

# La protection sociale au Maroc

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

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental

Auto-Saisine 34/2018



Rapport 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

ASR-C3-012017-34-6724-ar



Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste



## Auto-Saisine n° 34/2018

- Conformément à la loi organique n°128-12 relative au Conseil Economique Social et Environnemental et à son règlement intérieur ;
- Vu la décision du CESE de s'autosaisir sur le thème relatif à la protection sociale ;
- Vu la décision du bureau du Conseil d'affecter le sujet relatif à la protection sociale à la Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité ;
- Vu l'adoption, à l'unanimité, du rapport sur « *La protection sociale au Maroc: Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales* » par l'Assemblée Générale du 26 avril 2018.

**Le Conseil Economique Social et Environnemental présente son rapport :**

# La protection sociale au Maroc

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

**Rapport préparé par:**

**La Commission des Affaires Sociales et de la Solidarité**

Présidente de la Commission : *Mme Zahra Zaoui*  
Rapporteuse de la Commission: *Mme Laila Berbich*  
Rapporteur du thème : *M. Fouad Benseddik*



Dépôt légal : 2018MO3530

ISBN : 978-9920-9621-0-0

ISSN : 2335 - 9234

Conseil Economique, Social et Environnemental

Imprimerie Canaprint





# Sommaire

<b>Acronymes .....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>13</b>
<b>Première Partie : La protection sociale, normes, concepts et enjeux.....</b>	<b>19</b>
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) .....	19
La participation du Maroc au droit international de la sécurité sociale.....	28
Recommandations .....	45
<b>Deuxième partie : Etat des lieux et recommandation pour le renforcement de la protection sociale au Maroc .....</b>	<b>49</b>
La protection sociale de l'enfance .....	49
Les accidents du travail et les maladies professionnelles : des risques sociaux lourds régis par un système assurantiel archaïque et inéquitable .....	57
La protection sociale des personnes en situation de chômage .....	61
La protection sociale des personnes en situation de handicap.....	65
La protection sociale des personnes âgées.....	70
Couverture sociale des soins de santé .....	78
Le rôle clé de la gouvernance.....	94
<b>Troisième partie : Recommandations.....</b>	<b>99</b>
Le cadre normatif international.....	99
La protection sociale de l'enfance .....	100
Les accidents du travail et les maladies professionnelles .....	101
La Protection sociale des personnes en situation de chômage.....	101
La protection sociale des personnes en situation de handicap.....	102
La protection sociale des personnes âgées.....	103
La couverture Sociale des soins de santé.....	104
Gouvernance .....	106
<b>Annexes.....</b>	<b>109</b>



## Acronymes

---

ACAPS: l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale  
ALD: Affections Longue Durée  
AMI: Assurance Maladie des indépendants  
AMO: Assurance Maladie Obligatoire  
ANAM: l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie  
ANAPEC: L'Agence Nationale de Promotion de l'Emploi et des Compétences  
ASEAN: l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est  
ATMP: Accident de Travail et Maladie Professionnelle  
BIT: Bureau International du Travail  
BO: Bulletin Officiel  
BTP: Bâtiment et travaux publics  
CDG: Caisse de Dépôt et de Gestion.  
CESE: Conseil économique, social et environnemental  
CIP: Comité Interministériel pour le pilotage  
CIMR: Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite  
CIT: Comité technique interministériel  
CMB: Couverture médicale de base obligatoire  
CMC: Couverture médicale complémentaire  
CMR: Caisse Marocaine des Retraites  
CNOPS: Caisse Nationale des Organismes de prévoyance sociale  
CNRA: Caisse nationale de retraites et d'assurances  
CNSS: Caisse Nationale de Sécurité Sociale  
CNT: Centre National des Traitements  
COAPH: Centre d'Orientation et d'Accueil des Personnes Handicapées  
DAPS: Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale  
G20: Groupe des vingt plus grandes puissances mondiales  
INDH: l'Initiative Nationale du Développement Humain  
INSS: Institut national de sécurité sociale (Espagne)

IPE: Indemnité pour la perte de l'emploi

IPP: Indice d'incapacité permanente

MENA: Moyen-Orient et Afrique du Nord (Middle East and North Africa)

OCDE: l'Organisation de coopération et de développement économique

ODD: Objectifs de développement durable

OMS: l'Organisation Mondiale de la Santé.

