

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

La protection sociale au Maroc

Revue, bilan et renforcement des systèmes
de sécurité et d'assistance sociales

Auto-saisine n°34/2018

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

La protection sociale au Maroc

Revue, bilan et renforcement des systèmes
de sécurité et d'assistance sociales

ASR-C3-012017-34-6726-fr

Conformément à l'article 6 de la loi organique n°128-12 relative à son organisation et à son fonctionnement, le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) s'est autosaisi afin de préparer un rapport sur la « *Protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales* ».

Dans ce cadre, le Bureau du Conseil a confié à la Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité la préparation du présent rapport et de l'avis.

Lors de sa 85^e session ordinaire tenue le 26 Avril 2018, l'Assemblée Générale du Conseil Economique Social et Environnemental a adopté à l'unanimité ce rapport, dont est extrait le présent avis.

Introduction

Le rapport du CESE dont est extrait cet avis porte sur la protection sociale au Maroc. Son objectif est de formuler des recommandations visant à améliorer l'étendue de la protection sociale en termes de nombre de personnes et de risques sociaux couverts, l'efficacité des régimes existants en termes de niveaux de prestations, de cohérence, d'équité et de qualité des services. Il énonce aussi des recommandations pour rationaliser la gouvernance des organismes en appui sur des principes et des règles de nature à en renforcer la démocratie et l'efficacité.

La démarche s'appuie sur une mise en perspective historique et normative de la protection sociale au Maroc et en fait ressortir les points forts et les faiblesses ainsi que les écarts par rapport aux droits énoncés par la Constitution du Royaume et par les normes internationales. Cet avis a en effet retenu pour principe directeur et pour finalité l'alignement du système marocain de protection sociale avec le socle universel de protection sociale tel qu'il est défini par les normes internationales les plus universellement partagées y inclus les plus récentes, en particulier la Recommandation 202 (2012) de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et les Objectifs de Développement Durable de l'ONU (ODD, 2015). Il retient de la protection sociale la définition la plus large, en tant qu'ensemble de dispositifs assurantiels et solidaires, de sécurité sociale et d'assistance, contributifs et non contributifs, garantissant une capacité de soins et de revenus à toutes les personnes et tout au long de leur cycle de vie.

Cet avis a une visée systémique. Il identifie la protection sociale en tant que composante des politiques publiques dont la vocation est de matérialiser l'effectivité d'un droit humain fondamental et, ce faisant, de contribuer à la cohésion sociale et au développement économique du pays. Le périmètre sous revue n'inclut pas la protection sociale relevant des mécanismes de redistribution par le marché de type compensation ou subvention aux prix des produits de première nécessité (butane, sucre,) ni les programmes publics de lutte contre la pauvreté de type Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH). Il ne porte pas non plus sur les éléments paramétriques et les déterminants techniques relatifs aux équilibres et aux projections actuariels des organismes de sécurité sociale existants.

Cet avis entend, tout en contribuant à la clarification des concepts, alerter sur l'importance des écarts entre les niveaux de protection sociale actuels et les besoins ainsi que les droits de la population en matière de sécurité sociale. Un des postulats clés est que la limitation des ressources et les difficultés du marché de l'emploi doivent être considérées non comme des freins réducteurs mais comme des motifs supplémentaires pour développer avec volontarisme, et urgence, un système national de sécurité sociale, universel en termes de risques couverts, inclusif en termes de populations assurées, solidaire en termes de financement, et efficace en termes de gouvernance, d'équilibre financier, de niveaux des prestations et de qualité de service.

Le présent avis s'appuie et doit être lu à la lumière du rapport détaillé présenté à l'Assemblée générale du CESE le 29 mars 2018 et voté le 26 avril 2018 à l'unanimité.

La protection sociale, normes, concepts et enjeux

Le cadre normatif international : de la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948) au socle universel de protection sociale (2012) et aux ODD (2015)

Conçue et longtemps pratiquée, au Maroc et dans le reste du monde, comme un exercice compassionnel, sous forme d'actions de bienfaisance, de charité ou d'œuvres pieuses, la protection sociale constitue, désormais, un parmi les droits humains fondamentaux. Ce droit est consacré par les conventions de l'Organisation des Nations-Unies (ONU), de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) ou de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il est porté par d'importantes initiatives transnationales, la plus récente étant en 2015 l'adoption des 17 Objectifs de Développement Durable (ODD). La protection sociale est au fondement même du contrat social et des liens de réciprocité et de solidarité sans lesquels les sociétés, quel que soit leur niveau de développement, ne sauraient assurer leur cohésion, ni prospérer, ni protéger la dignité de leurs citoyens.

La réflexion sur la protection sociale fait actuellement l'objet d'un débat international où émerge l'idée d'un revenu de base, universel et inconditionné. Cette idée se fonde sur le principe que, la protection sociale étant un droit humain fondamental et chacun ayant à ce titre une créance sur la société, tout citoyen devrait alors disposer, sans contrepartie, d'un moyen de subsistance en espèces. Cette idée soulève d'emblée, et trouve sa limite, dans la double question de sa faisabilité financière et de ses incidences sociétales notamment en termes de rapport au travail. Mais ce débat a le mérite de renouveler la réflexion sur la place de la protection sociale dans les politiques publiques, sur la valeur que ces politiques accordent à la cohésion sociale, sur leur capacité à concevoir et vouloir l'équité dans la redistribution des richesses, et sur la répartition de l'effort de financement de la protection sociale entre l'impôt, les revenus du capital, du patrimoine, et ceux tirés du travail. Le CESE a procédé à l'occasion de ce rapport à une revue du cadre normatif et conceptuel de la protection sociale avec pour ambition d'éclairer et de servir ce débat au moment où s'intensifie au Maroc, en particulier à l'invitation du Roi Mohammed VI, la réflexion sur le modèle de développement du Royaume.

Quel est le contenu du droit à la protection sociale ?

Pour expliciter le cadre conceptuel de la protection sociale, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a adopté en 2007 une « Observation générale n°19 » qui structure le contenu du droit à la sécurité sociale autour des trois principes suivants :

1. La sécurité sociale est à la fois un droit de l'Homme et une nécessité économique et sociale pour le développement et le progrès ;
2. La sécurité sociale remplit une fonction de redistribution et favorise l'inclusion sociale ;
3. La responsabilité d'assurer la réalisation du droit à la sécurité sociale incombe globalement et principalement à l'État.

Pour le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU¹, la sécurité sociale est « *le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans discrimination, afin de garantir une protection, entre autres, contre :*

1. *la perte du revenu lié à l'emploi, pour cause de maladie, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille ;*
2. *le coût démesuré de l'accès aux soins de santé ;*
3. *l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge ».*

En plus de sa définition normative, le droit à la protection sociale pose la question des modalités de sa mise en œuvre. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a insisté sur l'importance pour les pouvoirs publics de baser leurs politiques sur des principes d'action concrets et mesurables, notamment : la disponibilité du ou des régimes dédiés à la mise en œuvre des prestations de protection sociale ; l'exhaustivité des risques couverts ; l'adéquation des prestations ; l'accessibilité (les conditions d'admissibilité au bénéfice des prestations doivent être raisonnables, proportionnées et transparentes, servies en temps utile) et ; la participation (les bénéficiaires des régimes de sécurité sociale doivent être en mesure de participer à l'administration du système).

En 2015, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a adopté une Déclaration intitulée « *les socles de protection sociale : un élément essentiel du droit à la sécurité sociale et des ODD* ». Il a, à cette occasion, précisé que les socles de protection sociale, définis par l'OIT en 2012 et réaffirmés par les ODD en 2015, constituent « *un élément essentiel à la réalisation progressive du droit à la sécurité sociale* ». Pour assurer un accès effectif aux soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire des moyens d'existence tout au long de la vie, les socles nationaux de protection sociale doivent comprendre au moins les 4 garanties de sécurité sociale suivantes :

1. accès aux soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité ;
2. sécurité élémentaire de revenu pour les enfants ;
3. sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant ;
4. sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées.

Les branches fondamentales de la sécurité sociale

Les conventions de l'Organisation internationale du Travail (OIT) constituent le principal référentiel du droit international de la sécurité sociale et inspirent sur ce plan les politiques publiques de la plupart des pays du globe. Entre 1919 et 2012, l'OIT a adopté 31 conventions et 24 recommandations dans le domaine de la sécurité sociale, soit près de 20% des conventions internationales relatives au travail et 10% du nombre total de ratifications. La convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum) de 1952 et la recommandation 202, adoptée en 2012 sur les socles de protection sociale constituent deux références normatives essentielles.

1- Conseil Economique et Social, E/C.12/GC/19, 4 février 2008.

La convention 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale, adoptée en 1952 et entrée en vigueur en 1957, précise le niveau minimum des prestations de sécurité sociale et les conditions de leur attribution, ainsi que les neuf branches principales dans lesquelles la protection est garantie.

La recommandation 202 (2012) sur les socles de protection sociale fournit une orientation générale pour étendre et compléter les systèmes de sécurité sociale via l'établissement de socles nationaux de protection sociale qui soient accessibles à toutes les personnes dans le besoin. La notion de socle de protection sociale entend promouvoir des stratégies selon un modèle à deux dimensions : **une dimension horizontale** qui étend à tous et toute la sécurité sociale, et **une dimension verticale** qui améliore le niveau des prestations.

La participation du Maroc au droit international de la sécurité sociale

Engagement limité par rapports aux normes internationales

Après avoir fait figure, au lendemain de son indépendance, de leader régional africain et arabe en matière de développement du cadre législatif et réglementaire de la protection sociale, le Maroc est devenu un parmi les pays qui ont le moins ratifié les conventions de l'Organisation internationale du travail relatives à la sécurité sociale. La convention 102 (1952) dont l'approbation a pourtant été publiée au Bulletin Officiel (n°6140 du 23 *Jumada I* 1434, 04 avril 2013) n'a toujours pas fait l'objet d'un dépôt de ses instruments de ratification auprès de l'Organisation internationale du travail. A ce jour (26 avril 2018), le Maroc a ratifié 62 conventions de l'OIT, (sur un total de 177 conventions) dont 48 conventions sont en vigueur, 11 conventions ont été dénoncées et 3 abrogés. Le Maroc n'a ratifié aucune convention au cours des cinq dernières années. Au total, 42 conventions techniques de l'OIT relatives à la protection sociale ne sont pas ratifiées par le Maroc.

