale de base.	Gouvernement Marocain	National	2003	Pré-2005
Instruments législatifs et réglementaires	Régime d'assistance Médicale RAMED	Décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (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 du 07 chaoual 1432 (06 septembre 2011).	Gouvernement Marocain	National	2003	Pré-2005
Instruments informatifs et communicationnels	Déclaration du millénaire de l'ONU pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement OMD	Signature de la déclaration OMD à New York (États-Unis), ces objectifs recouvrent de grands enjeux humanitaires dont la réduction la mortalité infantile et la lutte contre plusieurs épidémies.	ONU	International	2000	Pré-2005
Instruments législatifs et réglementaires	Réforme Hospitalière	Financement de la santé, basée sur la gestion autonome des hôpitaux et renforcement de l'organisation régionale des services de santé (directions régionales de santé).	Gouvernement Marocain	National	1995	Pré-2005
Instruments législatifs et réglementaires	Première réforme de santé	Politique de développement de l'offre, la mise en place des programmes sanitaires et le renforcement du réseau de soins de santé de base.	Gouvernement Marocain	National	1981	Pré-2005
Instruments législatifs et réglementaires	Mise en place du Système national de santé	Lutte contre les épidémies, Infrastructures, Nationalisation des RH.	Gouvernement Marocain	National	1959	Pré-2005
Instruments informatifs et communicationnels	La première conférence nationale sur la santé	Annonçant les différentes priorités du système de santé marocain à savoir : l'offre de soins, la lutte contre les épidémies, les projets des premières facultés de médecine et ses écoles de formation.	Gouvernement Marocain	National	1956	Pré-2005

En se fondant sur la classification des instruments mis en œuvre au cours des deux périodes examinées, nous avons procédé à une analyse graphique pour les quantifier et comprendre leur évolution.

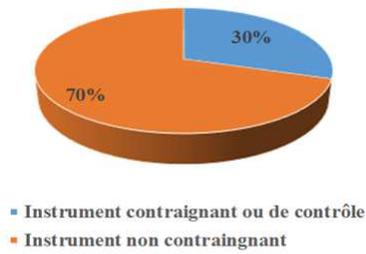
La figure 35 illustre de façon explicite que les instruments conventionnels et incitatifs forment la catégorie la plus représentée avec six occurrences, mettant en évidence probablement une préférence pour des méthodes éprouvées et motivantes dans la pratique. Cela est suivi de près par les instruments informatifs et communicationnels ainsi que les instruments législatifs et réglementaires, chacun comptabilisant cinq éléments, ce qui révèle un engagement significatif dans la communication et l'information ainsi qu'une solide infrastructure légale et réglementaire pour appuyer ces initiatives. Les normes et standards, bien que moins nombreux avec trois instruments, jouent également un rôle non négligeable, reflétant l'importance d'établir des références de qualité et de performance. Contrastant avec ces catégories, les instruments économiques et fiscaux apparaissent nettement moins fréquents, avec un seul instrument répertorié, indiquant une utilisation plus limitée de leviers financiers.

Figure 35 : Nombre d'instrument par typologie



On constate également, une domination des instruments non contraignants (conventionnels et incitatifs, informatifs et communicationnels, normes et standards) se distingue également, avec une part de 70% des instruments identifiés (figure 36).

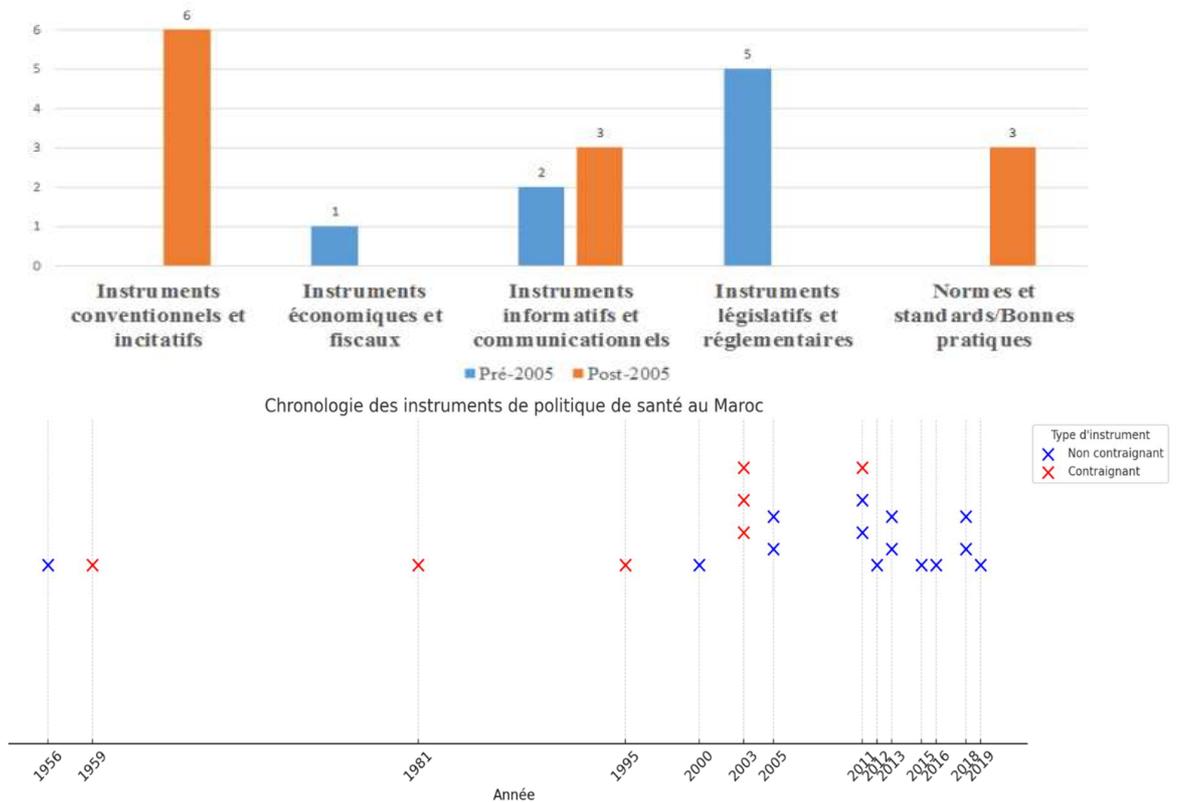
Figure 36 : Nature des instruments pour l'accès à la santé



En intégrant l'information de l'année de lancement de l'action publique, je dresse une tendance d'évolution des instruments utilisés (figure 37).

En effet, 2 périodes se distinguent : pré-2005 et post-2005, l'année 2005 coïncide avec le discours royal sur le développement humain et le lancement de l'initiative nationale pour le développement humain (INDH).

Figure 37 : Typologie et chronologie des instruments pré et post 2005



L'analyse de la typologie des instruments pré et post 2005, nous montre une dominance des instruments législatifs et règlementaires avant 2005 (figure 37), qui peut s'expliquer par l'urgence des premiers chantiers de structuration du secteur de santé au Maroc.

Un seul instrument économique et fiscal utilisé dans cette première période (pré-2005), 2 instruments informatifs et communicationnels ont été adoptés avant 2005, on note l'absence d'instruments conventionnels et incitatifs, mais également l'absence d'instrument de normes ou de standards.

La période post-2005, affiche un virage stratégique de politique publique vers des instruments à dominance conventionnels et incitatifs, qui peuvent être expliqués par la stratégie des partenariats et de coopération (de financement et d'aides) avec les institutions internationales (OMS, Banque mondiale, Union Européennes, ONU).

On constate également une évolution (post-2005) vers des instruments informatifs et communicationnels et des normes et standard, qui peuvent dévoiler une intention de modernisation de l'image de l'action publique et une volonté de transparence, de concertation, et de communication sur la politique sociale engagée pour le développement humain, vis-à-vis de la population marocaine d'une part, et vis-à-vis des partenaires internationaux d'autre part.

Cette évolution instrumentale explique en grande partie la conception de la structure et de la gouvernance de l'INDH, basées sur la participation civile (citoyenne et associative) et sur la communication élargie autour de ses actions.

L'INDH est le résultat d'une évolution des instruments au service d'une nouvelle gouvernance dans le paysage public marocain, tournée vers la démocratie participative et locale.

3. Le contexte institutionnel et son influence sur l'évolution des politiques publiques

Les pressions institutionnelles expliquent - par leur effet d'influence directe ou indirecte - l'évolution instrumentale, car elles maintiennent, orientent ou modifient l'adoption des instruments selon la situation et les caractéristiques de leurs environnements internes et/ou externes.

D'une part, les pressions institutionnelles internes - avec un contexte socio-politique mouvementé et avec des demandes citoyennes d'amélioration du niveau de vie - ont permis de pousser le gouvernement marocain à s'inscrire dans une démarche nouvelle plus participative, avec l'INDH.

Et d'autre part, des pressions institutionnelles externes commençaient à immerger, elles proviennent de partenaires internationales (comme la banque mondiale, l'union européennes et l'ONU), ces institutions externes, souvent contributeurs de financement et d'aide, communiquaient régulièrement les indicateurs sociaux du Maroc, en matière de développement humain, et dévoilaient par conséquent à l'ensemble de la société au Maroc, mais aussi à l'extérieur, les déficits sociaux et de développement humain du pays. Cela a poussé également le gouvernement marocain à réagir en s'inspirant d'autre mode de gouvernance publique pratiqués à l'étranger.

Le gouvernement marocain se devait d'afficher une volonté d'engager des programmes publics sociaux ambitieux, pour répondre à ses pressions institutionnelles²⁰⁰, ce qui l'a inscrit dans un processus de changement²⁰¹ isomorphe de nature normative et mimétique²⁰², avec le lancement de l'INDH, un programme public global qui a pour objectif de traiter toutes les

²⁰⁰ Powell, W. W., & DiMaggio, P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press.

²⁰¹ DiMaggio, P. (1998). The New Institutionalisms: Avenues of Collaboration. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE) / Zeitschrift Für Die Gesamte Staatswissenschaft*, vol. 154, no. 4, pp. 696–705.

²⁰² Scott, W. R. (1995). *Institutions and Organizations*. Sage.

dimensions du développement humain, avec des nouveautés instrumentales dans son organisation et dans sa gouvernance participative (au sens citoyenne), bottom-up et à la fois locale et centrale.

En effet, l'INDH est le premier programme qui s'inscrit dans cette tendance d'ambition sociale, de transparence et de modernisation de l'action publique avec des instruments nouveaux, alignés sur des standards de gestion innovants (déjà pratiqués dans les pays développés), introduisant une gouvernance d'actions publiques, qui intègre la participation citoyenne, un instrument nouveau - avant le lancement de l'INDH - dans le domaine de l'action publique au Maroc.

À la lumière du contexte institutionnel, la tendance d'évolution des instruments de l'action publique en matière de santé, vers des instruments non contraignants (figure 37), à partir de l'année 2005 (qui annonce le démarrage de l'INDH), déchiffre l'intention du gouvernement de moderniser les instruments publics, de faire participer le citoyen dans l'action publique et de communiquer sur les améliorations sociales au Maroc.

**Partie II : Les dysfonctionnements de
la gouvernance et de l'instrumentation
des actions publiques de l'INDH et
l'impact positif des pressions
institutionnelles**

Chapitre 6 : Comprendre les difficultés et les besoins de la population pour mieux concevoir les instruments

1. Les problèmes de mobilité

La majeure partie des habitants de la province d'Azilal, où est localisée la commune de Tabant, se trouve à une distance non négligeable des établissements de soins de santé de base (ESSB). Pour environ 30% d'entre eux, cette distance est en moyenne de 10 km, tandis que le douar le plus éloigné est à 30 km des ESSB²⁰³.

Selon une publication du Conseil de santé en 2009, 62% de ces habitants mettent approximativement une heure à rejoindre à pied un établissement de santé, tandis que 15% résident à plus de 20 km du centre médical le plus proche.

Au-delà des obstacles naturels et infrastructureux, la distance entre les habitations et les centres de soins constitue un défi majeur.

Pour beaucoup, le centre de santé le plus proche est à plusieurs heures de distance, ce qui rend difficile l'accès régulier aux soins de santé.

Cette distance est encore plus prononcée pour ceux qui vivent dans des douars nichés dans les creux des montagnes.

« Il n'y a pas de route, juste une piste difficile tracée par les anciens pour ne pas s'égarer qui est impraticable, on met une heure sur cette piste de 10 km, [...], si tu es gravement malade ou pour les cas critiques d'accouchement, c'est toi et ta chance, soit tu arrives avant de mourir et on te sauve soit tu arrives trop tard²⁰⁴. », précise une habitante de la commune de Siroua.

²⁰³ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*.

²⁰⁴ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

La population rurale souffre également de manques de services d'urgence de transport médical, « il n'y a pas de route, mais on essaye de se débrouiller, quelques habitants du village, ont acheté des véhicules d'occasion qui tombent régulièrement en panne pour essayer de gagner leurs vies avec le transport de marchandises et de personnes, mais ce n'est pas suffisant, parfois, il faut attendre le lendemain pour trouver un transporteur, donc, si tu es malade, tu vas attendre²⁰⁵. », déclare un habitant de la commune de Siroua.

Les terrains montagneux et escarpés de Siroua et Tabant, combinés aux conditions climatiques sévères, rendent de nombreuses zones pratiquement inaccessibles, surtout en hiver.

Les précipitations, qu'il s'agisse de fortes pluies ou de neige, rendent les routes et les chemins dangereux et parfois impraticables.

Ces obstacles naturels sont amplifiés par le manque d'infrastructures routières solides. Même si des efforts ont été déployés pour construire des routes et des passages, ils sont souvent insuffisants face aux intempéries.

« Lorsqu'un habitant tombe malade il doit se déplacer à la ville de Tazenakht, qui est à 80 km du village de Ait Tigga et à 2h30 de route, dont 15 km de piste sur une route sinueuse pour trouver la première clinique la plus proche ou se déplacer à Ouarzazate qui est à 3h30. Bien que l'hôpital de Ouarzazate soit le plus grand de la région de Drâa, il arrive souvent que les patients soient renvoyés vers l'hôpital de Marrakech qui se trouve à 5 heures de route (au départ de Ouarzazate), même pour les cas à risque ou les plus graves²⁰⁶. », déclare un habitant de la commune de Siroua.

« Avant, le goudron s'arrêtait à Anzel qui est à 30 km, on faisait 2h de route. Puis en 2007 une partie de la piste a été goudronnée jusqu'au village de Tamazirt. Aujourd'hui il reste encore

²⁰⁵ Extrait d'entretien semi-directif avec un habitant de la commune de Siroua 4.

²⁰⁶ Extrait d'entretien semi-directif avec un habitant de la commune de Siroua 12.

15km de piste pour arriver jusqu'au village de Ait Tigga. Les travaux pour goudronner la piste jusqu'à Ait Tigga attendent depuis 10 ans²⁰⁷. », déclare un habitant de la commune de Siroua.

Parvenir à un centre de soins pour une personne résidant en zone enclavée et difficile d'accès est une tâche très ardue.

Les usagers sont souvent contraints d'emprunter des moyens inhabituels pour atteindre non pas le centre, mais du moins la route principale, « Une parturiente avec des saignements a été conduite dans un camion à bétails, pour éviter le pire, en plus d'être chère, l'ambulance n'est pas tout le temps disponible et elle n'est pas tout le temps pratique, en vue de l'impraticabilité de certaines pistes²⁰⁸. » raconte une habitante de Siroua.

²⁰⁷ Extrait d'entretien semi-directif avec un habitant de la commune de Siroua 12.

²⁰⁸ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

2. Les problèmes des ressources sanitaires

À la contrainte de mobilité difficile, s'ajoute également la pauvreté des services de soins et de personnel médical, et notamment pour la maternité.

« ...Ce jeune couple attendait son premier enfant, donc le jeune homme emmène sa femme pour accoucher à Anzal, il y a une sorte de centre médical, ils sont arrivés là-bas la nuit. Ce centre de soins était fermé, le jeune homme a dû passer par-dessus la clôture pour réussir à interpeller une infirmière qui a d'abord refusé de prendre en charge la jeune femme sur le point d'accoucher sous prétexte qu'il n'y avait pas de médecin. Le problème des médecins et du milieu médical au Maroc c'est que tout le monde se rejette la responsabilité. Bref, avec insistance, la jeune femme a pu accoucher finalement avec l'aide de cette infirmière dans le centre de soins de santé²⁰⁹. », raconte une habitante de la commune de Siroua.

Le manque d'infrastructure de services de soins accentue l'urgence de mobilité rurale. Le nombre de centre de soins en milieu rural est très limité. Dans ces établissements, certains examens ne sont pas proposés, obligeant les patients à se rendre dans les grands centres urbains de la région. De plus, certaines spécialités sont uniquement offertes dans d'autres régions, rendant le déplacement crucial, surtout en cas d'urgence²¹⁰.

L'accès aux spécialités médicales est un autre défi majeur. Avec la reclassification de certains hôpitaux locaux en simples centres de santé, de nombreux services spécialisés ont été supprimés. Les délégations provinciales relevant du ministère de la santé n'ont pas d'autorité en ce qui concerne l'affectation des médecins. Elles sont principalement chargées de la gestion locale, s'efforçant de maintenir un équilibre dans la répartition des effectifs médicaux et paramédicaux dans la région.

²⁰⁹ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 22.

²¹⁰ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*.

Cette situation oblige les patients à parcourir de longues distances pour accéder à des soins spécialisés.

La difficulté de mobilité et le manque d'offres de soins de spécialisation à proximité rendent l'accessibilité aux services de santé plus difficile pour la population des deux communes étudiées.

« Dada Mohamed qui a à peu près 70 ans a fait une petite chute et quelques jours plus tard il a eu des vomissements, des maux de tête et il ne bougeait plus. On a pensé à une simple fièvre mais en réalité c'était plus grave, comme il n'y a pas de transport et qu'on n'a pas les moyens de se soigner non plus on a attendu quelques jours en espérant que son état s'améliore mais en vain. Heureusement son frère, qui vient de la ville (est véhiculé) est venu lui rendre visite. Il l'a emmené donc à l'hôpital de Ouarzazate, là-bas on lui a dit qu'on ne pouvait pas le prendre en charge et qu'il fallait l'emmener à l'hôpital de Marrakech qui est à 300 km à peu près, la route est très difficile il faut traverser Tizi n'Tichka²¹¹, c'est une route montagneuse, traverser l'Atlas, ça prend beaucoup de temps. Arrivé à Marrakech, malgré l'urgence de la situation on a appris plus tard que Mohamed faisait en réalité un AVC (Accident Vasculaire Cérébral), on nous a d'abord demandé des fils et le nécessaire pour l'opérer. Son frère est allé acheter tout ça et il a pu être opéré à temps heureusement. Il a pu survivre, une question de destin²¹². », raconte une habitante, du village de Ait Tigga (commune de Siroua).

La pénurie de professionnels de la santé dans les zones rurales est un problème préoccupant.

Les jeunes médecins, en particulier, sont réticents à s'installer dans des régions éloignées, privilégiant les zones urbaines pour des raisons professionnelles et personnelles.

Le manque d'attractivité des zones rurales a entraîné une carence en personnel médical qualifié, mettant davantage de pression sur les professionnels de santé restants.

²¹¹ Tizi n'Tichka (littéralement le « col des pâturages » en tamazight) est un col à 2 260 mètres d'altitude situé sur la route entre Marrakech et Ouarzazate. Il permet de joindre les régions semi-arides du sud-est du Haut-Atlas.

²¹² Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

« Il n'y a pas d'incitations aujourd'hui pour les médecins pour aller travailler dans les zones rurales, éloignées des grandes villes. Personnes ne veux y aller²¹³. », déclare un médecin généraliste.

Au-delà du manque de personnel, les centres de santé de Siroua et Tabant sont souvent sous-équipés. Les problèmes d'approvisionnement en médicaments et le manque d'équipements spécialisés rendent difficile la fourniture de soins adéquats. Les conditions de travail, marquées par le froid, l'humidité et le manque d'installations adéquates, sont également des facteurs démotivants pour le personnel médical.

« Quand je travaillais dans une commune rurale éloignée de la ville, j'avais souvent des problèmes d'approvisionnement en médicaments et de manque d'équipements spécifiques, les conditions de travail n'étaient pas optimales²¹⁴. », déclare un médecin généraliste.

La santé maternelle est une préoccupation majeure. La mortalité maternelle est un enjeu critique, et l'absence d'accès rapide à des soins obstétricaux adéquats peut entraîner des conséquences fatales.

Les femmes enceintes de régions éloignées comme Siroua et Tabant sont particulièrement vulnérables, car elles doivent souvent parcourir de longues distances pour accéder à des soins de maternité. Les initiatives telles que Dar Al Oumouma²¹⁵ (traitant les femmes enceintes), bien qu'utiles, ne peuvent à elles seules répondre à l'ampleur du problème.

La mise en place de la gratuité pour les accouchements et les urgences obstétricales a conduit à une hausse des soins en environnements contrôlés. Cependant, à Siroua et Tabant, de nombreuses naissances ont toujours lieu à domicile. Les femmes de ces deux communes tendent à négliger les

²¹³ Extrait d'entretien semi-directif avec un médecin généraliste 1.

²¹⁴ Extrait d'entretien semi-directif avec un médecin généraliste 1.

²¹⁵ Gérée par les associations et financée par la commune, Dar Al Oumouma (DAO) a été créée pour accueillir les femmes enceintes des zones rurales isolées. Ces centres offrent un espace où les femmes peuvent attendre leur accouchement, avec une période de surveillance post-accouchement. Ces établissements ont été étendus à de nombreuses communes rurales grâce à l'INDH.

consultations prénatales. Les raisons principales évoquées par les habitantes incluent des limitations financières, la qualité des soins proposés et des défis liés au déplacement.

Un médecin généraliste déclare : « une partie des accouchements se font encore à domicile et les grossesses ne sont pas toujours suivies, mais il n'y a que 2 infirmières et 2 sage-femmes pour toute la population de la commune²¹⁶. »

Un élu de la commune de Siroua affirme également : « On a besoin d'un petit hôpital, qui ne soignerait pas les cas les plus urgents évidemment, mais éviterait tout de même de se déplacer à Tazenakht voir à Ouarzazate (à des centaines de km de la commune) pour se soigner, il y a un vrai problème de manque de médecins et d'infirmiers ici, les routes difficiles, le manque de moyen de transport et la distance rendent les choses très compliquées pour les habitants de la commune²¹⁷. »

²¹⁶ Extrait d'entretien semi-directif avec un médecin généraliste 1.

²¹⁷ Extrait d'entretien semi-directif avec un élu de la commune de Siroua 1.

3. Les coûts des déplacements et la mauvaise prise en charge

D'après Marc-Éric Gruénais et Élise Guillermet (2018), le contexte socioéconomique influence également le processus de soins²¹⁸. Néanmoins, cette dimension socioéconomique dépend principalement des deux facteurs mentionnés auparavant : d'une part, la facilité de déplacement liée à l'infrastructure routière et à la proximité des établissements de santé, et d'autre part, la présence de professionnels de santé associée à la qualité des soins prodigués.

Lorsque l'établissement médical est éloigné, les patients ou leurs proches doivent assumer les frais de transport, éventuellement les coûts d'hébergement pour ceux qui les accompagnent, ainsi qu'une partie des frais liés aux traitements et/ou aux examens supplémentaires²¹⁹.

Durant leur grossesse, les femmes n'ont souvent pas l'opportunité d'accéder à des consultations prénatales ou à des suivis de grossesse, et encore moins à des conseils médicaux qui peuvent s'avérer cruciaux.

« Certaines femmes enceintes décident parfois de ne pas se rendre à une consultation, car elles craignent de dépenser trop d'argent²²⁰. », déclare une habitante de la commune Siroua.

« Lorsque j'attrape un rhume ou autre, je me tourne vers le thym. Les traitements coûtent cher et se déplacer peut s'avérer compliqué²²¹. », déclare une habitante de la commune de Siroua.

Étant donné le coût et la difficulté des déplacements, les habitants attendent les situations d'urgence pour se rendre aux services de soins de santé.

²¹⁸ Gruénais, M.-É., & Guillermet, É. (2018). Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. À propos du premier délai. *Insaniyat*, pp. 71-89.

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

²²¹ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 22.

« Récemment, un homme de notre douar a tragiquement décédé en raison de complications. Étant donné la distance qui sépare son domicile de l'hôpital de Ouarzazate et l'indisponibilité de l'ambulance communale, il a été transporté dans un véhicule délabré. Arrivé en retard, il est malheureusement décédé²²². » déclare une habitante de la commune.

Les habitants apprécient la mise en place du RAMED, mais estiment qu'il est incomplet. Bien qu'il allège les coûts médicaux pour la population rurale, d'autres dépenses, comme le transport, demeurent.

« Le RAMED est une bonne chose, mais il faut faire plus pour les habitants des douars (villages) qui souffrent encore beaucoup au niveau de la santé²²³. », déclare un habitant de Siroua.

²²² Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

²²³ Extrait d'entretien semi-directif avec un habitant de la commune de Siroua 7.

4. Les instruments nécessaires pour l'accès aux soins en milieu rural

La question de l'accès aux soins de santé est devenue déterminante dans le contexte du développement humain à l'échelle mondiale. Le Maroc, conscient de cet enjeu, a investi considérablement dans la construction d'infrastructures dédiées pour offrir des soins essentiels à la majorité de ses citoyens. Toutefois, malgré ces efforts, les zones rurales continuent de faire face à des défis majeurs en matière d'accès aux soins.

De nombreux rapports (ONDH 2013, 2016, 2018, 2022), s'accordent à dire que la santé en milieu rural marocain nécessite une attention accrue. En effet, même si le nombre d'établissements de santé a augmenté au cours des deux dernières décennies, tant dans les zones urbaines que rurales, les écarts entre ces deux milieux demeurent.

Les structures de santé en milieu rural n'ont pas bénéficié d'une amélioration aussi prononcée que celles en milieu urbain. L'un des principaux problèmes est la répartition inégale des ressources. Le personnel médical et paramédical qualifié est souvent concentré dans les zones urbaines, créant ainsi un déséquilibre.

Ce déséquilibre est encore plus palpable dans le secteur privé de la santé. Les établissements privés tendent à s'installer principalement dans les zones urbaines, laissant les régions rurales sous-desservies. Pour illustrer cet écart, en 2005, lors du lancement de l'INDH, il y avait un cabinet médical pour 3.047 habitants en milieu urbain, tandis qu'en milieu rural, ce chiffre s'élevait à un cabinet pour 59.561 habitants²²⁴.

Au vu de la situation évoquée précédemment, renforcée par les témoignages des principaux acteurs concernés, il paraît nécessaire de mettre en œuvre des mesures concrètes. L'introduction d'instruments de mobilité et la mise à disposition de ressources sanitaires adéquates s'avèrent essentielles pour répondre aux défis identifiés. Ces instruments permettraient non seulement

²²⁴ Ministère de la Santé. (2005). *Santé en chiffres*.

d'améliorer l'accès aux soins, mais aussi de garantir une meilleure qualité des services de santé pour l'ensemble de la population rurale.

L'instrument de la prise en charge totale des actes, pour palier à la contrainte financière :

Les difficultés liées aux soins de santé sont un enjeu socio-économique. Contrairement à l'idée que les ménages ne portent pas une grande attention aux soins médicaux, la réalité est que les soins de santé sont une priorité pour bon nombre d'entre eux. Bien que la distance entre le domicile et la structure de soins soit un facteur critique, elle n'est pas le seul déterminant, la disponibilité du personnel médical et la capacité financières²²⁵ sont également des facteurs importants.

En 2007, les dépenses de santé étaient troisièmes en termes de préoccupations, suivant l'alimentation et le logement. Cependant, avant le début de l'INDH, la santé était le deuxième poste de dépense le plus préoccupant pour les ménages (tableau 30).

Tableau 30 : Répartition des ménages selon les postes de dépenses

Poste de dépenses	% des ménages pour lesquels le poste pose problème		Coefficient budgétaire (en %)		
	2001	2007	2001	2007	Variation en points
Alimentation et habillement	53	35	46	44	-2
Transport	6	10	6	9	3
Habitation et équipements	10	19	26	24	-2
Scolarisation des enfants	12	12	2	3	1
Soins de santé et médicaments	16	16	5	7	2
Voyage, loisirs et activités culturelles	2,4	6	2	2	0
Autres	4	3	14	12	-2
Total	100	100	100	100	0

Source : Taamouti, M. (2010). *Développement humain: Entre réalités et perceptions de la population*

Le tableau 30 met en lumière le fait que le poste « Soins de santé et médicaments » se situe à la cinquième place en termes de coefficient budgétaire en 2007, avec seulement 7% du budget

²²⁵ Gruénais, M.-É., & Guillermet, É. (2018). Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. Á propos du premier délai. *Insaniyat*, pp. 71-89.

des ménages y étant consacré. Cette position, combinée avec le pourcentage de ménages pour lesquels ce poste pose un problème (16%), indique clairement que la contrainte financière joue un rôle majeur dans la capacité des ménages à accéder aux soins de santé. Cela renforce l'idée que, malgré la reconnaissance de l'importance des soins de santé, les ménages sont contraints de hiérarchiser d'autres besoins essentiels, tels que l'alimentation, en raison de limitations budgétaires.

L'introduction d'un instrument financier, comme une prise en charge complète des soins, pourrait répondre à cette contrainte. Une couverture sociale RAMEL plus renforcée, offrant la gratuité totale des actes médicaux, pourrait être une solution efficace aux défis financiers rencontrés par la population rurale.

L'infrastructure de mobilité et de santé, un besoin réel d'instruments structurels :

Le tableau 31 dépeint l'évolution des préoccupations des ménages entre 1996 et 2009. En examinant les données de 2009 pour les zones rurales, il est clair que la construction des routes est le besoin le plus pressant, en quatrième position, se trouvent les infrastructures de santé.

Tableau 31 : Évolution des besoins des ménages, entre 1996 et 2009

	1996			2009		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Electricité	4,7	26,5	15,2	1,1	1,9	1,4
Eau potable	6,4	23,2	14,4	2,2	21,3	9,2
Construction des routes	8,8	20,6	14,4	8,1	27,6	15,2
Emploi	19,8	7,9	14,1	22,4	9,9	17,9
Habitat économique	18,1	2,4	10,6	14,5	2,9	10,2
Egout, assainissement	7,6	0,6	4,3	3,8	3,3	3,6
Infrastructure de santé	1,1	4,9	2,9	2	9	4,5
Goudronnage et pavement des rues ou des pistes	4,8	0,2	2,6	1,6	0	1,0
Education	0,4	4,5	2,4	1,6	0,1	1,1
Sécurité des citoyens	3,3	0,1	1,8	4,6	0,4	3,1

Source : Taamouti, M. (2010). *Développement humain: Entre réalités et perceptions de la population*²²⁶

²²⁶ Selon l'enquête sur la perception du niveau de vie réalisée en décembre 2009 par l'HCP.

L'accès aux structures de santé en zones rurales demeure un défi majeur. Malgré la mise en place de nouveaux établissements, un grand nombre d'habitants se trouvent toujours à une distance considérable des centres de soins.

Le lieu d'habitation par rapport au centre médical joue un rôle important dans la décision d'un patient de consulter ou non. Sur une échelle nationale, l'écart moyen est de 21.9 km, étant nettement plus prononcé en zones rurales, où il est presque triplé²²⁷. La facilité de transport devient donc un élément déterminant dans le processus de décision. D'après une étude réalisée par le ministère de la Santé en 2003-2004, la distance a affecté la décision de 60% des femmes sondées, tandis que les questions de transport ont concerné 56% d'entre elles²²⁸ (ministère de la Santé, 2005).

Infrastructure de Mobilité :

La première étape vers l'amélioration de l'accès aux soins en milieu rural est la construction de routes de qualité. En effet, l'état souvent précaire des voies de communication dans ces zones rend difficile, voire impossible, le déplacement des patients vers les centres de santé. De bonnes routes faciliteraient non seulement le transit des malades, mais aussi le transport des médicaments, des équipements et du personnel médical.

En parallèle, l'organisation de services de transport adaptés est primordiale. Il ne suffit pas d'avoir des routes ; il faut également des moyens de transport efficaces et abordables. Des services de taxis collectifs subventionnés peuvent permettre aux habitants des zones rurales de se rendre dans les centres de santé sans avoir à dépenser des sommes astronomiques ou à marcher de longues distances.

Enfin, le déploiement d'ambulances est un élément clé. En cas d'urgence, chaque minute compte. Disposer d'ambulances équipées et rapidement accessibles peut faire la différence entre la vie et la mort.

²²⁷ Taamouti, M. (2010). *Développement humain : Entre réalités et perceptions de la population*.

²²⁸ Ministère de la Santé. (2005). *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004*.

Structure de Soins de Santé :

Outre la mobilité, il est impératif de renforcer les structures de soins de santé elles-mêmes. En milieu rural, les établissements de santé sont souvent sous-équipés et manquent de personnel qualifié. Il est donc essentiel d'investir dans la construction de centres de soins opérationnels, avec de conditions de travail optimales, tout en assurant une formation continue des professionnels de santé qui y travaillent.

De plus, la mise en place de campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé permettrait de prévenir de nombreuses maladies et d'améliorer les comportements en matière de soins. En informant les populations des dangers, des symptômes et des méthodes de prévention, on peut éviter de nombreux drames.

La disponibilité du personnel de soins, un instrument de base à prendre en compte :

D'après une étude du Conseil Santé²²⁹ en 2009, 90% des patients ayant eu un trajet de 60 minutes sont contraints d'attendre le même temps pour voir un médecin. Toutefois, ceux vivant près du centre de soins sont reçus plus rapidement²³⁰.

Ces longues périodes d'attente sont exacerbées par le manque criant de médecins au service de la population rurale. La grande affluence de patients aggrave cette situation d'attente.

Cette attente devant les services de soins révèle le problème de disponibilité des médecins, comme exprimés par un habitant de Siroua : « il n'y a pas de médecin dans le dispensaire de santé de Tamaloukte, il n'y a personne, une infirmière qui vient 1 fois par semaine, ils construisent des dispensaires de santé, mais sans ramener les médecins pour y travailler, à quoi ça sert ?²³¹ » et

²²⁹ Conseil santé. (2009). *Stratégie de couverture des besoins sanitaires de base de la population marocaine*. Ministère de la Santé.

²³⁰ Taamouti, M. (2010). *Développement humain: Entre réalités et perceptions de la population*.

²³¹ Extrait d'entretien semi-directif avec un habitant de la commune de Siroua 7.

comme le précise un responsable de la coordination centrale de l'INDH « ce problème de dispensaires fantômes est général, dans plusieurs territoires ruraux²³² », qui ajoute « on a participé dans la construction de plusieurs dispensaires, mais le fonctionnement et les ressources humaines n'est pas à notre charge, on le signale au ministère de la santé qui peine à trouver les médecins pour ces dispensaires [...], la commune peut également embaucher directement un médecin, mais c'est un peu compliqué soit à cause de la contrainte financière ou à cause de la difficulté pour trouver un médecin qui peut accepter de venir travailler dans une commune rurale enclavée ou trop éloignée²³³. »

Face au défi croissant du manque et de la disponibilité du personnel de soins en milieu rural, plusieurs instruments peuvent être mis en place pour encourager une meilleure distribution des ressources médicales.

L'un des moyens les plus directs serait d'introduire des instruments incitatifs sous forme de primes financières. Ces incitations pourraient être accordées aux professionnels de la santé qui choisissent de travailler en milieu rural. En offrant des avantages financiers attractifs, cela pourrait non seulement attirer davantage de professionnels de santé vers ces régions sous-desservies, mais aussi les encourager à s'y établir sur le long terme, assurant ainsi une continuité des soins pour les résidents locaux.

En parallèle, pour garantir un flux constant de jeunes médecins vers ces zones, il serait judicieux d'inciter les étudiants en médecine à effectuer des stages rémunérés en milieu rural pendant leur formation. En proposant des primes durant ces stages, cela pourrait non seulement offrir une expérience précieuse aux futurs médecins, mais aussi les familiariser avec les défis et les récompenses de travailler dans de telles zones, augmentant ainsi la probabilité qu'ils choisissent de s'y établir après l'obtention de leur diplôme.