ONDH: L'Observatoire National du Développement Humain

ONU: l'Organisation des Nations-Unies

OIT: l'Organisation Internationale du Travail

PIB: Produit Intérieur Brut

PSH: Personnes en situation de handicap

RAMED: Régime d'Assistance Médicale

RCAR: Régime collectif d'allocation de retraite

RG: Régime Général

RPC: Régimes des pensions civiles

RPM: Régimes des pensions militaires

SGK: Institut national de sécurité sociale (Turquie)

SMAG: Salaire minimum interprofessionnel garanti

SMIG: Salaire minimum agricole garanti

SMR: Sociétés Mutuelles de Retraite

SPS: socles de protection sociale

SSC: Caisse de sécurité sociale (Jordanie)

UNICEF: Le Fonds des Nations unies pour l'enfance

UNPRI: Principes des Nations Unies pour l'investissement responsable

VIH/SIDA: virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

## Introduction

---

### Objectif

Ce rapport porte sur la protection sociale au Maroc avec pour objectif d'évaluer, et de formuler des recommandations relatives à:

- L'étendue du champ de couverture (personnes et risques couverts) ;
- L'efficacité des régimes existants (niveaux des prestations, cohérence, équité, qualité) ;
- Les écarts entre la situation de la protection sociale au Maroc et les socles de protection définis par la Constitution du Royaume et par les normes internationales ;
- La gouvernance des régimes et les voies et moyens pour en renforcer la démocratie et l'efficacité.

Ce rapport a 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 compris les références 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 (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.

### Périmètre de l'auto-saisine

Le rapport offre une revue générale du cadre normatif et conceptuel de la protection sociale rappelant, en particulier, que la protection sociale relève des droits humains fondamentaux. Il met en lumière, pour en préciser les termes et en questionner la faisabilité au Maroc, le débat émergent au niveau international sur la notion de Revenu Universel de Base. Il éclaire les difficultés structurelles de financement et de développement de la sécurité sociale du secteur privé à la lumière de la structure du tissu productif marocain concentrée sur de petites et micro entreprises et de la fluidité très intense du marché du travail.

Dans sa seconde partie, le rapport passe en revue les protections existantes au regard de chaque étape du cycle de vie des populations. Il questionne ainsi la protection sociale de l'enfance, des personnes en âge d'activité (chômage), des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ainsi que la couverture des risques liés à la maladie (soins de santé) et aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Il montre comment, malgré son jeune âge, le système marocain de protection sociale

apparaît comme bridé par le poids de l'histoire dans le cadre d'une mosaïque de régimes de sécurité sociale, inarticulés entre eux, segmentés, principalement financés par les revenus du travail au bénéfice d'une partie des salariés du secteur privé et des fonctionnaires et agents de l'Etat et des collectivités locales, tandis que la majorité de la population active reste, à ce jour, sans protection sociale. Cette construction sédimentaire des régimes de sécurité sociale, conjuguée au poids du secteur informel, rend à la fois complexe et nécessaire la réforme du champ de la protection sociale afin de l'étendre et le développer au-delà de sa polarisation actuelle sur des régimes financés par les seuls revenus du travail. C'est le pilotage de la protection sociale en tant que tel qui nécessite d'être amélioré, en appui sur une vision claire et de long terme, des paramètres techniques maîtrisés et une capacité d'action et de décision politique ordonnée autour de priorités stratégiques précises. La réforme du champ de la protection sociale souligne aussi l'importance critique de la question de la gouvernance des organismes de protection sociale en termes de démocratie, d'indépendance et d'efficacité de leurs organes d'orientation et de contrôle.