Le débat naissant sur le revenu universel de base : quelle faisabilité pour le Maroc ?

L'idée d'instaurer un revenu universel de base a été examinée par le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies à sa 35^e session en juin 2017 dans le cadre de la présentation du « Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'Homme et l'extrême pauvreté » consacré au thème de la protection sociale fondée sur le revenu de base au regard du droit international des droits de l'Homme². Cette idée soulève plusieurs questions importantes à commencer par celles de son coût et de sa soutenabilité. Mettre en place un revenu universel de base dans un pays en développement, où plus de 70% de la population est âgée de moins de 30 ans et où plus de 30% des jeunes de 18 à 24 ans sont au chômage est une hypothèse difficile.

A la différence des systèmes de sécurité sociale existants, le revenu universel de base se caractérise par les éléments suivants : « *au lieu d'un ensemble d'allocations partielles, ce mécanisme garantit un socle de revenus ; au lieu d'être épisodiques, les versements sont réguliers ; au lieu d'être fondé sur les besoins, leur montant est identique pour tous ; au lieu de toutes sortes d'allocations en nature, les bénéficiaires touchent une allocation monétaire ; cette allocation est versée à chaque personne, au lieu d'être versée uniquement aux foyers nécessiteux ; au lieu d'être soumis à diverses conditions, son bénéfice*

2 - Assemblée Générale des Nations Unies, Conseil des Droits de l'Homme, « Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'Homme et l'extrême pauvreté », A/HRC/35/26, 22 mars 2017.

est inconditionnel; au lieu d'exclure les plus fortunés, le mécanisme est universel; au lieu d'être fondé sur le cumul des cotisations, son financement est avant tout fondé sur l'impôt. Enfin la simplicité du mécanisme laisse présager une bureaucratie réduite au minimum et un faible coût administratif.»³

La question de la soutenabilité financière demeure le talon d'Achille du concept de revenu de base. Le rapporteur spécial sur les droits de l'Homme et l'extrême pauvreté citait en mars 2017 une étude qui préconise le versement à chaque citoyen d'un montant égal à 25 % du produit intérieur brut (PIB) par habitant, en considérant que ce montant serait « *suffisamment modeste pour que le système soit viable et suffisamment généreux pour que l'on puisse penser qu'il changera la donne*⁴ ». Ce montant correspondait à 1 163 dollars par mois aux États-Unis, à 1 670 dollars par mois en Suisse, à 9,50 dollars par mois en République démocratique du Congo pour l'année 2015. Au Maroc, pour un PIB de 1 000 milliards de dirhams par an, ce revenu représenterait un transfert annuel de 250 milliards de dirhams pour un montant de l'ordre de 630 dirhams par mois au profit de 33 millions d'habitants. Ce dispositif supposerait d'augmenter sensiblement les taux d'imposition pour continuer, en tout état de cause, à financer les autres dépenses publiques (fonctions régaliennes, éducation, santé, infrastructures, ...).

En l'absence de faisabilité, l'idée d'un revenu universel de base a besoin d'être recadrée dans une perspective plus large que les besoins des personnes individuellement considérées : la pauvreté concerne aussi des ménages démunis et éligibles en tant que tels à un revenu de base. Ce revenu doit aussi être mis en lien avec les problématiques structurantes de la protection sociale, telles que l'accès aux services de base (eau, assainissement, logement, transports, infrastructures), l'accès aux services sociaux d'éducation, de santé, et aux services de l'emploi. Ce type de dispositif doit aussi tenir compte des effets adverses sur l'incitation à l'activité. Une question essentielle reste de savoir si le revenu universel de base a vocation à se substituer aux régimes de sécurité sociale existants ou à les compléter : dans le premier cas ce revenu comporterait des risques évidents de régression sociale pour les personnes et les groupes titulaires de droits acquis en matière de protection sociale, dans le second son financement additionnel, outre qu'il serait difficile, pourrait aggraver les inégalités parmi les bénéficiaires des régimes de protection sociale.

Pour le Maroc, une telle option apparaît pour l'heure peu réalisable. Il est dès lors plus approprié de s'orienter vers un revenu de base pour les catégories vulnérables, sous conditions de ressources, notamment pour les enfants, les personnes en situation de handicap, les personnes sans couverture médicale, et les personnes âgées sans droit à pension.

Chiffres clés et benchmark international

Le dernier Rapport Mondial sur la Protection Sociale 2017-2019 de l'Organisation Internationale du Travail intitulé « Protection Sociale Universelle pour atteindre les objectifs de développement durable », constate que le droit humain à la sécurité sociale n'est toujours pas une réalité pour la majeure partie de la population mondiale, puisque seulement 45% de la population mondiale sont effectivement couverts par au moins une prestation de protection sociale, laissant 55%, soit 4 milliards d'êtres humains, en marge de toute protection.

3 - Idem, page 1.

4 - Assemblée Générale des Nations Unies, Conseil des Droits de l'Homme, « Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'Homme et l'extrême pauvreté », A/HRC/35/26, 22 mars 2017.

Selon une carte de ce rapport schématisant les dépenses publiques de protection sociale, hors santé, (en pourcentage du PIB), le Maroc apparaît comme faisant partie des pays qui investissent le moins dans ce domaine avec des dépenses publiques en matière de protection sociale qui représentent moins de 5% de son PIB.

Un benchmark réalisé par la Commission des Affaires sociales et de la solidarité à partir des données de l'OIT au sujet du Maroc, du Chili et de l'Egypte (sur la base de données de 2012) illustre ce retard du Maroc.

Les dépenses publiques de protection sociale (toutes fonctions) représentaient près de 6.57% du PIB en 2010 au Maroc contre 10.18% en 2012 au Chili et 13.21% en 2011 en Egypte. Cette proportion n'a pas significativement changé : alors que la moyenne des dépenses de sécurité sociale (notamment santé et pensions de retraite) pèsent un peu plus de 20% en moyenne dans les pays de l'OCDE, et près de 15% dans les pays émergents, elles se situent autour de 5% du PIB au Maroc avec un montant estimé pour ces deux branches à 60 milliards de dirhams.

Un récent rapport⁵ de l'OIT relatif aux possibilités de couverture des prestations en espèces des socles de protection sociale (SPS) mesurées par rapport aux ressources disponibles (impôts et aide publique au développement) classe le Maroc parmi les pays présentant un **niveau élevé de possibilité de couverture des prestations en espèces des socles de protection sociale (SPS), mais parmi ceux présentant un faible niveau de volonté politique pour investir dans le social**. Cette volonté politique est mesurée via la part des dépenses de santé publique et d'éducation publique, en pourcentage des dépenses publiques totales. Le Maroc fait partie des pays affichant la volonté politique la plus faible (21,6%) comparée à l'Ethiopie qui aurait ainsi la plus forte volonté (69,6%).

Fluidité du marché du travail : le marché marocain du travail et ses répercussions sur la sécurité sociale du secteur privé

Le marché du travail dans le secteur privé au prisme de la sécurité sociale

Le régime de sécurité sociale géré par la CNSS comptait 3 283 679 assurés en 2016. L'évolution annuelle de l'effectif de l'ensemble des salariés entrants et celles des assurés qui cessent d'être déclarés avant de bénéficier d'un droit à pension (attrition) caractérise un niveau élevé de fluidité du marché du travail dans le secteur privé formel.

Les chiffres concernant cette évolution annuelle, depuis 1997, soulignent à la fois la fluidité et l'insécurité qui caractérisent le marché du travail marocain formel avec, en 2016, un assuré sur dix cessant d'être déclaré à la CNSS avant l'âge de la retraite, et un régime de sécurité sociale dont un quart de l'effectif global était en mouvement d'entrée ou de sortie. Ce dernier taux indique, bien plus qu'un phénomène de fluidité, que le secteur formel de l'emploi est étroit, avec à sa périphérie des relations d'emplois marquées par une discontinuité structurelle.

L'évolution en moyenne annuelle (entre 1996 et 2016) du solde entre les déclarations et les cessations de déclaration au régime de sécurité sociale s'établit à 2,2%.

5 - OIT, « Universal Social Protection Floors : Costing Estimates and Affordability in 57 Lower Income Countries », 2017.

Ce taux illustre, le blocage structurel, l'étroitesse et la fragilité du marché du travail formel et en conséquence, les limites qui pèsent sur les capacités du régime de sécurité sociale à retenir et accroître l'effectif des personnes assurées et, à fortiori, à améliorer les niveaux de prestations qui leur sont servies.

La faible continuité de l'activité salariée formelle : fragilité du marché du travail et limite à la sécurité sociale

Dans le secteur agricole, un salarié sur deux est déclaré pour une durée inférieure à six mois sur douze à la CNSS ; il lui faudra donc deux fois plus de temps qu'un salarié régulier pour obtenir le droit à une pension de retraite. Seules 15% de femmes dans ce secteur et 37% d'hommes sont déclarés 12 mois sur 12. Tous secteurs confondus, seuls 49% des actifs étaient déclarés à la CNSS durant les 12 mois de l'année. Un quart des assurés est déclaré pour une période moyenne inférieure à six mois. Ces chiffres soulignent l'influence de la saisonnalité dans la définition des contrats de travail.