²³² Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

²³³ *Ibidem*.

Enfin, la coopération avec des associations de médecins s'avère essentielle. En s'associant avec ces organisations, les autorités pourraient instaurer des visites régulières de médecins et de leurs équipes dans les zones rurales. Les équipes mobiles²³⁴, en particulier, pourraient être d'une grande aide pour desservir les communautés éloignées. Accompagner et soutenir ces équipes lors de leurs déplacements, que ce soit par des moyens logistiques ou financiers, assurerait une prestation de soins de qualité, tout en renforçant la confiance des communautés rurales envers le système de santé.

En combinant ces instruments, il est possible de construire une réponse robuste et durable au défi de la disponibilité du personnel de soins en milieu rural.

²³⁴ Les équipes mobiles, par nature itinérantes, desservent de nombreux endroits afin de toucher un large éventail de populations. Ces campagnes, fréquemment menées dans les établissements scolaires, sont composées d'un médecin, d'un infirmier et d'une sage-femme.

Chapitre 7 : L'INDH et ses instruments limités pour l'accès aux soins de santé en milieu rural

1. Études des Communes rurales de Tabant et de Siroua, un diagnostic nécessaire pour évaluer les actions INDH (Phases I & II)

Afin de compléter notre analyse empirique des entretiens semi-directifs effectués avec les différentes parties prenantes, nous avons étudié, à partir des bases de données de l'ONDH (actualisée jusqu'à 2016), les cas des deux communes rurales précédemment présentées : Siroua et Tabant, en analysant les actions INDH, dont elles ont été bénéficiaires, ainsi que leurs structures de soins de santé et leurs besoins dans ce secteur.

Les deux communes étudiées sont ciblées par l'INDH, la première expose le cas de la commune de Tabant (province d'Azilal) et la deuxième nous emmène dans la commune de Siroua (province d'Ouarzazate).

Ces deux communes ont fait l'objet de plusieurs visites sur le terrain, et une série d'entretiens semi-directifs avec une partie de la population, des associations, des élus et des professionnels de santé.

2. Tabant, une commune enclavée avec des actions limitées

Les centres de santé de la commune de Tabant

Uniquement 2 centres de soins de base sont implantés dans la commune (figure 38), dont un est abandonné, sans personnel professionnel de soins de santé (tableau 33).

Tableau 32 : Dispensaire rurale de Sremete

Dispensaire rural de SREMETE (à proximité du village de SREMTE ATT ZYAD)	
Nombre d'infirmiers (2008)	1
Nombre d'infirmiers (2015)	2
Nombre de consultations (2015)	559
Nombre de medecins généralistes (2015)	0
Nombre de medecins spécialistes (2015)	0
Nombre de service maternité	0

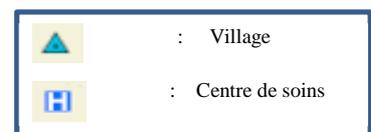
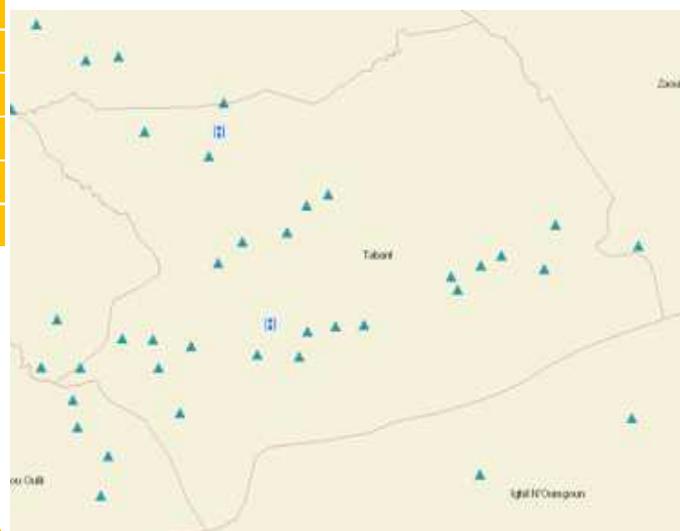
Source : Albachariya.ma²³⁵

Tableau 33 : Centre de santé rural de Bouguemaz

Centre de santé rural de BOUGUEMAZ (à proximité du village de AGUARD NOUZROU)	
Nombre d'infirmiers (2008)	0
Nombre d'infirmiers (2015)	0
Nombre de consultations (2015)	0
Nombre de medecins généralistes (2015)	0
Nombre de medecins spécialistes (2015)	0
Nombre de service maternité	0

Source : Albachariya.ma

Figure 38 : Localisation des centres de soins de Tabant



Source : Albachariya.ma

²³⁵ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

Il n'y a pas de médecin pour les 14963 habitants de la commune de Tabant, et seulement 2 infirmiers pour toute la commune.

Les routes à Tabant

Avec seulement 7.8% de routes goudronnées dans la commune, la situation de mobilité et d'accessibilité est très difficile, particulièrement pour les villages très enclavés.

L'état des routes improvisées ou pistes non aménagées bloque souvent la mobilité, dans les périodes hivernales (de grand froid). La commune rurale de Tabant est composée de 28 villages dispersés (tableau 34 et figure 39).

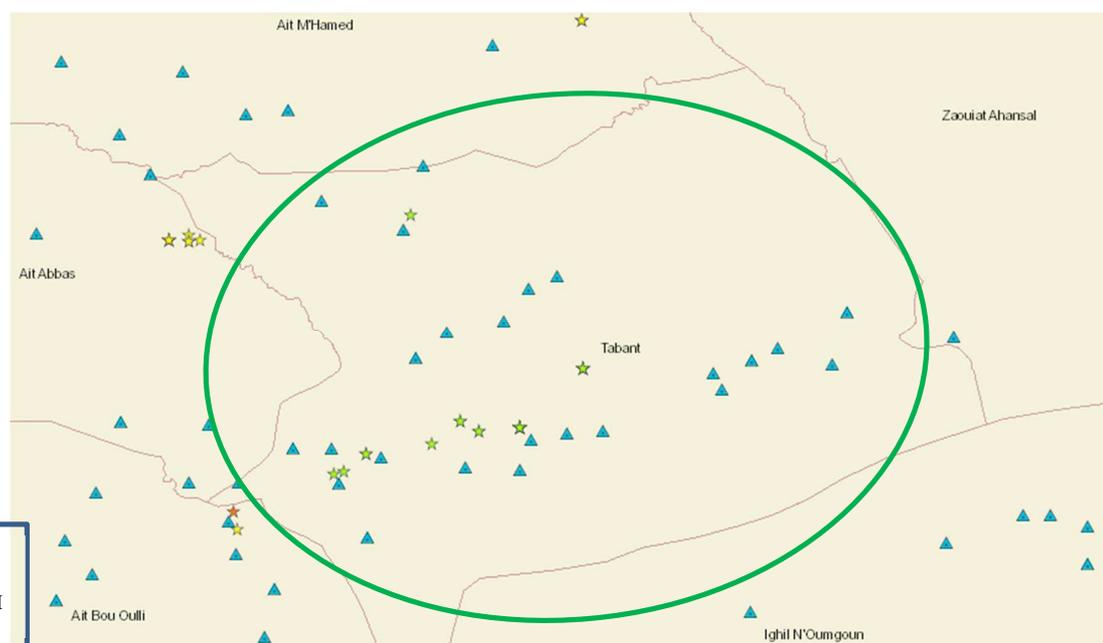
Tableau 34 : Nombre d'habitants et de ménage par village de la commune de Tabant

Village	Nombre d'habitants	Nombre de ménage
SREMTE AIT DAOUD	286	40
SREMTE AIT IZGA	521	74
SREMTE AIT ZYAD	279	37
AIT WANGDAL	1050	143
IKHIFINE-IGHIR	671	99
ISKATAFEN	259	41
IMALGHESSE	374	55
TIMITE	348	49
AMALOU NTOUGHZA	159	22
AGOUTI	348	51
TALSNANT	178	34
AIT ZIRI	565	83
TAKHIDA	106	16
IDOUKKALENE	305	36
AGUERD NOUZROU	340	51
TABANT	422	98
AIT IMI	526	28
IBAKLIOUENE	344	61
ERBATE	860	126
IFRANE	539	71
TAGHOULITE	344	44
AIT OUCHI	780	109
IGHIRINE	779	96
AIT OHAM	669	93
IGALOUANE	326	38
TAMARNOUTE	225	41
ZAWITE ALAMZI	379	50

Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

Les actions INDH dans la commune de Tabant

Figure 39 : Carte des actions de l'INDH dans la commune de Tabant



Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

19 actions (tableau 35) engagées entre 2005 et 2014 ont concerné quelques villages de la commune de Tabant, dans les secteurs d'activités suivant :

- Adduction, Distribution eau potable
- Agriculture et AGR (Activité Génératrice de Revenu)
- Administratif
- Education
- Santé
- Voirie

Tableau 35 : Liste des actions INDH dans la commune de Tabant entre 2005 et 2014

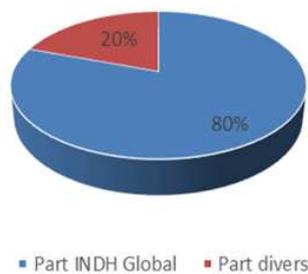
Référence projet INDH	Projets INDH	Population/village cible	Année de mise en place	Secteur d'activité	Nature du secteur	Programme INDH	Montant global	Part financement INDH
1	REHABILITATION DE DAR TALEB	Tabant	2005	Education	Sociale	Précarité	103 051 DH	103 051 DH
2	AMENAGEMENT DE L'ECOLE PRIMAIRE DE TALSANT	Tabant	2006	Education	Sociale	Transversal	330 000 DH	200 000 DH
3	CONSTRUCTION D'UN CENTRE DE FORMATION ET D'EDUCATION	Tabant	2006	Education	Sociale	Transversal	190 000 DH	100 000 DH
4	CREATION D'ESPACE D'EXPOSITION	TALSANT	2006	Centres polyvalents	Sociale	Précarité	610 000 DH	200 000 DH
5	FINANCEMENT D'UNE ACTIVITE D'APICULTURE	ERBATE	2007	Agriculture	Economique (AGR)	Transversal	105 180 DH	68 430 DH
6	FINANCEMENT D'UNE ACTIVITE D'APICULTURE	AIT ZIRI	2007	Agriculture	Economique (AGR)	Transversal	111 700 DH	78 200 DH
7	APPUI A LA MUTUELLE SANITAIRE COMMUNALE	Tabant	2007	Santé	Sociale	Transversal	207 500 DH	146 500 DH
8	CREATION D'UN PROJET COLLECTIF D'APICULTURE	TALSANT	2008	Agriculture	Economique (AGR)	Transversal	114 290 DH	80 000 DH
9	CONSTRUCTION DE DAR TALIBA	Tabant	2008	Education	Sociale	Précarité	2 600 000 DH	2 600 000 DH
10	FINANCEMENT D'UNE ACTIVITE D'APICULTURE	IGALOUANE	2009	Agriculture	Economique (AGR)	Transversal	28 333 DH	19 833 DH
11	CONSTRUCTION DE DAR TALIBA	Tabant	2009	Education	Sociale	Précarité	680 312 DH	680 312 DH
12	ADDUCTION EN EAU POTABLE DU DOUAR SREMT	SREMTE AIT DAOUD, AIT IZGA, AIT ZYAD	2010	Adduction, Distribution eau potable	Equipement et service sociaux de base	Transversal	260 000 DH	200 000 DH
13	VALORISATION DE L'APICULTURE ET LA PRODUCTION DU MIEL	AIT WANGDAL	2010	Agriculture	Economique (AGR)	Transversal	98 000 DH	68 600 DH
14	EQUIPEMENT DES DOURS TALIB ET TALIBA	Tabant	2011	Education	Sociale	Précarité	2 000 000 DH	2 000 000 DH
15	ACHAT D'UNE AMBULANCE	Tabant	2012	Santé	Sociale	Transversal	500 000 DH	200 000 DH
16	CONSTRUCTION ET EQUIPEMENT D'UNE CANTINE AU LYCEE COLLEGIAL DE TABANT	Tabant	2012	Education	Sociale	Transversal	360 000 DH	200 000 DH
17	CONSTRUCTION D'UNE PASSERELLE	AIT OHAM	2013	Voirie	Equipement et service sociaux de base	Transversal	400 000 DH	100 000 DH
18	CONSTRUCTION D'UNE PASSERELLE (SUR OUED LAKHDAR AU DOUAR AIT OUHAM)	AIT OHAM	2014	Voirie	Equipement et service sociaux de base	Transversal	198 197 DH	158 558 DH
19	ADDUCTION DOUAR AGUARD NZROU EN EAU POTABLE	AGUARD NOUZROU	2014	Adduction, Distribution eau potable	Equipement et service sociaux de base	Transversal	250 000 DH	150 000 DH

Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

A partir du tableau 35, j'ai effectué plusieurs analyses en graphiques, décrivant la répartition des actions INDH au sein de la commune de Tabant selon plusieurs indicateurs (financement, activités, ...etc.).

La part de financement de l'INDH pour toutes les actions engagées dans le milieu rural s'élève à 80% du financement global (figure 40) avec 7 353 484 DH, sur la période 2005-2014, le reste est imputé à la commune, la région, les associations ou quelques partenaires privés.

Figure 40 : Répartition du financement des actions INDH - Commune de Tabant



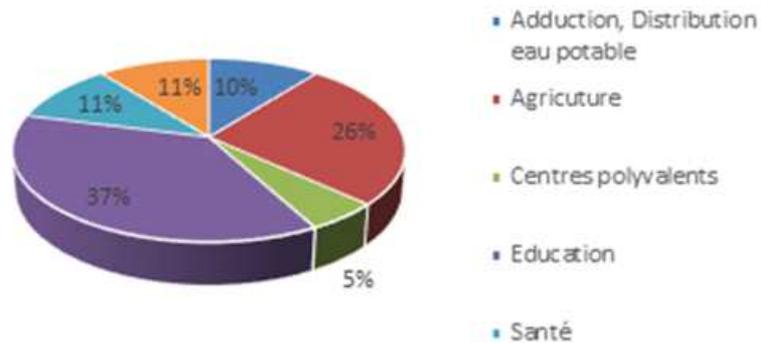
On constate la faible participation de l'INDH dans les actions pour l'accès aux soins de santé dans la commune entre 2005 et 2014, seulement 4% du financement global des actions (figure 41) avec 346 500 DH seulement.

Figure 41 : Part de financement des actions INDH pour la santé - Commune de Tabant



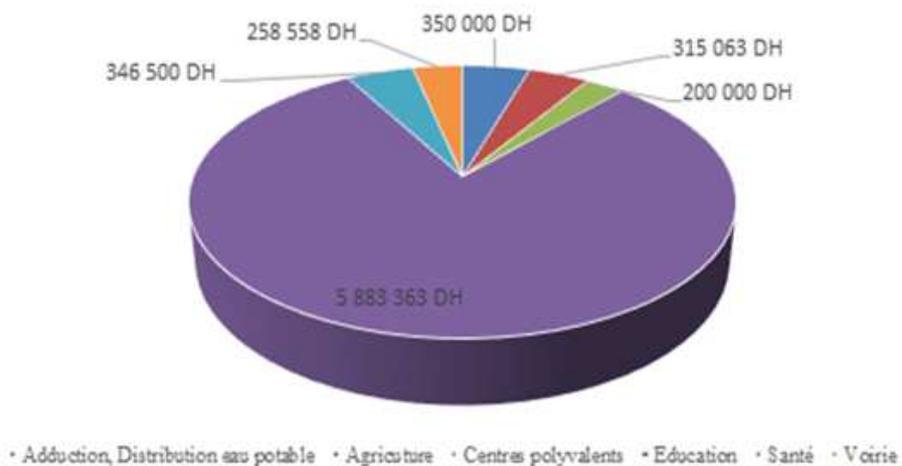
L'éducation prend la première place au niveau du nombre de projets INDH mis en place, 7 projets (37%), suivie par les actions dans le domaine de l'agriculture, 5 actions (26%). La santé se place dans les dernières places avec 2 actions uniquement entre 2005 et 2014 (figure 42).

Figure 42 : Nombre d'action INDH par secteur d'activité - Commune de Tabant



L'éducation prend également la première place au niveau du financement de l'INDH des actions mises en place entre 2005 et 2014 (figure 43), avec 5 883 363 DH de financement (80%), la santé compte 346 500 DH de financement INDH (4.7%) et le reste des activités cumule 1 123 621 DH (15.3%).

Figure 43 : Financement INDH par secteur d'activité - Commune de Tabant



La place de la santé et de l'accès aux soins ne semble pas être une priorité du programme d'actions de l'INDH dans la commune de Tabant, entre 2005 et 2014.

Le programme rural de la deuxième phase de l'INDH (2010 - 2018), n'a financé aucune action pour l'accès aux soins de santé dans la commune.

Les deux seules actions enregistrées pour la santé entre 2005 et 2014 (la première en 2007 et la deuxième en 2012), ont été financées par le programme transversal, qui ne cible pas forcément le domaine du développement rural.

Les actions pour la construction des routes rurales ne sont pas visées directement par l'INDH et les actions pour la mobilité restent rares et marginales.

Cependant, l'achat d'une ambulance en 2012 au profit de la commune, est une initiative positive, enregistrée initialement dans le secteur d'activité de la santé, cette action peut également s'inscrire dans le cadre de l'amélioration de la mobilité (pour l'accès aux soins de santé). Cependant, elle reste une action unique sur une période de 7 ans (2005-2012), et ne règle pas à elle seule - efficacement - le problème d'accessibilité aux soins, en l'absence d'actions nécessaires pour l'aménagement et la construction de routes praticables.

3. La commune de Siroua, des actions faibles et lentes

Les centres de santé de la commune de Siroua

Uniquement 2 centres de soins de base sont implantés dans la commune (figure 44), avec un personnel professionnel de soins de santé insuffisant. Il y a un seul médecin pour les 9 678 habitants de la commune de Siroua, et seulement 2 infirmières pour toute la commune (tableau 36 et 37).

Tableau 36 : Dispensaire rurale de Tamlakoute

Dispensaire rural de Tamlakoute	
Nombre d'infirmiers (2015)	1
Nombre de medecins généralistes (2015)	0
Nombre de medecins spécialistes (2015)	0
Nombre de service maternité	0
Nombre de consultations médicales (2015)	0
Nombre de consultations paramédicales (2008)	2149
Nombre de consultations paramédicales (2015)	1154

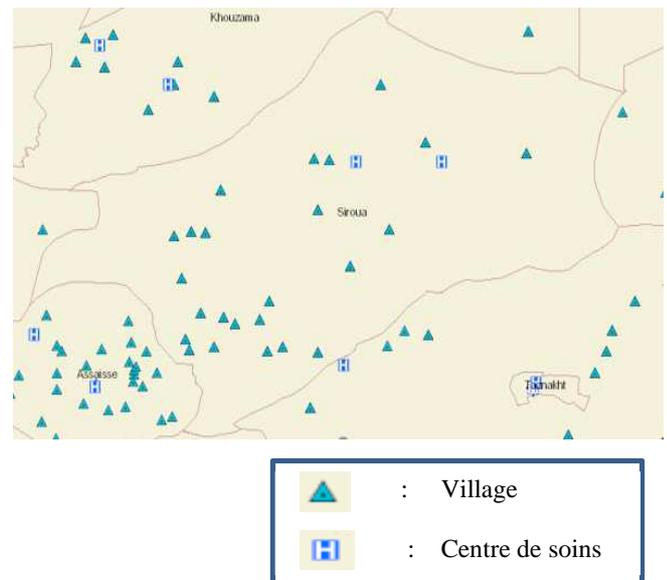
Source : Albachariya.ma²³⁶

Tableau 37 : Centre de santé rural d'Anzal

Centre de santé rural d'Anzal	
Nombre d'infirmiers (2015)	1
Nombre de medecins généralistes (2015)	1
Nombre de medecins spécialistes (2015)	0
Nombre de service maternité	0
Nombre de consultations médicales (2008)	5906
Nombre de consultations médicales (2015)	2982
Nombre de consultations paramédicales (2008)	2156
Nombre de consultations paramédicales (2015)	1528

Source : Albachariya.ma

Figure 44 : Localisation des centres de soins - Commune de Siroua



	: Village
	: Centre de soins

Source : Albachariya.ma

²³⁶ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

Les routes à Siroua

Avec un maigre 8,9% de routes revêtues dans la commune, les défis liés à la mobilité et à l'accessibilité sont conséquents, surtout pour les villages les plus isolés. La présence de voies non structurées ou de simples pistes devient un obstacle majeur à la circulation pendant les mois d'hiver, notamment en cas de froid intense et de chutes de neige.

Les Villages de la commune de Siroua

La commune rurale de Siroua est composée de 24 villages (tableau 38).

Tableau 38 : Nombre d'habitants et de ménage par village de la commune de Siroua

Village	Nombre d'habitants	Nombre de ménage
AIT TIGGA	827	121
IDGHAGHE	385	59
AIT IGHMOURE	484	66
TIZOIDE	309	49
TAMENSSASSARE	164	18
TAZoulTE	463	48
AFFELLA N'OUASSIF	186	23
TAOUZOUTE	274	36
TAFERMINTe	253	34
TALouSTE	215	28
IMAGHLAINE	759	105
AMASSIF	242	36
ARGUE	491	62
TAMAJRACHTE	345	53
N'KAB	372	55
MOUDATE	261	30
TIZAGZAOUINE	375	46
HALLOUKTE	272	24
TINZALINE	272	33
TAMLAKOUTE	446	57
TAMMAZIRTE	615	84
ANZALE	590	95
INDIOUTE	109	16
TISSSLITE	535	72

Source : Albachariya.ma²³⁷

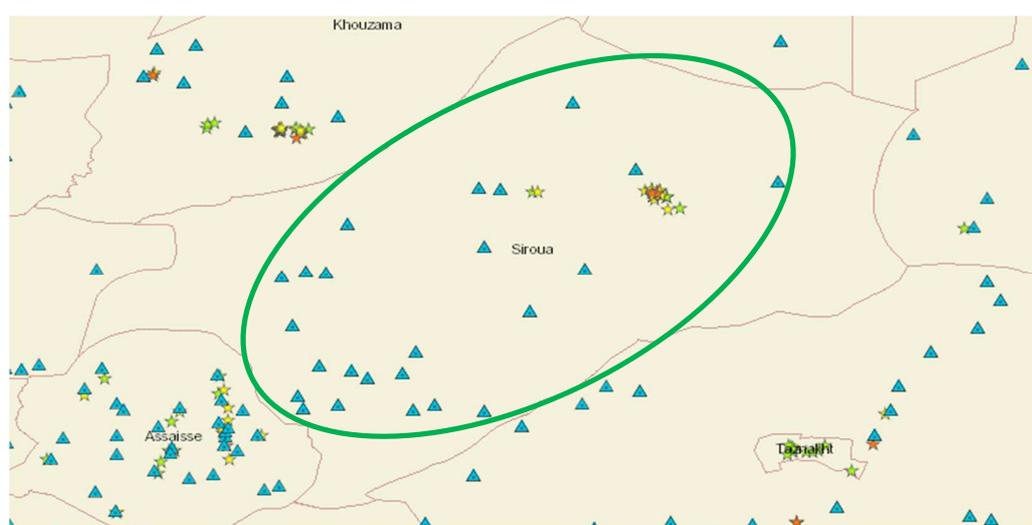
²³⁷ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

Les actions INDH dans la commune de Siroua

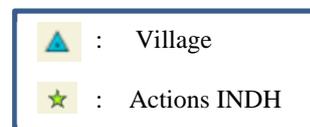
34 actions engagées entre 2005 et 2014 (tableau 39) ont concernées quelques villages de la commune de Siroua (figure 45), dans les secteurs d'activités suivant :

- Adduction, Distribution eau potable
- Agriculture (AGR Activité Génératrice de Revenu)
- Artisanat (AGR Activité Génératrice de Revenu)
- Administratif
- Éducation
- Santé
- Voirie
- Assainissement/Environnement
- Sport/Jeunesse
- Électrification et éclairage

Figure 45 : Carte des actions de l'INDH dans la commune de Siroua



Source : Albachariya.ma²³⁸



²³⁸ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

Tableau 39 : Liste des actions INDH dans la commune de Siroua entre 2005 et 2014

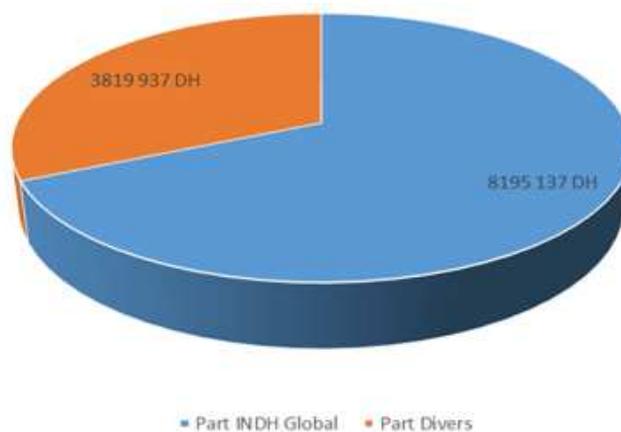
Référence projet INDH	Projets INDH	Population/village cible	Année de mise en place	Secteur d'activité	Nature du secteur	Programme INDH	Montant global	Part financement INDH
1	ADDITION EN EAU POTABLE	CENTRE SIROUA	2006	Adduction, Distribution eau potable	Equipement et service sociaux de base	Transversal	474 775 DH	196 505 DH
2	UNITE DE TRANSFORMATION ARMOISE	ANZAL	2006	Agriculture	Economique (AGR)	Transversal	227 649 DH	159 354 DH
3	EQUIPEMENT DE 7 UNITES DE PRESCOLAIRES	CENTRE SIROUA	2006	Education	Sociale	Transversal	146 088 DH	85 400 DH
4	REAMENAGEMENT DES BLOCS SANITAIRES	ANZAL	2007	Education	Sociale	Transversal	90 875 DH	63 575 DH
5	ALIMENTATION DU DOUAR TAMENSSASSARE EN EAU POTABLE	TAMENSSASSARE	2008	Adduction, Distribution eau potable	Equipement et service sociaux de base	Transversal	221 800 DH	85 000 DH
6	ACQUISITION D'UN MINI BUS POUR LE TRANSPORT SCOLAIRE	ANZAL	2010	Education	Sociale	Transversal	300 000 DH	300 000 DH
7	REHABILITATION ET EXTENSION DE DAR TALIB ET TALIBA	ANZAL	2010	Education	Sociale	Transversal	2 450 000 DH	1 900 000 DH
8	REHABILITATION DU CULTURE DU SAFRAN ET VALORISATION DES PRODUITS LOCAUX	ANZAL	2011	Agriculture	Economique (AGR)	Rural	178 571 DH	125 000 DH
9	REHABILITATION DES TAPIS	CENTRE SIROUA	2011	Artisanat	Economique (AGR)	Rural	30 000 DH	21 000 DH
10	CONSTRUCTION ET EQUIPEMENT DE HUIT SALLES PRESCOLAIRES	CENTRE SIROUA	2011	Education	Sociale	Rural	610 000 DH	520 000 DH
11	EXTENSION ET MISE A NIVEAU DE DAR TALIB ET TALIBA 2 EME TRANCHE	ANZAL	2011	Education	Sociale	Rural	850 000 DH	750 000 DH
12	PROJET DE CONSTRUCTION D'UNE PASSERELLE SUR OUED ARGUE SIROUA	ARGUE	2012	Voirie	Equipement et service sociaux de base	Rural	180 000 DH	170 000 DH
13	ALIMENTATION DU DOUAR TALOUSTE	TALOUSTE	2012	Adduction, Distribution eau potable	Equipement et service sociaux de base	Transversal	192 290 DH	120 603 DH
14	REABILITATION DU TAPIS LOCAL	ANZAL	2012	Artisanat	Economique (AGR)	Rural	30 000 DH	21 000 DH
15	CLOTURE D'UN ESPACE VERT	TIZAGZAOUINE	2012	Environnement	Equipement et service sociaux de base	Rural	28 000 DH	28 000 DH
16	ACQUISITION CHEPTEL OVINS DE RACE DEMMAN	ANZAL	2012	Agriculture	Economique (AGR)	Rural	144 900 DH	97 200 DH
17	EQUIPEMENT DE LA COOPERATIVE AGRICOLE DE SAFRAN	ANZAL	2012	Agriculture	Economique (AGR)	Rural	50 000 DH	35 000 DH
18	CONSTRUCTION D'UN RESERVOIR ET D'UN SYSTEME D'AROSAGE	AIT IGHMOUR	2012	Agriculture	Economique (AGR)	Rural	50 000 DH	35 000 DH
19	ACQUISITION D'UN VEHICULE POUR LE TRANSPORT SCOLAIRE	ANZAL	2012	Education	Sociale	Rural	350 000 DH	300 000 DH
20	ACQUISITION D'UNE AMBULANCE 4X4	SIROUA	2012	Santé	Sociale	Rural	431 800 DH	391 800 DH
21	EQUIPEMENT DE L'UNITE LOCALE DE L'INDH	ANZAL	2012	Equipements administratifs	Economique (AGR)	Transversal	50 000 DH	50 000 DH
22	EQUIPEMENT DAR TALIB ET TALIBA	ANZAL	2012	Education	Sociale	Transversal	200 000 DH	200 000 DH
23	CONSTRUCTION ET EQUIPEMENT DE TROIS UNITES POUR L'ENSEIGNEMENT PRESCOLAIRE	TAOUZOUTE ET TAMLAKOUTE	2013	Education	Sociale	Rural	255 000 DH	240 000 DH
24	TRAITEMENT DES EAUX USEES AU CENTRE ANZAL	ANZAL	2013	Assainissement et environnement	Equipement et service sociaux de base	Rural	1 350 000 DH	350 000 DH
25	ACHAT D'UN TRACTEUR ET SON MATERIEL D'ACCOMPAGNEMENT	ANZAL	2013	Agriculture	Economique (AGR)	Transversal	265 000 DH	185 500 DH
26	CONSTRUCTION COMPLEXE SOCIO SPORTIF AU CENTRE ANZAL	ANZAL	2013	Jeunesse et sport	Sociale	Rural	600 000 DH	120 000 DH

Référence projet INDH	Projets INDH	Population/village cible	Année de mise en place	Secteur d'activité	Nature du secteur	Programme INDH	Montant global	Part financement INDH
27	AMENAGEMENT SEGUIA (SYSTEME D'AROSAGE)	AIT IGHMOUR	2013	Agriculture	Economique (AGR)	Rural	51 600 DH	51 600 DH
28	CONSTRUCTION SALLE D'ACCOUCHEMENT AU CENTRE DE SANTE D'ANZAL	ANZAL	2013	Santé	Sociale	Rural	239 412 DH	200 000 DH
29	ELECTRIFICATION PUIIS ET ACQUISITION D'UNE POMPE ELECTRIQUE ET SES ACCESSOIRES	AMASSIF	2013	Adduction, Distribution eau potable	Equipement et service sociaux de base	Rural	200 000 DH	200 000 DH
30	EXTENSION DU RESEAU ELECTRIQUE	CENTRE SIROUA	2014	Electrification et éclairage	Equipement et service sociaux de base	Rural	310 000 DH	210 000 DH
31	TRAITEMENT DES EAUX USEES AU CENTRE ANZAL 2 EME TRANCHE	ANZAL	2014	Adduction, Distribution eau potable	Equipement et service sociaux de base	Rural	500 000 DH	350 000 DH
32	ACQUISITION DES RUCHES D'ABEILLES	ANZAL	2014	Agriculture	Economique (AGR)	Rural	90 000 DH	80 000 DH
33	CONSTRUCTION DE MAISON DES JEUNES AU CENTRE ANZAL 1ERE TRANCHE	ANZAL	2014	Jeunesse et sport	Sociale	Rural	821 600 DH	521 600 DH
34	ACHEVEMENT D'UN COMPLEXE SOCIOCULTUREL	CENTRE SIROUA	2014	Jeunesse et sport	Sociale	Rural	45 714 DH	32 000 DH

Source : Albachariya.ma²³⁹

La part de financement de l'INDH pour toutes les actions engagées dans le milieu rural s'élève à 68.2% (8 195 137 DH) du financement global (12 015 074 DH), sur la période 2005-2014 (figure 46).

Figure 46 : Répartition du financement des actions INDH - Commune de Siroua

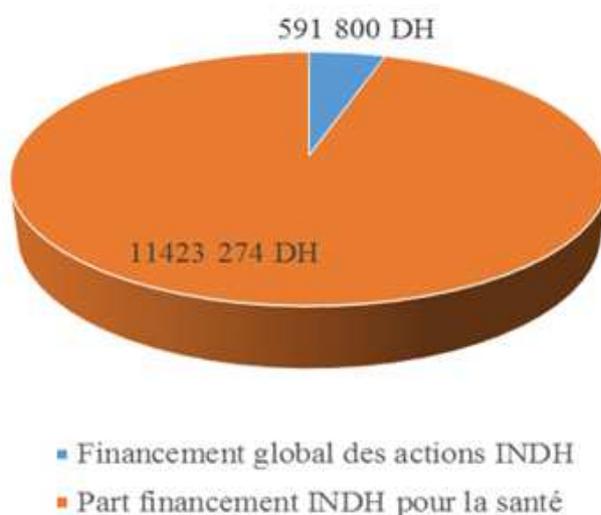


²³⁹ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). Albacharia (banque de données marocaine). Consulté entre le 01/01/2017 et le 19/12/2022. <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>

On constate un engagement relativement moyen de l'INDH au niveau du financement des actions mises en place (68.2% seulement du budget global des actions validées par l'INDH).

On constate également la faible participation de l'INDH dans les actions pour l'accès aux soins de santé dans la commune entre 2005 et 2014, seulement 5% (591 800 DH) du financement global des actions (figure 47).

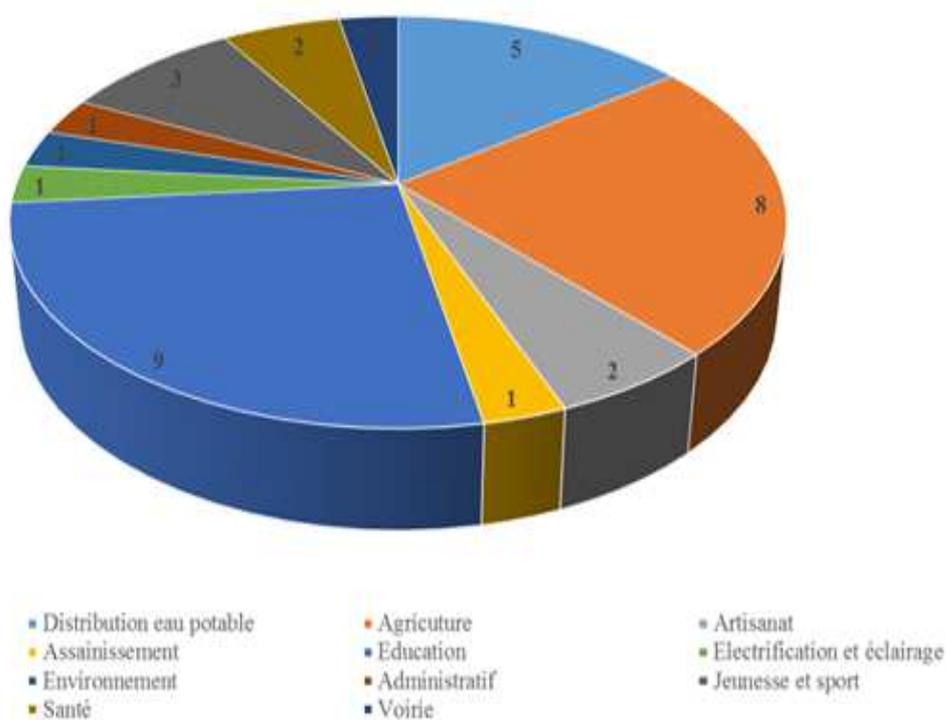
Figure 47 : Part de financement des actions INDH pour la santé - Commune de Siroua



L'éducation prend la première place au niveau du nombre de projets INDH mis en place (figure 48), 9 projets (26.5%), suivie par les actions dans le domaine de l'agriculture, 8 actions (23.5%).