Ce rapport a une visée systémique. Il évalue le système de protection sociale en tant que composante des politiques publiques devant matérialiser l'effectivité d'un droit humain fondamental et, ce faisant, contribuer à la cohésion sociale et au développement économique du pays. Son périmètre n'inclut pas les problématiques relatives:

- Aux mécanismes de redistribution par le marché de type compensation ou subvention aux prix des produits de première nécessité (butane, sucre,...) ;
- Aux programmes d'intervention et de lutte contre la pauvreté de type INDH.

Le rapport ne porte pas sur les éléments paramétriques et les déterminants techniques relatifs aux équilibres et aux projections actuariels des régimes existants.

Ce rapport entend, tout en contribuant à la clarification des concepts, alerter sur l'importance des écarts entre les niveaux de protection sociale existants et les besoins ainsi que les droits de la population en matière de sécurité sociale.

Il identifie les actions prioritaires au moyen desquelles le Maroc peut, à l'instar des pays à revenu intermédiaire, faire de la protection sociale un levier d'inclusion sociale, de cohésion et de solidarité entre ses différentes catégories socio-professionnelles et entre ses générations ainsi qu'un levier de croissance économique.

## **Méthode d'élaboration du rapport**

Ce rapport a été élaboré en conformité avec les procédures de travail du CESE. Il a été mené par la Commission permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité en s'appuyant sur une démarche participative basée sur l'expertise des membres de la Commission et sur l'écoute des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux concernés. En effet, le CESE a organisé dix-sept auditions (voir liste en annexe), en plus de l'organisation d'un atelier international sur la protection sociale tenu conjointement

avec l'OIT et la Fondation Friedrich Ebert en date du 29 Novembre 2017. Les travaux ont été présentés à l'Assemblée Générale du CESE et débattus lors de sa 84<sup>e</sup> session, le 29 Mars 2018.

## **Le champ de la couverture sociale au Maroc, portée et faiblesses**

Les régimes obligatoires de sécurité sociale remplissent une fonction importante de couverture de risques et de transferts financiers sous forme d'allocations familiales et de remplacement du revenu via des indemnités journalières de maladie et de maternité, et via des pensions de retraite, d'invalidité et de survivants, au bénéfice des salariés du secteur privé, des fonctionnaires et des agents de l'Etat. Ces catégories et leurs ayants droits, ainsi que les personnes démunies bénéficient aussi, depuis 2002 (avec entrée en vigueur respectivement en 2005 et 2007), d'un régime d'assurance maladie de base qui leur assure la prise en charge d'une partie des frais de soins de santé, d'hospitalisation et de médicaments.

Mais ces régimes composent un système qui demeure fragmentaire, limité, inégal et fragile. Les régimes marocains de retraite couvrent actuellement un peu plus de 40% de la population active occupée<sup>1</sup>. La proportion est sensiblement la même pour l'assurance maladie obligatoire avec un total d'un peu plus de 8,5 millions de personnes couvertes. Près de 60% de la population active est ainsi dépourvue de protection sociale. Les personnes concernées incarnent des forces vives auxquelles un système solide de protection sociale doit apporter le niveau élémentaire d'assurance sociale indispensable à l'éclosion d'une classe moyenne solidaire, confiante en son avenir et entrepreneuruse. Il s'agit ici des personnes actives dans les professions libérales ou ayant un statut d'indépendant, les dirigeants non-salariés d'entreprises, les travailleurs du secteur informel notamment dans l'agriculture, l'artisanat et les petites coopératives, et plusieurs catégories de personnes qui tombent dans l'insécurité sociale suite à des accidents, des licenciements, à la dissolution des liens du mariage ou au veuvage ou à la cessation d'activité avant d'avoir cumulé des droits à la pension. Il importe aussi d'instituer de nouvelles branches de sécurité sociale avec de nouvelles catégories de prestations pour garantir aux individus la capacité de faire face à des risques lourds aujourd'hui non ou mal couverts: les accidents du travail et les maladies professionnelles, la perte d'emploi et le chômage, l'enfance et le grand âge sans revenu et la situation de handicap. La situation du Maroc à l'égard de ces risques est alarmante. En l'absence de couverture de ces risques, le Royaume ne dispose pas encore d'un socle de protection sociale en ligne avec les principes d'universalité et d'amélioration continue du niveau des prestations sociales, aujourd'hui partagés par la communauté internationale.