Le nombre de jours annuel moyen déclarés en 2016 pour les actifs du secteur agricole est de 144 (dont 167 jours pour les hommes, et de 110 jours pour les femmes). Le nombre de jours annuel moyen déclaré en 2016 pour les actifs des autres secteurs était de 220 jours pour les hommes contre 209 jours pour les femmes, soit 217 jours pour l'ensemble de cette population. 59% des actifs déclarés en 2016 a cumulé entre 216 et 312 jours. 22% de cette population, majoritairement des hommes, a atteint le maximum de 312 jours au titre de la même année.

Des écarts de salaires importants et une forte polarisation sur les bas salaires

En 2016, les salariés actifs du secteur privé étaient déclarés à la CNSS avec un salaire mensuel moyen de 5 032 dirhams et une densité d'emploi de 212 jours par an (nombre de jours déclarés par an par salarié), répartis sur 9,1 mois.

Ceux du secteur agricole étaient déclarés avec un salaire mensuel moyen de 2 063 dirhams et une densité d'emploi moyenne de 144 jours sur 6,9 mois. L'effectif des salariés inactifs (immatriculés mais sans aucune déclaration au cours de l'année) était de 4 055 612 personnes, âgées en moyenne de 47,2 ans contre 37,6 pour les actifs déclarés de la même année.

Leurs droits calculés en jours de déclaration cumulés étaient de 689 jours, avec pour 34% d'entre eux une dernière déclaration antérieure à l'année 2000. Cette composition souligne la discontinuité de la relation formelle de l'emploi, la longueur des périodes d'inactivité des salariés du secteur privé et la vulnérabilité du régime de sécurité sociale à l'instabilité d'une partie significative du marché du travail.

Les entreprises marocaines sont de très petites structures déclarant de bas niveaux de salaire

La structure de la population des entreprises affiliées à la CNSS et la répartition des niveaux de salaires qu'elles déclarent sont, à l'image du tissu productif national, concentrées sur les petites et les microentreprises avec de bas niveaux de revenus : 62% des entreprises déclarent moins de 4 salariés, et 86% des entreprises déclarent moins de 10 salariés, seule une entreprise sur cent (1%) déclare plus de 200 salariés. Près d'une entreprise sur deux (45%) déclare une masse salariale annuelle inférieure à 50 000 dirhams.

40% des actifs a perçu des salaires mensuels moyens inférieurs à 2 565 dirhams (SMIG) et la moitié des assurés (50%) perçoit un salaire inférieur à 2 798 dirhams, et seuls 14% des assurés ont été déclarés pour un salaire mensuel supérieur au plafond (6 000 dirhams). La proportion de femmes est systématiquement plus élevée parmi les assurés déclarés aux plus faibles niveaux de salaires : 42% des femmes perçoit moins que le SMIG contre 34% des hommes. Les salaires des hommes déclarés sont en moyenne supérieurs de 15% à ceux des femmes. Le salaire moyen de l'ensemble de la population assurée est cependant de 5 032 dirhams, grâce au poids relatif des hauts salaires qui ont tiré la moyenne vers le haut. Ce niveau souligne à la fois la possibilité et l'intérêt de remonter le plafond de cotisation à la CNSS (stagnant depuis 2002 à 6 000 dirhams). Un relèvement à 6 500 dirhams permettrait d'établir le salaire moyen déclaré à 80% du plafond ce qui correspond au seuil généralement recommandé.

Etat des lieux de la protection sociale au Maroc

La sécurité sociale, telle qu'elle a été mise en œuvre au Maroc au lendemain de l'indépendance, a introduit des mécanismes précieux de solidarité entre les générations et en leur sein tout en soulageant les finances publiques et les familles de la prise en charge des prestations fournies par les régimes en question à leurs assurés et leurs ayants-droits. Les bénéfices apportés à cette solidarité par les régimes de la CNSS, de la CMR, du RCAR, ou par les mutuelles fédérées au sein de la CNOPS sont à cet égard et en soi remarquables. Ils ont permis au Maroc de réaliser une partie des droits consacrés par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Mais à date, ces droits ne bénéficient qu'aux actifs salariés du secteur privé formel qui jouissent d'une relation de travail stable, aux fonctionnaires et agents de l'Etat et à leurs ayants droits. Les deux tiers de la population active (60%) ne sont pas couverts par un régime de pension ; près de la moitié (46%) de la population active ne bénéficie pas à date d'une couverture médicale. La quasi-totalité des actifs (hormis une minorité de salariés du secteur privé formel) ne bénéficie pas d'une assurance sociale spécifique contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ; le pays ne dispose pas de régime dédié à la protection sociale de l'enfance, des personnes en situation de chômage, ni des personnes en situation de handicap. Le Maroc a besoin de développer des dispositifs et des mécanismes publics de protection sociale, solidaires, et proportionnés à ses moyens en faveur des personnes et des catégories non encore couvertes : les actifs du secteur informel ; les travailleurs non-salariés, les indépendants et les membres des professions libérales, les travailleurs des coopératives, les aides familiaux notamment les femmes en milieu rural ; les mères célibataires ; les enfants, à commencer par les enfants démunis (« enfants des rues », enfants au travail ; enfants emprisonnés) ; les personnes en situation de handicap ; les personnes âgées (article 10 du Pacte) ; les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale (article 11 du Pacte), ainsi que les victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles, et les personnes au chômage. La mise en œuvre de ces dispositifs implique un renforcement de l'indépendance, de la démocratie, du professionnalisme et de l'efficacité des systèmes de gouvernance des organismes de sécurité sociale existants et une refonte du système politique de pilotage et d'information de l'ensemble du secteur de la protection sociale. Le rapport et les débats du CESE sur le thème de la protection sociale ont en

effet convergé sur l'importance névralgique de la volonté et du cadre politique, en tant à la fois que préalable et moyen indispensable, au développement d'un système national de protection sociale, universel, inclusif et efficace.

Couverture sociale de l'enfance

La protection sociale est un droit de l'enfant affirmé par l'article 26 de la Convention internationale des droits de l'enfant, ratifiée par le Maroc le 21 juin 1993. L'UNICEF, comme l'OIT, prône le développement et le renforcement de systèmes intégrés de protection sociale, qui soient fonctionnels et efficaces, conjuguant une approche systémique et une approche multisectorielle. Ces approches peinent encore à voir le jour, dans notre pays, malgré l'adoption de la Politique Publique Intégrée de Protection de l'Enfance au Maroc en 2015.

Une partie limitée et périphérique de la protection sociale de l'enfance au Maroc est déployée par voie contributive, via l'octroi d'allocations familiales aux salariés du secteur privé et employés du secteur public. Une assistance, par financement public, est destinée aux catégories de populations vulnérables dans le cadre de programmes d'appui à la cohésion sociale.

Les allocations familiales : un complément de revenu plus qu'une protection sociale de l'enfance

Au Maroc, les allocations familiales sont versées en espèces aux employés ayant des enfants et conçus comme un complément de salaire intégralement à la charge des employeurs. Le montant des allocations familiales est de 200 dirhams par enfant pour les trois premiers enfants et de 36 dirhams pour les suivants. Si ce montant est le même pour tous, quel que soit le revenu du salarié, ce dernier doit justifier de 108 jours continus ou discontinus de cotisations pendant une période de 6 mois d'immatriculation et d'un salaire mensuel supérieur ou égal à 60% du SMIG (ou 60% du SMAG pour le secteur agricole). Par ailleurs, l'âge des enfants est limité à 12 ans pour l'enfant à charge résidant au Maroc, à 18 ans pour l'enfant qui est placé en apprentissage, à 21 ans pour l'enfant qui a eu son baccalauréat et qui poursuit ses études au Maroc ou à l'étranger. Il n'y a pas de limite d'âge pour l'enfant handicapé ne disposant pas de revenu stable.

Pour les employés du secteur public, les allocations sont versées par l'Etat et constituent une composante de la rémunération.

Les retraités ayant des enfants à charge reçoivent leurs allocations familiales à travers leurs caisses de retraites.

Les allocations familiales ne bénéficient qu'aux parents actifs dans le secteur formel. 2,4 millions de personnes actives dans le secteur informel, représentant 36,3% de l'emploi non-agricole à l'échelle nationale, ne bénéficient pas de ce type de prestation.

Couverture sociale de l'enfance à travers les programmes d'aide des populations en situation de précarité

Des programmes de transferts monétaires sont destinés aux enfants en situation de précarité. Il s'agit notamment du Programme d'aide directe aux femmes veuves en situation de précarité ayant à charge des orphelins et du Fonds d'entraide familiale pour les femmes divorcées

démunies et leurs enfants, qui octroient un montant de 350 dirhams par mois par enfant, avec un plafond mensuel ne dépassant pas 1 050 dirhams mensuel par famille et sous condition de scolarisation ou de l'inscription de l'enfant en formation professionnelle, ainsi que du Programme *Tayssir* qui est un transfert monétaire conditionnel effectué au profit des ménages vivant dans les communes les plus pauvres en vue de lutter contre l'abandon scolaire.

D'autres programmes consistent dans des aides en nature ou dans le renforcement des prestations de services de base tels que l'Initiative Royale « un million de cartables » qui consiste à alléger les frais de scolarité des familles des élèves du primaire et collèges issus de milieux défavorisés et de la convention de partenariat signée en 2015 entre l'Etat et l'Entraide Nationale en vue d'améliorer les conditions de scolarisation des enfants en situation d'handicap.

Ces différents programmes sont assortis de conditionnalités ou limités à des localités spécifiques qui aboutissent à laisser, également, en marge de toute forme de protection sociale un nombre important d'enfants en situation de précarité.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles : des risques sociaux lourds régis par un système assurantiel archaïque et inéquitable

Le nombre de travailleurs décédant en raison d'un accident du travail est estimé à 3000 par an et la moyenne annuelle des accidents du travail déclarés est de 41 304 cas en 2016 et de 42 416 en 2017. Ces chiffres issus d'estimations du ministère de l'Emploi et de l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale (ACAPS) sont vraisemblablement inférieurs à la sinistralité réelle du travail. Le risque d'accidents de travail au Maroc reste selon le Bureau international du Travail le plus élevé de la région du Maghreb et du Moyen Orient. Le secteur du BTP concentrerait 10% des sinistres. Au Maroc, l'assurance contre les conséquences des accidents de travail et des maladies professionnelles, reste confiée, depuis 1927, aux compagnies d'assurance sur la base d'un dahir reprenant les dispositions d'une loi française de 1898 et constitue un des rares pays où les accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont pas considérés comme des risques de sécurité sociale ouvrant un droit universel à des prestations en nature et en espèces mais comme une responsabilité civile de l'employeur assurable auprès de tiers.