La santé se place dans les dernières places avec 2 actions uniquement entre 2005 et 2014.

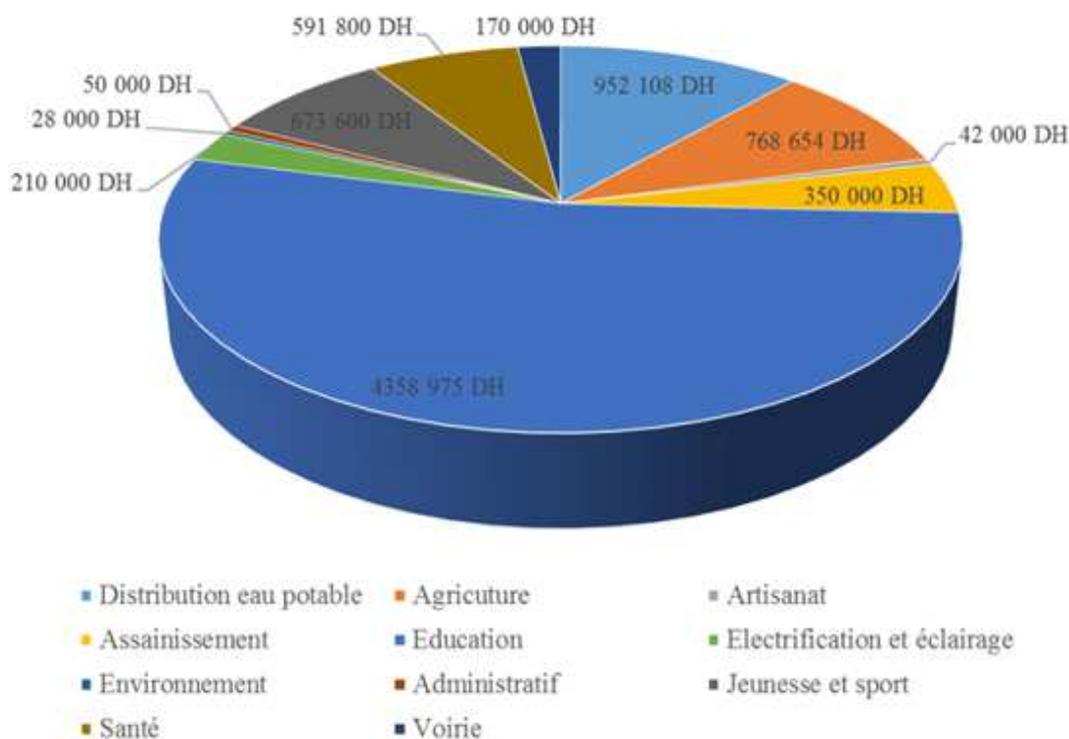
Figure 48 : Nombre d'action INDH par secteur d'activité - Commune de Siroua



L'éducation prend également largement la première place au niveau du financement de l'INDH des actions mises en place entre 2005 et 2014 (figure 49), avec 4 358 975 DH de financement, elle représente plus de la moitié du financement global de l'INDH (53.2%) dans la commune.

La santé compte 591 800 DH de financement INDH (7.2%) et le reste des activités cumule 3 244 362 DH (39.6%).

Figure 49 : Financement INDH par secteur d'activité - Commune de Siroua



La place de la santé et de l'accès aux soins ne semble pas être une priorité du programme d'actions de l'INDH dans la commune de Siroua, entre 2005 et 2014. Le nombre et le financement faible, des actions pour l'accès aux soins de santé à Siroua, révèle la lenteur et la faiblesse de l'INDH pour ce secteur, pourtant prioritaire chez la population rurale.

Aucune action INDH pour l'accès aux soins de santé dans la commune de Siroua n'a été enregistrée lors de la première phase de l'INDH (2005-2010), il faut attendre l'acte 2 de l'INDH et plus précisément l'année 2012, pour mettre en place la première action pour la santé, puis l'année 2013, pour enregistrer une deuxième action dans ce secteur, pourtant vital et déterminant pour le développement humain, objectif de cette initiative nationale.

Les deux seules actions enregistrées pour la santé, s'inscrivent dans le cadre du programme rural de l'INDH, appartenant à la deuxième phase de l'INDH (2010-2018).

Les actions pour la construction des routes rurales ne sont pas visées directement par l'INDH et les actions pour la mobilité restent faibles.

L'achat d'une ambulance 4X4²⁴⁰ pour les terrains difficiles en 2012, au profit de la commune, est une action positive, enregistrée initialement dans le secteur d'activité de la santé, mais, elle a un impact positif sur la mobilité pour l'accès aux soins de santé également, elle reste une action unique sur une période de 7 ans (2005-2012).

4. Le faible bilan des deux communes (Siroua et Tabant)

A travers l'étude des actions de l'INDH au sein des deux communes de Tabant et de Siroua, on constate la faiblesse d'actions pour l'accès aux soins et pour la mobilité et le transport rural.

L'INDH n'a pas placée opérationnellement - dans ses actions - la mobilité comme déterminant important pour l'accès aux soins de santé en milieu rural.

La situation de mobilité reste très compliquée dans les deux communes, notamment dans les périodes hivernales de grand froid, de pluie et de neige.

La priorité des actions INDH dans les deux communes de Tabant et de Siroua s'orientent vers l'éducation et les actions pour des activités génératrices de revenus, au détriment de la santé et de la mobilité.

²⁴⁰ Modèle de véhicule tout terrain, équipé d'une transmission à quatre roues motrices.

5. La faiblesse instrumentale pour l'accès aux soins en milieu rural, un constat général

À travers l'analyse des actions de l'INDH dans les 2 communes de Siroua et de Tabant, nous constatons la faiblesse des instruments pour l'accès aux soins de santé. Cette faiblesse est de nature qualitative et quantitative.

Nous allons vérifier si ce constat est général, à travers l'étude des bilans de l'INDH sur ces 2 première phases.

Les instruments de l'INDH pour l'accès aux soins de santé en milieu rural

A partir des différentes données collectées, j'ai élaboré une typologie globale des principaux instruments utilisés par l'INDH (dans sa première et sa deuxième phase) pour l'accès aux soins de santé en milieu rural au niveau national.

« On achète des ambulances, on apporte des médicaments, on fait des réunions et des campagnes d'informations auprès des gens, [...]. On travaillait avec les associations de médecins volontaires et les caravanes mobiles, mais on a arrêté²⁴¹. », déclare un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

J'ai dressé un focus typologique général des actions de l'INDH (Tableau 40), en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural, qui identifie les quelques types d'actions limitées au niveau de leur impact, qui souligne globalement la faiblesse des instruments et qui mets en évidence que la problématique de santé rurale n'a pas bénéficié d'actions fortes et nombreuses. La mobilité est très peu présente comme instrument et déterminant logique pour traiter le problème d'accès aux soins de santé en milieu rural.

²⁴¹ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

Tableau 40 : Focus sur les instruments les plus fréquents de l'INDH pour la santé rurale

Type d'instrument	Instrument	Détail de l'instrument
Instruments informatifs et communicationnels	Informations, communications	Campagnes d'information sanitaires et de prévention dans quelques communes du milieu rural.
Instruments informatifs et communicationnels	Participation	Réunions de consultation ou d'information avec des citoyens, des élus et des associations dans quelques communes du milieu rural.
Instruments conventionnels et incitatifs	Campagnes de visites médicales	Partenariat avec des associations et des médecins, pour des campagnes de visites de vaccination dans quelques communes du milieu rural.
Instruments conventionnels et incitatifs	Achat de médicaments	Achat de médicaments dans quelques communes du milieu rural.
Instruments conventionnels et incitatifs	Achat de matériel	Financement d'achat d'ambulance, dans quelques communes du milieu rural.
Instruments informatifs et communicationnels	Informations, communications	Information sur des visites de caravanes médicales, dans quelques communes du milieu rural.
Instruments informatifs et communicationnels	Informations, communications	Organisation de séances participatives citoyennes, autour des problèmes de santé, dans quelques communes du milieu rural.
Instruments informatifs et communicationnels	Informations, communications	Organisation de séances participatives avec des élus locaux, autour des problèmes de santé, dans quelques communes du milieu rural.

L'INDH rassemble globalement des instruments non contraignants de type informatifs, communicationnels, conventionnels, incitatifs et des normes et standards.

100% des instruments sont non contraignants, une majorité d'instruments informatifs et communicationnels promouvant la participation de la population locale, le reste est de type conventionnels et incitatifs avec des partenariats associatifs pour organiser des consultations

médicales locales ou avec des participations d'achat de matériel dans quelques communes cibles de l'INDH.

Les mesures limitées concernant l'acquisition d'ambulances ou l'aménagement de centres de soins de base, qui ne bénéficient pas d'une dotation suffisante en ressources humaines et en professionnels de la santé pour leur fonctionnement et leur gestion, ne semblent pas traduire une véritable initiative pour répondre aux besoins prioritaires de la population rurale.

« On achète des ambulances, mais les communes doivent assurer leur frais de fonctionnement et trouver des solutions pour leur gestion²⁴². », déclare un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

La construction des routes - même s'elle avance dans l'ensemble des territoires marocains - tarde à venir dans les programmes INDH du milieu rural. L'INDH n'a pas reconnu, ou tout du moins n'a pas placé la mobilité comme un facteur essentiel pour faciliter l'accès aux soins de santé en zones rurales.

La réalisation de routes en milieu rural exige des investissements conséquents. Il est primordial de collaborer étroitement avec le ministère de tutelle afin de mobiliser les ressources et les expertises nécessaires à la mise en œuvre de ces projets. Toutefois, l'INDH semble ne pas assumer pleinement son rôle de coordinateur auprès du ministère concerné pour encourager des initiatives conjointes.

« On n'a pas de poids par rapport aux ministères, celle de la santé est indépendante, elle fait ses actions seule, on ne peut pas intervenir ou lui demander de faire des actions, et les routes demande des financements importants²⁴³. », déclare un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

²⁴² Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

²⁴³ *Ibidem*.

État des lieux de l'INDH sur la période la 2005-2016

Depuis sa création en 2005, l'Initiative nationale pour le développement humain a mis en œuvre plus de 44.400 projets et lancé plus de 12.700 initiatives avec un budget de 34,5 milliards de dirhams (tableaux 41 et 42).

Ces financements ont été alloués à des infrastructures et à la promotion d'Activités Génératrices de Revenu (tableau 42).

Tableau 41 : Réalisations de l'INDH par programmes 2005-2016

Programmes	Nombre de projets et actions réalisées	Montant global
Lutte contre la pauvreté en milieu rural	17.173 projets et actions	7.8 MM de dirhams
Lutte contre l'exclusion sociale en milieu urbain	9.853 projets et actions	10.4 MM de dirhams
Programme Transversal	25.265 projets et actions	10.3 MM de dirhams
Lutte contre la précarité	4.963 projets et actions	6 MM de dirhams

Source : El Halaissi, M. (2018). Gouvernance de l'INDH, une lecture critique.²⁴⁴

Le tableau 42 offre un aperçu détaillé des différents projets et actions entrepris par l'INDH pour le développement humain, répartis par secteur. Il illustre également la répartition des ressources alloués par l'Initiative nationale pour le développement humain à travers ces différents secteurs.

²⁴⁴ El Halaissi, M. (2018). Gouvernance de l'INDH, une lecture critique. *International Review of Economics, Management, and Law Research*, Vol. 1, No 1.

Tableau 42 : Réalisations de l'INDH par secteurs d'activité 2005- 2016

Secteur	Nombre de projets	Nombre d'actions	Montant global (DH)	Part INDH (DH)	Nombre de bénéficiaires
Éducation	8.526	1.337	4.971.949.876	1.471.269.275	2.218.210
Agriculture	6.528	38	1.067.335.059	1.048.361.128	415.624
Adduction/ Eau potable	4.704	30	2.506.605.466	1.448.002.473	1.090.993
Voirie	4.504	5	3.858.678.868	2.503.091.692	1.163.582
Jeunesse & Sport	3.467	1.111	4.315.578.935	2.337.155.548	1.090.892
Santé	2.887	780	2.872.535.834	1.447.097.561	846.231
Centres polyvalents	2.781	49	2.911.622.698	1.797.605.531	712.738
Commerce et petits métiers	2.452	98	1.329.162.025	886.494.810	148.594
Artisanat	1.622	166	706.714.516	352.920.544	137.07
Électrification	1.077	2	926.353.490	461.919.994	288.275
Centres de protection sociale	902	109	1.568.332.644	971.944.777	236.936
Culture & culte	898	978	859.602.275	426.128.243	379.885
Centres pour handicapés	633	95	837.874.439	563.408.933	162.856
Assainissement et environnement	1.434	165	1.820.644.811	825.623.350	436.293
Formation personnelle	429	727	743.639.870	409.820.801	163.008
Transport	384	686	445.206.521	330.310.278	84.379
Pêche	378	1	264.214.332	120.803.415	16.433
Tourisme	161	135	113.616.070	63.607.698	32.043
Centre d'accueil	126	15	190.060.097	109.765.869	33.263
Équipement pour personnes précaires	39	61	51.157.186	35.721.458	10.335
Formation acteurs locaux	545	6.189	1.581.979.950	1.128.127.257	690.627
Total général	44.477	12.777	34.546.764.762	20.739.180.635	10.358.267

Source : El Halaissi, M. (2018). Gouvernance de l'INDH, une lecture critique.²⁴⁵

²⁴⁵ El Halaissi, M. (2018). Gouvernance de l'INDH, une lecture critique. *International Review of Economics*, 212

L'éducation demeure une priorité majeure de l'INDH, avec 8.526 projets dédiés (tableau 42). Ces efforts ont contribué à réduire l'abandon scolaire et à améliorer la scolarisation des enfants vulnérables, notamment grâce à la création de Dar Talib/Taliba²⁴⁶ et à l'acquisition de 1.239 véhicules scolaires profitant à 270.253 élèves²⁴⁷.

Les infrastructures, comprenant l'eau potable, l'électricité et la voirie, ont également été mises en avant, avec plus de 10.000 projets. En matière d'approvisionnement en eau potable, 4.704 projets ont été lancés, dont des bornes-fontaines, réservoirs et forages. Par ailleurs, 1.077 projets d'électrification ont été initiés, profitant à 2.419 douars²⁴⁸.

L'accent est mis également sur le soutien aux coopératives agricoles et artisanales, avec un financement alloué aux associations pour promouvoir des activités génératrices de revenus AGR.

Concernant la santé, des actions ont été mises en place pour améliorer l'infrastructure, notamment par l'achat de 944 ambulances et la mise en place de divers établissements médicaux²⁴⁹. Toutefois, les fonds alloués à la santé demeurent modérés comparativement à d'autres secteurs. Par ailleurs, le financement du transport au sein de l'INDH est encore plus limité.

En examinant de près la santé et le transport, certaines tendances se démarquent (tableau 42) :

Santé : La santé est un pilier essentiel de tout développement humain, et sa place dans le tableau ne le reflète pas clairement. Toutefois, malgré son importance, le nombre de projets dédiés à la santé est moindre par rapport à d'autres domaines comme l'éducation, l'agriculture.

Management, and Law Research, Vol. 1, No 1.

²⁴⁶ Dar Talib (pour les garçons) et Dar Taliba (pour les filles) sont des résidences scolaires offrant logement et repas aux élèves et étudiants issus des zones rurales.

²⁴⁷ El Halaissi, M. (2018). Gouvernance de l'INDH, une lecture critique. *International Review of Economics, Management, and Law Research*, Vol. 1, No 1.

²⁴⁸ *Ibidem*.

²⁴⁹ *Ibidem*.

On constate que la santé représente seulement 6.89% de la part globale du financement INDH des actions entreprises entre 2005 et 2016 et seulement 4.19% du budget global de l'INDH sur la même période. Cela indique une sous-allocation de ressources et une priorité moindre accordée à ce secteur par rapport à d'autres.

Transport : Le transport est important pour la connectivité et l'accès aux services, notamment en milieu rural. Cependant, le transport, malgré son rôle déterminant pour assurer l'accès aux services essentiels comme la santé, semble avoir été moins priorisé. Le nombre de projets liés au transport est nettement inférieur à d'autres secteurs.

Le Transport, secteur clé pour la mobilité en milieu rural, il représente peu d'investissement INDH également, avec seulement 1.59% du financement global de l'INDH.

Les problèmes des instruments de l'INDH est un constat général

L'importance accordée à l'éducation et à l'agriculture, qui dominent les actions de l'INDH en termes de nombre de projets et de financements, révèle une orientation vers le renforcement des compétences humaines et le soutien de l'économie rurale.

Cependant, pour un développement holistique, il est important d'équilibrer cela avec des investissements solides dans la santé et les infrastructures de transport. L'accès aux soins de santé et la mobilité sont des déterminants essentiels de la qualité de vie, surtout en milieu rural.

Bien que des efforts significatifs aient été entrepris dans divers domaines, le constat global suggère la nécessité de reconsidérer et peut-être de reprioriser les investissements dans des secteurs tels que la santé et le transport pour répondre de manière plus équilibrée aux besoins de la population rurale.

En milieu rural, le déficit d'accès aux soins de santé et aux structures de base reste important et les actions entreprises dans ce domaine demeurent insuffisantes.

Selon une étude officielle de l'ONDH datant de 2013, bien que l'amélioration de l'accès aux infrastructures et services essentiels en milieu rural ait été l'un des objectifs majeurs de l'INDH, l'impact tangible de cette initiative dans ces zones reste peu notable²⁵⁰.

La présentation des analyses de l'INDH par l'Observatoire National du Développement Humain (2008, 2011 et 2013) montre que l'initiative nationale n'a pas eu d'effets significatifs en matière de santé²⁵¹, et spécifiquement, elle n'a pas entraîné d'amélioration notable pour la santé infantile²⁵².

Les zones rurales, en particulier celles montagneuses, demeurent en grande partie dépourvues de routes goudronnées les connectant aux agglomérations les plus développées à proximité.

L'INDH dans sa première phase n'a pas priorisé la construction de routes en zones rurales. La seconde phase de l'INDH n'a pas non plus montré d'améliorations marquées concernant la mobilité en milieu rural.

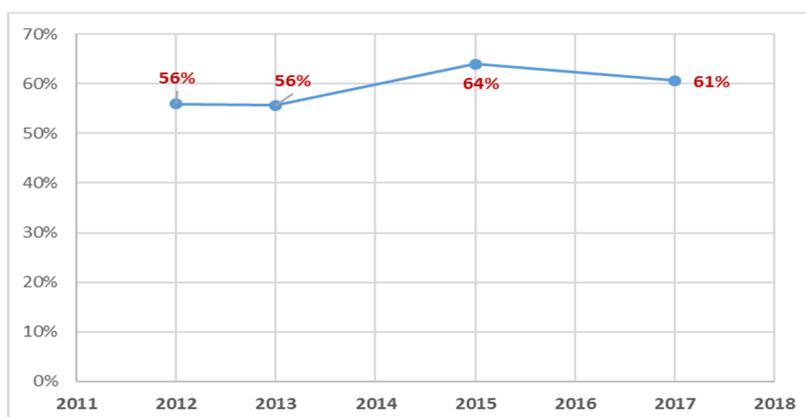
Le pourcentage de foyers ruraux ayant accès à une route goudronnée à moins de 2 km est passé de 56% en 2012 à 61% en 2017 (figure 50), une croissance modeste compte tenu de l'importance de la mobilité en tant que facteur clé pour l'accès aux soins de santé en milieu rural.

²⁵⁰ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2013). *L'évaluation des réalisations de la première phase de l'INDH*, p. 8.

²⁵¹ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2016). *Présentation du quatrième rapport de l'ONDH, consacré à l'évaluation de l'INDH*, p. 46.

²⁵² Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2013). *L'évaluation des réalisations de la première phase de l'INDH*, p. 8.

Figure 50 : Évolution de la proportion des ménages ruraux accédant à une route goudronnée



Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH), 2018²⁵³.

La priorisation de la mobilité rurale comme déterminant clé n'apparaît pas significative dans les plans d'action de l'INDH pour faciliter l'accès aux soins. Pourtant, la construction de routes en milieu rural est essentielle pour renforcer le développement humain des habitants de ces zones enclavées.

Les actions publiques du ministère de l'équipement et du transport ont certes contribué à renforcer l'accessibilité en milieu rural, mais elles demeurent insuffisantes, et l'INDH n'a pas comblé ce manque de manière significative.

S'ajoutant à cela, un souci de collaboration et de coopération se manifeste entre l'INDH et les ministères. En tant que méta-organisation, le rôle de coordination de l'INDH s'avère limité, sinon absent. Il manque une coordination solide entre l'INDH et les ministères de la santé ainsi que de l'équipement et du transport concernant l'accès aux soins de santé en zones rurales. Chaque ministère opère sans réelle synergie avec l'INDH.

²⁵³ Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2018). *Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017*.

« On n'intervient pas dans les actions des ministères, les gros projets de constructions des routes est géré sur le plan national par le ministère du transport, le ministère de la santé travaille et traite ses actions, on ne peut pas lui imposer d'affecter des médecins à des centres de santé en milieu rural, [...], on a déjà eu des soucis avec le ministère de la santé concernant le travail des caravanes mobiles des associations, à cause du problème de suivi des patients²⁵⁴. », déclare un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

Dans l'ensemble, l'INDH, à travers ses phases 1 et 2, privilégie les initiatives liées à l'éducation et à la création d'activités génératrices de revenus, laissant en retrait les domaines de la santé et de la mobilité. Selon le rapport d'évaluation de l'ONDH pour la période 2005-2010, l'INDH n'a pas montré d'impact significatif en milieu rural, notamment sur la santé des enfants et leur scolarisation. L'accent n'a pas été mis sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé ruraux ; au contraire, le développement d'activités génératrices de revenus est placé au premier plan.

²⁵⁴ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

Chapitre 8 : La gouvernance et l'instrumentation : défaillances et répercussions

1. Les citoyens, entre connaissance du besoin et faible participation

La population rurale incarne à la fois les porteurs des besoins sociaux et les bénéficiaires des services publics. Ils sont au cœur des actions et politiques publiques. Leur désir de s'impliquer directement dans l'élaboration et la prise de décision des actions publiques qui les touchent est en constante progression.

« On veut participer activement, mais on n'est pas écoutés, qui sait mieux que nous notre besoin et notre urgence ? », déclare un habitant des villages de la commune de Tabant.

Le besoin et l'urgence d'améliorer la situation de l'accès aux soins de santé dans le monde rural, précédemment explicités par les chiffres dans la partie I, se confirment chez les populations rurales que j'ai visitées dans les villages de Siroua à Ouarzazate et dans le village de Tabant à Azilal.

« Il y avait cet enfant en 2013, qui vivait au village Ait Tigga, mais étudiait à Anzal, donc c'était l'hiver, il neigeait beaucoup, les routes étaient boueuses, glacées et complètement bloquées. donc ce jour-là pas de transport, il avait un examen, il a demandé à ses parents de l'accompagner, car il avait peur de se faire renvoyer et de perdre son année scolaire et redoubler, mais ses parents ont refusé, car il neigeait beaucoup, comme il n'y avait aucun transport, malheureusement, le petit est parti à pied, donc c'est 30 km entre Ait Tigga et Anzal à peu près à pied dans 50/70 cm de neige, malheureusement, ce petit a été retrouvé mort quelques kilomètres plus loin du village, recroquevillé sur lui-même, il est mort de froid, tout ce qu'il voulait, c'était étudier et s'en sortir²⁵⁵. », raconte une habitante du village de Ait Tigga de la commune de Siroua.

²⁵⁵ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

Le même constat d'urgence et de difficulté d'accès aux soins pour les habitants est exprimé également.

« Il y a cette jeune femme qui était enceinte et sur le point d'accoucher et il n'y avait pas de transport. Malheureusement elle n'est pas arrivée à temps à Ouarzazate, elle saignait dans la voiture, elle a dû faire une hémorragie. Arrivée à Ouarzazate c'était trop tard, elle est morte quelques minutes après son arrivée à l'hôpital²⁵⁶. », raconte une habitante de la commune de Siroua.

Cependant, le besoin connu et demandé par la population rurale n'arrive pas, souvent, jusqu'aux organes décideurs, à travers un processus de participation citoyenne. Ce sont les associations qui participent et proposent des actions et des projets aux comités locaux de l'INDH.

Le réseau associatif endosse un rôle de médiateur, élaborant des micro-projets et petits projets conformes aux directives de l'INDH. Ces associations font le pont en matière de participation citoyenne, recueillant les besoins de la population pour les transformer en propositions de projets. Ces dernières sont ensuite présentées aux entités locales de l'INDH pour approbation, financement et suivi de mise en œuvre.

Toutefois, la population rurale et les associations locales ont une perception peu favorable de leur participation et de leur implication dans la gouvernance des actions INDH qui les touchent.

« Les gens dans les villages ruraux et montagneuses comme à Ait-Tigga (village de Siroua) doivent se débrouiller, beaucoup de villages au Maroc sont dans cette situation, les actions de l'État n'arrive pas sont modestes et tardent souvent à arriver dans ces zones enclavées, il n'y a pas beaucoup d'aide financière non plus, les associations font ce qu'elles peuvent avec leurs petits moyens pour aider les gens, [...], on n'est pas impliqué dans les réunions de prises de décisions avec l'INDH, on sait pas comment les projets sont validés²⁵⁷ », selon le président de l'association enfants de Siroua.

²⁵⁶ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

²⁵⁷ Extrait d'entretien semi-directif avec le président de l'association enfants de Siroua.

2. Les médecins, une absence de participation d'un acteur légitime

Les médecins volontaires estiment que leur rôle dans l'élaboration de solutions et d'actions dans le cadre de l'INDH pour l'accès aux soins de santé en milieu rural est insuffisant. Ils ressentent un écart entre leur expertise professionnelle et la manière dont les décisions sont prises, considérant que leur voix et leur expérience pourraient apporter une valeur ajoutée significative à l'initiative nationale.

De plus, ils pointent du doigt un déficit de communication de la part des autorités. Ce manque d'interaction se manifeste par une absence d'informations claires concernant les actions entreprises, tant au niveau local qu'au niveau du ministère de la Santé. Les médecins souhaiteraient être davantage informés et impliqués, afin de garantir une approche plus inclusive et efficace.

« La participation est très insuffisante chez les médecins, il y a souvent un manque de communication de la part du ministère de la santé, sur les programmes sociaux à déployer ou en cours de déploiement en lien avec la santé rurale, [...]. Il y avait des campagnes de caravanes médicales qui visitaient les zones rurales avec des médecins et des étudiants, mais, elles ont été arrêtées par l'INDH, qui n'accepte plus de travailler avec les caravanes médicales des associations, d'autres solutions innovantes n'ont pas été testées comme la télémédecine²⁵⁸. », précise un médecin généraliste.

Un manque de moyens et un manque de personnel suffisant pour pouvoir venir en aide à la population rurale a été également exprimé par les médecins interviewés.

« Il n'y a pas d'incitation financière suffisante offerte aux médecins pour les motiver à aller s'installer dans villages et les zones rurales, [...]. On n'est pas impliqué dans la conception de solutions ou d'initiatives visant à aider la population rurale et améliorer leur accès aux soins de santé, le ministère n'a même pas communiqué au départ sur l'INDH, comment voulez-vous que les médecins prennent des initiatives de volontariat pour aller offrir des consultations dans les zones

²⁵⁸ Extrait d'entretien semi-directif avec un médecin généraliste 1.

rurales, sans parler du manque de ressources humaines également²⁵⁹. », souligne un médecin généraliste.

Dans des zones rurales et montagneuses, telles qu'à Ouarzazate, il n'est pas rare de trouver des centres de soins de base presque déserts, occupés uniquement et partiellement par un infirmier. Cette situation rend difficile l'offre d'un service de santé de qualité. Dans certains cas, ces établissements, bien que construits, demeurent complètement inoccupés, en l'absence de personnel médical.

« Il y avait une seule infirmière dans le centre de santé à Anzal²⁶⁰, elle ne pouvait pas gérer toute la population de la commune et des villages de proximité, les centres de santé dans les zones rurales manquent en général de personnel soignant²⁶¹. », déclare un médecin généraliste.

Ce manque de personnel se confirme sur le terrain étudié, lors de ma dernière visite du seul centre de soins de la commune de Siroua, j'ai constaté l'absence du seul médecin de la commune qui a été transféré sans remplacement.

Les initiatives individuelles des médecins et les compagnes des caravanes médicales ne sont plus prises en compte par l'INDH par manque de coordination entre cette dernière et le ministère de la santé.

« On ne prend plus et on accepte plus de travailler avec des caravanes médicales, car on a eu des problèmes avec le ministère de la santé, quand un patient traité par la caravane médicale, on lui dit à l'hôpital : on ne peut rien faire pour toi, il faut aller voir le médecin de la caravane médicale qui t'a traité, on n'arrive pas à travailler avec le ministère de la santé à ce niveau-là, donc, on a

²⁵⁹ Extrait d'entretien semi-directif avec un médecin généraliste 1.

²⁶⁰ Anzal est un village rural, chef-lieu de la commune de Siroua située à Ouarzazate.

²⁶¹ Extrait d'entretien semi-directif avec un médecin généraliste 1.

arrêté²⁶². », déclare le responsable de la communication de la coordination nationale au niveau central de l'INDH.

3. Les deux premières phases de l'INDH entachées par la politisation et le conflit d'intérêt des présidents de commune

Les élus participent généralement, dans le cadre de la gouvernance de l'INDH, aux réunions de consultation et de validation concernant les projets INDH à mettre en place, l'organe de coordination de l'INDH doit communiquer et informer les élus locaux, des plannings, des budgets et des détails des actions publiques validées au niveau central.

Dans le cadre des comités de communes de l'INDH – Durant la phase I et II de l'INDH -, les présidents de communes sélectionnent les associations porteuses de projets et valident leurs propositions d'actions à soumettre à l'organe provincial d'attribution des budgets INDH.

Le député de la province d'Azilal M. khalid tikokin²⁶³, a évoqué durant une séance au parlement marocain en décembre 2017, que les zones rurales montagneuses de la province d'Azilal souffrent depuis des années de problèmes de pauvreté, de mobilité et d'accessibilité, et que les actions publiques ne sont pas suffisantes, il a évoqué également, un problème de politisation chez les décideurs, en pointant du doigt les abus des pouvoirs publics dans ce domaine²⁶⁴.

²⁶² Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

²⁶³ Député de la province d'Azilal et président de la commune de Tabant.

²⁶⁴ Interview filmée dans le cadre d'une émission média, chaîne YouTube institutionnelle du parti marocain PJD Justice et Développement, (2017), (consulté le 12/12/2019), cet interview a été mobilisée pour appuyer les difficultés d'accessibilité aux services de base qui touchent son territoire (commune de Tabant) et les défaillances de gouvernance dans ce domaine. <https://www.youtube.com/watch?v=GBUBeiCZlvs&t=5s>

En effet, plusieurs cas de favoritisme pour la validation et l'attribution des budgets ont été constatés au niveau central de la coordination nationale de l'INDH.

« Durant la phase I et II de l'INDH, beaucoup de problème de validation et d'attribution des budgets ont été découverts, il y a eu beaucoup de cas de favoritisme, de clientélisme et de monopole de certains présidents de communes, qui privilégiaient les associations de leurs amis ou de leur entourage²⁶⁵. », selon le responsable de la communication de la coordination nationale au niveau central de l'INDH.

L'implication chez certains élus est faible, leur participation à l'image de celle des citoyens semble être utilisée pour légitimer les projets et les actions engagées, « on participe à des séances de réunions avec les responsables de la province et de la région pour nous informer et nous communiquer quelques projets à mettre en place, comme la campagne des visites médicales, ou l'organisation de séances d'information pour les populations rurales sur le RAMED, peu d'actions à faire et surtout, elles ne répondent pas aux besoins urgents des villages, on ne participe pas à la conception ou la proposition des projets ou très rarement²⁶⁶. », souligne un élu de la commune de Siroua.

Toutefois, il est à noter que les présidents des communes jouaient un rôle prédominant dans la validation des projets à financer, notamment durant les phases I et II de l'INDH (de 2005 à 2018), où des problèmes sérieux liés aux conflits d'intérêt et au favoritisme ont été constatés par la coordination centrale de l'INDH.

« On a observé une certaine partialité et un favoritisme. De nombreux présidents de communes approuvaient les projets d'associations liées à eux-mêmes ou à leur entourage proche.

²⁶⁵ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

²⁶⁶ Extrait d'entretien semi-directif avec un élu de la commune de Siroua.

La validation des projets et l'octroi des financements ne se basaient pas toujours sur une objectivité stricte²⁶⁷. », déclare un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

Cependant, à partir de 2019, avec le lancement de la phase III de l'INDH, ce dysfonctionnement de gouvernance a été corrigé. Grâce aux interventions de la coordination nationale de l'INDH au niveau central, le pouvoir d'influence potentiel des présidents de communes a été réduit. Désormais, ce sont les représentants de l'autorité publique au niveau local qui sont chargés de sélectionner les projets, après une vérification centrale pour s'assurer que ces projets répondent bien aux besoins locaux.

« Pour la phase III de l'INDH, le processus a évolué. Désormais, ce ne sont plus les présidents de communes qui approuvent directement les actions. Avant toute validation, elles sont d'abord examinées et certifiées au niveau central en fonction des besoins locaux réels.²⁶⁸. », déclare un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

4. L'instrument de la mobilité, entre absence et mode informel

Les lacunes en matière de gouvernance, particulièrement en ce qui concerne la participation insuffisante des citoyens et des associations, ainsi que les problèmes de conflits d'intérêts au sein des instances locales de validation des actions, lors des deux premières phases de l'INDH, ont largement influencé les insuffisances des instruments mis en œuvre. La faiblesse des instruments de mobilité illustre parfaitement cette gestion instrumentale inadéquate.

Dans les zones rurales, en particulier les villages montagneux, les seuls moyens de transport disponibles opèrent de manière informelle, sans organisation ou régulation publique. Les véhicules en service, souvent en piètre état, sont des modèles d'occasion acquis par certains habitants des villages pour gagner un revenu modeste pour leurs familles. Ces véhicules, communément appelés

²⁶⁷ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

²⁶⁸ *Ibidem*.

« Transit²⁶⁹ », font souvent office d'ambulances - quand ils sont disponibles -, aidant les malades à rejoindre les centres de soins les plus proches.

« Je suis chauffeur de transit (véhicule de transport en milieu rural) depuis 10 ans, ça m'arrive souvent de transporter des malades de les emmener voir le médecin. Avec l'état des routes, il arrive malheureusement qu'on n'arrive pas à temps. De plus l'état des routes abîme les véhicules énormément, malgré un entretien régulier, ils se détériorent. On travaille dans un secteur de transport informel, qui n'est pas organisé par le gouvernement, on a souvent des difficultés avec des barrages policiers, car nous devons à chaque fois mettre la main à la poche²⁷⁰. », déclare un chauffeur de Transit à Siroua.

Le transport dans les zones rurales isolées et montagneuses est précaire. La disponibilité des véhicules varie et n'est pas constante, ce qui peut empêcher les patients d'accéder aux centres de soins ou à l'hôpital le plus proche, qui est souvent situé à plusieurs dizaines ou centaines de kilomètres de leur village d'origine, même en situation d'urgence.

« Ce travail n'est pas très rentable, donc, il arrive qu'on s'absente et qu'on aille travailler dans la ville, du coup, les gens ne peuvent pas compter sur nous toute l'année, ceux qui sont malades, ne peuvent pas forcément avoir un transport disponible, beaucoup n'ont pas les moyens pour payer le transport et non pas les moyens de se soigner non plus²⁷¹. », déclare un chauffeur de Transit à Siroua.

L'État ne fournit aucune assistance, ni subvention aux transporteurs informels opérant dans les communes rurales. En l'absence d'un cadre professionnel organisé et de réglementation, ces chauffeurs sont fréquemment confrontés à des difficultés financières.

²⁶⁹ Le Transit est un modèle d'utilitaire de la marque Ford, communément utilisé pour qualifier le type d'anciens véhicules d'occasion servant de moyen de transport dans les zones rurales enclavées de Ouarzazate.

²⁷⁰ Extrait d'entretien semi-directif avec un chauffeur de Transit à Siroua.

²⁷¹ *Ibidem.*

« Je ne reçois aucune assistance de la part de l'État pour le transport des patients. Notre activité n'est pas structurée par des mesures gouvernementales, il n'existe pas de subventions pour les transporteurs. De plus, aucune aide n'est apportée pour améliorer l'accessibilité des villages, faciliter le transport des patients ou soutenir les élèves qui se rendent en ville pour leurs études.²⁷² », déclare un chauffeur de Transit à Siroua.

L'absence de routes adéquates est un obstacle majeur pour les populations rurales isolées. Les sentiers actuels, créés par les passages répétés des véhicules, sont périlleux, endommagent les voitures et rendent les trajets extrêmement longs, même sur de courtes distances. De plus, ces zones sont dépourvues de services d'urgence.

« Dans beaucoup de villages, l'état des routes est catastrophique, dans les villages de Siroua, il n'y a pas de route, juste une piste dangereuse qui détériore les véhicules, cela fait plus de 10 ans qu'on nous parle de route, mais, on n'a rien vu, on fait 2 heures entre Ait Tigga et Anzal pour moins de 15 km, on a un besoin urgent de route praticable²⁷³. », déclare un chauffeur de Transit à Siroua.

Les acteurs de mobilité informelle ne sont pas représentés dans la gouvernance locale de l'INDH, malgré leur rôle important dans le transport rural. Leurs préoccupations concernant le soutien et la régulation du service de transport ne sont pas considérées. De plus, leurs projets ne trouvent pas toujours l'approbation des autorités locales de l'INDH.

« J'ai déjà sollicité un financement, mais ma demande n'a pas été approuvée. Je ne suis pas au courant des critères et du processus de validation des actions de l'INDH, je ne suis pas convié à participer à ces décisions ou discussions. », déclare un chauffeur de Transit à Siroua.

²⁷² Extrait d'entretien semi-directif avec un chauffeur de Transit à Siroua.

²⁷³ *Ibidem*.

5. La gouvernance de l'INDH, entre défis et insuffisances

Les rapports d'évaluations de l'ONDH (2013, 2017) soulignent des défaillances, au niveau du ciblage des communes INDH, évoquent une gouvernance complexe et des difficultés de coordination à corriger et recommande le renforcement du programme rural.

L'instrument gouvernemental « RAMED », destiné à améliorer la couverture sanitaire pour les plus démunis - principalement présents dans les zones rurales - n'a malheureusement pas engendré d'amélioration notable dans l'accès aux soins pour cette population. Bien que le RAMED soit un instrument très positif en faveur des plus pauvres, en particulier pour les habitants des zones rurales, il doit être renforcé²⁷⁴ et cette action isolée demeure insuffisante.

En effet, de nombreux obstacles entravent l'accès aux soins dans le milieu rural : l'absence d'infrastructures routières adéquates, le manque de moyens de mobilité, le déficit en structures de santé de base, des difficultés d'approvisionnement en médicaments, sans oublier le manque d'implication des citoyens, des élus, des associations et des professionnels de santé.

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) n'a pas fait de l'accès aux soins de santé une de ses priorités majeures, se contentant parfois d'actions périphériques dans certains territoires ruraux. Les rapports d'évaluation de l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH) de 2013 et 2017 dépeignent un tableau critique de la situation de la santé et de l'éducation en milieu rural pendant les phases 1 et 2 de l'INDH. Ces documents concluent que les actions de l'INDH dans ces domaines n'ont pas eu l'impact escompté sur la population rurale.

La gouvernance a été identifiée comme un élément clé expliquant ces insuffisances. En effet, les décisions prises dans le cadre de l'INDH ont souvent été centralisées, malgré la mise en place d'organes régionaux et locaux. Ce mode de fonctionnement n'a pas encouragé une véritable participation des citoyens, des associations, et des élus locaux. La sélection des actions étaient

²⁷⁴ ONDH. (2017). *Rapport de l'évaluation du RAMED*.

décidée par les présidents de communes, et la validation et l'allocation des budgets étaient dictées par l'administration centrale.

Les rapports de l'ONDH mettent également en exergue des problèmes dans le ciblage des communes bénéficiaires de l'INDH, évoquant une gouvernance compliquée et des défis de coordination.

Ces rapports recommandent une amélioration substantielle du volet rural du programme. Le mauvais ciblage, qu'il soit le fruit du clientélisme, de la politisation ou d'une approche trop restreinte basée uniquement sur la pauvreté monétaire, renforce la stagnation de nombreux territoires ruraux.

6. Les parties prenantes au cœur du problème de gouvernance et d'instrumentation

Au cœur des difficultés de gouvernance se trouve un enjeu majeur : l'implication, la coordination et la responsabilisation des parties prenantes. Qu'il s'agisse d'acteurs publics, privés, d'associations ou de citoyens, leur engagement est essentiel pour garantir une gouvernance efficiente et pertinente.

Pourtant, dans de nombreux contextes, les intérêts divergents, le manque de communication ou de compréhension mutuelle, ainsi que les déficits de confiance et de participation entravent la collaboration effective entre ces entités.

Ces désaccords et cette absence de synergie se traduisent souvent par des décisions mal informées, des ressources mal allouées et, en fin de compte, cela conduit à une mauvaise instrumentation avec des actions qui ne répondent pas (ou très peu) aux besoins réels des populations concernées.

Il est donc impératif d'adopter une approche centrée sur les parties prenantes, afin de comprendre les problèmes de gouvernance de l'INDH.

Afin d'analyser les discours tenus lors des entretiens avec les différentes parties prenantes, j'ai établi une matrice d'analyse de discours (tableau 43), centrée sur les thématiques suivantes :

- Les actions pour la santé
- Les actions pour la mobilité
- La gouvernance de l'INDH

Puis, j'ai détaillé cette matrice (tableau 44) en identifiant les paramètres affectant les impacts des actions INDH :

- Participation
- Légitimité
- Instruments
- Satisfaction

Ces matrices d'analyse synthétisent les positionnements et les discours des différentes parties prenantes interviewés, elles m'ont permis de mettre en évidence les principaux problèmes liés à la gouvernance des actions de l'INDH et d'évaluer les paramètres défaillants.

Cette approche analytique a facilité la compréhension des nuances et des perspectives variées des intervenants. En ciblant spécifiquement des thématiques comme la santé, la mobilité et la gouvernance, j'ai pu déceler des tendances communes et des divergences dans les témoignages des participants.

De plus, en affinant la matrice thématique avec des paramètres tels que la participation, la légitimité, les instruments utilisés et le niveau de satisfaction, j'ai pu dégager une image plus claire des limites associées à la gouvernance de l'INDH.

Le tableau 43 fournit une analyse comparative des perceptions de différentes parties prenantes concernant les actions pour la santé, les actions pour la mobilité et la gouvernance de l'INDH. L'examen des opinions de ces groupes distincts donne une perspective multidimensionnelle sur la situation actuelle.

Tableau 43 : Matrice d'analyse des discours 1

	Les actions pour la santé	Les actions pour la mobilité	La gouvernance de l'INDH
Les citoyens	Absence et insuffisance des actions pour l'accès à la santé ; Pas d'aides publiques ; Urgence de la situation.	Absence et insuffisance des actions pour la mobilité ; Pas d'aides publiques ; Urgence de la situation.	Pas de gouvernance ; Gouvernance verticale ; Corruption ; exclusion des citoyens ; peu d'information et de communication.
Les associations	Absence et insuffisance des actions pour l'accès à la santé ; Pas d'aides publiques ; Urgence de la situation.	Absence et insuffisance des actions pour la mobilité ; Pas d'aides publiques ; Urgence de la situation.	Gouvernance verticale ; peu de communication et d'information.
Les medecins	Situation de travail difficile ; manque de personnel ; Peu de soutien public ; Urgence de la situation.	La mobilité est non prise en compte dans l'accès aux soins de santé ; Urgence de la situation.	Gouvernance verticale ; peu de communication et d'information ; exclusion des medecins.
Les transporteurs	La mobilité est non prise en compte dans l'accès aux soins de santé ; manque de moyens et d'organisation ; Pas d'aide publique ; Urgence de la situation.	Situation de travail difficile ; manque de moyens, d'infrastructure et d'organisation ; Pas d'aide publique ; Urgence de la situation.	Pas de gouvernance ; Gouvernance verticale ; Corruption ; exclusion des transporteurs ; pas d'information et de communication.
Les élus	Absence et insuffisance des actions pour l'accès à la santé ; Peu d'aides publiques ; Urgence de la situation.	Absence et insuffisance des actions pour l'accès à la santé ; Peu d'aides publiques ; Urgence de la situation.	Gouvernance verticale ; faible communication et information ; rôle consultatif et informatif.
Les responsables gouvernementaux	La situation s'est améliorée ; Des efforts encore à faire.	La situation s'est améliorée ; Des efforts encore à faire.	Gouvernance verticale ; décision centrale ; pilotage central ; changement de gouvernance à venir.

Les citoyens et les associations : Les citoyens et les associations semblent avoir des préoccupations similaires. Leur insatisfaction est marquée par l'absence et l'insuffisance des actions

pour l'accès à la santé et à la mobilité, ainsi que par le manque d'aides publiques. Ils signalent tous deux l'urgence de la situation. Concernant la gouvernance de l'INDH, leurs préoccupations sont centrées sur l'absence d'une gouvernance inclusive, dénonçant une gouvernance verticale, le favoritisme et la corruption, et une exclusion des citoyens, avec un manque d'information et de communication.

Les médecins : Les médecins décrivent une situation de travail difficile, exacerbée par un manque de personnel et un faible soutien public. Leur préoccupation concernant la mobilité est similaire à celle des citoyens et des associations. Concernant la gouvernance, ils se sentent exclus du processus et déplorent également le manque de communication et d'information.

Les transporteurs : Le chauffeur de Transit de la commune de Siroua évoque que la mobilité n'est pas suffisamment prise en compte, notamment dans le cadre de l'accès aux soins de santé. Il pointe du doigt un manque d'organisation, d'infrastructure et de soutien public. Sa perception de la gouvernance de l'INDH est également critique, évoquant le favoritisme ou la corruption, sa propre exclusion du processus, ainsi qu'un déficit d'information et de communication.

Élus : L' élu de la commune de Siroua semble avoir une vision partagée concernant les insuffisances des actions pour la santé et la mobilité. Cependant, son point de vue sur la gouvernance de l'INDH est nuancé, reconnaissant une communication et une information faibles, mais soulignant également son rôle consultatif et informatif.

Responsables de l'INDH (coordination centrale et locale) : Contrairement aux autres groupes, les responsables gouvernementaux (de la coordination de l'INDH) voient une amélioration de la situation, bien qu'ils reconnaissent qu'il reste encore des efforts à faire. Ils sont conscients des défis liés à la gouvernance verticale et anticipent un changement dans les modalités de gouvernance à l'avenir.

Synthèse de la matrice 1 (tableau 43) : Bien que chaque groupe ait des préoccupations spécifiques, il y a des thèmes communs qui émergent, tels que l'urgence de la situation, les défis liés à la mobilité et à l'accès aux soins, et les préoccupations concernant la gouvernance de l'INDH

qui manque de transparence, d'objectivité et de participation. Ces points communs peuvent servir de base pour élaborer des solutions d'ajustement afin d'améliorer la gouvernance et les instruments de l'INDH.

Le tableau 44 met en évidence les perceptions de diverses parties prenantes vis-à-vis de quatre facteurs clés de l'instrumentation et de la mise en œuvre des actions INDH : la coordination, la participation, les instruments et la satisfaction. L'analyse des réponses des représentants de chaque groupe nous permet de comprendre leurs points de vue et leurs préoccupations.

Tableau 44 : Matrice d'analyse des discours 2

	La coordination	La participation	Les instruments	La satisfaction
Les citoyens	Pas de coordination efficace ; absence des pouvoirs publics ; mauvaise coordination.	Peu de participation ; exclusion des citoyens ; rôle informatif ou consultatif.	Absence d'actions concrètes ; Participation faible ; absence de la mobilité.	Pas satisfait.
Les associations	Mauvaise coordination.	Participation faible ; absente ; rôle informatif.	Participation faible à but consultatif et informatif ; absence de la mobilité.	Pas ou peu satisfait.
Les medecins	Peu efficace.	Pas de participation.	Manque de participation ; propositions des medecins ; manque de solutions innovantes ; manque d'incitations financières.	Pas ou peu satisfait.
Les transporteurs	Absence des pouvoirs publics ; mauvaise coordination.	Pas de participation ; exclusion des transporteurs.	Participation faible ; absence de la mobilité.	Pas satisfait.
Les élus	Peu presente au niveau local ; mauvaise coordination.	Participation faible et insuffisante ; rôle consultatif et informatif.	Mauvais ciblage ; participation faible et non décisionnaire ; absence de la mobilité.	Pas ou peu satisfait ;
Les responsables gouvernementaux	Bonne coordination au niveau central ; des efforts à faire au niveau local.	Faible et insuffisante avec les citoyens et les association ; plus de participation à venir.	Manque de réformes ; Mauvais ciblage ; participation faible ; absence de la mobilité.	Des efforts encore à faire.

Citoyens : Les citoyens expriment une préoccupation majeure concernant l'absence d'une coordination efficace. Ils soulignent également un manque de participation, en particulier une exclusion des citoyens des processus décisionnels. Sur le plan des instruments, ils constatent une absence d'actions concrètes, avec une mention particulière de la mobilité insuffisante. En fin de compte, ils ne sont pas satisfaits de la situation actuelle.

Associations : Les associations se montrent critiques envers la coordination. Elles perçoivent également une participation faible. Concernant les instruments, elles mettent l'accent sur l'absence de mobilité et notent une participation qui est essentiellement informative plutôt que décisionnelle. Leur niveau de satisfaction est donc faible.

Médecins : Les médecins évoquent une coordination peu efficace et un manque de participation, tout en faisant spécifiquement mention de l'absence de propositions pertinentes de leur part. Ils signalent également un manque de solutions innovantes et d'incitations financières, ce qui les laisse insatisfaits.

Transporteurs : Les transporteurs dénoncent une mauvaise coordination et un manque de présence des pouvoirs publics. Bien qu'ils mentionnent une exclusion de leur part en matière de participation, ils semblent également préoccupés par l'absence de mobilité. Leur niveau de satisfaction est bas.

Élus : Les élus signalent une mauvaise coordination au niveau local, tout en reconnaissant un rôle consultatif et informatif dans le processus de participation. Cependant, ils sont critiques vis-à-vis des instruments en place, évoquant notamment un mauvais ciblage et une participation non décisionnaire. Leur satisfaction est donc modérée.

Responsables de l'INDH (coordination centrale et locale) : Les responsables gouvernementaux (de la coordination de l'INDH) perçoivent une bonne coordination au niveau central, mais admettent qu'il reste des efforts à faire au niveau local. Bien qu'ils reconnaissent une faible participation des citoyens et des associations, ils sont optimistes quant à une amélioration

future. Sur le plan des instruments, ils identifient un besoin de réformes et de participation des différents acteurs. Ils estiment qu'il reste des efforts à faire pour améliorer la situation.

Synthèse de la matrice 2 (tableau 44) : la coordination et la participation semblent être les principaux points faibles pour la plupart des parties prenantes. Les préoccupations concernant les instruments en place sont également récurrentes, avec une mention fréquente de l'absence de mobilité. La satisfaction générale est faible, bien que certains groupes soient plus optimistes que d'autres sur la possibilité d'améliorations futures.

Conclusion de l'analyse : À la suite de l'analyse des deux matrices (tableaux 43 et 44), plusieurs tendances et préoccupations majeures se dégagent, concernant les actions INDH pour l'accès aux soins en milieu rural :

D'une part, il est manifeste que la coordination, tant au niveau de la santé, de la mobilité que des autres secteurs, est souvent perçue comme déficiente ou inadéquate. Plusieurs groupes, notamment les citoyens, les associations et les médecins, soulignent l'absence d'actions concrètes, un manque de soutien public et une communication insuffisante. La gouvernance est également critiquée, avec des mentions de corruption, de gouvernance verticale et d'exclusion de certains acteurs. D'autre part, la participation des différents acteurs est une autre préoccupation majeure. Dans de nombreux cas, elle est décrite comme faible, informative plutôt que décisionnelle, voire inexistante. Ce manque de participation suggère que de nombreux acteurs clés ne se sentent pas impliqués ou valorisés dans le processus de conception et de validation des instruments.

Sur le plan des instruments mis en œuvre, il y a un consensus sur le manque d'actions plus fortes, en particulier en ce qui concerne la mobilité. Les médecins, par exemple, ont mis en évidence un manque de solutions innovantes et d'incitations financières.

Enfin, bien que certains acteurs, comme les responsables de l'INDH, soient légèrement plus optimistes quant à la possibilité de réformes et d'améliorations à l'avenir, la satisfaction générale exprimée par les différents groupes est faible.

L'implication faible des acteurs, un constat général

Pour inclure un éventail plus large d'intervenants, y compris des institutions extérieures, et examiner plus globalement l'implication des différents acteurs, nous nous sommes basés sur la matrice de perception élaborée par la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement en 2006²⁷⁵ (tableau 45).

Tableau 45 : Rôle et implication des acteurs aux différentes étapes des projets INDH

Parties prenantes	Formulation des projets			Mise en œuvre des projets		Suivi et Évaluation
	Établissement Des priorités	Planification	Choix des actions publiques	Allocation des ressources	Programmation	Participation au suivi et évaluation
Administrations	Maîtrise du processus	Forte implication	Maîtrise du processus	Forte implication	Maîtrise du processus	Faible implication
Organisation communautaire de base	Très faible implication	Faible implication	Faible implication	Implication moyenne	Forte implication	Faible implication
Société civile	Très faible implication	Très faible implication	Très faible implication	Faible implication	Très faible implication	Faible implication
Secteur privé	Très faible implication	Très faible implication	Très faible implication	Très faible implication	Très faible implication	Très faible implication
Bailleurs	Forte implication	Forte implication	Forte implication	Contrôle	Contrôle	Faible contrôle
Collectivités locales	Implication moyenne	Faible implication	Faible implication	Implication moyenne	Implication moyenne	Faible implication

Source : Banque internationale pour la reconstruction et le Développement, 2006.

²⁷⁵ Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement. (2006). *Approches participatives au Maroc : Bilan de l'expérience et recommandations pour la mise en œuvre de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH)*.

Afin de comprendre le rôle des différents des parties prenantes, il est essentiel de déterminer la contribution de chaque acteur à travers les différentes phases de mise en œuvre des actions. L'objectif est de mesurer la compétence des participants en relation avec les tâches qui leur sont confiées. Le tableau suivant illustre le niveau d'implication des acteurs dans la gestion des actions INDH.

Le tableau 45 offre une analyse approfondie de l'implication des différentes parties prenantes dans la formulation et la mise en œuvre des projets. L'analyse se focalise sur plusieurs étapes, allant de l'établissement des priorités à la participation au suivi et à l'évaluation des projets.

Administrations (instance centrale) : Les administrations semblent jouer un rôle pivot dans le processus. Elles maîtrisent la phase d'établissement des priorités et sont fortement impliquées dans la planification, le choix des actions publiques, l'allocation des ressources et la programmation. Cependant, leur implication semble diminuer lorsqu'il s'agit du suivi et de l'évaluation, où elles montrent une participation plus modeste.

Organisation communautaire de base (instances locales) : L'organisation communautaire de base présente une implication contrastée. Elle montre une très faible participation dans l'établissement des priorités, le choix des actions publiques et la mise en œuvre des projets. Cependant, elle est activement engagée dans la planification et la programmation, indiquant peut-être un rôle plus actif dans les phases de conceptualisation et de conception des projets.

Société civile (associations et citoyens) : La société civile semble généralement moins engagée dans la plupart des étapes, avec une implication qualifiée de très faible à faible. Cela pourrait indiquer une nécessité d'intégrer davantage la société civile dans le processus pour assurer une approche plus holistique et inclusive.

Secteur privé : Le secteur privé montre également une faible implication à travers toutes les étapes. Ceci suggère que bien qu'ils puissent être des acteurs importants dans le financement ou la mise en œuvre de projets, leur rôle actif dans la planification et l'évaluation est limité.

Bailleurs : Les bailleurs, principalement des entités financières ou des donateurs, détiennent un fort contrôle et une forte implication, particulièrement dans la formulation des projets. Ils sont également activement impliqués dans la mise en œuvre des projets. Cela souligne leur rôle important dans le financement et le soutien des actions INDH.

Collectivités locales : Les collectivités locales démontrent une implication moyenne dans la plupart des étapes, à l'exception du suivi et de l'évaluation où leur participation est qualifiée de "faible". Ceci suggère qu'elles jouent un rôle actif dans la phase initiale mais pourraient bénéficier d'un engagement accru dans les phases ultérieures.

Conclusion de l'analyse : Ce tableau offre une vue panoramique de la manière dont différentes entités contribuent à la formulation et à la mise en œuvre des actions INDH. Il ressort clairement que certaines parties prenantes, comme les administrations et les bailleurs, exercent une influence majeure, tandis que d'autres, comme la société civile et le secteur privé, sont moins engagées. À part les administrations et les bailleurs, les autres acteurs semblent avoir une expertise limitée dans les différentes phases des projets INDH.

En ce qui concerne le choix des actions publiques, les administrations jouent un rôle majeur et maîtrisent le processus. Les bailleurs affichent également une forte implication dans cette étape. En revanche, les organisations communautaires de base, la société civile et le secteur privé présentent une implication relativement faible dans le processus d'instrumentation et de prise de décision des actions publiques.

Quant à la participation au suivi et évaluation, bien que les administrations et les bailleurs soient engagés, leur degré d'implication est moindre par rapport aux autres étapes, avec les administrations ayant une implication qualifiée de faible et les bailleurs ayant une participation se limitant à un faible contrôle. Les organisations communautaires de base et le secteur privé partagent également une faible implication dans cette phase. Cependant, ce qui est notable, c'est que malgré leur implication limitée dans d'autres étapes, la société civile et les collectivités locales montrent une implication moyenne dans le suivi et l'évaluation. Cela suggère que, bien qu'ils ne soient pas

fortement impliqués dans les phases initiales, ces groupes ont un intérêt certain à surveiller et à évaluer les résultats des actions INDH.

Cette analyse pourrait servir de base pour des recommandations visant à optimiser l'implication de tous les acteurs concernés de l'INDH.

La gouvernance de l'INDH entre mauvais engagement local et faible participation

Les chiffres relatifs à la maîtrise d'ouvrage par les communes en zones rurales sont relativement faibles, avec seulement 30,1%²⁷⁶ durant la phase I de l'INDH. Cette relative implication des communes pose question, car la réussite et la durabilité des investissements dépendent largement de leur engagement. Il est d'autant plus inquiétant que les actions les plus demandées par la population sont de la compétence des autorités locales.

D'après les évaluations de l'INDH réalisées par l'ONDH en 2013²⁷⁷ et 2022²⁷⁸, la participation des élus dans les mécanismes de gouvernance de l'INDH était insuffisante (notamment en phase I) et doit continuer à s'améliorer.

Des disparités existent et la qualité générale de leur engagement est jugée insatisfaisante. Par ailleurs, il a été souligné des irrégularités dans l'attribution des projets.

En ce qui concerne la concordance entre les projets de l'INDH et ceux menés par l'État et les collectivités, celle-ci est généralement postérieure aux projets, alors qu'elle devrait être anticipée. Bien que des efforts aient été faits pour synchroniser ces projets avec certains ministères, les résultats restent limités.

²⁷⁶ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2014). *L'initiative nationale pour le développement humain 2005-2014: Acquis et enseignements rapport*, p. 33.

²⁷⁷ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2013). *Évaluation des réalisations de la première phase de l'INDH (2005 – 2010) et de leurs effets sur les populations cibles*, p. 26.

²⁷⁸ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2022). *Résultats des principaux travaux d'évaluation de l'INDH I & II*, p. 15.

Quant aux organes centraux de gouvernance de l'INDH, leurs rôles semblent flous. Les réunions des Comités stratégique et de pilotage ne sont pas régulières, et il n'existe aucune directive claire définissant leurs relations. Tout le processus de l'INDH repose alors majoritairement sur la Coordination Nationale.

Une étude de l'ONDH datant de 2013 souligne que l'INDH n'a pas réussi à influencer positivement la perception et la satisfaction des populations concernées envers l'administration locale. Ce constat met en évidence le besoin d'améliorer les relations entre ces populations et leurs administrations respectives.

La rigidité de la gouvernance

Le rapport d'évaluation de l'ONDH de 2013 met en lumière une réalisation inférieure aux prévisions pour le programme de l'INDH dédié à la lutte contre la pauvreté rurale. Ce constat contraste avec les autres programmes de l'INDH qui, eux, ont dépassé leurs prévisions budgétaires. Ce phénomène amène naturellement à se questionner sur les raisons sous-jacentes de ce retard spécifique au milieu rural.

Le même rapport de l'ONDH pointe deux causes principales à cette situation. D'une part, il y a une faible capacité à concevoir et à mettre en œuvre des actions INDH adaptées au contexte rural. D'autre part, les procédures d'attribution des ressources sont jugées rigides, caractérisées par une gouvernance très hiérarchisée.

Un autre élément à noter est la nécessité, déjà mise en avant dans une évaluation antérieure, de renforcer les compétences des acteurs locaux. Les associations et les communes rurales, en particulier, ont besoin de soutien pour garantir la durabilité des projets financés par l'INDH.

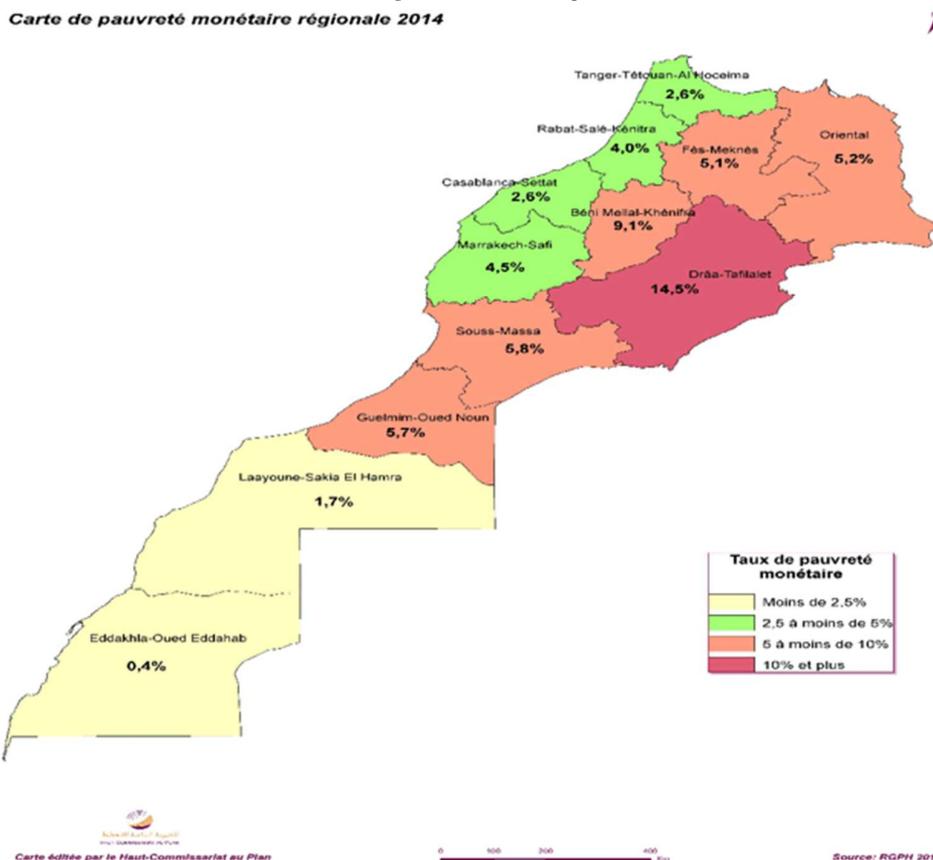
Les présidents de communes détiennent, au niveau local, le contrôle exclusif de la sélection (qui n'est pas toujours objective) des actions INDH (phase I et II). Au niveau central, la gouvernance de l'INDH est dominée par un monopole des décisions relatives à la validation, la planification et le financement. Même si cette centralisation assure une mise en œuvre uniforme,

elle réduit fortement l'implication des acteurs locaux dans les processus de décision et d'instrumentation. Ces derniers sont fréquemment relégués à des rôles consultatifs ou informatifs.

La mauvaise répercussion sur le ciblage des communes rurales :

Les dysfonctionnements de gouvernance et d'instrumentation ont mené à un ciblage inapproprié des zones rurales défavorisées. L'ONDH, dans son rapport de synthèse d'évaluation²⁷⁹ de 2022, a critiqué la manière dont l'INDH ciblait les régions, durant ses deux premières phases, car elle ne s'appuyait pas forcément dans ses dotations, sur la cartographie de la pauvreté monétaire nationale (figure 51).

Figure 51 : Carte de pauvreté 2014



Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2018). *Indicateurs de suivi du développement humain 2012-2017*

²⁷⁹ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2022). *Résultats des principaux travaux d'évaluation de l'INDH I & II*, p. 15.

Afin de comprendre les incohérences de ciblage de l'INDH, durant ses deux premières phases, nous allons analyser le tableau de dotation et de pauvreté par région, réalisé par l'ONDH²⁸⁰ (tableau 46).

Tableau 46 : Distribution des dotations de l'INDH et taux de pauvreté par région

Région	Dotations globales de l'INDH de 2005 à 2018	Dotation moyenne par pauvre 2014	Taux de pauvreté 2014
CASABLANCA-SETTAT	7 059 774 839	36 228	2,60%
RABAT-SALE-KENITRA	5 521 293 218	27 387	4,00%
MARRAKECH-SAFI	5 145 875 768	22 050	5,20%
FES-MEKNES	4 793 053 253	20 193	5,10%
TANGER-TETOUAN-AL HOCEIMA	4 217 915 324	40 164	2,60%
L'ORIENTAL	3 581 049 674	27 576	4,60%
SOUSS-MASSA	3 061 197 435	18 836	5,80%
DRAA-TAFILALET	2 627 772 673	10 700	14,60%
BENI MELLAL-KHENIFRA	2 383 278 088	10 533	9,10%
GUELMIM-OUED NOUN	1 244 547 423	47 068	5,70%
LAAYOUNE-SAKIA EL HAMRA	651 319 475	106 154	1,70%
DAKHLA-OUED ED-DAHAB	402 682 389	479 531	0,40%
Ensemble du Maroc	40 689 759 559	22 990	4,80%

Source : Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2018). *Résultats des principaux travaux d'évaluation de l'INDH I & II*, p. 15.

Le tableau 46 présente un aperçu des dotations globales allouées à diverses régions du Maroc dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) de 2005 à 2018. Il met en évidence la dotation moyenne par pauvre pour l'année 2014 ainsi que le taux de pauvreté de la région correspondant pour cette même année. Une analyse détaillée de ces chiffres révèle des incohérences notables entre la dotation moyenne par pauvre et le taux de pauvreté des régions.

²⁸⁰ L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2022). *Résultats des principaux travaux d'évaluation de l'INDH I & II*, p. 15.

Disparités Régionales : La région de Casablanca-Settat se voit attribuer la plus grande dotation globale, avec 7 059 774 839, tandis que Dakhla-Oued Ed-Dahab ne reçoit que 402 682 389. Cependant, lorsqu'on examine la dotation moyenne par pauvre, la région de Dakhla-Oued Ed-Dahab a une dotation moyenne de 479 531, ce qui est considérablement plus élevé que celle de Casablanca-Settat, qui est de 36 228, malgré son faible taux de pauvreté de 0,40%.

Incohérences entre dotation et taux de pauvreté : La région de Beni Mellal-Khenifra présente un taux de pauvreté élevé de 9,10%, mais sa dotation moyenne par pauvre n'est que de 10 533. En revanche, Laayoune-Sakia El Hamra, avec un taux de pauvreté relativement faible de 1,70%, reçoit une dotation moyenne par pauvre de 106 154, ce qui est nettement plus élevé.

Disparités dans la dotation moyenne : Il est également intéressant de noter que, malgré des taux de pauvreté similaires, la dotation moyenne par pauvre varie considérablement entre certaines régions. Par exemple, Tanger-Tetouan-Al Hoceima et Casablanca-Settat ont toutes les deux un taux de pauvreté de 2,60%, mais la dotation moyenne par pauvre pour Tanger-Tetouan-Al Hoceima est de 40 164, alors qu'elle n'est que de 36 228 pour Casablanca-Settat. Cela suggère que d'autres facteurs, en dehors du taux de pauvreté, influencent la dotation allouée à chaque région.

Cas spécifique de Draa-Tafilalet : La région de Draa-Tafilalet présente une incohérence particulièrement notable. Avec un taux de pauvreté de 14,60%, elle détient le taux le plus élevé parmi toutes les régions listées. Ce chiffre élevé suggère que Draa-Tafilalet compte un grand nombre de personnes vivant dans la pauvreté et nécessitant une aide significative. Cependant, lorsqu'on examine la dotation moyenne par pauvre, Draa-Tafilalet se retrouve à la huitième position avec une dotation de 10 700 seulement. Ceci, en dépit du fait qu'elle devrait, en théorie, bénéficier d'une attention plus marquée en termes d'allocation de ressources étant donné son taux de pauvreté élevé.

Cette disparité souligne un déséquilibre dans la distribution des ressources. Alors que des régions avec des taux de pauvreté plus faibles reçoivent des dotations moyennes plus importantes par individu pauvre, Draa-Tafilalet, malgré son besoin manifestement plus urgent, se retrouve

reléguée plus loin dans la liste. Cela suggère que la région pourrait ne pas recevoir le soutien financier proportionnel nécessaire pour lutter efficacement contre la pauvreté et améliorer la qualité de vie de sa population.

Conclusion de l'analyse : Les incohérences observées entre le taux de pauvreté et la dotation moyenne par pauvre pour certaines régions soulèvent des questions concernant la méthodologie de distribution des fonds. L'objectif principal de l'INDH est de réduire la pauvreté, il serait logique que les régions présentant un taux de pauvreté plus élevé reçoivent une dotation plus importante par individu pauvre. Cependant, comme le montrent les chiffres, ce n'est pas toujours le cas.

Afin de maximiser l'impact de l'INDH et d'assurer une distribution équitable des ressources, il serait essentiel d'examiner de près les critères utilisés pour déterminer la dotation moyenne par pauvre pour chaque région. Peut-être y a-t-il d'autres facteurs démographiques, économiques ou sociaux qui entrent en jeu, mais ils devraient être clairement définis et justifiés. Une transparence accrue dans le processus d'allocation pourrait également renforcer la confiance des citoyens dans l'initiative et garantir que les fonds sont utilisés de manière optimale pour atteindre les objectifs de développement humain souhaités.

Ces incohérences mettent en lumière l'absence d'instruments de contrôle, de suivi et d'évaluation au sein des organes de l'INDH, ce qui peut impacter négativement le processus d'instrumentation avec des choix d'instruments peu fiables et donc avec peu de résultats.

7. La gouvernance et ses défauts de structure :

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) est organisée selon une approche multi-niveau, comprenant une direction centrale et une gouvernance au niveau territorial. Bien que sa structure soit bien définie, elle est parfois rigide et complexe, avec certains dysfonctionnements²⁸¹.