Les différentes réformes intervenues en 2002, 2003 et 2014 n'ont pas donné lieu à la généralisation de dispositifs de prévention des accidents du travail et ont fragilisé les mécanismes de prévention des risques de maladies professionnelles.

Dans de nombreux cas, les entreprises préfèrent occulter les cas d'accidents du travail pour contenir le niveau de leur prime d'assurance. Les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont exposées, quasi-systématiquement et, alors même qu'elles sont en situation de vulnérabilité et que beaucoup sont démunies, à des procédures administratives et contentieuses longues, coûteuses et complexes qui les contraignent à accepter des indemnités peu proportionnées aux dommages qu'elles ont subis. L'économie générale des textes est paralysée par un conflit de logiques entre la reconnaissance des droits des victimes et la prévention des pratiques frauduleuses.

La couverture des risques accidents du travail et maladies professionnelles a permis aux compagnies d'assurance de dégager en 2016, au titre de cette branche, un résultat technique net de 550,41 millions de dirhams⁶. Ce résultat a été multiplié par 15 depuis 2012 (où il était de 36 millions de dirhams) sans amélioration, en contrepartie, des modalités ni des niveaux de couvertures des victimes. Ce déséquilibre est un des facteurs de blocage du système de protection sociale marocain et une des causes des mauvais classements du pays dans les benchmarks internationaux en matière de protection sociale et de développement humain.

Protection sociale des personnes en situation de chômage

Insuffisances des politiques publiques en faveur de l'emploi au Maroc

Les politiques publiques en faveur de l'emploi et de la protection sociale des personnes sans emploi sont limitées aussi bien en termes de ressources qu'en termes de vision stratégique et d'efficacité. La loi de finances pour 2018 consacrait un budget prévisionnel de 1,25 milliard de dirhams en faveur de la politique de l'Emploi, soit moins de 0,5% du total des dépenses de l'Etat.

Le gouvernement avait adopté en 2015 une Stratégie Nationale pour l'Emploi (SNE) couvrant une période de dix ans (2015-2025). Cette stratégie est issue d'un diagnostic réalisé en 2014 et d'une consultation tripartite conduite par le Ministère de l'Emploi et des Affaires sociales. Elle constate le caractère préoccupant du découplage entre la croissance économique du pays, qui est soutenue depuis une décennie, et la crise du marché de l'emploi. Cette stratégie a préconisé, en matière de protection sociale («objectif spécifique 1»), de « compléter la législation nationale en matière de protection sociale, de « définir de façon plus précise ce qui relève de la solidarité nationale et ce qui relève des solidarités socioprofessionnelles », et de « compléter le système de protection sociale de l'Etat par des dispositifs volontaires, sur des bases territoriales, communautaires ou coopératives, faisant appel à la micro finance, micro assurance, micro mutuelle ». La stratégie a en outre préconisé de « élargir le champ de la sécurité sociale en vue d'assurer la couverture médicale de la population non couverte par l'AMO, d'étendre l'accès à un régime de retraite pour tous les travailleurs, d'élargir les prestations familiales aux populations non couvertes, d'étendre le bénéfice du régime de la CNSS aux professionnels du transport et de la pêche côtière, ainsi qu'aux gens de maison et au personnel domestique, d'élargir le champ des prestations, notamment l'IPE et l'assurance chômage, de consolider le système d'indemnisation de la perte d'emploi, et d'optimiser les services et les prestations de santé ». Cette stratégie n'a cependant pas fourni de lignes directrices précises concernant le financement, le portage institutionnel, le calendrier de mise en œuvre ou les indicateurs de suivi de ses recommandations.

Le Maroc n'applique pas les dispositions de La Convention 102 et de la Recommandation 202 de l'OIT relatives à la Protection Sociale en matière d'emploi

Le Maroc n'est à ce jour officiellement pas signataire des normes de l'OIT relatives à la protection sociale en matière d'emploi, notamment la convention 102 concernant la sécurité sociale (1952) qui inclut, parmi ses neuf branches, les prestations de chômage, et la convention 168 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage (1988). Les politiques publiques ne

6 - Le ratio des sinistres par rapport aux primes (S/P) s'élevait en 2016, pour la branche d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, à 115%. Ce résultat technique net tel qu'il est affiché tient compte des produits financiers de la branche.

rendent pas compte non plus de leur degré de convergence avec la recommandation 67 sur la garantie des moyens d'existence (1944) et la recommandation 176 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage (1988).

L'indemnité pour perte d'emploi : une prestation limitée et peu appropriée au risque du chômage

A date, seule la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) alloue aux salariés qui ont perdu leur emploi une indemnité dite de « perte d'emploi » (IPE). Cette indemnité n'est pas une allocation de chômage. Elle s'adresse au salarié qui perd de manière involontaire son emploi, et qui est en recherche active d'un nouvel emploi, sous forme d'un minimum de revenu, pendant une période plafonnée à 6 mois et d'un montant mensuel égal à 70% du salaire de référence (salaire mensuel moyen déclaré des 36 derniers mois) sans excéder le montant du salaire minimum légal.

L'indemnité de perte d'emploi s'assimile à un mécanisme d'aide au retour sur le marché du travail que de remplacement de revenu pour cause de chômage.

Un élément positif pour les salariés concernés est que la période indemnisée est assimilée à une période d'assurance durant laquelle ils conservent leurs droits à l'assurance maladie, aux allocations familiales et elle est comptabilisée dans la durée prise en compte pour la détermination des droits à la retraite. Rapporté à la population au chômage, estimée en moyenne à 10% de la population active, l'effectif des bénéficiaires de l'IPE est inférieur à 1%.

La protection sociale des personnes en situation de handicap

Le Maroc n'a pas développé, à date, de dispositions antidiscriminatoires faisant explicitement référence à la protection des personnes en situation de handicap et à la sécurité sociale des personnes en situation de handicap (PSH), sous forme d'aide médicale et paramédicale, ou sous forme de revenu de base. La protection sociale des personnes en situation de handicap n'est à ce jour régie par aucun texte spécifique, législatif ou réglementaire. Une loi-cadre (n°97-13 du 27 avril 2016) relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap prévoit (article 6), la mise en place d'un « régime de soutien social, d'encouragement et d'appui au profit des personnes en situation de handicap ». Les prestations, le financement et l'organisation de ce régime doivent encore être fixés par voie législative.

Des dispositifs d'assistance sont déployés via des programmes gouvernementaux de solidarité, tels que l'INDH ou TAYSIR, ou des services spécialisés et via la contribution du fonds d'appui à la cohésion sociale.

Les deux tiers des personnes en situation de handicap (66,9%) ne bénéficient d'aucun régime de sécurité sociale.

L'offre de soins généraux du système marocain de santé est inaccessible pour 60,8% des personnes en situation de handicap, principalement pour des raisons financières, et en raison soit de l'absence soit de l'éloignement des établissements et des structures de soins de santé.

Le taux d'emploi des personnes en situation de handicap et en âge d'activité est estimé à 13,6%, soit trois fois moins que le taux d'emploi national selon l'enquête nationale sur le handicap de 2014. Les femmes en situation de handicap subissent des difficultés accrues : avec un taux d'emploi de 2,7% au niveau national, elles ont neuf fois moins de chance de trouver un emploi que les hommes en situation de handicap (dont le taux d'emploi est de 22%).

Un régime de protection sociale pour les personnes en situation de handicap est à la fois nécessaire et possible. Le calculateur universel de la plateforme de protection sociale développé en 2018 par le Bureau international du travail a estimé à 0,3% du PIB le coût pour le Maroc d'une allocation équivalent à 100% du seuil de pauvreté pour toutes les personnes ayant une incapacité sévère.

Couverture sociale des personnes âgées

Au Maroc, le système de retraite repose sur des régimes financés par les salariés et leurs employeurs, dont les prestations sont proportionnées aux cotisations, sans aucun programme de pension de vieillesse non contributive. Près de 60% de la population active occupée, soit 6,2 millions de personnes ne sont couvertes par aucun régime de retraite. Les régimes obligatoires de pension se limitent aux salariés des secteurs publics et privés. La loi 99-15 relative à la mise en place d'un régime de retraite au profit des catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des non-salariés n'est pas encore mise en œuvre. Par ailleurs, et malgré l'approche structurée mise en place par la CNSS pour améliorer l'efficacité de ses procédures de contrôle, un nombre important d'actifs reste non ou sous-déclaré. Les femmes demeurent aussi relativement moins couvertes.

La couverture retraite est partagée entre un bloc de régimes de base obligatoires et une constellation de régimes additionnels, avec des organismes servant des pensions de base et des pensions, selon les cas, supplémentaires ou complémentaires via des techniques de financement par répartition ou capitalisation, le tout sans véritable cohérence, ni équité, avec un champ personnel d'application qui demeure limité, (40% de la population active), et des niveaux variables d'assurance sur la pérennité des différents organismes.

L'évolution du ratio entre les actifs cotisants et les retraités continue de se dégrader, de manière plus prononcée pour le secteur public avec 2,6 actifs pour un retraité en 2016 contre 3,8 en 2012.

Le cadre législatif régissant les régimes de retraites est complexe, avec des textes particuliers régissant différentes catégories socio-professionnelles sans convergence ni articulation entre eux. Il en résulte que, d'un organisme à l'autre, un dirham ou un jour de cotisation ne donnent pas lieu aux mêmes droits à pension.