Le pilotage central (figure 52) : Le Comité Central de Développement Humain, sous la présidence du chef du gouvernement, se compose d'un comité de pilotage et de la coordination nationale de l'INDH. Cette entité centrale assure un soutien technique essentiel aux différents comités et organes impliqués dans la mise en œuvre du programme. Ses responsabilités englobent la formation des acteurs locaux, la communication entre les différentes parties prenantes et le contrôle des programmes de l'INDH.

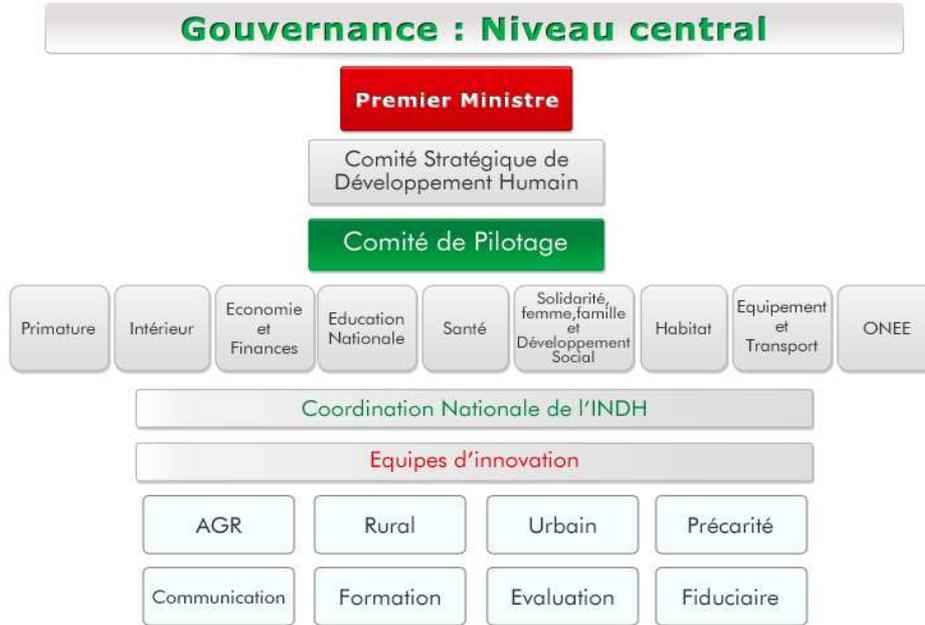
Parallèlement, il y a la mise en place de plusieurs comités régionaux tels que le Comité Régional de Développement Humain (CRDH), le Comité Provincial (CPDH), et le Comité Local (CLDH). La Division d'Action Sociale (DAS) et les équipes d'animation de quartiers jouent également un rôle important dans la médiation et le diagnostic sur le terrain.

La gouvernance territoriale (figure 53) : À ce niveau, la gouvernance se déploie à travers des comités associant divers acteurs locaux, tels que les élus, les représentants des services décentralisés de l'État et ceux du secteur associatif. L'importance accordée aux associations et coopératives se reflète clairement dans le financement des projets de l'INDH.

Cependant, cette structuration, bien que rigoureuse en apparence, présente des défaillances majeures selon plusieurs rapports.

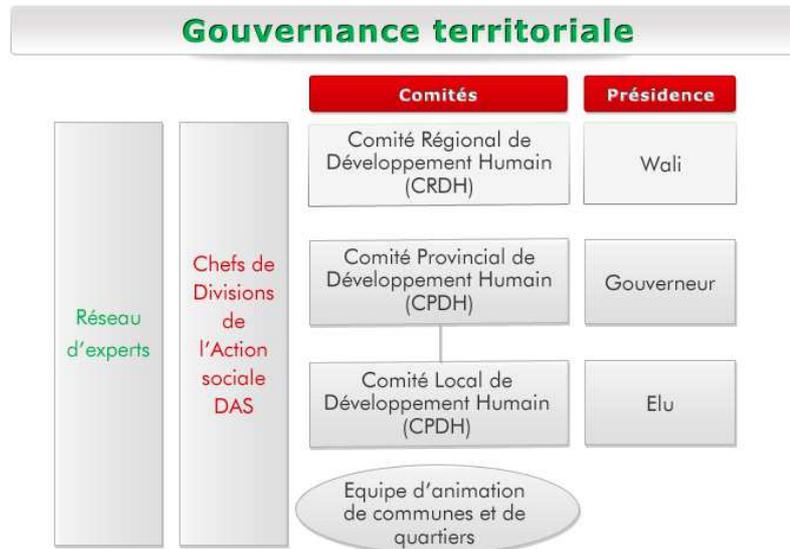
²⁸¹ Conseil Économique, Social et Environnemental. (2013). *Initiative Nationale pour le Développement Humain : analyse et recommandations*. Saisine n° 2 / 2013.

Figure 52 : La structure de gouvernance de l'INDH au niveau central



Source : indh.ma

Figure 53 : La structure de gouvernance de l'INDH au niveau local



Source : indh.ma

Défauts et critiques de la structure et de la gouvernance interne de l'INDH :

La structure de gouvernance de l'INDH présente plusieurs problèmes selon divers rapports publics²⁸² (ONDH, 2013, 2017). Ils signalent un non-respect de la composition tripartite, des soucis de coordination au sein des provinces et une absence de régularité des réunions au sein des différents comités.

Dans les structures décisionnelles des Comités Provinciaux de Développement Humain (CPDH), dédiés aux programmes de l'INDH, la représentativité reste inégale. Ces comités, bien qu'ayant pour vocation de représenter les préoccupations du territoire, manquent souvent de membres issus de la société civile (notamment les associations), rendant leur perspective globale limitée. Ce déficit de représentativité tend à rendre ces comités moins connectés aux réalités du terrain.

Les autorités locales, malgré leur position dominante dans les décisions, sont souvent confrontées à des défis en matière de gouvernance et de gestion. Cela est exacerbé par l'absence de directives claires ou de formations adaptées, entravant ainsi leur capacité à jouer pleinement leur rôle au sein de l'INDH.

Le cadrage stratégique des CDPH et du Comité stratégique est mise en défaut également, laissant la charge au Comité national.

Par ailleurs, il existe un manque de synergie entre les comités territoriaux, et l'efficacité de leur mise en œuvre est influencée par la compétence des membres. Les équipes d'animation sont sous-représentées, conduisant la DAS à assumer tous les rôles localement.

Cependant, la dynamique entre les différents intervenants dans la mise en œuvre de l'INDH suggère une compétition pour le leadership, avec une remise en question de la position centrale des DAS en tant que chefs de file de l'INDH en local. Cette situation entrave l'unité d'action entre les

²⁸² L'Observatoire National du Développement Humain (ONDH). (2013). *Évaluation des réalisations de la première phase de l'INDH (2005 – 2010) et de leurs effets sur les populations cibles*, p. 26.

autorités locales, les élus et les représentants d'autres secteurs, et complique l'établissement d'une coordination efficace²⁸³. En outre, un scepticisme persiste quant à la capacité de bâtir une relation de confiance entre les administrateurs du programme de l'INDH et la population²⁸⁴.

Également, la non-maîtrise des procédures par les acteurs impacte la mise en œuvre des projets, qui manquent de cohésion et de pérennité. Les évaluations internes se concentrent plus sur la quantité que sur la qualité, négligeant la valeur ajoutée.

Les sessions de formation destinées aux acteurs locaux ne répondent pas adéquatement à leurs besoins, entravant ainsi leur capacité à contribuer efficacement au développement local. De plus, des obstacles significatifs perturbent la communication entre les divers acteurs, ce qui limite la transparence et la collaboration nécessaires pour une mise en œuvre réussie des actions.

Le processus participatif présente des défaillances à plusieurs niveaux de la structure INDH. Le faible engagement des communes pose un problème en termes de durabilité des investissements entrepris. En effet, le succès des initiatives dépend largement de l'appropriation et de l'engagement des communes à en assurer la continuité. D'autant plus que les projets les plus plébiscités par les habitants relèvent principalement de la compétence des collectivités locales.

L'INDH accorde une importance particulière aux associations locales. Toutefois, le risque demeure que les postes clés soient monopolisés par certains élus locaux, réduisant ainsi l'efficacité de la gestion des projets.

D'autres points à noter également, incluent l'absence de pouvoir décisionnel pour les CLDH, un déficit de synergie entre les acteurs locaux et le manque d'implications des différents organes de la structure dans les rôles de contrôle, de suivi et d'évaluation des actions INDH.

L'INDH a mis en place de nombreux comités locaux pour fournir une assistance technique nécessaire pour accompagner la mise en place des actions. Pour assurer le succès de ses actions,

²⁸³ ONDH. (2008). *Synthèse de l'Étude sur la Perception de l'INDH*, p. 9.

²⁸⁴ *Ibidem*.

une collaboration étroite de tous les acteurs impliqués est essentielle, en respectant des procédures rigoureuses et normalisées. Avant toute mise en œuvre, les projets doivent être validés par des conventions signées entre les initiateurs de projets et les comités au niveau provincial et préfectoral, tout en étant supervisés par les responsables locaux.

L'une des difficultés majeures réside dans la formation adéquate des représentants de l'INDH qui gèrent la création et le suivi de ces dossiers. Les partenaires au niveau communal, associatif et villageois ne possèdent pas toujours l'expertise nécessaire pour conduire les projets à leur aboutissement. De plus, l'engagement continu des membres des comités locaux et régionaux pour le suivi des actions s'avère être un défi.

8. L'instrumentation de l'INDH, un problème de monopole et de participation citoyenne

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) a été lancée avec de nobles aspirations : favoriser le développement à travers divers actions et projets. Toutefois, en dépit de ses objectifs louables, l'instrumentation de l'INDH est confrontée à des défis majeurs, notamment en ce qui concerne la centralisation du pouvoir et la participation citoyenne.

Problème de monopole :

Les Comités Provinciaux de Développement Humain (CPDH), qui ont la charge de la prise de décision relative aux programmes de l'INDH, ont été identifiés comme étant parfois trop centralisés. Ce centralisme s'est manifesté par une représentation déséquilibrée, avec une sous-représentation notable des membres de la société civile. L'impact direct de cette centralisation est une possible déconnexion des décisions des CPDH avec les réalités et les besoins spécifiques des territoires qu'ils sont censés servir.

De plus, il a été observé que, bien que l'INDH accorde une grande importance aux associations locales, les élus locaux dominent souvent ces structures. Cette concentration du

pouvoir dans les mains d'un petit nombre d'acteurs peut entraver la mise en œuvre de programmes véritablement inclusifs et représentatifs.

La centralisation des décisions entrave la participation proactive des citoyens, associations, médecins et élus. Bien que l'INDH ait établi des organes régionaux et locaux destinés à être représentatifs, la sélection des actions reste majoritairement entre les mains des présidents de communes. De plus, la validation de ces actions est principalement contrôlée par les autorités des services déconcentrés. En ce qui concerne la planification et la répartition des budgets, celles-ci demeurent sous l'égide de l'administration centrale.

« Au départ, c'était toujours l'administration, toujours les choses venaient d'en haut, aujourd'hui au Maroc, il y a un grand chantier en cours, qui est la déconcentration, on va tenter une nouvelle approche de gouvernance, ce qui se faisait à Rabat (la Capital du Maroc), se fera aujourd'hui dans les régions (au niveau local), et vous aurez un tandem élus et administration qui vont travailler ensemble, et on va descendre au niveau le plus fin, c'est-à-dire au niveau des collectivités locales et au niveau du douar (village), pour avoir des organes de gouvernance de diagnostic, donc les besoins vont émaner de ce niveau-là, et donc le ciblage va être encore plus fin, parce ce que peut-être le ciblage avant était ce qu'il était²⁸⁵. », précise le coordinateur de l'INDH (2019-2023), M. Mohammed Dradouri.

Problème de participation :

La durabilité et la réussite des initiatives de développement dépendent en grande partie de l'appropriation de ces projets par les communautés et de leur engagement à les soutenir. Cependant, le manque d'implication des communes et des citoyens dans l'INDH pose un problème majeur. Les projets les plus sollicités par les communautés sont ceux qui relèvent directement des compétences

²⁸⁵ Interview filmée dans le cadre d'une émission média, chaîne YouTube Medi1TV Afrique, (2018), (consulté le 19/12/2019), cet interview a été mobilisée pour appuyer le constat de manque de participation citoyenne et associative dans la gouvernance et l'instrumentation des actions INDH durant ses deux premières phases. <https://www.youtube.com/watch?v=NwpGsXupHKO>

des collectivités locales, mais ces mêmes collectivités semblent être en retrait, laissant un vide dans la prise de décision.

M. Mohammed Dradouri, wali (haut responsable) et coordinateur national de l'INDH acte 3 (2019-2023), reconnaît une volonté d'instaurer plus de participation de la société civile et de partenariats dans les actions de l'INDH, tout en précisant que cette participation n'était pas efficace durant les premières phases de l'INDH, il précise que « Depuis le lancement de l'INDH, il n'y avait pas beaucoup d'associations, la société civile était relativement absente, quantitativement et qualitativement, aujourd'hui on a plus d'associations, plus structurées, il y a toute une prise en charge par les populations de leur développement et de leurs problèmes²⁸⁶. », (déclaration en 2018).

Un élu des villages de Siroua précise que selon une réunion d'information dans le cadre de l'INDH, « L'INDH veut la participation citoyenne pour légitimer ce qu'on fait localement et monter aux gens qu'on travaille, elle favorise également, les partenariats avec les associations pour mener des actions dans les villages²⁸⁷. »

La participation même informative ou consultative avec les principales parties prenantes à savoir citoyens, élus et médecins, semble donc, souhaitée. Mais cet instrument de gouvernance ne semble pas être opérationnel sur le terrain. La participation citoyenne peut être utilisée à des fins d'instrumentalisation par l'INDH, lui permettant peut-être de justifier partiellement les carences d'actions plus pérennes et structurantes dans le domaine de l'accès aux soins en milieu rural.

Un médecin généraliste à Agadir, précise qu'elle était volontaire pour une journée de consultation dans certains villages ruraux à Siroua, mais, elle avait rencontré beaucoup de problèmes, liés au manque de coordination et de support de la part de l'INDH, elle qualifie sa participation de mauvaise, elle précise : « Il y a des médecins volontaires qui veulent aider la

²⁸⁶ Interview filmée dans le cadre d'une émission média, chaîne YouTube Medi1TV Afrique, (2018), (consulté le 19/12/2019), cet interview a été mobilisée pour appuyer le constat de manque de participation citoyenne et associative dans la gouvernance et l'instrumentation des actions INDH durant ses deux premières phases. <https://www.youtube.com/watch?v=NwpGsXupHKo>

²⁸⁷ Extrait d'entretien semi-directif avec un élu de la commune de Siroua.

population des zones rurales, mais, il faut les aider à faire leur travail, il faut beaucoup de support, et beaucoup de soutien, la bureaucratie et les procédures trop lourdes démotivent certains collègues, il faut mettre des moyens suffisant pour mobiliser des médecins volontaires²⁸⁸. »

Ces difficultés peuvent être expliqués par le fait que cet instrument du volontariat médical n'est plus validé par l'INDH à cause « de problèmes de suivi des actes médicaux pour les patients traités ou opérés par les médecins volontaires²⁸⁹. », selon un responsable de la coordination de l'INDH, qui ajoute « quand ils (les patients) vont à l'hôpital, on leur dit qu'on ne peut pas suivre leur cas, car ce n'est pas l'hôpital qui a réalisé l'acte médical et qu'on ne sait pas ce que le médecin volontaire a fait. Pour éviter ces problèmes avec les hôpitaux, on a décidé d'arrêter de travailler avec les caravanes et les médecins volontaires²⁹⁰. »

L'INDH souffrait d'une organisation fragile, durant ces deux premières phases, ce qui la rend peu robuste et fiable en matière d'actions pour l'accès aux soins de santé en milieu rural. En l'absence d'une gestion concrète et cohérente au niveau du budget, de la stratégie, de la planification, de la prise de décision, du ciblage et du contrôle, son autonomie est limitée dans le domaine de l'accès aux soins en milieu rural. Cela compromet son efficacité opérationnelle, restreint ses options d'instruments dans ce domaine et limite ses objectifs.

Selon les critères de Charlotte Halpern et Patrick Le Galès²⁹¹ (2011), pour évaluer l'autonomie²⁹² d'une politique publique, notamment la compétence formelle, le budget et l'organisation, l'INDH avec une organisation imparfaite, ne semble pas afficher une compétence

²⁸⁸ Extrait d'entretien semi-directif avec un médecin généraliste 1.

²⁸⁹ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

²⁹⁰ *Ibidem*.

²⁹¹ Selon Halpern, Charlotte, et Patrick Le Galès dans « Pas d'action publique autonome sans instruments propres. Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne » (2011), les contraintes des instruments d'une politique publique peuvent révéler la faiblesse de son autonomie.

²⁹² Halpern, C. & Le Galès, P. (2011). Pas d'action publique autonome sans instruments propres : Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne. *Revue française de science politique*, vol. 61, pp. 51-78.

solide en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural, notamment avant le début de sa phase II.

Les limites de ses instruments et les lacunes de sa gouvernance révèlent son faible degré d'institutionnalisation dans le domaine de l'accès aux soins en milieu rural.

L'INDH affiche également un manque de coordination et de coopération parmi ses différentes parties prenantes, affectant négativement son évolution dans l'amélioration de l'accès aux soins en milieu rural. Cette faible autonomie et institutionnalisation de l'INDH dans le domaine de l'accès aux soins contribuent aux insuffisances observées dans ses résultats dans ce domaine.

9. L'INDH comme méta-organisation, peu d'autonomie et faible coordination

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) est conçue également comme une méta-organisation, censée jouer un rôle prépondérant de coordination dans divers secteurs avec les différents ministères.

Toutefois, un examen approfondi de son rôle de coordination méta-organisationnelle révèle une série de défis liés à son autonomie et à sa capacité de recherche de consensus avec les autres ministères.

En tant que méta-organisation, l'INDH doit opérer dans un environnement où la collaboration avec de multiples ministères est essentielle. Les ministères adhèrent à des normes et procédures strictes, imposant ainsi des contraintes sur la façon dont l'INDH peut coordonner et intervenir. Le besoin d'un renforcement de son rôle de coordination est impératif pour maximiser la participation des ministères et pour atténuer les pressions des normes établies qu'ils exercent sur ses actions.

L'absence d'une forte coordination est mise en évidence par plusieurs obstacles récurrents, notamment la non-convergence des actions publiques. Cette lacune conduit à des problèmes de financement et de ressources humaines qualifiées.

Les décisions étant souvent centralisées au niveau des ministères, l'INDH se retrouve souvent, privés de l'autonomie nécessaire pour prendre des décisions de partenariats et de coopération sur des actions communes. Cela se traduit par une absence de synergie entre les projets de l'INDH et ceux des ministères ou des programmes nationaux.

L'INDH et le ministère de la Santé ont une relation complexe et parfois contradictoire. Malgré les efforts de l'INDH pour construire des centres de santé répondant aux besoins des populations rurales, nombreux sont ceux qui restent inopérants et vides (centres de soins fantômes). Ces centres, bien qu'érigés, manquent d'équipements et de personnel en raison du manque de soutien du ministère de la Santé. Un exemple concret est le manque d'implication du ministère dans la fourniture d'équipements et de personnel pour ces centres. Les préoccupations du ministère de la Santé semblent parfois être en décalage avec les initiatives de l'INDH, ce qui crée une discordance dans l'atteinte des objectifs de santé.

« La participation du ministère de la santé est insuffisante, le ministère ne supporte pas techniquement les projets de l'INDH²⁹³. », selon un élu de Siroua.

Cette mésentente se traduit par des centres construits par l'INDH mais non reconnus par le ministère, car ils ne correspondent pas à son plan d'action. Ces centres sont alors privés des ressources nécessaires, ce qui limite leur fonctionnalité. Le problème notable de ces centres de soins fantômes révèle clairement l'échec de convergence avec le ministère de la Santé. Ce manque de synergie crée une dichotomie flagrante entre les programmes de l'INDH et ceux de l'État.

²⁹³ Extrait d'entretien semi-directif avec un élu de Siroua.

« La coordination est assez compliquée avec le ministère de la santé, nous (INDH) mettons en place certaines actions comme la construction de dispensaires de santé ruraux, cependant la mise à disposition de personnel médical est de la responsabilité du ministère de la santé, on n'a aucun pouvoir à ce niveau-là²⁹⁴. », souligne un responsable de l'INDH au niveau central.

Face à ces divergences, il est évident que la gouvernance méta-organisationnelle présente des lacunes techniques entre les différentes parties prenantes. Une meilleure coordination transversale est essentielle pour maximiser l'utilisation des structures et des ressources disponibles.

L'INDH, malgré sa volonté, ne parvient pas à exercer une pression suffisante sur le ministère de la Santé pour résoudre des problèmes tels que le manque de personnel dans les centres de soins. La collaboration entre l'INDH et le ministère de la Santé est déficiente, soulignant la nécessité d'une meilleure coordination intersectorielle.

De plus, l'INDH n'est pas officiellement reconnue pour son expertise dans certains domaines, comme l'accès aux soins de santé, en particulier en milieu rural. Les ministères compétents, comme celui de la Santé, ont des priorités distinctes, souvent axées sur des réformes organisationnelles et financières. L'INDH se retrouve donc dans une position délicate, manquant d'autonomie et n'étant pas suffisamment habilitée à coordonner les efforts intersectoriels.

L'INDH et ses défis en termes de coopération et de coordination avec d'autres ministères, en particulier le ministère de la Santé, peuvent être analysés à travers le prisme des méta-organisations. L'INDH présente plusieurs des caractéristiques des méta-organisations, notamment une structure horizontale, une certaine autonomie et une constitution établie. Cependant, en dépit de ces attributs, elle peine à se positionner comme une méta-organisation efficace, et cela pour plusieurs raisons.

²⁹⁴ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

La recherche du consensus²⁹⁵, identifiée par Hervé Dumez (2008) comme une pierre angulaire des méta-organisations, est un domaine où l'INDH semble échouer. Plutôt que de former une alliance solide avec les ministères et d'autres entités de l'Etat, l'INDH semble s'en éloigner.

L'approche actuelle de l'INDH, basée sur des instruments non contraignants et une faible coordination avec les différents ministères, limite sa capacité à répondre efficacement aux besoins du milieu rural. L'exemple des soins de santé en milieu rural est un témoin criant de cette inadéquation. L'utilisation d'instruments propres et contraignants est faible, reflétant un degré d'autonomie limité.

Les tentatives de coordination entre les comités de l'INDH et les différents ministères se sont avérées infructueuses. En théorie, les entités centrales devraient superviser la collaboration avec les ministères.

Néanmoins, les comités stratégiques et de pilotage ne respectent pas les échéances définies dans le programme de l'INDH et manquent de directives précises. La mise en œuvre intégrale du programme INDH repose entièrement sur la Coordination Nationale de l'INDH.

Lorsqu'il s'agit de renforcer l'accès aux soins de santé en milieu rural, l'INDH est tributaire des directives et décisions du ministère de la Santé. Selon le responsable de la communication de la coordination centrale de l'INDH à Rabat, la collaboration au niveau central laisse à désirer.

Bien que des comités stratégiques, incluant divers ministères et le Premier ministre, aient été envisagés, leur mise en place s'est avérée insuffisante durant les deux premières phases de l'INDH. La troisième phase n'a pas connu de progrès notable dans ce domaine, avec seulement un comité de pilotage organisé en 2022 (figure 54).

²⁹⁵ Dumez, H. (2008). Les Méta-Organisations. *Le Libellio d'AEGIS*, vol. 4, no. 3, pp. 31–36.

Figure 54 : Comité de pilotage de 2022



Comité de pilotage de la phase III de l'INDH

Avril 2022

Le Comité de pilotage de la Phase III de l'INDH s'est tenu le mardi 5 avril 2022, en présence de l'ensemble des ministres en charge du développement humain dans notre pays ainsi que les représentants des élus.

La réunion a eu pour objectifs de présenter le bilan des trois premières années de mise en œuvre de la phase III de l'INDH, de discuter des priorités identifiées et des prochaines étapes, et de proposer des mécanismes pour favoriser la convergence.

Source : Site de l'INDH. (2022). (Consulté le 01/06/2022). indh.com.

« C'est vrai que les comités stratégiques sont rares, mais cette année il y a eu l'organisation d'un comité de pilotage avec la présence du premier ministre. [...] Ce n'est peut-être pas suffisant²⁹⁶. », déclare un responsable de l'INDH au niveau central.

L'INDH aura besoin de l'appui de la gouvernance centrale pour créer un processus de consensus suffisamment efficace pour développer une coopération durable avec les ministères, en particulier avec celui de la santé.

²⁹⁶ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

Si l'on se penche sur les fondements des méta-organisations, le consensus est non seulement souhaité mais aussi nécessaire pour garantir une coordination et une mise en œuvre efficaces des décisions. Or, l'INDH semble peiner à instaurer ce consensus.

Sans un renforcement de son rôle de coordination et de sa capacité à trouver un consensus, surtout avec des acteurs clés comme le ministère de la Santé, l'INDH ne pourra pas prétendre être une méta-organisation efficace.

Pour réellement bénéficier du pouvoir et de l'efficacité potentiels d'une méta-organisation, il est impératif que l'INDH renforce ses mécanismes de coopération et de collaboration, en mettant particulièrement l'accent sur des domaines critiques comme l'accès aux soins en milieu rural.

Bien que l'INDH joue un rôle vital en tant qu'organisation, son rôle de coordination méta-organisationnelle est très limité, elle est confrontée à des défis majeurs en termes d'autonomie et d'institutionnalisation. Pour maximiser son impact, un renforcement de son rôle de coordination et de ses relations avec d'autres entités gouvernementales sont nécessaires.

L'INDH, en tant que méta-organisation, n'a pas réussi à se forger une légitimité forte auprès des ministères, souffrant particulièrement dans le domaine de la coordination. Cette lacune a entravé sa capacité à construire un consensus solide, devenant ainsi un obstacle à la mobilisation de synergies et à la création de coopérations efficaces avec ses membres. L'échec de sa collaboration avec le ministère de la Santé en est une illustration manifeste.

Comme l'indique Dumez (2008), un consensus²⁹⁷ est vital pour les méta-organisations afin de garantir l'engagement continu de chaque membre. Cela corrobore notre postulat initial selon lequel la défaillance de l'INDH à instaurer un consensus parmi les ministères (notamment celui de la santé) est une des causes de son échec instrumental.

²⁹⁷ Dumez, H. (2008). Les Méta-Organisations. *Le Libellio d'AEGIS*, vol. 4, no. 3, pp. 31–36.

Chapitre 9 : Les pressions institutionnelles et la dynamique instrumentale

1. Les instruments de gouvernance influencés par les pressions institutionnelles

L'INDH a connu des problèmes de gouvernance lors de sa première et deuxième phase. Néanmoins, elle s'est remarquablement distinguée en redynamisant le secteur associatif dans son ensemble. Bien que ce secteur ait eu une participation limitée dans les décisions de l'INDH, il est demeuré un élément incontournable. Ceci s'est manifesté par la mise en œuvre de nouveaux programmes sociaux qui ont stimulé une interaction croissante des populations.

Les grandes associations ont joué un rôle clé dans ce processus. Elles ont utilisé des mécanismes d'accompagnement pour soutenir les petites associations, les aidant ainsi à finaliser leurs projets.

Par ailleurs, lors de la troisième phase de l'INDH, un élan d'associations, plus structurées, a vu le jour, travaillant de plus en plus en synergie avec les pouvoirs publics pour la réalisation des projets de l'INDH.

« Beaucoup d'associations ont été créées grâce à la dynamique de l'INDH et sa gouvernance qui s'appuie - notamment à partir de la phase III - sur des associations plus structurées et plus professionnelles que lors de la phase I et II, [...] on travaille aujourd'hui avec des associations professionnelles et solides²⁹⁸. », déclare un responsable de la coordination de l'INDH au niveau central.

Lors du lancement de la troisième phase de l'INDH, les DAS ont profité d'une assistance technique plus sophistiquée. Un nouvel instrument de contrôle a été introduit, se présentant sous la forme d'un système d'information big data. Cet instrument technologique a pour rôle d'évaluer

²⁹⁸ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

l'éligibilité des projets proposés par les associations. Cette base de données inédite compile l'ensemble des caractéristiques socio-économiques des communes, assurant ainsi que les actions proposées de l'INDH correspondent aux besoins véritables des populations locales.

« Après les remontées négatives de certaines dérives d'attribution de projets au niveau local, nous avons développé un système d'information de contrôle des propositions soumises au niveau local, grâce à cette base de données au niveau central, on contrôle l'éligibilité des propositions de projets et la cohérence avec les besoins locaux²⁹⁹. », déclare un responsable de la coordination de l'INDH au niveau central.

En dépit d'un effectif limité au sein des DAS, elles demeurent le pilier central de l'INDH pour le suivi et la mise en œuvre des projets à l'échelle locale. Cette position est renforcée par une connaissance approfondie du terrain et l'expansion de leur réseau d'acteurs locaux.

« Même si l'effectif peut toujours s'améliorer, les nouveaux dispositifs : système d'information de contrôle des propositions locales et la modification de l'organe de validation locale des projets, nous permettent dans cette phase III, d'être plus efficaces et plus fiables par rapport aux actions qu'on met en place³⁰⁰. », souligne un responsable de DAS d'une province de la région Drâa-Tafilalet.

Durant les deux premières phases de l'INDH (I et II), plusieurs carences instrumentales ont été constatées. Il y a eu une nette absence d'instruments de contrôle efficaces. De plus, la participation citoyenne, principalement indirecte via les associations, était notablement insuffisante. Cette situation a mené à un défaut dans la transmission des besoins réels de la population.

Ce manque de contrôle et de transparence a entraîné des dérives notables. Des pratiques telles que le favoritisme et le monopole sont apparues durant la sélection des actions INDH à mettre en

²⁹⁹ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

³⁰⁰ Extrait d'entretien semi-directif avec le responsable de la DAS de la province de Zagora.

œuvre. Par conséquent, des financements ont été alloués à des actions qui ne correspondaient pas aux besoins réels de la population rurale. L'accès aux soins, par exemple, est un domaine où des actions faibles ou peu pertinentes ont été financées.

Pendant la première phase de l'INDH, la supervision de la réalisation des objectifs des actions déployées n'était pas adéquate. Les pressions institutionnelles étaient quasiment absentes durant cette première phase, que l'on pourrait décrire comme une phase d'apprentissage.

Cependant, à l'issue de cette phase initiale, des évaluations publiques ont été effectuées, révélant des critiques majeures et la population a exprimé de nombreuses réclamations, ce qui a exercé des pressions institutionnelles sur l'INDH. Face à cette pression, l'INDH a été contrainte de revoir ses méthodes, cherchant des moyens pour améliorer la sélection des actions et renforcer leur contrôle et leur suivi.

Ce changement au niveau de la gouvernance locale et cette nouvelle instrumentation de contrôle, de suivi et de participation plus active des associations est issue de ces pressions institutionnelles qui ont été exercé sur l'organisation de l'INDH.

En effet, Les évaluations publiques menées à la fin de chaque phase de l'INDH ont exercé une pression significative sur son organisation. Les conclusions de ces évaluations étaient loin d'être satisfaisantes. De nombreux points de critique concernant la gouvernance et l'attribution du budget de l'INDH ont été soulevés. Parmi eux, le favoritisme et les conflits d'intérêts étaient particulièrement préoccupants.

Il est apparu que certains présidents de communes privilégiaient leurs associations personnelles ou celles de leur entourage. Ces choix ne se basaient pas sur la pertinence des projets par rapport aux besoins réels de la population. Cette situation a mis en lumière une faille majeure dans le processus d'instrumentation, pointant du doigt le problème de participation citoyenne via les associations.

Des associations qui étaient censées refléter les voix et les besoins réels des citoyens étaient écartées, d'autres étaient favorisées, souvent pour des raisons personnelles.

Cette préférence accordée à certaines associations, notamment celles des présidents de communes, a entraîné des dérives notables. Certains de ces présidents ont succombé à des pratiques de clientélisme et ont politisé le processus d'instrumentation dans une perspective électoraliste, ou pour servir des intérêts directs ou indirects, plutôt que de privilégier l'intérêt général et les besoins réels des populations.

Les anomalies constatées dans le processus d'instrumentation locale ont largement contribué aux lacunes des actions de l'INDH concernant l'accès aux soins en milieu rural. De nombreux projets, bien qu'approuvés, se sont avérés inefficaces ou peu pertinents, ne répondant pas de manière adéquate à la problématique d'accès aux soins en milieu rural. On a ainsi assisté à la création de nombreux centres de soins fantômes, qui n'étaient en réalité que des coquilles vides, érigés à des fins - probablement - électoralistes ou personnelles.

Des exemples de solutions plus pertinentes auraient pu inclure la mise en place de partenariats pour financer le personnel de santé, des incitations pour encourager ces professionnels à s'établir en milieu rural, que ce soit pour des périodes courtes ou prolongées, et le développement d'une infrastructure et d'un service formel et fiable pour la mobilité en zone rurale.

D'autre part, les institutions internationales régulièrement des indicateurs de développement humain qui semblaient ne pas refléter adéquatement les investissements publics du gouvernement et les efforts de l'INDH. Ces institutions internationales³⁰¹ classent les pays selon divers indicateurs de développement humain³⁰², et le Maroc présentait des chiffres qui évoluaient lentement et qui suscitaient des interrogations sur les réalisations de l'INDH dans ce secteur.

³⁰¹ Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). (2020). Rapport sur le développement humain 2020: Note d'information à l'intention des pays concernant le Rapport sur le développement humain 2020. (Consulté le 27/11/2021). <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/fr/MAR.pdf>

³⁰² Country economy. (2021). (Consulté le 27/11/2021). <https://fr.countryeconomy.com/demographie/idh/maroc>

De plus, l'INDH a fait face à des pressions médiatiques concernant ses réponses face aux problèmes d'accès aux soins de santé en milieu rural. Ces critiques étaient largement diffusées et discutées par la population sur les réseaux sociaux. De même, les sites internet et les journaux nationaux ont rapporté et commenté plusieurs incidents et faits-divers liés au problème d'accès aux soins en milieu rural (figure 55).

Figure 55 : Exemple de fait-divers en milieu rural – Site barlamane.com

barlamane.com/fr **Politique** Société ▾ **Economie** **Science & Santé** **Art & Culture**

Accueil > Société

Une femme enceinte meurt à cause des mauvaises conditions météorologiques, Azilal dément

Barlamane.com | 10:30 - 31 janvier 2018



f t e p

Source : Site d'information : barlamane.com. (2018). (Consulté le 07/10/2019). <https://www.barlamane.com/fr/azilal-mort-dune-femme-enceinte-nest-due-aux-mauvaises-conditions-meteorologiques/>

2. Des instruments nouveaux pour une gouvernance améliorée

Face aux pressions institutionnelles croissantes, l'INDH s'est retrouvée à un carrefour critique, la poussant à entreprendre une refonte majeure de son fonctionnement et de sa structure. Les exigences croissantes et les critiques venues de diverses parties prenantes ont mis en évidence la nécessité d'une transformation profonde pour répondre efficacement aux défis de sa mission.

Bien que l'INDH ait déployé d'importants efforts lors de ses phases I et II, de nombreux éléments de son fonctionnement nécessitaient une révision afin d'assurer la réalisation optimale de ses actions. Ainsi, dès le début de la troisième phase, l'INDH a initié des changements majeurs, adoptant de nouveaux instruments pour renforcer et améliorer sa gouvernance et son processus d'instrumentation.

Ainsi, pour s'assurer que les actions locales correspondent véritablement aux besoins des communautés qu'elle sert, l'INDH a décidé de revoir entièrement sa structure décisionnelle. Plutôt que de s'en tenir aux anciennes méthodes, elle a cherché à mettre en place un système plus robuste, transparent et participatif pour l'attribution des actions, garantissant ainsi que chaque décision prise soit en phase avec les objectifs de développement durable et les attentes des bénéficiaires.

Auparavant, ce rôle était joué par les présidents de communes. Désormais, ce sont les autorités locales qui sont chargées de valider les projets proposés par les associations. Cette décision visait à instaurer un processus plus transparent et à éviter les possibles conflits d'intérêts.

Toutefois, afin de garantir la fiabilité de ce nouveau mécanisme et renforcer la gouvernance globale de l'organisation, l'INDH centrale (au lancement de sa phase III, en 2019) a introduit de nouveaux instruments, destinés au contrôle et au suivi des actions, mais, également des instruments de communication et de participation citoyenne via diverses plateformes numériques publiques (figure 56).

Cette nouvelle dynamique des instruments de gouvernance et d'instrumentation ont marqué une étape importante dans la modernisation et le redressement de son organisation.

Figure 56 : Les différentes plateformes numériques de participation citoyenne

Chercher dans les sites web des administrations
🔍



EPARTICIPATION








L'initiative de consultation lancée par la commission spéciale sur le modèle de développement

L'initiative de consultation lancée par la commission spéciale sur le modèle de développement

[Lire la suite >>](#)



« Noussahimo », la plateforme de consultation citoyenne et de contribution à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Développement Durable 2035.

La plateforme de consultation citoyenne et de contribution à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Développement Durable 2035

[Lire la suite >>](#)



U-Report : Plateforme numérique pour l'engagement des jeunes

Plateforme numérique pour l'engagement des jeunes : U-Report est une plateforme de messagerie SMS destinée aux enfants, aux jeunes et aux communautés, conçue pour aborder les problèmes sociétaux

[Lire la suite >>](#)



"OUCHARIKO": La plateforme de participation citoyenne du Conseil économique, social et environnemental. (CESE)

Oucharikou est une plateforme de contribution citoyenne en ligne instituée par le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) pour offrir à toutes les composantes et forces vives de la société marocaine un espace d'écoute, de débats et de participation.

[Lire la suite >>](#)



Plateforme Nationale de La Participation Citoyenne

Vous avez des revendications, propositions ou recommandations que vous souhaitez communiquer aux pouvoirs publics, vous souhaitez exprimer votre opinion ou faire des propositions sur des programmes, projets ou politiques d'intérêt général, le Portail National de la Participation Citoyenne est votre moyen pour exercer votre droit constitutionnel de manière simple et sécurisée.

[Lire la suite >>](#)

Source : <https://www.maroc.ma/fr/participation-electronique>

De plus, ces changements instrumentaux illustrent également un processus de changement isomorphe de nature mimétique. Dans cette optique, l'INDH s'est inspirée des meilleures pratiques observées au sein d'autres organisations, qu'elles soient publiques ou privées. Cette approche montre la volonté de l'INDH de s'aligner sur des normes reconnues et éprouvées, tout en adaptant ses méthodes pour répondre aux besoins spécifiques de ses missions.

« Grâce aux nouveaux dispositifs, le système d'information qui contrôle la cohérence des propositions avec sa base de données et grâce au changement de décideur d'attribution et de validation des projets, il n'y a plus - dans cette phase III - de dérives de politisation, de favoritisme ou de conflit d'intérêt au niveau local, ce n'est plus les présidents de communes qui décident de l'attribution et de la sélection des projets à financer, désormais, ce sont les autorités locales rattachées au ministère de l'intérieur qui prennent cette charge, et on contrôle leur cohérence au niveau central, c'est plus objectif et transparent pour nous³⁰³. », déclare un responsable de la coordination de l'INDH au niveau central.

Les pressions institutionnelles exercées sur l'INDH ont conduit, durant sa troisième phase, à une révision majeure de sa gouvernance. Cette remise en question s'est traduite par la modification de l'organe chargé de la sélection des projets. Auparavant dominée par des influences locales potentiellement biaisées, la sélection est désormais encadrée aussi par le nouvel instrument de contrôle. Cet outil, un système d'information, a été spécialement conçu pour vérifier la pertinence et la cohérence des propositions soumises.

Mais l'INDH ne s'est pas limitée à ses seules mesures. Elle a également introduit une série d'autres instruments destinés à optimiser son fonctionnement et à renforcer la transparence et l'efficacité de ses actions. Parmi ces instruments :

- Un système de suivi des actions, permettant de suivre la progression des projets, d'identifier d'éventuels obstacles et d'ajuster les plans en conséquence.

³⁰³ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

- Un mécanisme de veille informationnelle, assurant à l'INDH une connaissance actualisée des tendances, des besoins et des opportunités au sein des communautés qu'elle sert.
- Une stratégie de communication active via les réseaux sociaux, visant à informer le public, les partenaires et les parties prenantes de ses activités, de ses succès et de ses défis.
- Enfin, un dispositif de participation numérique, favorisant l'engagement des citoyens dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des projets, renforçant ainsi le lien entre l'INDH et les populations qu'elle vise à soutenir.

« Il y a eu plusieurs fait-divers relayés par les médias et les journaux concernant certaines actions INDH pour la santé en milieu rural, qui posaient problèmes, la femme malade qui est morte à cause d'un problème de transport, car l'ambulance qu'on a financée ne fonctionnait pas - sachant que les frais de fonctionnement sont à la charge de la commune, qui doit s'assurer de la durabilité et du fonctionnement des services et des matériels qu'on finance -, ou encore des avis négatifs sur tel ou tel service qui ne fonctionne pas ou tel centre de santé qu'on a construit, qui est fermé alors qu'il doit être ouvert, tout cela alimente des avis négatifs partagés ensuite par les citoyens sur les réseaux sociaux, [...], on a décidé de faire un contrat avec un prestataire externe pour la remontée de tous les avis négatifs concernant les actions INDH entreprise au niveau national, qu'il soient sur les réseaux sociaux, dans les journaux ou dans les médias, ce prestataire nous met à disposition un système de veille régulier, qui nous permis de traiter les situations rapidement et de contacter la DAS et les responsables au niveau local pour vérifier l'information et corriger les problèmes rapidement³⁰⁴. », déclare un responsable de la coordination de l'INDH au niveau central.

« Face aux remontées de certains problèmes de fonctionnement, nous avons décidé pour cette phase III également, de développer un système de suivi des actions entreprises par l'INDH, on recense dans ce système toutes les informations concernant les contributeurs et les responsables du fonctionnement, par exemple, si on finance une ambulance, la commune doit recruter un conducteur et assurer les frais de fonctionnement de l'ambulance (gasoil, entretien et réparation),

³⁰⁴ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

on vérifie régulièrement le suivi du fonctionnement des services et en cas de problème, on mobilise nos ressources locales pour contacter les responsables et trouver des solutions, ce système nous permet de s'assurer de la viabilité et de la durabilité de nos actions INDH³⁰⁵. », déclare un responsable de la coordination de l'INDH au niveau central.

« Afin d'améliorer notre gouvernance, on a également développé au sein du ministère de l'intérieur une plateforme de participation citoyenne, pour que chacun puisse faire des propositions ou remonter des réclamations, on a mis en place aussi des espaces d'échange et de contact via les différents support web (site institutionnel de l'INDH et réseaux sociaux) ainsi que des coordonnées téléphoniques à la disposition des citoyens, pour qu'ils puissent participer directement à la dynamique de l'INDH³⁰⁶. », déclare un responsable de la coordination de l'INDH au niveau central.

L'INDH a traversé un processus de changement isomorphique institutionnel significatif, caractérisé par l'adoption et l'implémentation d'instruments de contrôle, de veille, de suivi et de participation. Ce processus trouve ses origines dans deux principaux types d'isomorphisme³⁰⁷ expliqué par la théorie néo-institutionnelle³⁰⁸ :

1. **Isomorphisme mimétique** : Cette dynamique est marquée par la recherche et l'adoption des meilleures pratiques et instruments de gouvernance observées au sein d'autres organisations (entreprises notamment). L'INDH a cherché à reproduire et à adapter ces pratiques éprouvées afin d'améliorer son efficacité opérationnelle. Un exemple frappant de cette tendance est l'adoption d'un instrument technologique basé sur le big data et le traitement de données de masse, destiné à renforcer le système d'information de vérification, s'alignant sur des techniques et des pratiques reconnues. Cette démarche s'inscrit dans un désir de contrôle fiable pour assurer une meilleure instrumentation.

³⁰⁵ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

³⁰⁶ *Ibidem*.

³⁰⁷ Scott, R.W. (1995). *Institutions and organizations*. Sage.

³⁰⁸ Powell, W. W., & DiMaggio, P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press.

2. **Isomorphisme coercitif** : Parallèlement, l'INDH a été soumise à des contraintes externes qui ont guidé ses choix et sa transformation. Ces pressions provenaient notamment de l'État, à travers le financement qu'il alloue à l'organisation, mais aussi des bailleurs internationaux, qui posent des conditions spécifiques pour leurs contributions. De plus, l'orientation et l'impulsion donnée par les discours de Sa Majesté le roi Mohammed VI, particulièrement sur les thèmes du développement humain et de l'INDH, ont joué un rôle primordial en définissant les attentes et les aspirations auxquelles l'INDH devait répondre. Ces pressions ont amené l'INDH à mettre en place, par exemple, des instruments pour contrôler, suivre et gérer les actions entreprises.

En combinant ces deux types de changement isomorphiques (mimétique et coercitive), l'INDH a pu à la fois s'aligner sur des standards reconnus et répondre aux impératifs locaux, tout en cherchant constamment à optimiser son action en faveur du développement humain.

3. Un évolution instrumentale encourageante

« Lors de cette phase III, les choses se sont beaucoup améliorées, la gouvernance est renforcée avec plusieurs dispositifs, [...] on s'inspire des meilleures pratiques et d'autres organisations pour améliorer l'INDH³⁰⁹. », déclare un responsable de la coordination de l'INDH au niveau central.

Sur le plan organisationnel, l'INDH a entrepris un changement isomorphique, principalement de nature coercitive et mimétique, pour faire face à ses pressions institutionnelles. En refondant sa gouvernance locale et en introduisant des instruments de contrôle, l'organisation a optimisé le processus de participation citoyenne et associative. Désormais, les associations sélectionnées pour porter des projets correspondent davantage aux besoins réels de la population rurale. Grâce à cette approche plus objective et transparente, la légitimité des actions menées devrait être renforcée. Par

³⁰⁹ Extrait d'entretien semi-directif avec un responsable de la coordination centrale de l'INDH.

conséquent, cela devrait entraîner une meilleure perception parmi la population, se traduisant par une satisfaction et une acceptation plus fortes des actions de l'INDH.

Toutefois, face à une coordination méta-organisationnelle insuffisante avec divers ministères, notamment le ministère de la Santé, l'INDH a déployé des instruments de coopération à l'échelle locale. Ces instruments plus efficaces visent à améliorer l'accès aux soins de santé en milieu rural. Il s'agit d'instaurer des contrats locaux à long terme avec des médecins et des infirmiers, et en établissant des partenariats de financement avec les communes, provinces, et régions. L'INDH aborde ainsi, directement le problème du manque de personnel médical. Cette stratégie contribue également à atténuer le phénomène de dispensaires de soins inactifs, couramment observés en milieu rural.

L'INDH, en quête constante d'efficacité et d'amélioration de ses instruments, manifeste des signes d'homogénéisation à travers un processus de changement isomorphique interne, de nature mimétique au sein de ses structures, notamment les DAS. Cette dynamique s'apparente à un processus où chaque DAS s'efforce de repérer et d'adopter les meilleures pratiques observées chez ses homologues.

La DAS de Zagora en est un exemple emblématique. Pionnière en matière d'innovation en matière de coopération, cette DAS s'est distinguée par l'introduction de partenariats de financement inédits impliquant la région, la province et les communes. Ces collaborations ont pour objectif de mobiliser les ressources nécessaires pour financer et recruter des professionnels de santé, tels que des médecins et des infirmiers, pour servir les zones rurales.

Cette initiative, par son caractère novateur et son impact direct sur la résolution des problèmes de disponibilité du personnel médical en milieu rural, n'a pas tardé à captiver l'attention des autres DAS.

Inspirées par le succès de la DAS de Zagora, elles ont été enclines à imiter cet exemple, illustrant ainsi l'isomorphisme mimétique en action. Ce phénomène traduit non seulement la

capacité d'adaptation et d'innovation de l'INDH, mais aussi sa volonté de renforcer ses actions en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural.

« On ne peut pas attendre le ministère de la santé, qui ne peut pas toujours répondre, on a pris l'initiative de lancer des coopérations et des partenariats de financements avec la région, la province et les communes, ces partenariats marchent très bien et s'inscrivent dans la durée, [...] les autres DAS veulent s'inspirer de nous, et j'ai des réunions sur ce sujet avec d'autres DAS³¹⁰. », déclare le responsable de la DAS de Zagora.

³¹⁰ Extrait d'entretien semi-directif avec le responsable de la DAS de la province de Zagora.

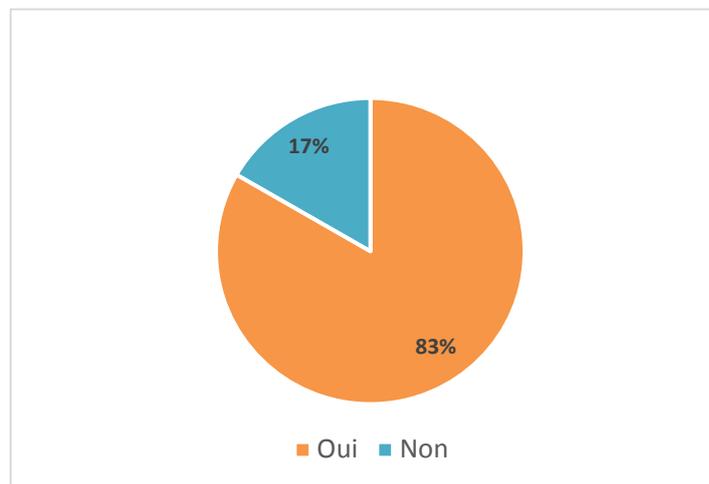
Chapitre 10 : La participation citoyenne comme instrument, entre légitimation de l'action publique et satisfaction de la population

1. Participation citoyenne et légitimité, un lien manifeste

Pour analyser la corrélation entre la participation citoyenne, en tant qu'instrument essentiel de gouvernance, et la légitimité des actions déployées par l'INDH en milieu d'accès aux soins de santé en milieu rural, nous avons élaboré deux enquêtes de questionnaires identiques à deux moments distincts. La première enquête a été réalisée en 2017, pendant la phase II de l'INDH, tandis que la seconde a été menée en 2022, au cours de la phase III. Cette démarche vise à mesurer les relations et les variations relatives à trois facteurs : la légitimité des actions INDH, la participation citoyenne et la satisfaction vis-à-vis des actions INDH. Ces enquêtes ont été distribuées à un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua à chaque fois.

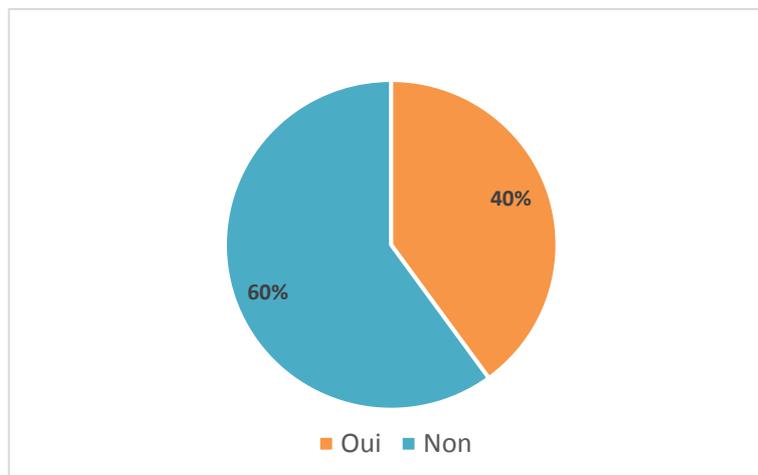
En 2017, 83% des individus questionnés considéraient que la participation citoyenne est importante pour la gouvernance des actions INDH qui les touchent (figure 57). Néanmoins, seulement 40% des individus estimaient que les actions INDH réalisées étaient légitimes (figure 58).

Figure 57 : Importance de la participation citoyenne ? - 2017³¹¹



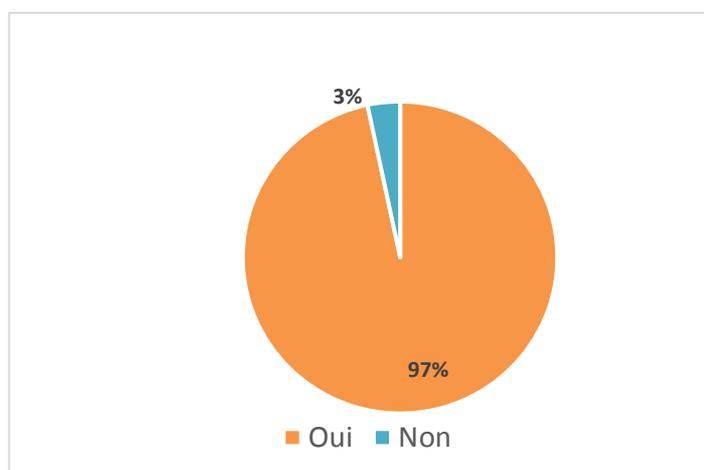
³¹¹ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

Figure 58 : Légitimité des actions INDH ? - 2017³¹²



En 2022, 97% des individus sondés confirment l'importance de la participation citoyenne (figure 59), une bonne amélioration par rapport à 2017. De plus, il y a une très nette augmentation concernant la perception de la légitimité des actions INDH, avec 63% des personnes interrogées jugeant ces actions comme légitimes (figure 60).

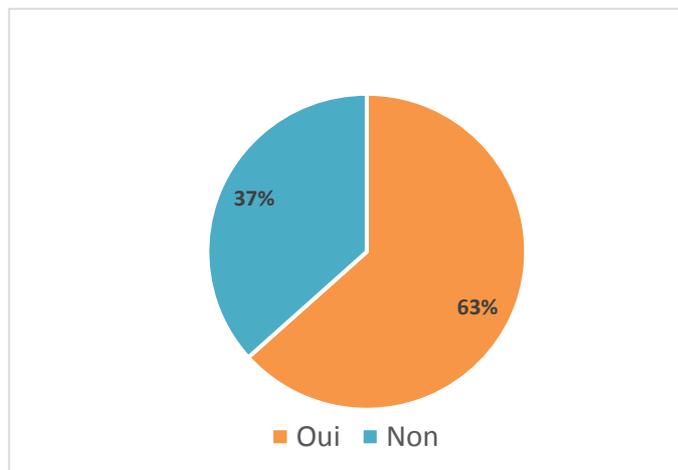
Figure 59 : Importance de la participation citoyenne ? - 2022³¹³



³¹² Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

³¹³ *Ibidem.*

Figure 60 : Légitimité des actions INDH ? - 2022³¹⁴



D'après les réponses obtenues de ces deux questions, il est évident que la population rurale aspire à disposer d'instruments de participation citoyenne.

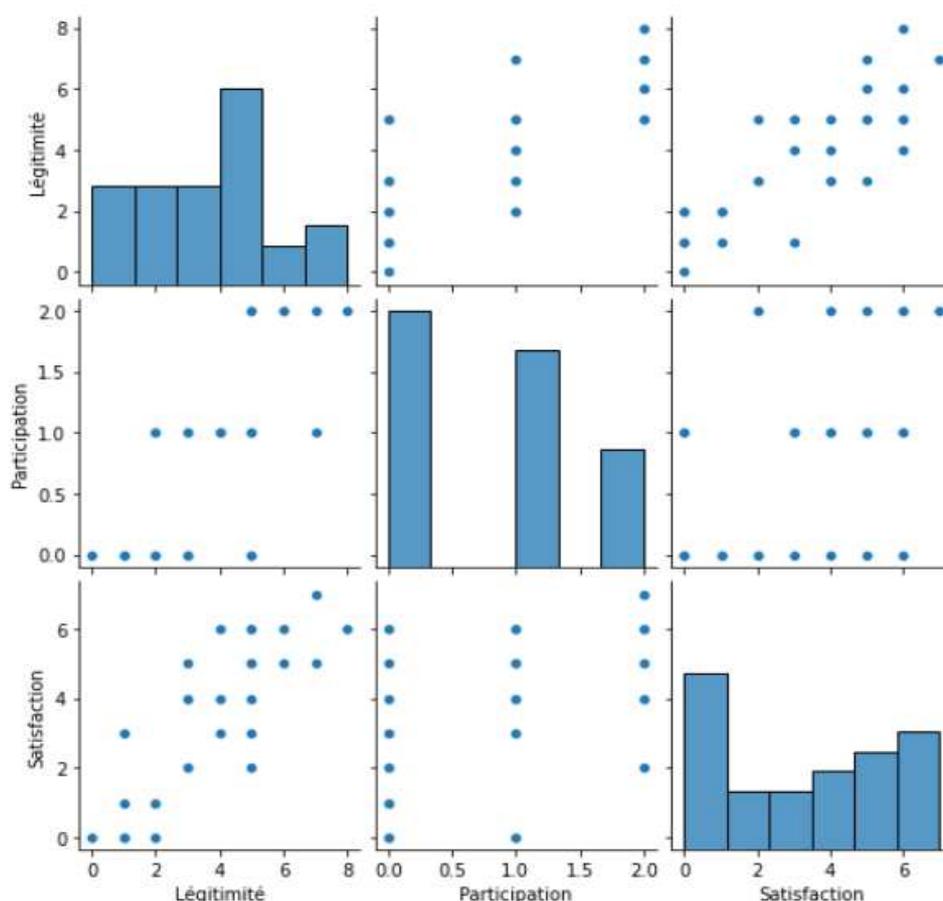
En réalité, la participation citoyenne offre la possibilité de cerner le besoin local et de développer les instruments les plus pertinents pour répondre à ce besoin. Ceci peut, par conséquent, influencer positivement la légitimité de ces instruments (actions) qui sont coconçus ou proposés par les citoyens.

Pour appréhender la relation entre la participation et la légitimité des actions de l'INDH, nous analyserons les scores (les notes) attribués à trois facteurs : la légitimité, la participation et la satisfaction, à deux moments distincts.

Le premier moment est en 2017, correspondant à la phase II de l'INDH, tandis que le second est en 2022, pendant la phase III de l'INDH. Les scores relatifs à ces trois facteurs sont illustrés dans les graphiques bi-variables présentés ci-après (figure 61).

³¹⁴ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

Figure 61 : Graphiques bi-variables de distribution et de nuages de points des scores 2017³¹⁵



L'analyse de la matrice de corrélation de 2017 (figure 62) et les résultats statistiques (figure 63) nous montrent une tendance de corrélation positive forte (coefficient de corrélation à 0.83) entre la légitimité des actions de l'INDH et la satisfaction des habitants de la commune de Siroua (satisfaction par rapport aux actions INDH), plus la légitimité est grande, plus la satisfaction augmente, et inversement. La corrélation entre la légitimité et la participation est de 0.72, indiquant une relation positive significative également entre ces deux facteurs (figures 62 et 64). Bien que la participation et la satisfaction aient une corrélation positive de 0.52, cette relation est plutôt faible par rapport aux deux premières.

³¹⁵ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

Figure 62 : Carte de corrélation de Spearman - 2017³¹⁶

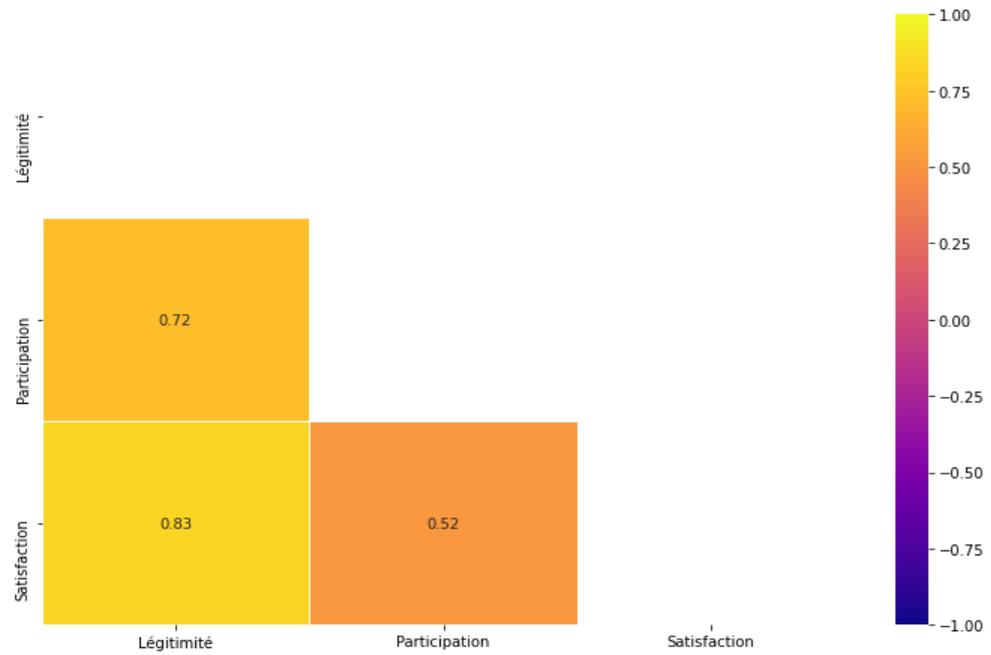
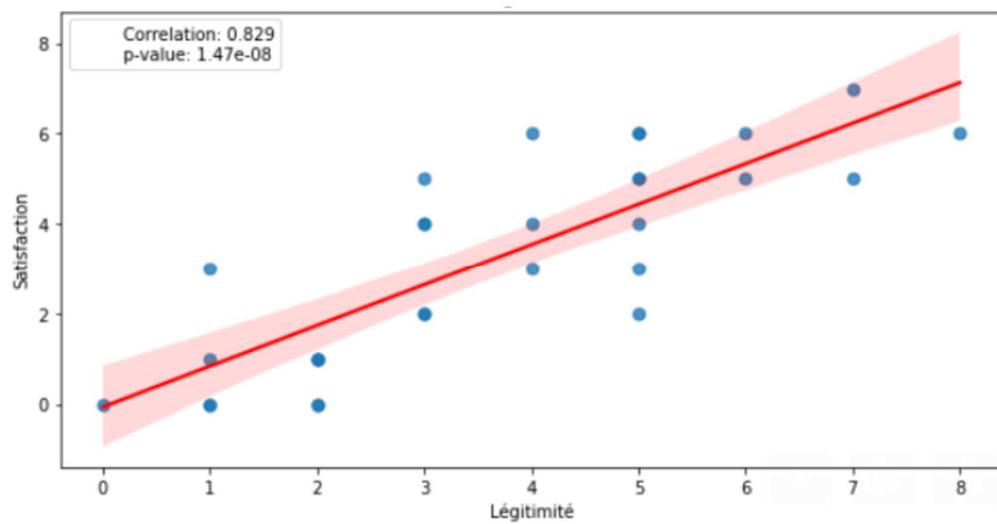


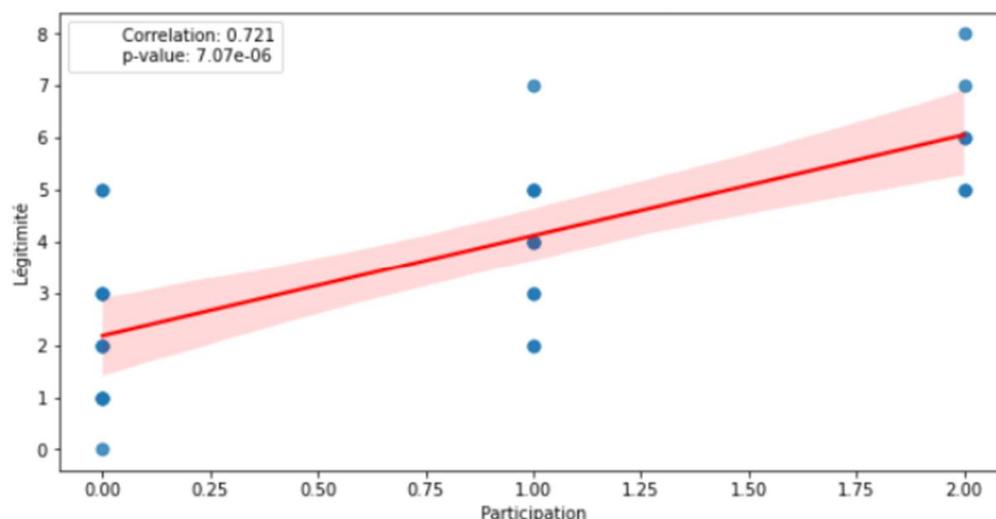
Figure 63 : Relation entre la légitimité et la satisfaction - 2017³¹⁷



³¹⁶ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

³¹⁷ *Ibidem.*

Figure 64 : Relation entre la participation et la légitimité - 2017³¹⁸



Cette première analyse suggère que la légitimité influence fortement la satisfaction et que la participation semble jouer un rôle central dans l'augmentation de la légitimité des actions.

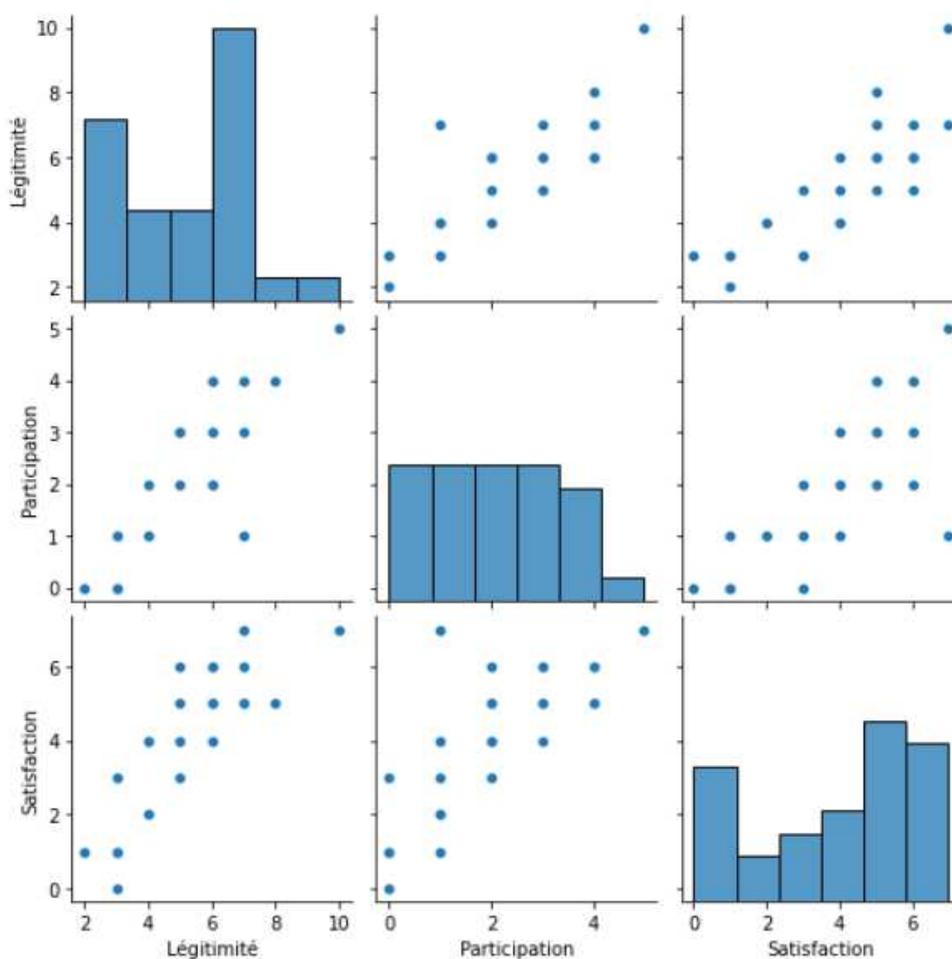
En effet, la corrélation est plus marquée entre la satisfaction et la légitimité qu'entre la participation et la légitimité. Cette observation pourrait être interprétée par le fait qu'une personne peut percevoir une action comme légitime même si elle n'a pas participé à sa mise en œuvre, à condition que cette action soit efficace, résolve le problème en question et atteigne l'objectif désiré.

Par ailleurs, les résultats montrent que la participation peut expliquer la légitimité de l'action entreprise. Même si l'action n'atteint pas entièrement l'objectif visé, le simple fait de s'impliquer dans le processus d'instrumentation ou de mise en œuvre pourrait conférer une légitimité à l'action.

Nous avons étudié les mêmes relations en 2022, les scores et les tendances des 3 facteurs sont illustrés dans les graphiques bi-variables ci-après (figure 65).

³¹⁸ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

Figure 65 : Graphiques bi-variables de distribution et de nuages de points des scores 2022³¹⁹



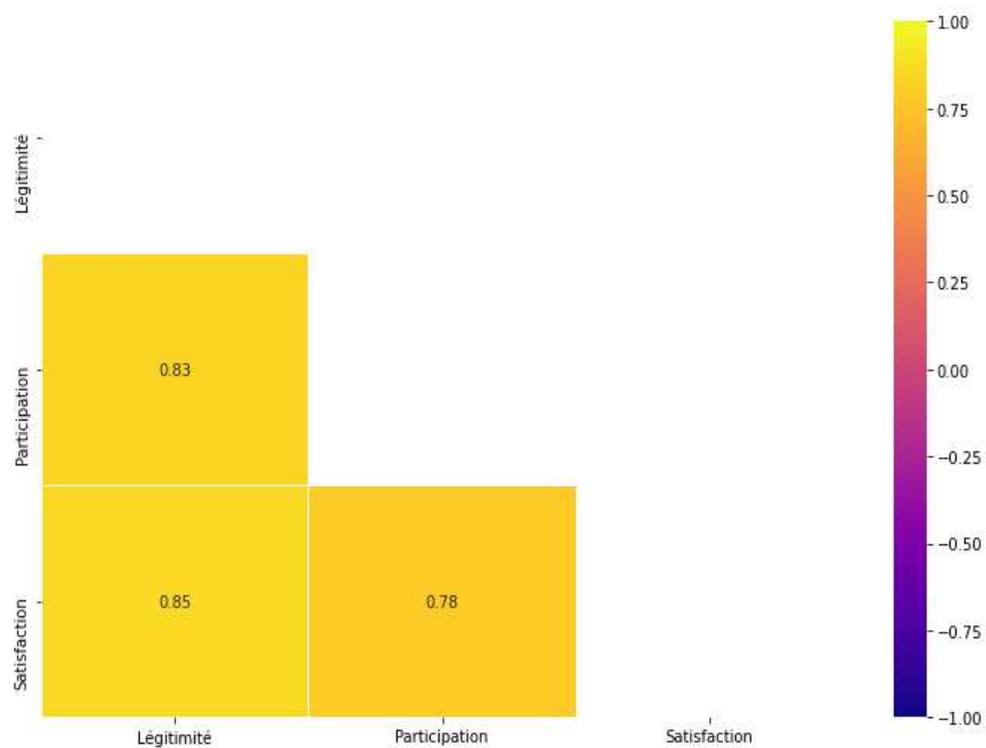
La matrice de corrélation de 2022 (figure 66) et les résultats statistiques (figure 67) nous montrent une corrélation positive très forte est observée entre la légitimité et la satisfaction, avec un coefficient de corrélation de 0.85, indiquant que lorsque la perception de légitimité augmente, la satisfaction des individus tend aussi à augmenter, et vice-versa.

³¹⁹ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

Par ailleurs, la légitimité et la participation affichent également une relation solide avec une corrélation positive significative de 0.83 (figures 66 et 68), soulignant que la légitimité perçue d'une action est étroitement liée au niveau de participation.

Enfin, la relation entre la participation et la satisfaction est consistante avec une corrélation de 0.78. Cela suggère que la participation active des individus est fortement associée à leur niveau de satisfaction.