Ainsi que le relevait le rapport de la Cour des Comptes en 2013, l'absence de passerelles entre les régimes existants entrave la mobilité des travailleurs entre le secteur privé et le secteur public et réduit la fluidité du marché de l'emploi.

A date, aucune loi cadre, ni loi de programmation ne régit le système marocain de pension, et le pays ne dispose pas d'une stratégie nationale d'extension de la protection sociale des personnes âgées.

Couverture sociale des soins de santé

Le système actuel est fondé sur la loi n°65-00 (portant code de la couverture médicale de base ; promulguée par le dahir du 3 octobre 2002), qui réfère à six principes structurants, mais non encore pleinement respectés : l'obligation d'assurance, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection du risque maladie⁷. Il est supposé s'organiser en deux niveaux : une couverture médicale de base obligatoire (CMB) et une couverture complémentaire (CMC). La couverture de base a été confiée à deux organismes sur des critères de statuts professionnels (public vs privé), de droits acquis préalablement à l'entrée en vigueur de la loi, et sur des critères de niveaux de revenus. Il a résulté de cette segmentation - initialement conçue pour être transitoire avant la mise en place d'un régime universel de base- un régime contributif d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), financé par les cotisations prélevées à partir des masses salariales et des revenus des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants et d'un régime d'Assistance Médicale (RAMED) fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis. La couverture médicale complémentaire est, quant à elle, assurée par les mutuelles et les assurances privées.

La Couverture médicale de base

Si les avancées rendues possibles par la mise en place de la couverture médicale de base sont réelles et précieuses, les évaluations⁸ du dispositif et les auditions menées à ce sujet par la Commission permanente des affaires sociales et de la solidarité du CESE font ressortir des insuffisances et dysfonctionnements significatifs.

Population couverte et niveau de prise en charge

Seize ans après l'adoption de la loi 65-00 en 2002 portant code de la couverture médicale de base :

- Le taux de couverture de la population marocaine à fin 2016, tout régime compris est de 54,6% contre 45,4% de la population qui ne dispose pas d'une couverture médicale ;
- Trois régimes AMO sur cinq ont été mis en place (régimes des employés et titulaires de pension du secteur public ; régime des salariés et retraités du secteur privé à partir de 2005 ; régime des étudiants en 2016). La couverture des indépendants et professions libérales n'est pas encore effective, et celle des ascendants prévue par la loi reste à l'étude ;
- Les personnes ne totalisant pas les périodes d'assurances suffisantes pour accéder à un droit à pension, ou qui sont en situation de perte d'emploi ou de chômage, les personnes actives dans le secteur informel, les aides-familiaux, les travailleurs à domicile, les Marocains ayant résidé à l'étranger sans avoir constitué de droit à pension, n'ont pas de couverture médicale. Les personnes bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie doivent s'acquitter en moyenne, pour le secteur privé de 40% et pour le secteur public de 32% des frais

7 - Ces principes ont été réaffirmés par la Constitution de 2011 dans son article 31 : « L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits : - aux soins de santé ; - à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État ».

8 - Différents rapports d'activité de l'ANAM et auditions de l'ANAM et des organismes gestionnaires organisées par le CESE. Rapport de l'ONDS sur l'évaluation du RAMED, 2017.

engagés. Parmi les principales causes de l'augmentation du reste à payer à la charge des assurés, plusieurs intervenants invoquent le non-respect des tarifs nationaux de référence par les prestataires de soins du secteur privé, ces tarifs étant eux-mêmes fixés à des niveaux inférieurs au prix coutant d'une grande partie des soins, obligeant ainsi les praticiens et les patients à des transactions extraconventionnelles. L'autre motif invoqué renvoie à la faible attractivité du secteur public de soins qui ne capte que 6% des dépenses de l'AMO, illustrant ainsi une migration en masse des assurés vers le secteur privé de soins.

Equité

Le retard dans le basculement vers l'AMO des entreprises et établissements publics souscrivant des polices d'assurance auprès des compagnies d'assurance privées a pris la forme d'un blocage et l'article 114 de la loi, qui était supposé organiser une transition, est devenu une sorte de statut de fait. Cette situation, qui déstructure le système de sécurité sociale marocain dans son ensemble et entrave la mise en place d'un régime unifié obligatoire d'assurance maladie de base, sera confrontée au défi de sa propre viabilité. En effet, l'intégration de ces entreprises et établissements, si elle devait avoir lieu sans mesure d'accompagnements, est susceptible d'engendrer un creusement des déficits pour la CNOPS et une augmentation substantielle des volumes de prestations et des taux de cotisation à la CNSS. Par exemple, l'intégration du personnel de l'ONCF à la CNOPS soit un effectif de 45 055 bénéficiaires en 2017, s'est traduit par un solde négatif entre les cotisations et les dépenses en raison notamment de la structure démographique des assurés (ratio démographique de 0,66 actif pour un pensionné) et compte tenu de leur « profil de consommation » de soins⁹.

Financement et équilibre

La détérioration de l'équilibre financier du régime AMO-CNOPS pourrait être aggravée si ce régime devait rester fermé sur les actifs de la fonction et du secteur publics. Plusieurs facteurs concourent à ce risque :

- La part des affections de longue durée (ALD) et des « affections lourdes et coûteuses (ALC) » est passée de 2.32% en 2006 à 5.58% en 2017 avec un poids dans les dépenses de soins qui a atteint 49% en 2017 contre 41% en 2006 ;
- La hausse du coût de plusieurs postes de soins, notamment :
 - Les médicaments en raison de l'application des nouveaux prix publics de vente (B.O du 08 avril 2014), de 3 à 4 fois plus onéreux pour les assurés depuis que la CNOPS a été contrainte à la fermeture de sa pharmacie mutualiste,
 - Le dentaire après l'alignement des tarifs de remboursement sur la tarification nationale de référence (17,50 DH pour les prothèses et 12,50 DH pour les soins dentaires) en 2014-2015,
 - L'accroissement du recours aux soins (Taux de « sinistralité » de 45% en 2017 contre 36% en 2006),
 - La faiblesse d'une politique nationale intégrée de soins préventifs.

9 - Source CNOPS

Les déficits qui sont apparus depuis 2016 pourraient s'aggraver sous l'effet de l'intégration de 25 établissements publics appelés à s'affilier à l'AMO-CNOPS conformément à l'article 114 de la loi 65-00.

Au sujet du RAMED, une récente évaluation réalisée par l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH) a révélé une sous-évaluation du coût financier réel de ce régime en raison de l'absence de comptabilité analytique dans la majorité des hôpitaux publics et de la difficulté d'identifier les crédits alloués à ce régime en raison de l'inexistence de clés de répartition et de suivi du versement des contributions des communes au « compte d'affectation spécial de la pharmacie centrale » géré par le Ministère de la Santé.

Qualité de services aux assurés

La couverture médicale de base ne s'est pas à date accompagnée de dispositifs publics de mesure de la qualité de sa gestion et des soins. La mise en place du RAMED ne s'est pas accompagnée d'une mise à niveau du secteur hospitalier public, induisant ainsi une pression sur la qualité des soins, et sur la charge de travail du personnel hospitalier avec une dégradation de la situation et de l'image de marque de la médecine publique dès lors assimilée à la médecine pauvre pour les pauvres¹⁰. La qualité de service des autres organismes n'est pas évaluée en termes de délais de traitement des dossiers, de modalités de prise en charge et de remboursement des frais, de réponses aux réclamations, de droit de recours des assurés contre les décisions des organismes gestionnaires.

Gouvernance

Le pilotage de la couverture médicale est confronté à d'importants défis de gouvernance, notamment :

- La multiplicité des régimes de l'AMO, contraire au principe de solidarité, de mutualisation des risques et d'unification affirmé par la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base ; cet émiettement ne favorise pas la viabilité financière à long terme de la couverture médicale dans son ensemble ;
- Un conventionnement qui peine à se mettre en place (conventions tarifaires non renouvelées depuis 2007-2008 et partiellement appliquées) ;
- Une quasi-absence de l'évaluation et de l'application des mesures de régulation édictées (protocoles thérapeutiques, normalisation, médicaments, dispositifs médicaux, nomenclature, etc.) ;
- L'absence d'une instance de médiation indépendante, dotée de moyens juridiques (l'ANAM n'a pas d'autorité sur les acteurs) ou d'un pouvoir de sanction pour faire appliquer les dispositions légales et réglementaires de la couverture médicale de base ;
- La lenteur et/ou le gel de l'actualisation des tarifs conjugués à l'insuffisance des outils de contrôle et de suivi de la consommation médicale, facilitant les abus de faiblesse à l'encontre des patients et de leurs familles et le recours aux paiements parallèles des soins ;

10 - Rapport de l'ONDH sur l'évaluation du RAMED, 2017.

- La procédure paradoxale de gestion des ressources du RAMED : alors que la loi 65-00 portant code de la couverture médicale confie la gestion de ce régime à l'ANAM, ses décrets d'application confient la gestion de ses ressources au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Economie et des Finances, ce qui a pour effet de bloquer l'utilisation des crédits collectés directement par le RAMED auprès des bénéficiaires payants (ces montants étaient de 154 millions de dirhams en 2017).

La Couverture médicale complémentaire : le blocage du système mutualiste

La couverture médicale complémentaire est assurée par le secteur mutualiste et les assurances privées¹¹. Le secteur mutualiste est composé de 28 mutuelles dont les principales activités consistent dans :

- La prestation de soins dans le cadre d'une assurance médicale de base et/ou complémentaire ;
- La gestion du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) pour le compte de la Caisse Nationale des Organismes de prévoyance sociale (CNOPS) ;
- Les aides, secours et avances sur prestations maladie ;
- La création et la gestion d'œuvres sociales, notamment à caractère sanitaire ;
- La prestation d'un capital décès et/ou vieillesse ;
- Les prestations à caractère social telles que les prestations spéciales aux personnes en situation de handicap et les maisons de repos pour les personnes âgées.

Il y a lieu de rappeler, que le secteur de la mutualité a été pionnier et a joué un rôle décisif dans l'accès de ses membres et de leurs ayants-droits à des équipements et des soins de santé à l'heure où la couverture médicale de base n'existait pas. L'institution par les mutuelles d'unités sociales et médicales a contribué, par ailleurs, à réduire la charge et la pression sur le secteur de la santé en matière d'offre de soins. L'évolution du cadre législatif et réglementaire relatif à la couverture médicale de base et à l'exercice de la médecine a insuffisamment pris en compte et ne semble clairement pas avoir recherché la promotion du secteur mutualiste. Ce secteur s'en trouve exposé à des contraintes qui entravent le développement de l'ensemble du système national de protection sociale.

La loi relative à la couverture médicale de base a été interprétée comme interdisant absolument à un organisme gestionnaire de cumuler la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base avec la gestion d'établissements assurant des prestations de soins définis au sens large. C'est manifestement ce principe qui a conduit à prévoir, dans le projet de code de la mutualité soumis à l'avis du CESE¹², l'interdiction pour les mutuelles de créer ou gérer des structures de soins. Cette réglementation si elle était appliquée conduirait à la fermeture des infrastructures et des services existants alors que l'accès aux soins au Maroc est encore très limité comme le

11 - Les compagnies d'assurances privées offre des couvertures maladies complémentaires (en sus du régime de base). Le montant estimé des polices d'assurance est de 3.6 milliards de dirhams selon le rapport d'activité de l'ACAPS 2016. Ces prestations sont en dehors du champ de la présente étude.

12 - CESE « Avis sur le projet de loi 109-12 portant code de la mutualité », saisine n°6/2013.

précise le rapport du CESE sur les soins de santé de base¹³. Cette fermeture constituerait une détérioration de l'offre et de l'accès aux soins.

Le même phénomène de blocage a frappé l'offre de soins, pourtant à haute utilité sociale, de la CNSS laquelle avait développé à partir de 1979 un réseau de 13 unités médicales pluridisciplinaires. Ce réseau a structuré un plateau technique avec une large activité médico-chirurgicale, sous forme d'hospitalisation, de consultations et d'explorations en ambulatoire. A date, ces cliniques disposent de 1 000 lits d'hospitalisation, 42 salles d'opération, 11 maternités, 13 services de réanimation, 9 centres de dialyse, 13 laboratoires d'analyses médicales, 13 services d'imagerie médicale comptant 7 scanners, 1 service de réanimation néonatale, 2 unités de soins intensifs en cardiologie. Elles assurent des services d'urgences et des permanences de soins 24H/24. Les polycliniques ont été conçues à l'origine pour les assurés sociaux et les membres de leur famille à charge. Elles ont ensuite été ouvertes à tous les patients, bénéficiaires ou non de la garantie d'un organisme de prise en charge. Elles sont liées, dans le cadre du tiers payant, à de nombreuses Mutuelles et Assurances. Ces unités pratiquent le tarif national de référence en appui sur une facturation tracée, ce qui leur confère un caractère de prestataires de soins sans but lucratif, de caractère social et solidaire. Ainsi, positionnées sur le segment dit « moyen de gamme », elles réalisent une mission de médecine sociale et solidaire au bénéfice chaque année de plus de 500.000 patients, dont plus de 10% hospitalisés, avec près de 1 120 consultations par jour, et plus de 45 397 séances de dialyse en 2016. Lors de la mise en place des régimes d'assurance maladie obligatoire, le législateur avait consacré, sous le chapitre des « incompatibilités » une disposition dans la loi (article 44 de la loi 65-00 du 21 novembre 2002) stipulant qu'il est « *interdit à un organisme gestionnaire d'un ou plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire de base de cumuler la gestion de l'assurance maladie avec la gestion d'un établissement assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou des établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux* ». Cette disposition ne repose sur aucun principe opposable de sécurité sociale, de nombreux organismes gestionnaires d'assurance maladie de par le monde cumulant la gestion administrative et financière d'un régime et développant par ailleurs des offres de soins. Cet article laissait cependant ouvertes les possibilités, définies au sens large, pour les organismes concernés de déléguer la gestion de leurs établissements de fourniture de soins, de médicaments et d'appareillages à des organismes subsidiaires et, plus largement, de « contribuer à l'action sanitaire de l'Etat ». De fait, cette disposition a été interprétée dans un sens restrictif, posant une limitation exclusivement à l'égard des organismes publics (CNOPS et CNSS) et des mutuelles mais en laissant ouverte la possibilité de produire des soins aux compagnies d'assurance. Cette interprétation a conduit au gel des ressources et au blocage du développement du réseau des polycliniques de la CNSS et des centres de soins mis en place depuis parfois des décennies par les mutuelles de salariés. De fait, cette évolution dessert les principes de solidarité, d'équité et d'accessibilité des soins et entrave la qualité de la couverture médicale des salariés autant que celle des autres catégories d'actifs. Les équipements et les services de la CNSS, financés à l'origine par un prélèvement limité sur les produits financiers des réserves de cet organisme, présentent en outre l'avantage de soulager aussi bien les finances publiques que les assurés et leurs ayants droits d'une partie significative des dépenses de santé. Entre 2000 et 2017, l'apport de la CNSS au financement de son réseau de polyclinique a été réduit de 50%, au préjudice à la fois du soutien au fonctionnement et aux équipements de ces infrastructures.

13 - CESE « les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé », saisine n°4/2013.

Le rôle clé de la gouvernance

Hétérogénéité et limites des systèmes de gouvernance des organismes marocains de sécurité sociale

La gouvernance des régimes marocains de prévoyance sociale est hétérogène. La composition des organes de délibération, les modalités de leur nomination et de leur remplacement, le champ et l'étendue de leurs attributions, l'évaluation de leurs performances, leur rattachement institutionnel relèvent de principes qui ne sont pas toujours formalisés ni lisibles et obéissent à des règles et des usages qui varient d'un organisme à l'autre.

Ainsi, le conseil d'administration de la CNSS est de composition tripartite, avec des membres représentant l'Etat, les organisations d'employeurs et les organisations syndicales de travailleurs, tandis que les conseils d'administration du Régime collectif d'allocation de retraite (RCAR) et de la Caisse interprofessionnelle marocaine de retraite (CIMR) ne comptent pas de représentants des travailleurs cotisants¹⁴. Le conseil d'administration de la branche d'assistance de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM-RAMED) ne compte pas de représentants des partenaires sociaux ni des bénéficiaires du régime, à l'inverse du conseil d'administration de la branche en charge de l'assurance maladie obligatoire qui compte 6 représentants des travailleurs et 5 représentants des employeurs.

Les organismes en charge de la gestion des régimes obligatoires de pension ont pour la plupart reçu le statut d'établissement public, « doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière » et sont placés sous la « tutelle technique » et la « tutelle financière » de l'Etat exercée par un ou deux départements ministériels. Cette règle n'est pas en vigueur à la CIMR qui, après le statut d'association a pris celui de société mutualiste de retraite, ni au RCAR (Régime collectif d'allocation de retraite) qui gère le régime de base obligatoire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales et des personnels des organismes publics soumis au contrôle financier de l'Etat, en plus d'un régime facultatif complémentaire. Le RCAR est défini comme une « institution dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière », sans tutelle technique de l'Etat. Il est géré par la Caisse nationale de retraites et d'assurances (CNRA) et administré par un comité de direction comprenant le comité de direction de la CNRA elle-même, aux côtés des représentants de quatre départements ministériels (agriculture, équipement, intérieur, modernisation du secteur public) et de quatre représentants des organismes affiliés tirés au sort¹⁵.

Les structures de gouvernance de la CNOPS sont confrontées à une double problématique de composition et d'attribution. Son Conseil d'administration est composé, pour moitié, de représentants de l'Etat, dont le représentant de l'ANAM, et pour moitié de représentants des sociétés mutualistes qui la composent et des représentants des centrales syndicales les plus représentatives. La CNOPS, qui était historiquement une fédération de mutuelles, a été chargée de la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire de base, en appui sur ses mutuelles membres qui ont pris le statut de gestionnaires déléguées de l'AMO en vertu d'une convention

14 - Le Comité de direction du RCAR compte « quatre représentants des affiliés nommés pour trois ans et désignés par quatre organismes adhérents au régime collectif d'allocation de retraite et ayant leur siège dans les communes urbaines de Rabat - Salé et de Casablanca. Ces adhérents sont choisis par tirage au sort effectué par le directeur général de la caisse de dépôt et de gestion », article 45 de la loi n° 1-77-216 du 20 chaoual 1397 (4 octobre 1977) créant un Régime collectif d'allocation de retraite.

15 - Idem

pluriannuelle de gestion. Ces mêmes mutuelles gèrent directement ou indirectement des œuvres sociales mutualistes en tant que prestataires de soins facturant leurs prestations à la CNOPS en mode tiers payant. Cet organisme gère ainsi un régime obligatoire de couverture médicale via des ressources issues du budget de l'Etat (plus de 5 milliards de dirhams) et une couverture complémentaire via les mutuelles qui la composent, avec une gouvernance bicéphale partagée entre un président élu par des mutuelles et un directeur nommé par le gouvernement.

Les attributions des conseils d'administration des organismes gestionnaires des régimes de prévoyance sociale varient aussi, et restent généralement limités, en matière de délibération et de contrôle sur les opérations de gestion de la trésorerie et de placement des réserves financières, en matière de contrôle des risques, d'audit interne, et de nomination et de rémunération des dirigeants exécutifs ainsi qu'en matière de statut et de gestion des ressources humaines des organismes en question.