Figure 66 : carte de corrélation - 2022³²⁰



³²⁰ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

Figure 67 : Relation entre la légitimité et la satisfaction – 2022³²¹

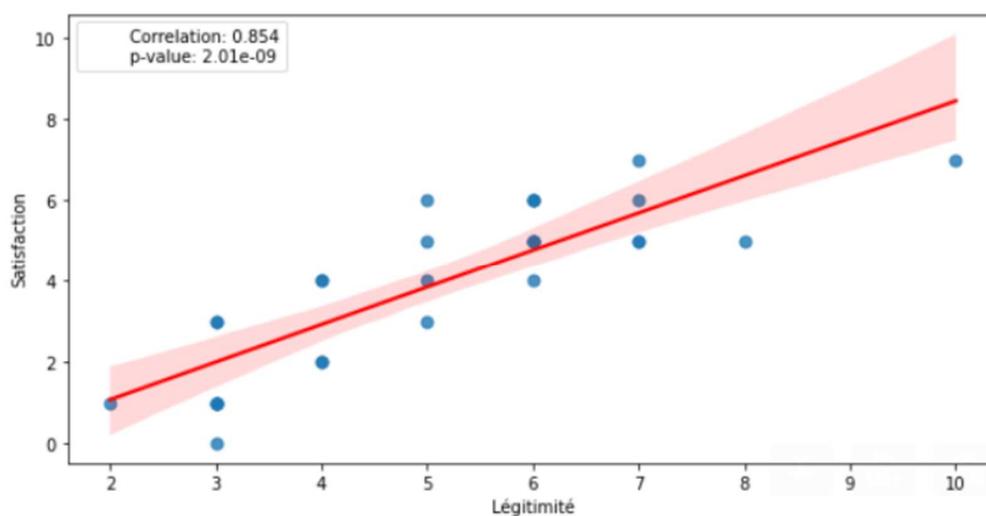
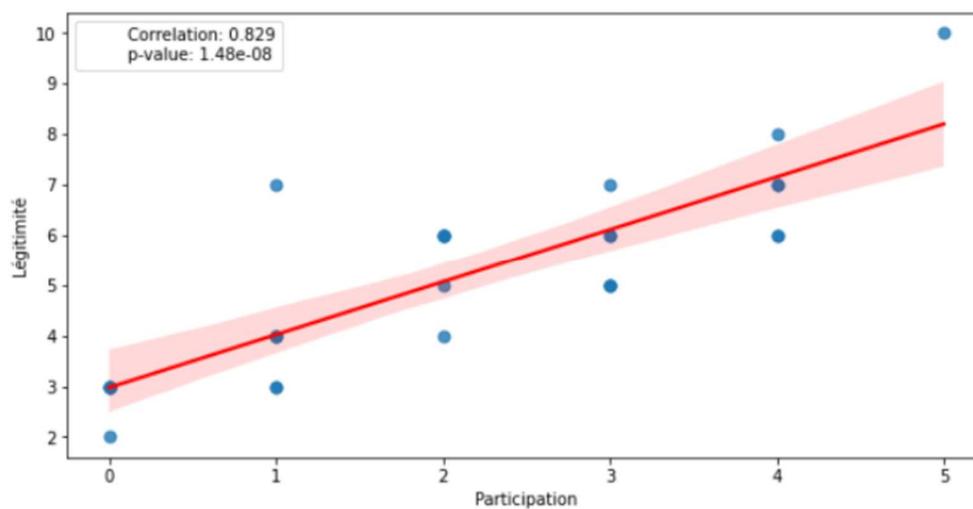


Figure 68 : Relation entre la participation et la légitimité - 2022³²²



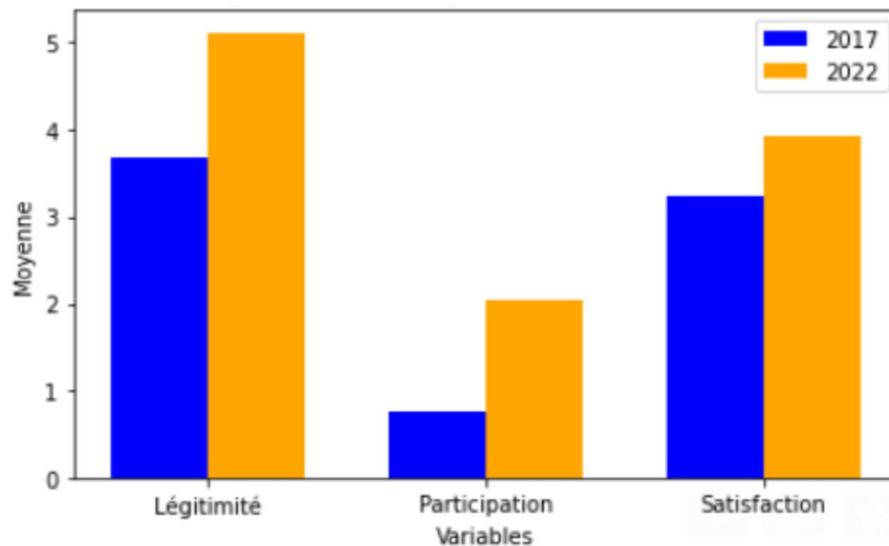
³²¹ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

³²² *Ibidem.*

En comparaison avec les données de 2017, ces coefficients de 2022 montrent des liens renforcés entre les trois variables, ce qui pourrait indiquer une évolution dans la perception et l'interaction des habitants vis-à-vis des actions de l'INDH.

En effet, les notes moyennes des trois variables affichent une nette progression entre 2017 et 2022 (figure 69).

Figure 69 : Comparaison de la note moyenne des 3 variables entre 2017 et 2022³²³



Au cours de la période 2017 à 2022, la participation a enregistré l'évolution la plus marquée avec une augmentation impressionnante de 165.22%. Cette croissance spectaculaire peut être attribuée à une valeur de départ particulièrement basse (tableau 47).

La légitimité a également connu une progression notable de 39.09%. Quant à la satisfaction, elle présente une croissance de 21.65%, la plaçant en troisième position en termes d'évolution parmi ces trois variables.

³²³ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

Tableau 47 : Evolution de la note moyenne des 3 variables entre 2017 et 2022³²⁴

Variable	Moyenne 2017	Moyenne 2022	Évolution (%)
Légitimité	3.67	5.1	39.09
Participation	0.77	2.03	165.22
Satisfaction	3.23	3.93	21.65

L'analyse statistique (tableau 48) indique une nette amélioration de la perception de la légitimité et de la participation par les habitants de Siroua entre les deux années étudiées. Ces évolutions sont statistiquement significatives, suggérant que des facteurs sous-jacents ont influencé positivement la perception des citoyens envers ces deux éléments.

En revanche, bien que la satisfaction ait également connu une augmentation, elle n'est pas statistiquement significative, ce qui signifie que cette variation est aléatoire. En effet, concernant l'accès aux soins de santé, les habitants de Siroua perçoivent les actions de l'INDH comme encore insuffisantes et ne sont pas pleinement satisfaits.

Tableau 48 : La significativité de l'évolution entre 2017 et 2018 des 3 facteurs³²⁵

Variable	P-value	Significativité
Légitimité	1.4e-04	Significative
Participation	2.0e-04	Significative
Satisfaction	1.1e-01	Non significative

« Les actions de l'INDH sont trop faibles pour la santé, manque de médecin, le dispensaire est tout le temps fermé, à Anzal (le centre de soins), on ne peut pas y aller à pied, l'ambulance indisponible ou en panne. En plus, il n'y a plus de médecin à Anzal³²⁶. », déclare une habitante de Siroua.

³²⁴ Résultat du questionnaire réalisé sur un échantillon de 30 habitants de la commune de Siroua.

³²⁵ *Ibidem*.

³²⁶ Extrait d'entretien semi-directif avec une habitante de la commune de Siroua 20.

Analyse de la dynamique de participation citoyenne et de légitimité des actions INDH

Durant les années 2017 et 2022, une évolution significative des relations entre la participation, la légitimité et la satisfaction est clairement perceptible.

En 2017, à l'approche de la fin de la phase II, la très faible participation peut être attribuée à deux facteurs principaux. Premièrement, un déploiement limité des instruments de participation citoyenne au cours des phases I et II de l'INDH. Deuxièmement, les éventuels dysfonctionnements du processus d'instrumentation, marqués par des problèmes de favoritisme et de politisation lors des deux premières phases de l'INDH. Ces dysfonctionnements ont entravé le transfert efficace de la participation citoyenne. En conséquence, les associations n'ont pas pu assumer pleinement leur rôle d'intermédiaires pour recueillir et refléter les besoins réels de la population rurale.

Cependant, en 2022, avec la phase III bien engagée, une nette amélioration est observée. Cette progression est principalement due à la dynamique instrumentale mise en place par la coordination nationale de l'INDH. Cette dynamique a encouragé une meilleure gouvernance et une instrumentation renforcée. Grâce à l'introduction d'instruments de contrôle, de suivi et de veille, et surtout, grâce à la mise en œuvre d'instruments de participation citoyenne, la population rurale a pris conscience de son rôle important dans la gouvernance de l'INDH. Cette sensibilisation leur a permis de mieux s'approprier les instruments de participation, renforçant ainsi leur lien avec les associations chargées des projets.

La participation accrue a eu un effet boule de neige, renforçant la légitimité perçue des actions de l'INDH, ce qui a, à son tour, amélioré la satisfaction de la population.

La satisfaction des populations rurales est intrinsèquement liée à la légitimité des actions publiques. Toutefois, cette légitimité est largement renforcée par la participation citoyenne, qui est un élément central de la gouvernance de l'INDH. En outre, l'adoption d'une gouvernance locale avec une participation citoyenne transforme la façon dont les actions publiques sont perçues et gérées, en invitant les divers acteurs de la société civile à jouer un rôle actif.

La légitimité des acteurs est importante pour l'acceptation des actions publiques, peut-être même plus que leur efficacité réelle. Cette légitimité, qui prend une dimension politique, est essentielle dans un contexte institutionnel fort.

La notion d'action légitime est renforcée lorsque la gouvernance inclut les citoyens parmi les principaux acteurs de son élaboration. Cela signifie que tous les intervenants, en particulier les bénéficiaires directs que sont les citoyens, doivent être activement impliqués dans le processus d'instrumentation.

Lorsque l'action publique est perçue comme légitime par les citoyens, cela induit une profonde confiance envers les initiatives et décisions prises par les autorités. Cette perception de légitimité, ancrée dans la transparence, la justesse et la pertinence de l'action, favorise une acceptation plus large de celle-ci au sein de la population.

Lors de la première phase de l'INDH, phase de démarrage et d'apprentissage, les pressions institutionnelles étaient relativement faibles, n'incitant pas à un changement isomorphe instrumental.

En revanche, la troisième phase a été marquée par un changement isomorphe de l'INDH. Ce virage est dû à l'adoption d'instruments nouveaux, innovants et pertinents, résultant des pressions institutionnelles subies. Ainsi, la légitimité de ses actions s'est considérablement renforcée, comme le suggère la théorie néo-institutionnelle, qu'on a pris en compte dans nos hypothèses.

En effet, par un mécanisme d'isomorphisme décrit par Scott (1995), les organisations tendent à adopter et se conformer à des pratiques et normes semblables, aspirant ainsi à améliorer leur performance selon North (1990) et à renforcer leur légitimité, comme l'ont souligné DiMaggio & Powell (1983, 1991) et Scott (1995).

2. La participation citoyenne comme instrument de légitimation de l'action publique

Les conditions de mise en œuvre des actions publiques sont profondément influencées par une gamme variée de contraintes, qu'elles soient économiques, sociales ou politiques. Ces contraintes façonnent et définissent les modes de gouvernance publique. En effet, les pressions institutionnelles conduisent les gouvernements, vers des transformations et des changements instrumentaux. L'une de ces transformations est l'adoption de la participation citoyenne.

Au-delà de garantir l'efficacité des actions publiques, cet instrument vise également à renforcer leur légitimité, comme démontré dans le cadre de l'INDH.

Il est important de se pencher sur les raisons de l'échec de certaines actions publiques, à travers leur contexte institutionnel et organisationnel. Les actions de l'INDH en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural en est un exemple poignant. Souvent, ces actions ne s'attaquent qu'aux problèmes immédiats sans prendre en compte les problèmes sous-jacents de gouvernance. Ces lacunes génèrent une suite d'actions successives qui, bien que bien intentionnés, n'arrivent pas toujours à combler le fossé entre les territoires urbains et ruraux. La clé pourrait résider dans une gouvernance légitime qui impliquerait davantage les habitants dans le processus instrumental et décisionnel.

La gouvernance légitime n'est pas seulement une question d'efficacité, elle doit être résolument participative. En impliquant la population dans le processus de gouvernance, on renforce non seulement la légitimité de l'action publique mais on favorise également la cohésion entre ses acteurs.

Bien que l'acceptation initiale d'une action publique coconçue puisse être intrinsèque, les résultats concrets, même partiels, peuvent renforcer cette perception.

Dans la commune de Siroua, la participation citoyenne semble être bien assimilée et confère une certaine légitimité aux projets. Cependant, le degré de participation demeure très faible, mais la connaissance et la familiarisation avec les différents instruments de participation a certainement amélioré la perception d'acceptation et de légitimité des actions INDH chez les habitants de Siroua.

L'approche participative est bien plus qu'un simple instrument de gestion. C'est une stratégie qui vise à renforcer les liens entre les divers acteurs impliqués dans l'action publique. En associant activement les citoyens aux propositions et aux décisions, on cultive un esprit de solidarité, de dialogue et d'initiative.

Malgré sa place centrale dans la philosophie de l'INDH, sa mise en œuvre s'avère complexe. Bien que la volonté des citoyens à participer soit forte, l'écart demeure entre les intentions et la réalité.

La gouvernance participative, avec ses promesses et ses défis, reste au cœur de l'évolution des politiques publiques au Maroc. La clé de sa réussite réside peut-être dans une meilleure communication, une implication plus profonde des citoyens et une réponse adaptée aux pressions institutionnelles.

3. L'instrumentalisation de la participation citoyenne

La participation citoyenne est devenue un maillon essentiel dans l'échiquier de la gouvernance moderne. Elle est le reflet de la démocratie participative, offrant aux citoyens, notamment ceux des zones rurales, une place centrale dans la proposition et la prise de décisions. Les citoyens, bien qu'ils ne soient pas nécessairement dotés d'une expertise technique, possèdent une connaissance locale inestimable. C'est cette connaissance qui les rend légitimes dans la prise de décisions et qui, par extension, confère une légitimité indiscutable à l'action publique.

La valeur ajoutée de la participation citoyenne réside dans sa capacité à renforcer la relation entre l'administration et les citoyens. Lorsque les acteurs publics et les citoyens travaillent main dans la main, les actions entreprises ont tendance à bénéficier d'une acceptation plus large et d'une efficacité accrue. Toutefois, cette symbiose n'est pas exempte de défis.

Un point important est que la participation peut aussi être utilisée comme un outil d'instrumentalisation. Par exemple, si les actions conçues collectivement échouent, les participants pourraient être enclins à minimiser cet échec, ne voyant pas leur propre participation comme une source d'erreur. Ce phénomène pourrait être détourné par certaines administrations, qui verraient en la participation une manière d'atténuer les critiques ou de se décharger de leurs responsabilités.

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) s'est engagée à intégrer les citoyens dans son processus de gouvernance, ce qui est louable en soi. Toutefois, se reposer exclusivement sur la participation citoyenne dans des domaines spécifiques, tels que l'accès aux soins de santé, sans apporter l'expertise technique nécessaire (notamment des médecins et d'autres experts), peut être perçu comme une tentative de légitimer l'action publique malgré ses lacunes.

En outre, la présentation d'actions positives dans d'autres domaines, peut servir à masquer des manquements dans des domaines importants du développement humain comme la santé, créant ainsi une perception artificiellement positive.

Une citation d'un élu de Siroua illustre parfaitement cette réalité : « Les gens sont contents quand ils peuvent participer et donner leurs avis sur leurs problèmes, c'est important³²⁷. » Bien que cette affirmation soit vraie, elle souligne également le risque d'une participation qui serait utilisée principalement à des fins de légitimation et d'instrumentalisation plutôt que pour une véritable co-conception.

Il est donc essentiel de distinguer entre une participation citoyenne authentique, qui vise à intégrer pleinement les citoyens dans la prise de décisions, et une participation instrumentalisée,

³²⁷ Extrait d'entretien semi-directif avec un élu de Siroua.

qui pourrait masquer certaines carences. La véritable participation implique une communication transparente, un engagement concret et productif, et surtout, une volonté d'intégrer réellement les retours et les besoins des citoyens.

La dynamique associative s'est clairement établie lors de la phase III, et l'INDH a adopté divers outils de participation citoyenne. Cependant, en milieu rural, notamment dans la commune de Siroua, la participation demeure marginale.

Face à des enjeux sociaux urgents, le gouvernement et des institutions comme l'INDH cherchent à maximiser les perceptions positives de la population grâce à une combinaison d'instruments informatifs, communicationnels, de médiation et de légitimation. Cette stratégie vise à renforcer la confiance et à consolider les relations entre les citoyens et l'administration. Dans ce contexte, la participation citoyenne se révèle être un instrument précieux.

Conclusion

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) a été conçue avec l'ambition de promouvoir le développement socio-économique de la population marocaine à travers diverses actions. Toutefois, plusieurs défis de gouvernance et d'instrumentation remettaient en question son efficacité, notamment en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural.

À la suite de l'examen des rapports d'évaluation publics et à partir des entretiens menés avec les principales parties prenantes, des problèmes majeurs ont été identifiés. Premièrement, la structure interne présente des anomalies, notamment une violation de sa composition tripartite. Cette irrégularité engendre des complications, tels que des soucis de coordination entre les provinces et des inconsistances dans la tenue des réunions des comités. Ces manquements compromettent sérieusement l'efficacité opérationnelle de l'INDH.

De plus, une absence de synergie entre les comités territoriaux, ainsi qu'un manque d'expertise parmi certains membres, exacerbe la situation. Les mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation ne sont pas pleinement exploités par tous les organes de l'INDH concernés. Les formations offertes aux intervenants locaux ne correspondent pas nécessairement à leurs besoins, ce qui réduit leur capacité à participer activement au développement local. De surcroît, la communication entre les différents acteurs est entravée, impactant la transparence et la collaboration.

Au niveau participatif, l'INDH montre des défaillances. Un engagement insuffisant de la part des communes nuit à la durabilité des projets lancés. Les initiatives les plus populaires auprès des habitants sont généralement sous la juridiction des autorités locales.

Les Comités Provinciaux de Développement Humain (CPDH), en charge des décisions relatives aux programmes de l'INDH, souffrent d'une centralisation excessive. Ce phénomène s'illustre par une représentation inéquitable, notamment une sous-représentation de la société civile. De plus, la domination des présidents de communes au sein de ces structures limite la mise en place

de programmes réellement inclusifs. La centralisation et le monopole des décisions nuit à la participation active des citoyens, entravant ainsi l'efficacité des actions.

La durabilité et la réussite des projets dépendent grandement de l'engagement des communautés à les porter. Malheureusement, une faible implication des communes et des citoyens dans l'INDH est observable.

En outre, l'INDH a montré des signes de fragilité instrumentale, notamment lors de ses deux premières phases. Sans une gestion efficace du budget, de la stratégie, ou encore du contrôle, son autonomie est remise en question. Se basant sur les critères d'évaluation d'une politique publique de Charlotte Halpern et Patrick Le Galès (2011), l'INDH démontre un faible niveau d'institutionnalisation, surtout durant sa première phase.

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) est envisagée non seulement comme une organisation pivot, mais aussi comme une méta-organisation destinée à jouer un rôle central de coordination avec plusieurs ministères. Cependant, une évaluation de son efficacité en tant que méta-organisation montre qu'elle est confrontée à des problèmes majeurs, notamment en ce qui concerne son autonomie et sa capacité à établir un consensus avec d'autres ministères.

L'INDH opère dans un environnement complexe où la collaboration avec plusieurs ministères est essentielle. Cependant, ces ministères suivent souvent des procédures strictes, imposant des restrictions à la manière dont l'INDH peut coordonner et intervenir. Il est donc important de renforcer le rôle de coordination de l'INDH pour optimiser la collaboration avec ces ministères et contourner les contraintes qu'ils imposent.

Plusieurs défis manifestes émergent de cette absence de coordination efficace. Par exemple, il y a des problèmes récurrents liés au financement et à la mobilisation des ressources humaines compétentes. De plus, les décisions étant souvent centralisées au niveau des ministères, l'INDH manque de l'autonomie nécessaire pour établir des partenariats et des actions conjointes. Cela a conduit à un manque de synergie entre les projets de l'INDH et ceux des ministères.

Un exemple marquant de ces problèmes est la relation complexe entre l'INDH et le ministère de la santé. Bien que l'INDH ait établi des centres de santé pour répondre aux besoins des zones rurales, de nombreux établissements demeurent inopérants en raison du manque de soutien du ministère. Cette situation est exacerbée par le manque de reconnaissance de ces centres par le ministère de la santé, les privant ainsi des ressources nécessaires pour fonctionner efficacement.

Ces difficultés mettent en lumière les limites techniques de la gouvernance méta-organisationnelle de l'INDH. Une meilleure coordination entre toutes les parties concernées est essentielle pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles. Malheureusement, l'INDH n'a pas encore réussi à établir cette coordination, surtout avec le ministère de la santé, malgré ses efforts.

L'INDH, malgré sa structure et son ambition, peine à se positionner comme une méta-organisation efficace. La notion de consensus, identifiée comme essentielle pour le bon fonctionnement des méta-organisations, est un domaine dans lequel l'INDH semble rencontrer des obstacles. La recherche de ce consensus, associée à une coordination plus solide avec les ministères, est primordial pour que l'INDH réalise pleinement son potentiel en tant que méta-organisation.

Bien que l'INDH ait un rôle significatif à jouer en tant qu'organisation, elle doit surmonter plusieurs difficultés pour renforcer son rôle de coordination méta-organisationnelle. Pour maximiser son impact en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural, il est impératif de renforcer ses mécanismes de coopération et d'établir un consensus avec d'autres entités gouvernementales, notamment le ministère de la Santé.

Les défaillances de l'INDH – durant ses deux premières phases - au niveau de sa gouvernance et au niveau de son processus d'instrumentation sont reflétées par sa faiblesse instrumentale en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural, où les instruments adoptés étaient pauvres qualitativement et quantitativement.

Ces lacunes organisationnelles sont expliquées par le contexte institutionnel de l'INDH. Le manque de pressions institutionnelles a laissé place à des déviations, où les présidents de communes favorisaient parfois leurs propres associations ou celles de leur entourage, au détriment des besoins de la population. Ce choix subjectif a généré des projets inefficaces, voire contre-productifs, tels que des centres de soins fantômes sans réelle fonction.

Pendant la deuxième phase de l'INDH, des évaluations institutionnelles ont exprimé des critiques sur certaines de ses actions et sur son organisation. Les médias ont aussi relayé d'autres critiques, largement débattues sur les réseaux sociaux, accentuant ainsi la pression sur l'INDH. De plus, les indicateurs de développement humain fournis par les institutions internationales ont mis en doute les investissements et les efforts entrepris par l'INDH.

Face à ces pressions institutionnelles, l'INDH a entrepris une refonte majeure de son organisation. Pour garantir que ses actions reflètent fidèlement les besoins des populations, elle a repensé sa structure décisionnelle. Au lieu de s'appuyer sur les présidents de communes, ce sont désormais les autorités locales qui valident les projets proposés par les associations, dans le but d'instaurer une transparence accrue.

Afin d'ajuster sa gouvernance et son processus d'instrumentation, l'INDH a également introduit de nouveaux instruments pour le contrôle, le suivi, et la participation citoyenne. Les réseaux sociaux, les plateformes numériques et les outils de communication ont été déployés pour faciliter la transparence et le feedback.

Sur le plan organisationnel, l'INDH a adopté un processus de changement isomorphique pour répondre aux pressions institutionnelles. Ce changement s'est inspiré des meilleures pratiques d'autres organisations tout en répondant aux exigences locales. Par ailleurs, l'impulsion donnée par des discours royaux officiels a joué un rôle primordial dans la définition des nouvelles orientations de l'INDH.

La troisième phase de l'INDH vient redresser la faible participation citoyenne et associative des deux premières. Cette dynamique instrumentale positive a permis à la population rurale de

prendre conscience de sa place centrale dans la gouvernance de l'INDH, d'acquiescer un sentiment d'appartenance et de s'approprier les actions entreprises.

L'augmentation de la participation citoyenne durant la troisième phase, a créé une réaction en chaîne, renforçant l'acceptation et la légitimité perçue de l'INDH. La première phase de l'INDH a été une phase d'apprentissage, avec des pressions institutionnelles modérées. Toutefois, la troisième phase avec des pressions institutionnelles fortes, a marqué une transition notable vers un changement isomorphe majeur.

L'adoption d'instruments innovants et pertinents (de participation, de communication, de veille, de contrôle et de suivi), en réponse aux pressions institutionnelles croissantes, a amplifié la légitimité de l'INDH. Ces évolutions sont conformes à la théorie néo-institutionnelle, qui suggère que les organisations, face à des pressions extérieures, tendent à adopter des normes communes pour améliorer leur légitimité et leur performance, comme le décrivent Scott (1995), North (1990), et DiMaggio & Powell (1983, 1991).

Les modes de gouvernance publique évoluent en réponse à un éventail de pressions institutionnelles, qu'elles soient d'ordre économique, social ou politique. Ces pressions peuvent conduire à des changements organisationnels, dont la plus remarquable est l'adoption d'une approche participative. Au sein de l'INDH, l'incorporation de la participation citoyenne vise non seulement à améliorer l'efficacité des actions mais aussi à renforcer leur légitimité.

L'échec de certaines actions de l'INDH, comme celles axées sur l'accès aux soins de santé en milieu rural, pointe vers des problématiques de gouvernance et d'instrumentation. Un engagement citoyen solide est une des clés pour combler ces lacunes. En intégrant les citoyens dans les processus de conception et de décision, la légitimité de l'action publique est renforcée, tout en favorisant une meilleure cohésion entre ses différents acteurs. Nos analyses permettent de mieux comprendre les défaillances de ce programme public en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural et de développer des recommandations (Annexe 2) et des pistes d'amélioration au niveau de sa gouvernance, ses instruments et son processus d'instrumentation.

À Siroua, malgré une participation modeste, la familiarité avec les instruments de participation a amélioré la perception des actions de l'INDH.

Cependant, la démarche de participation citoyenne porte le risque d'instrumentalisation. Bien que la participation puisse consolider la relation entre les citoyens et l'administration, elle peut aussi être détournée, servant d'instrument pour atténuer les critiques ou se soustraire à certaines responsabilités.

L'INDH s'est distinguée par son engagement à impliquer les citoyens. Mais, il faut veiller à ne pas confondre la participation réelle, qui cherche à engager véritablement les citoyens, avec une version instrumentalisée qui pourrait occulter des insuffisances. La participation authentique repose sur une transparence totale et une véritable implication des citoyens. Bien que la phase III de l'INDH ait introduit des instruments de participation, dans les communes rurales comme Siroua, l'engagement demeure timide.

Il est important pour les institutions publiques comme l'INDH de reconnaître la différence entre ces deux formes de participation. En fin de compte, la confiance ne peut être construite que sur une fondation d'authenticité et de transparence, et la participation citoyenne est un instrument puissant pour réaliser cela.

Bibliographie

Bibliographie

Références bibliographiques :

(Format APA édition 7 – Liste par ordre alphabétique.)

- Ahrne, G., & Brunsson, N. (2008). *Meta-organizations*. Edward Elgar Publishing.
- Alkire, S., & Foster, J. (2009). Counting and multidimensional poverty measurement. OPHI Working Paper Series.
- Ansart, P. (1977). *Idéologies, conflits et pouvoir*. Presses universitaires de France.
- Bezes, P., & Pierru, F. (2014). Politiques publiques et sociologie de l'État. In L. Boussaguet (Ed.), *Dictionnaire des politiques publiques: 4e édition précédée d'un nouvel avant-propos*. Presses de Sciences Po.
- Bietry, F. (2005). Changement et théorie neo-institutionnelle : Le cas des relations collectives françaises. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 8(2).
- Blondiaux, L. (2008). *Le nouvel esprit de la démocratie : Actualité de la démocratie participative*. Le Seuil.
- Charreaux, G. (1996). Vers une théorie du gouvernement des entreprises. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/4799182>

- Chouitar, M. (2012). L'équité en santé au Maroc [Présentation]. Conférence Internationale d'Experts sur la mesure et les approches politiques pour améliorer l'équité pour les nouvelles générations dans la région MENA, Rabat, Maroc, 22-23 mai 2012. Retrieved from <https://fr.slideshare.net/UnicefMaroc/lquit-en-sant-au-maroc>
- Cochoy, F. (2004). La captation des publics entre dispositifs et dispositions, ou le petit chaperon rouge revisité. In *La captation des publics : "c'est pour mieux te séduire, mon client"*. Presses Universitaires du Mirail.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le Système: Les Contraintes de l'action collective*. Seuil.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2).
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. The University of Chicago Press.
- DiMaggio, P. (1998). The New Institutionalisms : Avenues of Collaboration. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE) / Zeitschrift Für Die Gesamte Staatswissenschaft*, 154(4).
- Duchastel, J. (2005). Légitimité démocratique : Représentation ou participation? *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 7(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.1986>
- Dumez, H. (2008). Les Méta-Organisations. *Le Libellio d'AEGIS*, 4(3).
- Dumez, H. (2009). La théorie des méta-organisations. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 95(1).

- El Halaissi, M. (2018). Gouvernance de l'INDH, une lecture critique. *International Review of Economics, Management, and Law Research*, 1(1).
- Ezzrari, A. (2010). Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc entre 2001 et 2007 : Une approche multidimensionnelle. Retrieved from www.researchgate.net/publication.
- Ferrié, J., Omary, Z., & Serhan, O. (2018). Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : Les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales*, 2018(3-4).
- Gaudin, J.-P. (2002). Conclusion. Quelles perspectives pour la gouvernance ? In *Pourquoi la gouvernance*. Presses de Sciences Po.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. University of California Press.
- Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3).
- Gruénais, M.-É., & Guillermet, É. (2018). Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. À propos du "premier délai". *Insaniyat*.
- Hall, P. A. (1986). *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. Polity Press.
- Halpern, C. & Le Galès, P. (2011). Pas d'action publique autonome sans instruments propres : Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne. *Revue française de science politique*, 61.
- Halpern, C., Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2014). Introduction, L'instrumentation et ses effets : débats et mises en perspective théoriques. In

L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets. Presses de Sciences Po.

- Halpern, C., Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2019). Instrument. In *Dictionnaire des politiques publiques : 5e édition entièrement revue et corrigée*. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0321>
- Hamelin, F. (2023). *L'acceptation sociale*. EMS Editions. <https://www.cairn.info/l-acceptation-sociale--9782376877387-page-8.htm>
- Hassenteufel, P. (2011). Chapitre 5 - L'action publique comme construction collective d'acteurs en interaction. In P. Hassenteufel (Dir.), *Sociologie politique : l'action publique*. Armand Colin.
- Hood, C. (1986). *The Tools of Government*. Chatham House Publishers.
- Hood, C. C. (1983). *The Tools of Government*. Red Globe Press.
- Howlett, M. (2000). Managing the 'Hollow State': Procedural Policy Instruments and Modern Governance. *Canadian Public Administration*.
- Howlett, M. (2011). *Designing Public Policies: Principles and Instruments*.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1993). Patterns of Policy Instrument Choice: Policy Styles, Policy Learning and the Privatization Experience. *Review of Policy Research*, 12(1/2).
- Howlett, M., et al. (2015). Understanding the Persistence of Policy Failures: The Role of Politics, Governance and Uncertainty. *Public Policy and Administration*, 30(3-4).

- Kauffmann, E. (2014). « Les trois types purs de la domination légitime » de Max Weber : les paradoxes de la domination et de la liberté. *Sociologie*, 5. <https://doi.org/10.3917/socio.053.0307>
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique* (2e édition). Armand Colin.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2021). *Gouverner par les instruments* (2004). *Revue française de science politique*, HS1.
- Lemieux, V. (2002). *L'Étude des politiques publiques*. Laval.
- Linder, S. H., & Peters, B. G. (1989). Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Journal of Public Policy*, 9(1).
- Loukopoulos, P., Jakobsson, C., Gärling, T., Schneider, C. M., & Fujii, S. (2005). Public attitudes towards policy measures for reducing private car use: evidence from a study in Sweden. *Environmental Science & Policy*.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *Academy of Management Review*, 22(4). <https://doi.org/10.5465/AMR.1997.9711022105>
- Moreau Defarges, P. (2015). *La gouvernance*. *Le monde de la gouvernance* (4e éd. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-gouvernance--9782130584544-p-53.htm>
- North, D. C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press.

- Poupeau, F.-M. (2017). *Analyser la gouvernance multi-niveaux*. Presses universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/analyser-la-gouvernance-multi-niveaux--9782706126826-p-9.htm>
- Rodet, D. (2008). Loïc Blondiaux, Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative. Lectures. <https://doi.org/10.4000/lectures.609>
- Sajoux, M., & Nowik, L. (2010). Vieillissement de la population au Maroc. Réalités d'une métamorphose démographique et sources de vulnérabilité des aîné(e)s. *Autrepart*, 53(1). <https://doi.org/10.3917/autr.053.0017>
- Schade, J., & Schlag, B. (2003). Acceptability of Urban Transport Pricing Strategies. *Transportation Research Part F: Psychology and Behaviour*, 6(1).
- Scott, W. R. (1987). The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32(4). <https://doi.org/10.2307/2392880>
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and Organizations*. Sage.
- Stark, W. (1970). Review of *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology; The Iron Cage: An Historical Interpretation of Max Weber* [Review of *Review of Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology; The Iron Cage: An Historical Interpretation of Max Weber*, by M. Weber, G. Roth, C. Wittich, & A. Mitzman]. *Sociological Analysis*, 31(4).
- Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management Review*, 20(3). <https://doi.org/10.2307/258788>
- Taamouti, M. (2010). Développement humain: Entre réalités et perceptions de la population.
- Weber, M. (1946). Bureaucracy. In *From Max Weber: Essays in Sociology*.

Rapports publics :

- Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement. (2006). *Approches participatives au Maroc : Bilan de l'expérience et recommandations pour la mise en œuvre de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH)*.
- Banque Mondiale. (2015). *Programme pour résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales, Évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale*.
- Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques [CERED] - Le Haut-Commissariat au Plan. (2017). *Projections de la population des régions et des provinces 2014-2030*.
- Commission Spéciale sur le Modèle de Développement [CSMD]. (2021). *Le nouveau modèle de développement*.
- Conseil Économique, Social et Environnemental. (2013). *Initiative Nationale pour le Développement Humain : analyse et recommandations*. Saisine n° 2 / 2013.
- Conseil Économique, Social et Environnemental. (2013). *Rapport sur "Les soins de santé de base. Vers un accès équitable et généralisé"*. Saisine n° 4 / 2013.
- Conseil Économique, Social et Environnemental. (2017). *Développement du monde rural, Défis et perspectives*. Saisine n° 29/2017.
- Conseil Économique, Social et Environnemental. (2017). *Focus du Rapport Annuel 2017 : Les inégalités régionales et territoriales*.