L'ACAPS : un rôle clé mais dont l'efficacité est subordonnée à la réduction de ses risques de conflits d'intérêts

Le système marocain de protection sociale a été récemment doté d'une institution têtère, l'Autorité de contrôle des assurances et de la Prévoyance sociale (ACAPS), créée en vertu de la loi 64-12 pour remplacer la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale (DAPS) qui relevait du Ministère de l'Economie et des Finances. Cette Autorité est elle aussi dotée de la « personnalité morale et de l'autonomie financière ». Elle est chargée du contrôle du secteur des assurances, des organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire, de la retraite et des organismes de droit privé gérant les opérations de retraite fonctionnant par répartition ou par répartition et capitalisation (Sociétés Mutuelles de Retraite – SMR)¹⁶.

Cette autorité est dirigée, outre son Secrétaire général, par un Conseil de 7 membres dont le président, avec trois membres indépendants, en charge d'arrêter sa politique générale et de délibérer sur ses principales orientations stratégiques, organisationnelles et financières. Ce Conseil dispose du pouvoir décisionnaire en matière d'agrément des entreprises d'assurances et de réassurance, d'approbation des statuts des organismes de retraite et de sanction en cas de non-respect ou de manquement aux dispositions législatives et réglementaires applicables aux établissements soumis à son contrôle. Il s'appuie sur une commission de discipline, présidée par un magistrat de la Cour de Cassation et composée d'un parmi les membres indépendants du Conseil, d'un représentant de l'Autorité désigné parmi son personnel, et d'un membre représentant chaque secteur soumis au contrôle de l'Autorité. Cette participation es-qualité de représentants des secteurs et des organismes sous contrôle de l'Autorité présente un risque tangible de conflit d'intérêt susceptible d'affecter l'indépendance de jugement et de décision, l'efficacité et la crédibilité de cette structure. Il en est de même pour la commission de régulation qui est par ailleurs chargée de fournir un avis consultatif sur les projets de circulaires de l'Autorité, les projets de textes législatifs ou réglementaires en relation avec le secteur des assurances et de la prévoyance sociale, les demandes d'approbation des statuts présentés par les Sociétés mutualistes de retraites ou par les sociétés mutualistes. Cette commission, présidée par le secrétaire général de l'Autorité, compte aussi, en effet, outre 2 représentants de l'administration (Ministère de l'Economie et des Finances) des représentants des secteurs soumis au contrôle de l'Autorité.

16 - Titre II de la loi n°64-12 portant création de l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale

Recommandations

Le cadre normatif international

- 1. Conformer les politiques publiques de protection sociale avec les standards normatifs internationaux, et ce :**
 - en parachevant la ratification de la convention 102 (1952) de l'OIT sur les normes minimales de sécurité sociale ;
 - en ratifiant les conventions relatives aux soins médicaux et aux indemnités de maladie (convention 130, 1969) ; à la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage (convention 168, 1989) ; aux prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants (convention 128, 1967) ; aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (convention 121, 1980) ;
 - en procédant à un bilan des politiques et des dispositifs de protection sociale à la lumière des conventions techniques de l'OIT, y inclus les conventions et protocoles non ratifiés, rendre compte des motifs de la non-ratification et des mesures envisagées pour aligner le cadre réglementaire et les dispositifs de protection sociale avec les standards internationaux ;
 - en intégrant à l'ordre du jour du dialogue social tripartite, au niveau national et régional, et au périmètre du dialogue social interne aux entreprises, la définition de politiques de sécurité sociale en ligne avec les principes visant l'instauration d'un socle de protection sociale inclusif dédié à la mise en place d'un système national complet de sécurité sociale.
- 2. Réduire la vulnérabilité de la protection sociale des salariés du secteur privé par rapport à l'insécurité du marché du travail en s'appuyant sur :**
 - l'extension de la couverture sociale à l'ensemble des salariés du secteur privé (800 000 salariés du secteur privé ne sont pas déclarés à la CNSS, dont 50% sont actifs dans le secteur agricole et d'autres activités précaires) ;
 - la mise en place d'un dispositif de rétention dans le régime de sécurité sociale des assurés en cessation de déclaration grâce à un mécanisme de capitalisation des droits en points mobilisables durant les périodes d'inactivité ;
 - la mise en place de chèques de paiements des droits sociaux (de type chèque emplois services) pour les travailleurs domestiques et les aides familiaux ;
 - l'extension de la couverture sociale aux travailleurs non-salariés : adoption des décrets de mise en place du régime de couverture sociale (pensions) et médicale ;
 - le renforcement des sanctions contre le refus de cotiser à la sécurité sociale.
- 3. Relever, à court terme, le plafond des cotisations à la CNSS à 6 500 dirhams et instaurer son indexation sur la moyenne des salaires déclarés au régime.**

La protection sociale de l'enfance

4. Le CESE recommande une transformation des conceptions des politiques publiques à l'égard de l'enfance pour considérer la protection sociale comme étant à la fois un devoir et un investissement fondamental à l'égard des générations futures, ce qui implique de faire évoluer la conception des allocations familiales à la charge des employeurs exclusivement vers une conception et des pratiques fondées sur l'aide directe et ciblée sur les enfants, de 0 à 15 ans.
5. Développer les aides aux enfants sous forme de transfert monétaire conditionné et non conditionné :
 - a. ciblant les enfants où qu'ils soient : familles, institutions et ménages ;
 - b. ciblant une ou plusieurs vulnérabilités ;
 - c. définies selon l'analyse de situation socio-économique individuelle ;
 - d. évolutives, à la baisse ou à la hausse dans le temps, selon le suivi évaluation régulier des enfants bénéficiaires.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles

6. Reconnaître et traiter, à l'instar des pratiques internationales et en ligne avec les conventions internationales (notamment la convention 102 de l'OIT), les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles comme des risques sociaux, et garantir leur protection dans le cadre d'un régime national obligatoire, unique et non lucratif d'assurance sociale ; la CNSS, en tant qu'organisme public non lucratif, devrait gérer ce risque sur la base d'un système déclaratif individualisé des revenus appuyé sur un corps de contrôle et un système de recouvrement des créances.
7. Actualiser et renforcer la législation relative à la médecine du travail pour en rendre l'existence et l'effectivité systématiques, contrôlables et appropriés aux risques de santé et de sécurité dans l'ensemble des secteurs d'activité.
8. Réformer radicalement la législation et les procédures de constatation, de prise en charge, de suivi, d'indemnisation et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La Protection sociale des personnes en situation de chômage

9. Etablir un bilan des politiques publiques au regard des dispositions de la Convention 168 de l'OIT relative à la politique de l'Emploi et la protection contre le chômage, la ratifier et mettre en œuvre ses recommandations.
10. Doter le système national de protection sociale d'une définition officielle du chômage, en tant que perte de gain, due à l'impossibilité d'obtenir un emploi légal pour une personne capable de travailler, disponible pour le travail et effectivement en quête d'emploi. Définir le chômage partiel comme une perte de gain due à une réduction temporaire de la durée normale ou légale du travail ou à une suspension ou une réduction du gain due à une suspension temporaire de travail, sans cessation de la relation de travail, notamment pour des motifs économiques, technologiques, structurels ou similaires.

11. Développer, dans le cadre du dialogue social, un dispositif national contributif d'assurance contre le chômage comportant des modalités d'indemnisation qui contribuent à la promotion du plein emploi productif et librement choisi sans décourager les employeurs d'offrir, et les travailleurs de rechercher, un emploi productif.
12. Démarrer, temporairement, le dispositif par une couverture du chômage des personnes ayant une famille à charge, puis augmenter le nombre des personnes protégées, et majorer progressivement le montant et la durée des indemnités.
13. Instaurer le versement d'indemnités aux travailleurs à temps partiel qui sont effectivement en quête d'un emploi à plein temps, le total des indemnités et des gains provenant de leur emploi à temps partiel devant toutefois les inciter à prendre un emploi à plein temps.
14. Les personnes protégées en matière de chômage doivent représenter 85% au moins de l'ensemble des salariés, y compris les agents de la fonction publique et les apprentis.

La protection sociale des personnes en situation de handicap

15. Parachever le cadre législatif et réglementaire de protection des personnes en situation de handicap au moyen de mesures dissuasives contre les violences, la maltraitance et les actes de discrimination à l'encontre des personnes en situation de handicap, dans le cadre familial, sur les lieux de travail, dans l'accès à l'emploi et aux services publics.
16. Activer l'adoption de la disposition législative instituant le régime de soutien social, d'encouragement et d'appui au profit des personnes en situation de handicap (art. 6 de la loi cadre 97-13 de 27 Avril 2016) dans un délai d'une année.
17. Assurer un revenu de base, sous condition de ressources, aux PSH conformément à la recommandation n°202 de l'OIT. L'effort national à consentir pour financer le revenu de base pour ces personnes devrait correspondre au moins à 0,32% du PIB conformément à la recommandation n° 202 sur les socles de protection sociale.
18. Eliminer les discriminations et les clauses d'exclusion des personnes en situation de handicap dans les régimes d'assurances de base et complémentaires gérés par les compagnies privées.
19. Développer les services d'assistance sociale pour les personnes en situation de handicap au niveau local, régional et national.
20. Instituer l'obligation pour les entreprises du secteur public et privé de mettre en place des plans de prévention, d'identification et d'atténuation des risques et des conséquences des situations de handicap et d'accompagnement des personnes.
21. Activer la mise en place, la visibilité et l'accessibilité du Centre d'Orientation et d'Accueil des Personnes Handicapées (COAPH) et assurer la formation préalable et continue des professionnels. Assurer la généralisation territoriale et l'universalité d'accès de ces structures.
22. Mettre en place des filières professionnelles spécialisées dans la prise en charge des PSH (métiers d'accueil, de direction d'établissement, d'éducateur spécialisé).

23. Mettre en place et rendre public des indicateurs d'évaluation et de suivi de la situation et des mesures de protection sociale des PSH. Mettre en exergue parmi les indicateurs portant sur les ODD les données spécifiques relatives aux PSH.
24. Renforcer les mécanismes de protection des personnes en situation de handicap contre les licenciements abusifs.
25. Renforcer l'intervention de la médecine du travail et la responsabiliser dans la prévention et le constat du handicap.
26. Renforcer les droits de recours des personnes en situation de handicap contre les décisions de licenciement et les traitements discriminatoires.

La protection sociale des personnes âgées

27. Unifier les régimes de prévoyance sociale en matière de pension de retraite dans un délai de 5 à 7 ans.
28. Instaurer un « revenu minimum vieillesse » équivalent au seuil de pauvreté au bénéfice des personnes dépourvues de pension de retraite.
29. Instituer un régime national de pension obligatoire de base, géré en répartition, réunissant les actifs des secteurs public et privé unifié sous un plafond de cotisation déterminé comme multiple du salaire minimum.
30. Dans le cadre d'un deuxième pilier obligatoire, mettre en place un régime complémentaire contributif pour les revenus supérieurs au plafond ; transformer la CIMR en organisme complémentaire de la CNSS avec cotisation à partir du plafond de la CNSS.
31. Dans le cadre d'un troisième pilier : prévoir un régime individuel en capitalisation qui relèverait de l'assurance privée.
32. Revoir la politique de placement des fonds de réserves dans le cadre d'une doctrine unifiée en termes de finalités, d'impacts, de gestion ou de contrôles, favorisant en particulier l'investissement de long terme dans des secteurs et des activités contribuant à la création d'emplois, au mieux être social et à la protection de l'environnement.

La couverture sociale des soins de santé

33. Principes fondamentaux : universalisation de la couverture médicale de base :
 - a. Veiller au respect et à la mise en œuvre des principes fondateurs de la couverture médicale de base (CMB) tels qu'ils ont été affirmés par l'article 31 de la Constitution et par la loi portant code de la couverture médicale de base : tous les citoyens doivent jouir de l'égal accès aux soins de santé, à la protection médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat ; l'assurance maladie obligatoire est fondée sur le principe contributif et la mutualisation des risques, et le régime d'assistance est fondé sur le principe de la solidarité nationale au profit de la population démunie ;
 - b. Relancer le dialogue social entre le gouvernement et les partenaires sociaux en vue du parachèvement de l'universalité de la couverture médicale de base et de l'élimination des mesures discriminatoires et des situations de dé-protection des citoyens grâce à :

- i. l'adoption des décrets d'application de l'assurance-maladie des Indépendants et des professions libérales (qui représentent 36% de la population active),
 - ii. l'intégration au régime d'assurance de base des organismes publics ou privés qui, antérieurement à l'adoption de la loi portant code de la couverture médicale de base (65-00), assuraient à titre facultatif ou sur la base de contrats de groupe une couverture médicale auprès de compagnies d'assurances, de mutuelles ou de caisses internes, dans le respect des dispositions de l'article 114 qui conservent les droits des bénéficiaires desdits régimes, tant pour la partie prenant en charge les cotisations que pour le taux de couverture dont ils bénéficient,
 - iii. le maintien des droits à la couverture médicale des personnes ex-conjoints de parents d'enfants à charge après dissolution du mariage, des personnes licenciées pour des raisons indépendantes de leur volonté et en recherche active d'emploi et pour les personnes atteintes d'affection de longue durée dans les six mois consécutifs à leur cessation d'activité ou victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles,
 - iv. l'adoption des décrets relatifs à l'extension du bénéfice de l'AMO aux ascendants ;
34. Efficacité, équité, unification du régime de couverture médicale de base :
- a. Harmoniser, en perspective de leur unification, par alignement sur les meilleurs niveaux de prestation, les régimes obligatoires d'assurance maladie de base, notamment au niveau des paniers de soins, des taux de couverture et des taux de cotisations avec pour objectif, à cinq ans, la mise en place d'un régime national universel de base ;
 - b. Actualiser la tarification nationale de référence pour le remboursement et la prise en charge des prestations en appui sur un processus actif, public et transparent de dialogue et de conventionnement avec les organisations représentatives des praticiens et des fournisseurs d'équipements et de médicaments ;
 - c. Mettre en place, dans la perspective de l'unification des régimes, un organisme gestionnaire du RAMED ; assurer la spécialisation budgétaire de son financement par l'Etat via la loi de finance avec détermination claire, des contributions des collectivités locales ;
 - d. Garantir l'équilibre de la CNOPS et sa pérennité, y inclus par augmentation voire déplaçonnement du plafond des cotisations ;
 - e. Révision de la gouvernance de l'ANAM pour lui permettre de jouer pleinement son rôle de régulateur de la couverture médicale de base à travers l'unification des Conseils d'Administration et une représentation des divers cotisants et des bénéficiaires.
35. Redynamiser le secteur mutualiste et l'offre de soins sociale et solidaire :
- a. Le CESE recommande une interprétation positive et inclusive des dispositions de l'article 44 de la loi 65-00 afin de rendre aux organismes des régimes d'assurance maladie obligatoire de base la pleine latitude de contribuer, en nature, à des fins non lucratives et solidaires, au développement et à la gestion des équipements et des offres de soins de santé, au service de la politique générale de santé et de la protection sociale du Maroc ;

- b. Revoir les dispositions de la loi 84-12 relative aux dispositifs médicaux et de la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, pour permettre aux mutuelles avec leur statut juridique spécifique de pratiquer les activités à caractère sanitaire ;
- c. Reformuler l'article 44 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base afin de clarifier ses dispositions de manière à préciser explicitement que les mutuelles et la CNSS ont pleine légitimité et vocation à créer, développer et gérer des unités de soins. Flécher une partie des produits financiers des réserves de la branche famille de la CNSS à l'équilibre de fonctionnement et la mise à niveau des équipements de ses unités de soins, et en ouvrant les plateaux techniques aux professionnels de santé ;
- d. Amender l'article 14 du décret n° 2-97-421 du 28 octobre 1997 en vue de permettre aux mutuelles de créer des unités de soins ;
- e. Promouvoir la mutualité et favoriser la coopération entre les organismes mutualistes.

Gouvernance

- 36. Elaborer une stratégie nationale, consacrée par une loi-cadre, issue d'un dialogue social mené à l'échelon national, et donnant lieu à un pacte de génération, visant à fixer un équilibre clair et dynamique entre les besoins de protection sociale du pays et les ressources nationales.
- 37. Etablir un budget social de la nation, annexé à la loi de finance, soumis au contrôle démocratique et au vote des deux chambres du parlement, après consultation des partenaires sociaux et avis du CESE.
- 38. Réformer la gouvernance de l'ACAPS, pour en renforcer l'indépendance et modifier en particulier la composition de sa Commission de discipline afin de la limiter à des personnalités qualifiées, désignées intuitu personae, sans lien de représentation ou d'intérêt avec les organismes sous son contrôle.
- 39. Garantir la participation active des partenaires sociaux (employeurs et travailleurs), dans l'ensemble des organismes de protection sociale et y favoriser l'expression des représentants des assurés sociaux.
- 40. Responsabiliser explicitement l'ensemble des conseils d'administration et des autorités de tutelle sur le contrôle de l'efficacité des régimes en termes de niveau de protection par rapport aux objectifs définis par la législation, de la pérennité en termes financiers et économiques, de transparence dans l'utilisation des ressources, et sur l'identification et la gestion des risques, notamment les risques opérationnels (qualité des technologies, comptabilité, fraudes, ...), les risques de liquidité et les risques sur les placements des fonds.
- 41. Responsabiliser les conseils d'administration en matière de surveillance des actes de direction tout en veillant à prévenir rigoureusement l'ingérence des conseils et de leurs membres dans les actes de gestion des organismes.
- 42. Rationaliser la gouvernance de la CNOPS en séparant les structures et les missions de gestion du régime d'assurance maladie de base des structures et des missions de gestion des régimes mutualistes complémentaires et du régime des étudiants.

43. Restaurer et respecter les prérogatives de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) dont la mission (article 59 de la loi 65-00) est d'assurer l'encadrement technique et veiller à la mise en place des outils de régulation de l'AMO et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système.
44. Mettre en place un système national d'information intégré en matière de protection sociale, articulé autour de l'adoption d'un identifiant social national, permettant la convergence des systèmes d'information de la protection sociale et la dématérialisation des flux.
45. Créer un système de formation et d'études supérieures dans le domaine de la protection sociale en général et dans celui de la couverture médicale de base en particulier pour la formation de compétences en gestion et gouvernance des régimes de protection sociale.
46. Instituer une grille d'indicateurs pour l'évaluation des risques, des résultats et de la qualité de service des organismes de prévoyance sociale, en appui sur une description rigoureuse de leurs procédures de gestion, d'allocation de ressources, d'exécution de leurs budgets, et d'accès des assurés aux prestations auxquelles ils ont droit ; il importe que chaque organisme rende compte des modalités de recueil et de traitement des réclamations des assurés, ainsi que de la pertinence des pièces administratives exigées des assurés et des délais de traitement de leurs dossiers.
47. Responsabiliser les conseils d'administration sur le choix et le contrôle scientifiques des missions d'actuariat, notamment le respect des règles professionnelles en matière de détermination des hypothèses, d'objectivité, de transparence, de simplicité et de cohérence des conclusions qui doivent être livrées dans un langage clair.
48. Responsabiliser les conseils d'administration sur l'impact social et environnemental des placements des fonds des organismes en veillant à leur sécurité, leur rentabilité et les encourager à adopter les Principes des Nations Unies pour l'investissement responsable (UNPRI) notamment en matière de fléchage des fonds vers les activités à impact social et environnemental positif.
49. Développer des campagnes publiques d'informations sur les droits à la protection sociale et sur les conditions et les modalités d'accès aux prestations des différents régimes avec mise en exergue des voies de recours à la disposition des assurés et des ayants droits.

Conseil Economique, Social et Environnemental

1, angle rues Al Michmich et Addalbout, Secteur 10, Groupe 5
Hay Riad , 10 100 - Rabat - Maroc

Tél. : +212 (0) 538 01 03 00 Fax +212 (0) 538 01 03 50

Email : contact@ces.ma