- Ministère de la Santé. Conseil santé. (2009). *Stratégie de couverture des besoins sanitaires de base de la population marocaine.*
- Coordination nationale de l'INDH. (2019). *Présentation de l'INDH.*
- Décret No 2-14-562 du 7 Chaoual 1436 (24 juillet 2015). *Loi cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.*
- Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale. (2022). *Comptes nationaux base 2014 (2014 - 2019).*
- Direction Générale des Collectivités Locales. (2015). *Monographie générale, La région de Béni Mellal-Khénifra.*
- Direction Générale des Collectivités Locales. (2015). *Monographie générale, La région de Drâa-Tafilalet.*
- Direction Régionale de Drâa-Tafilalet, Haut-Commissariat au Plan. (2016). *Annuaire statistique régionale.*
- Direction Régionale de Tadla Azilal, Haut-Commissariat au Plan. (2012). *Annuaire statistique régionale.*
- Haut-Commissariat au Plan. (2006). *Politiques de population et développement humain au Maroc : bilan des cinquante années passées.*
- Haut-Commissariat au Plan. (2014). *Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages.*
- Haut-Commissariat au Plan. (2015). *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable.*

- Haut-Commissariat au Plan. (2017). *Principaux résultats de la cartographie de la pauvreté multidimensionnelle 2014 - Paysage territorial et dynamique.*
- Haut-Commissariat au Plan. (2018). *Les Indicateurs Sociaux du Maroc – Edition 2022.*
- HCP. (2008). *Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages 2006/2007.*
- Haut-Commissariat au Plan [HCP]. (2022). *Comptes nationaux 2021 base 2014.*
- Maroc. (2011). *Article 1 de la Constitution marocaine.*
- Ministère de l'Économie et des Finances. (2009). *Financement et Audit de l'Initiative Nationale pour le développement Humain.*
- Ministère de la Santé. (1997). *Enquête nationale sur la santé de l'enfant et de la mère.*
- Ministère de la Santé. (2005). *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004.*
- Ministère de la Santé. (2005). *Santé en chiffres.*
- Ministère de la Santé. (2008). *Plan d'action santé 2008-2012.*
- Ministère de la santé. (2011). *Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale.*
- Ministère de la santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2018).*
- Ministère de la santé. (2019). *Santé en Chiffres 2019.*

- Ministère de la prévention économique et du plan, centre d'études et de recherches démographiques. (1999). *Dynamique urbaine et développement rural au Maroc*.
- ONDH. (2008). *Synthèse de l'Étude sur la Perception de l'INDH*.
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2010). *Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc : Etudes de cas*.
- ONDH. (2012). *Analyse des Programmes de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (2005-2010)*.
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2013). *L'évaluation des réalisations de la première phase de l'INDH*.
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2013). *Évaluation des réalisations de la première phase de l'INDH (2005 – 2010) et de leurs effets sur les populations cibles*.
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2014). *L'initiative nationale pour le développement humain 2005-2014 : Acquis et enseignements rapport*.
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2016). *Présentation du quatrième rapport de l'ONDH consacré à l'évaluation de l'INDH*.
- ONDH. (2016). Rapport d'activités 2016. *Annexe : Initiative Nationale pour le Développement Humain 2005-2014, Acquis et Enseignements, Synthèse*.
- ONDH. (2017). *Cartographie du développement local multidimensionnel, niveau et déficits*.
- ONDH. (2017). *Indicateurs de suivi du développement humain, niveau et tendances à l'échelle nationale et régionale 2012-2017*.

- ONDH. (2017). *Rapport sur le développement humain, Inégalités et développement humain : contribution pour le débat sur le modèle de développement au Maroc.*
- ONDH. (2019). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc.*
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2021). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc : une analyse longitudinale.*
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2022). *Dynamiques des niveaux de vie et de la pauvreté au Maroc.*
- Observatoire National du Développement Humain [ONDH]. (2022). *Résultats des principaux travaux d'évaluation de l'INDH I & II.*
- Programme des Nations unies pour le développement [PNUD]. (2020). *Rapport sur le développement humain 2020.* <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/fr/MAR.pdf>

Sites Internet :

- <http://www.hcp.ma>
- <http://www.sante.gov.ma>
- <https://www.ondh.ma>
- <http://www.finances.gov.ma>
- <http://www.social.ma>
- <http://www.maroc.ma>
- <http://www.indh.ma>
- <http://www.tanmia.ma>
- <http://www.undp.org>
- www.banquemonddiale.org
- <https://fr.wikipedia.org>
- <https://www.maroc.ma/>
- <http://www.equipement.gov.ma/>
- https://www.amb-maroc.fr/_maroc/geographie.html
- <https://fr.countryeconomy.com/demographie/idh/maroc>
- <https://tibomedical.com/>
- <https://www.dhl.com/>
- <https://www.thedrive.com/>
- <https://www.collectivites-territoriales.gov.ma>
- <http://syal.fr/maroc/carte>

- <http://rgphencartes.hcp.ma/?radio=on#>
- <http://www.albacharia.ma/mapController?op=show>
- <https://www.youtube.com/>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretiens

Informations générales :

- Prénom, sexe, âge, profession, statut matrimonial, lieu de résidence, lieu de travail.

Informations spécifiques aux citoyens :

- Combien d'enfants avez-vous ?
- Combien de personnes vivent dans votre maison ?
- Est-ce que votre revenu est inférieur ou supérieur à 1000 DH par mois ?
- Disposez-vous dans votre domicile de l'eau courante, de l'électricité, d'un réfrigérateur ?

Les citoyens et l'accès aux soins de santé en milieu rural :

- Y a-t-il des personnes malades chez vous ou dans votre famille ?
- Possédez-vous la carte RAMED pour bénéficier de la gratuité des soins médicaux ?
- Quelle est votre démarche lorsque vous ou un membre de votre famille tombe malade ? Où vous dirigez-vous pour obtenir des soins ?
- À quel centre de soins vous rendez-vous habituellement en cas de maladie ?
- Quel est le centre de soins le plus proche de chez vous ?
- Quel est l'hôpital le plus proche de chez vous ?
- Avez-vous l'habitude de vous rendre au centre de soins de votre commune ?
- Connaissez-vous des cas de personnes ayant rencontré des difficultés pour accéder aux soins dans votre village ou dans les environs ?
- Disposez-vous d'un budget mensuel ou d'une réserve financière dédiée aux soins de santé ou à l'achat de médicaments ?
- Quelles sont les maladies ou les problèmes de santé les plus courants dans votre village ? (Exemples : accouchements, blessures, fièvres, piqûres de scorpion, etc.)
- Êtes-vous satisfait de l'accès aux soins dans votre commune ? Pourquoi ?
- Selon vous, quels sont les problèmes liés à l'accès aux soins de santé dans votre village ?
- Comment pensez-vous que le gouvernement ou l'INDH pourrait améliorer l'accès aux soins dans votre commune ?
- L'accès aux soins s'est-il amélioré au cours des 5 ou 10 dernières années ? Pourquoi selon vous ?
- Selon vous, l'aspect du transport est-il suffisamment pris en compte dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans votre région ?

- Comment évaluez-vous votre participation et votre engagement dans la gouvernance de l'INDH et dans la conception des actions visant à améliorer l'accès aux soins de santé ?

La mobilité dans les villages :

- Comment vous organisez-vous pour vos déplacements liés à l'approvisionnement, aux démarches administratives et aux soins de santé ?
- Quel est le coût moyen du transport pour vos déplacements hors du village ?
- Comment évaluez-vous la qualité du moyen de transport utilisé pour vos déplacements hors du village ?
- En situation d'urgence médicale, trouvez-vous facilement un moyen de transport pour atteindre un centre de soins ou un hôpital ? Pouvez-vous expliquer ?
- Y a-t-il des ambulances disponibles dans votre village ? Si oui, combien et à qui appartiennent-elles ?
- Combien de véhicules ou de services de transport en commun sont disponibles dans votre village ?
- Beaucoup d'habitants de votre village possèdent-ils une voiture ?
- Connaissez-vous des cas où des individus n'ont pas pu accéder à temps aux soins médicaux en raison de problèmes de transport ?
- Êtes-vous satisfait de la situation actuelle du transport et de la mobilité en matière d'accès aux soins en milieu rural ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- Selon vous, les interventions de l'INDH en matière de transport sont-elles absentes ou insuffisantes ? Merci de justifier votre réponse.
- Comment percevez-vous les aides publiques destinées au transport et à la mobilité dans votre commune ? Absentes, insuffisantes, ou adaptées ?
- Estimez-vous que la question de la mobilité représente une urgence dans votre milieu rural ? Pouvez-vous expliquer ?
- Quelles améliorations suggérez-vous à l'INDH pour optimiser le transport et la mobilité en milieu rural ?

Les actions publiques, la gouvernance et la participation citoyenne :

- Pouvez-vous énumérer des initiatives gouvernementales récentes visant à améliorer l'accès aux soins en milieu rural ?
- Quelles mesures spécifiques le gouvernement a-t-il prises pour faciliter le transport et la mobilité en milieu rural ?
- De quelle manière les habitants ruraux sont-ils impliqués dans la mise en place des actions publiques ?
- Dans quelle mesure les autorités locales ou l'INDH sollicitent-elles votre avis ou celui de la communauté pour identifier les besoins liés au transport et à l'accès aux soins ?
- Êtes-vous familier avec l'INDH et avez-vous été informé par les autorités locales à propos de cette initiative ?

- Quelles actions spécifiques de l'INDH ont été mises en œuvre dans votre milieu rural (dans votre village) ?
- Comment évaluez-vous les interventions publiques en matière de santé et de mobilité dans votre commune ?
- Selon vous, les actions INDH en matière de santé sont-elles suffisantes ou y a-t-il des lacunes ?
- Comment percevez-vous la suffisance des aides publiques consacrées à la santé en milieu rural ?
- Pensez-vous que les enjeux de santé en milieu rural représentent une situation d'urgence ? Pouvez-vous expliquer pourquoi ?
- Comment jugez-vous la coordination entre les différents programmes publics et entre l'INDH et le ministère de la santé ? Est-elle efficace, défaillante ou satisfaisante ?
- Avez-vous connaissance de cas de corruption qui pourraient entraver les efforts d'amélioration des conditions de santé et de transport en milieu rural ? Si oui, à quel niveau ?
- Comment évalueriez-vous le niveau d'information transmis par l'INDH ou le gouvernement concernant les questions d'accès aux soins de santé en milieu rural ?
- Comment jugez-vous le niveau de participation des citoyens dans les actions publiques ? Est-il adéquat, insuffisant ou optimal ?

Les associations et les initiatives citoyennes :

- Quelles associations sont actives dans votre région dans le domaine de la santé et des soins en milieu rural ? De quelle manière contribuent-elles concrètement ?
- Quels sont les principaux acteurs associatifs engagés dans la santé rurale et pouvez-vous décrire leur rôle ?
- Dans quelle mesure observez-vous un soutien de l'INDH envers les associations qui interviennent pour la santé en milieu rural ? Pouvez-vous donner des exemples de ce soutien ou de son absence ?
- Y a-t-il des actions portées par les citoyens qui visent à améliorer les conditions de santé dans votre milieu rural ? Si oui, pouvez-vous en parler ?
- Comment décririez-vous la collaboration entre les associations et l'INDH ? Quels sont les succès et les défis de cette collaboration ?
- Quel est le degré d'engagement des associations dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets de l'INDH liés à l'accès aux soins en milieu rural ?
- Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées pour renforcer le rôle des associations et des initiatives citoyennes dans l'amélioration de l'accès aux soins ?
- Quelles actions spécifiques pourriez-vous proposer pour renforcer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales ?

Les transporteurs (chauffeurs de Transit) :

- Les habitants bénéficient-ils d'une aide financière pour le transport en milieu rural ? Si oui, de quelle nature est cette aide ?

- Quel est le coût moyen d'un aller-retour pour une personne utilisant le transport en commun dans votre village, pour se rendre au centre de soins de la commune ?
- Le gouvernement fournit-il des subventions ou des aides financières directes aux transporteurs ruraux ?
- Quels problèmes les chauffeurs rencontrent-ils fréquemment dans l'exercice de leur profession ?
- À quel point la situation des transports en milieu rural est-elle critique à votre avis ?
- Quels sont les principaux problèmes de transport que vous identifiez dans votre commune ?
- Comment évalueriez-vous l'état des infrastructures routières dans votre commune (dans les villages) ?
- Pouvez-vous décrire l'état et la qualité des véhicules de transport utilisés ?
- Comment évaluez-vous le niveau d'information et de communication des autorités locales, de l'INDH et du gouvernement sur les questions de transport et de mobilité rurale ?
- Êtes-vous satisfait du niveau de participation offert aux transporteurs dans les décisions de l'INDH liées au transport ?
- Les autorités locales vous consultent-elles dans le cadre de l'INDH ou pour d'autres initiatives visant à améliorer les transports ?
- Existe-t-il des syndicats ou des organisations représentant les transporteurs en milieu rural dans votre région ? Si oui, Comment fonctionnent-ils ?
- Selon vous, le transport est-il suffisamment pris en compte dans les stratégies d'amélioration de l'accès aux soins de santé ?
- Transportez-vous régulièrement des patients vers des centres de soins ou des hôpitaux ?
- Quelles suggestions avez-vous pour améliorer la situation du transport en milieu rural (et dans vos villages) ?

La participation des médecins :

- Avez-vous déjà participé à des actions de l'INDH axées sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé en milieu rural ? Si oui, pouvez-vous partager vos expériences à ce sujet ?
- Comment évalueriez-vous la communication et la collaboration entre les professionnels de santé et l'INDH ? Quels sont les points forts et les axes d'amélioration ?
- Avez-vous pris part à d'autres actions visant à améliorer l'accès aux soins de santé en milieu rural, en dehors du cadre de l'INDH ? Pourriez-vous décrire ces actions ?
- Quelles difficultés spécifiques les habitants des zones rurales rencontrent-ils pour accéder aux soins de santé selon votre expérience ?
- Existe-t-il des médecins ou des collectifs médicaux qui s'engagent bénévolement pour soutenir la santé rurale ? De quelle manière interviennent-ils ?
- Quelles associations ou organisations se mobilisent pour apporter leur aide dans le domaine de la santé rurale ?
- Pensez-vous que les actions du gouvernement et de l'INDH en faveur de l'engagement médical en milieu rural sont suffisantes et efficaces ? Pourquoi ?

- Quelles sont les actions prises par les médecins pour pallier les lacunes des services de santé en milieu rural ?
- De quelle manière les médecins coopèrent-ils avec l'INDH pour développer et mettre en œuvre des programmes de santé en milieu rural ?
- Quel rôle les médecins jouent-ils dans la planification et le déploiement des actions de l'INDH dédiées à l'accès aux soins en milieu rural ?
- Comment pourrait-on améliorer l'approche de l'INDH en termes de ressources matérielles et d'efficacité de la gouvernance ?
- Quels instruments ou stratégies suggérez-vous pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales ?

Les responsables INDH, entre gouvernance et instruments :

- Pouvez-vous décrire votre rôle et responsabilités au sein de l'INDH en ce qui concerne l'accès aux soins de santé en milieu rural ?
- Comment évaluez-vous l'efficacité des actions INDH entreprises lors des phases I et II pour améliorer l'accès aux soins de santé en milieu rural ?
- Quels instruments avez-vous identifiés comme étant les plus performants pour faciliter l'accès aux soins de santé dans ces zones ? Pouvez-vous expliquer pourquoi ?
- Quels obstacles avez-vous rencontrés dans la mise en œuvre des actions INDH, et comment les avez-vous surmontés ?
- Quels ont été les résultats tangibles des actions INDH sur l'accès aux soins en milieu rural, et pourquoi certains objectifs n'ont-ils pas été atteints ?
- Pouvez-vous détailler le degré d'implication des citoyens, des associations, des élus et des médecins dans les actions INDH ? Quels sont les facteurs qui influencent leur niveau d'engagement ?
- Avez-vous identifié des cas de corruption, de conflits d'intérêts ou de favoritisme dans la sélection des actions INDH ou dans l'attribution des budgets ? Si oui, comment ces problèmes ont-ils été corrigés ?
- Comment la communication et la coordination avec les associations de médecins et d'autres professionnels de la santé sont-elles gérées pour assurer une collaboration efficace ?
- Comment évaluez-vous l'efficacité de la coordination entre l'INDH et les autres ministères, en particulier le ministère de la Santé ? Y a-t-il des exemples spécifiques qui illustrent les points forts ou les faiblesses de cette collaboration ?
- Quelle est la stratégie de l'INDH pour renforcer les capacités locales et encourager l'autonomie dans la gestion de la santé en milieu rural ?
- Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées au niveau des instruments et de la gouvernance de l'INDH pour optimiser l'accès aux soins en milieu rural ?
- Quelles actions spécifiques pourriez-vous proposer pour renforcer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales ?

Annexe 2 : Recommandations

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) s'est avérée être un pilier majeur pour le développement socio-économique de la population au Maroc.

Toutefois, afin d'essayer d'atteindre une efficacité optimale et de corriger les lacunes des deux premières phases, notamment en matière d'accès aux soins de santé en milieu rural, nous mettons en avant dans cette dernière section de notre conclusion plusieurs recommandations et perspectives, basées sur les rapports de l'ONDH (2013, 2017, 2022) et sur nos analyses précédentes.

Recommandations au niveau de la planification

Priorisation et recadrage des programmes :

Il est important pour l'INDH de recentrer ses programmes sur les véritables enjeux du développement humain, en tenant compte de la santé comme composante majeure. L'évolution actuelle montre que, malgré les efforts, l'impact sur cette dimension reste limité.

Une gestion plus horizontale, favorisant la collaboration entre différents acteurs tels que les sociétés civiles, les collectivités locales et les départements concernés, pourrait dynamiser ce secteur.

Mise en avant du milieu rural :

La complexité de la gestion des projets et l'accès limité aux budgets alloués ont réduit l'efficacité des programmes destinés au milieu rural.

En y apportant des améliorations, notamment par la simplification des procédures d'allocations budgétaires et la formation continue des acteurs locaux, l'INDH pourrait réaliser des

avancées significatives dans la lutte contre la précarité et les problèmes d'accès aux soins de santé en milieu rural.

Amélioration du ciblage géographique :

L'approche actuelle de l'INDH, basée principalement sur le pouvoir d'achat, ne reflète pas entièrement la distribution réelle des ressources financières. Il est donc essentiel d'affiner le processus de ciblage, en se basant davantage sur des critères multidimensionnels, tels que l'accès à la santé, et les infrastructures essentielles.

Il faudrait également corriger l'allocation des ressources moyenne par habitant, au niveau des communes, en fonction du vrai niveau de pauvreté multi-dimensionnel.

Ces ajustements permettraient une meilleure adéquation entre les besoins réels et les ressources financières allouées.

Recommandations au niveau de la gouvernance

Participation citoyenne productive :

En milieu rural, la mise en place d'une véritable participation citoyenne nécessite une démarche inclusive.

Cette inclusion passe par la création de forums de dialogue, des consultations publiques, des ateliers participatifs avec les associations, ainsi que par la création d'espaces dédiés à l'e-participation dans les communes rurales, ces espaces doivent être équipés d'une connexion internet et du matériel informatique nécessaire pour faciliter une participation numérique efficace sur les différentes plateformes mises en place.

Les citoyens, en tant qu'acteurs primordiaux de la transformation, doivent avoir l'opportunité d'exprimer leurs besoins, leurs préoccupations, et de proposer des solutions. Cette démarche, en

plus de renforcer le sentiment d'appartenance, assure une meilleure adéquation des initiatives avec les besoins réels de la population.

Participation associative renforcée :

L'efficacité de l'INDH serait grandement renforcée par une collaboration accrue avec les associations et ONG locales. Ces entités, dotées d'une connaissance terrain inestimable, doivent être intégrées de manière plus stratégique dans le processus décisionnel.

L'INDH devrait simplifier l'accès aux propositions associatives, offrir des formations ciblées aux acteurs associatifs et assurer une communication transparente. En reconnaissant et en valorisant pleinement le rôle des associations, l'INDH peut optimiser son impact sur les zones rurales les plus défavorisées.

Participation des experts :

Les experts, particulièrement les médecins, sont des acteurs importants pour la mise en place d'actions plus efficaces en matière d'accès aux soins de santé. Leur connaissance approfondie des réalités du terrain, des défis sanitaires et des solutions techniques, doit être mise à profit dès les phases préliminaires des actions publiques.

Des comités consultatifs, composés de ces experts, devraient être institués pour assurer un suivi régulier et des ajustements basés sur des données probantes.

Renforcement du rôle de coordination de l'INDH :

La coordination efficace entre l'INDH et les différents ministères est un levier fondamental pour la réussite des actions publiques pour l'accès aux soins de santé en milieu rural. En évitant les doublons, en mutualisant les ressources et en harmonisant les efforts, cette coordination renforcée assurerait une meilleure synergie, une optimisation des coûts, et donc, une plus grande portée des actions.

Le rôle de coordination de l'INDH, dans sa dimension méta-organisationnelle, doit être renforcé au sein du comité de pilotage. Cela permettrait d'améliorer sa capacité à créer un consensus avec les ministères et à obtenir leur engagement.

Recommandations au niveau de l'instrumentation

Renforcement du rôle décisionnel des DAS :

Les DAS, en tant que structures de proximité, ont une connaissance fine des territoires qu'elles couvrent. Leur pouvoir décisionnel et leur rôle de coordination locale doivent être renforcés pour leur permettre d'agir avec réactivité et pertinence.

Cela passe par une formation continue, des moyens logistiques et financiers accrus, et une autonomie renforcée dans la prise de décision.

Formation des comités locaux :

Les comités locaux, premiers maillons de la chaîne, doivent être outillés pour assurer leur mission de proposition.

Des formations régulières, des échanges d'expériences et des ressources adéquates leur permettraient d'analyser correctement les besoins de leur communauté, de proposer des solutions adaptées et d'assurer un suivi rigoureux des projets.

Système de capitalisation des retours d'expérience :

Il est important d'instituer un mécanisme qui capture, archive, et diffuse les succès et les leçons apprises. Ce système de capitalisation favoriserait l'innovation, l'amélioration continue et éviterait la répétition des erreurs passées. Des bases de données accessibles, des études de cas et des séminaires réguliers pourraient être des moyens efficaces de capitalisation et de transfert d'instruments efficaces.

Les réussites de certaines DAS, comme celle de Zagora, doivent servir d'exemple et être partagées. Des programmes d'échange, des jumelages, et des sessions de formation croisée favoriseraient la diffusion des bonnes pratiques et renforceraient la cohérence des actions sur le territoire.

Recommandations au niveau des instruments

Renforcement de la mobilité rurale

L'accessibilité aux services et aux infrastructures de transport est le prérequis fondamental à tout développement territorial. Elle est d'autant plus vitale lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé, en particulier en milieu rural.

La construction de routes, notamment dans les zones enclavées, facilite non seulement la mobilité des populations, mais aussi la circulation des biens et services essentiels à la santé. Chaque kilomètre de route construit représente un pas de plus vers l'inclusion.

L'Infrastructure de transport : Un pilier central pour l'accès aux soins :

Pour assurer un accès efficient aux soins de santé en milieu rural, une infrastructure de transport robuste doit être mise en avant. Cela comprend la construction et l'entretien de routes de qualité, qui facilitent le déplacement des patients, mais aussi le transport rapide et sécurisé des médicaments et du personnel médical.

Des Solutions de mobilité adaptées : Une nécessité pour le milieu rural :

Au-delà de la qualité des routes, il est impératif de mettre en place des services de mobilité formels et régulés, spécifiquement adaptés aux besoins de la population rurale. Envisager des solutions telles que des taxis collectifs subventionnés pourrait assurer que les habitants ruraux disposent d'un moyen fiable et abordable de rejoindre les centres de soins, sans que cela ne leur constitue un poids financier.

Ambulances : Garanties d'une réponse médicale rapide en cas d'urgence

Le rôle des ambulances est primordial. Elles doivent être non seulement bien équipées, mais aussi facilement déployables, garantissant que les urgences médicales en milieu rural reçoivent l'attention immédiate requise, sans délai.

Renforcement des structures de soins de santé

Le renforcement cohérent et intégré des structures de soins en milieu rural est impératif pour assurer une meilleure accessibilité aux soins de santé des habitants ruraux.

La refonte des infrastructures de soins de santé

Pour garantir une distribution équitable des services sanitaires, il est essentiel d'envisager une refonte complète du réseau des dispensaires de soins. Basée sur des analyses géographiques, démographiques et sanitaires, cette refonte a le potentiel d'identifier les zones nécessitant une intervention prioritaire. Elle permet également d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, assurant ainsi un accès uniforme aux soins pour tous les habitants.

La nécessité d'établissements de santé bien équipés

Au cœur de cette refonte se trouve la construction et la maintenance d'établissements de soins de santé ruraux.

Ces infrastructures doivent non seulement être accessibles, mais aussi bien équipées pour garantir un accès ininterrompu à des soins essentiels. Chaque établissement doit être le reflet d'une planification minutieuse, garantissant ainsi un niveau de service optimal.

Formation Continue : Une clé pour des soins de qualité

Outre l'importance des infrastructures physiques, la compétence et l'expertise des professionnels de santé sont essentielles.

Il est impératif d'offrir une formation continue aux professionnels de la santé ruraux, assurant ainsi que chaque patient reçoit des soins de la plus haute qualité possible, indépendamment de sa localisation.

La sensibilisation et l'éducation : Prévention Avant intervention

Pour compléter cette approche globale, des campagnes de sensibilisation doivent être déployées. Éduquer les habitants ruraux sur les meilleures pratiques sanitaires et la prévention des maladies est essentiel. Une population informée est mieux équipée pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé, prévenant ainsi un grand nombre de problèmes avant qu'ils ne se manifestent.

Renforcement de la disponibilité des professionnels de santé

Face aux déficits en personnel médical en milieu rural, des incitations, qu'elles soient financières, fiscales, ou en termes de carrière, peuvent être des leviers efficaces pour attirer et retenir les professionnels. Ces mesures doivent être accompagnées de conditions de travail adéquates et d'opportunités de formation continue.

Une politique incitative pour les médecins et les infirmiers pourrait être développée pour les inciter à rester plus longtemps dans les zones rurales.

Face aux défis de la distribution inégale des professionnels de santé, plusieurs mesures doivent être envisagées avec l'appui du gouvernement et du ministère de santé :

- Introduire des incitations financières pour encourager les médecins et autres professionnels de la santé à travailler en milieu rural.
- Promouvoir des stages rémunérés pour les étudiants en médecine dans les zones rurales afin de les familiariser avec les réalités et les besoins de ces territoires.

- Collaborer étroitement avec des associations professionnelles pour organiser des visites médicales régulières dans les zones rurales, garantissant que les communautés éloignées reçoivent des soins réguliers.
- La mutualisation des ressources et des compétences entre territoires offre des avantages considérables. Des coopérations renforcées, basées sur des accords formels, des échanges réguliers, et des projets communs, permettraient de surmonter certains défis locaux, d'optimiser les coûts, et de profiter d'une dynamique collective.
- Encourager le déploiement des unités mobiles de santé axées sur la prévention, ainsi que des caravanes médicales offrant des soins spécialisés et curatifs. Ces entités, composées d'équipes pluridisciplinaires, devraient bénéficier du soutien logistique des communes et du ministère de la santé pour la fourniture de traitements et de médicaments, garantissant un accès élargi et équitable aux soins essentiels.

Un RAMED renforcé

Le RAMED, en tant que pilier de la couverture médicale, il doit être renforcé. Cela passe par une meilleure gestion, une communication efficace avec les bénéficiaires, et une mise à jour régulière de ses prestations pour répondre aux évolutions des besoins sanitaires.

Le RAMED, se positionnant comme un élément essentiel de la couverture médicale, notamment, en milieu rural, nécessite un renforcement significatif. Il est essentiel de maximiser sa prise en charge totale des actes médicaux lourds et arrêter la continuation des paiements³²⁸ de ses bénéficiaires.

³²⁸ Ferrié, J., Omary, Z., & Serhan, O. (2018). Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc: Les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales*, vol. 2018, no. 3-4, pp. 125-143. <https://doi-org.ezpaarse.univ-paris1.fr/10.3917/rfas.181.0125>

Il est important également d'améliorer sa gestion pour garantir son efficacité et sa pertinence à long terme. Une communication claire et proactive avec les bénéficiaires est également nécessaire pour assurer que ceux-ci sont pleinement informés et peuvent accéder aux services de manière optimale.

De plus, face à l'évolution constante des besoins sanitaires de la population, il est important que le RAMED adopte une approche flexible et réactive, avec une mise à jour régulière de ses prestations. Cela garantira que le système reste adapté et à la hauteur des attentes des citoyens, tout en contribuant à l'amélioration continue de la santé publique.

Télémédecine

Avec les avancées technologiques, la télémédecine offre une réponse pertinente aux déficits en personnel médical. Elle permet de proposer des consultations à distance, de suivre des patients chroniques, et d'assurer une continuité des soins, même dans les zones les plus reculées.

Plusieurs solutions de télémédecine peuvent transformer numériquement les établissements de santé en zones rurales, permettant ainsi d'améliorer la qualité et la disponibilité des services de soins.

L'offre de télémédecine regroupe la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance et la téléassistance médicale. Plusieurs solutions peuvent être adoptées pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé en milieu rural :

- La téléconsultation, via des plateformes numériques et des applications mobiles, permettent aux patients de consulter des professionnels de santé à distance, réduisant ainsi les contraintes géographiques et temporelles. Elle offre un moyen efficace et pratique de recevoir des conseils médicaux, des diagnostics ou des suivis réguliers sans avoir à se déplacer physiquement dans un établissement de santé.

- La mallette de télémédecine, conçue pour fournir des soins de santé primaires et spécialisés dans les zones reculées, est équipée de dispositifs connectés à un Dossier Médical Electronique pour des diagnostics et dépistages à domicile. Portable et maniable par un infirmier, elle permet aux médecins à distance d'accéder au dossier du patient et de réaliser une téléconsultation si besoin³²⁹ (figure 70).
- Le kiosque de télémédecine en libre accès offre un diagnostic et dépistage autonome, grâce à des équipements médicaux connectés qui fournissent rapidement un diagnostic et un dossier médical électronique. En cas de besoin, elle facilite également une téléconsultation avec un médecin spécialiste approprié³³⁰ (figure 70).
- Le moniteur de surveillance facilite la communication entre les cliniciens à distance et le personnel sur place, permettant des soins en temps réel pour les patients. Grâce aux téléconsultations, l'équipe à distance reçoit des informations vitales sur l'état du patient, permettant une intervention rapide et appropriée³³¹ (figure 70).
- La cabine de télémédecine (figure 71) est une innovation médicale conçue pour être installée dans les lieux publics proposant des services de soins. En milieu rural, elle peut être installée dans des dispensaires, des centres de soins, ou dans tout autre établissement ouvert au public.

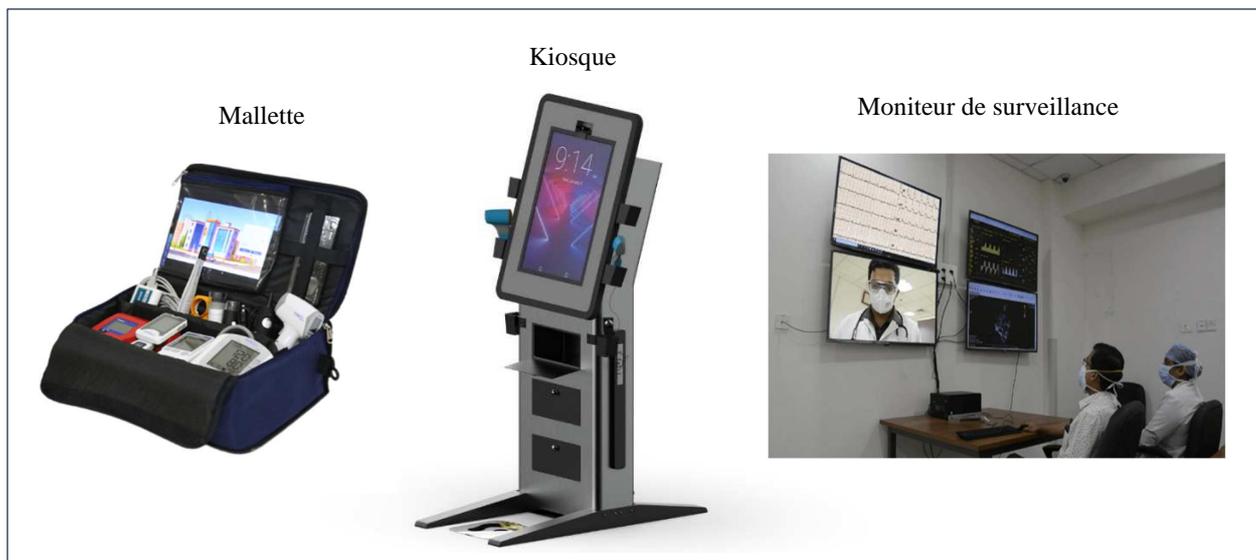
Ces cabines sont équipées de divers outils médicaux et d'une interface numérique, permettant aux patients de consulter un professionnel de santé à distance. Elles offrent une solution pratique pour les zones éloignées ou sous-desservies, garantissant un accès rapide et efficace aux soins médicaux sans nécessité de se déplacer sur de longues distances.

³²⁹ TIBO Medical. (Consulté le 12/12/2022). <https://tibomedical.com/>

³³⁰ *Ibidem.*

³³¹ *Ibidem.*

Figure 70 : Solutions de télémédecine de la société TIBO Medical³³²



Source : TIBO Medical. <https://tibomedical.com/telemedecine/>

Figure 71 : Cabine de télémédecine dans une pharmacie en France



Source : Photos prises en France en 2021

³³² TIBO Medical. (Consulté le 12/12/2022). <https://tibomedical.com/>

Logistique de médicaments par drones

Les drones (figure 72), communément connus pour leurs applications dans le divertissement et la surveillance, peuvent prendre une place prépondérante dans le secteur de la santé, particulièrement pour la livraison de médicaments en zones rurales inaccessibles. Ces objets volants, dotés d'une grande précision, offrent une solution innovante pour contourner les défis logistiques couramment rencontrés en milieu rural au Maroc.

À l'échelle internationale, l'utilisation des drones pour la livraison médicale a déjà fait ses preuves. Par exemple, en 2018, la société de courrier DHL³³³ a collaboré avec l'agence allemande de coopération internationale pour le développement pour tester cette technologie en Afrique. Sur une période de six mois, le drone a réussi à couvrir une distance de 2.200 km en 2.000 minutes de vol, desservant une île où près de 400.000 habitants étaient coupés de l'accès aux soins en raison de terrains impraticables et d'infrastructures défectueuses³³⁴.

De même, en Inde, une start-up a vu le jour en 2019, grâce à l'initiative de trois jeunes entrepreneurs. Leur projet était d'utiliser des drones pour livrer des médicaments, vaccins, et même du sang à des populations isolées. Leur succès a été démontré lorsqu'ils ont réussi à acheminer du sang à des femmes en difficulté post-accouchement dans les zones montagneuses du Népal³³⁵.

Alors que le monde évolue et que les technologies progressent, l'intégration des drones dans le secteur médical pourrait bien être une clé importante pour garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous, indépendamment de la géographie.

³³³ DHL est une société internationale de logistique d'origine allemande. L'acronyme « DHL » provient des premières lettres des noms de ses créateurs : Adrian Dalsey, Larry Hillblom et Robert Lynn.

³³⁴ DHL. (Consulté le 17/07/2021). <https://www.dhl.com/global-en/delivered/insights/medical-drones-save-lives-tanzania.html#:~:text=Enter%20%E2%80%9CDeliver%20Future%2C%E2%80%9D%20a%20pilot.BMZ>

³³⁵ The drive. (Consulté le 17/07/2021). <https://www.thedrive.com/drones/23446/india-startup-air-aid-launches-bloodstream-project-to-deliver-medicine-via-drone>

Figure 72 : Drone utilisé par DHL dans la livraison des médicaments



Source : <https://www.logupdateafrica.com/dhl-parcelcopter-delivers-medicine-through-drone-to-east-africa-aviation#:~:text=DHL%2C%20Deutsche%20Gesellschaft%20f%C3%BCr%20Internationale,Oct%202018%206%3A43%20PM%20GMT>

Les recommandations présentées ci-dessus sont le fruit de nos analyses de cette étude et d'une réflexion approfondie sur les besoins et les réalités du terrain. Leur mise en œuvre nécessite une vision globale, une collaboration étroite entre toutes les parties prenantes et un engagement solide. Seules des actions concertées et résolues permettront d'atteindre les objectifs d'un accès aux soins de santé équitable en milieu rural.