---

1 - Un texte de loi (n° 99-15), publié en décembre 2017, étend cette protection aux non-salariés, mais ses modalités et ses délais de mise en œuvre ne sont pas encore fixés.

Le gap marocain de protection sociale n'est pas une fatalité. Il est l'expression conjuguée de plusieurs contraintes: l'absence d'une vision politique partagée et l'absence d'une stratégie formalisée, d'une comptabilité intégrée, et d'une reddition unifiée de l'information et des comptes sur les performances de la couverture sociale ; la pluralité des tutelles techniques et des organismes de contrôle, et le faible degré de coordination entre eux (primature, des Finances, de l'Emploi et Affaires Sociales, de la Famille et de la solidarité, Cour des comptes, Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale, etc.) ; l'intermittence et le faible suivi des résolutions issues du dialogue social tripartite au sujet de la protection sociale ainsi que la faible implication des partenaires sociaux dans les organismes de gouvernance, de supervision et de contrôle de la prévoyance sociale ; l'inapplication des préconisations des organismes de contrôles comme la Cour des comptes ou des recommandations issues des études d'ensemble menées par des organismes comme le Bureau international du travail. Les contraintes tiennent aussi au caractère éclaté des régimes de protection sociale en une constellation d'organismes, non solidaires ni complémentaires entre eux, étanches les uns aux autres, obéissant à des paramètres techniques, qui confèrent au dispositif général une physionomie peu équitable, et procèdent de règles de gestion et de gouvernance qui ne permettent pas de formaliser et conduire efficacement des processus intégrés de réforme. Pour une population active d'un peu plus de 10 millions de personnes, le Maroc compte ainsi 5 régimes de retraites à caractère général<sup>2</sup>, 28 mutuelles<sup>3</sup>, et deux caisses gestionnaires de l'Assurance maladie obligatoire<sup>4</sup>.

En 2016, les régimes marocains obligatoires de retraite et d'assurance maladie avaient collecté respectivement 47,8 milliards et 11 milliards de dirhams. Avec près de 60 milliards de dirhams, ces deux grandes branches de sécurité sociale pèsent un peu moins de 5% du PIB. La part de ces dépenses (retraites et soins de santé) représentait la même année près de 21 % du PIB dans les pays de l'OCDE<sup>5</sup> et près de 15% du PIB au Chili, en Corée, au Mexique et en Turquie.

Les placements des régimes de retraites représentaient 286,5 milliards de dirhams, soit un peu plus de 25% du PIB. Ces chiffres sont fragiles. Le rapport démographique entre les cotisants et les retraités des régimes de retraite se dégrade: il passera pour la CNSS de 9,3% en 2016 à 6,8% en 2025 et 6% en 2030 ; pour le régime des pensions civiles de la CMR, il évoluera de 2,6% en 2016 à 2,4% en 2025 et 1,9% en 2030 ; pour le RCAR, il est appelé à baisser de 1,4% en 2016, à 1% en 2025 et 0,9% en 2030 ; pour

2 - Caisse Marocaine de retraite (CMR) avec 2 régimes pour les fonctionnaires civils et militaires ; Régime collectif d'allocation de retraite (RCAR) pour les salariés du secteur semi public, Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé, Caisse interprofessionnelles marocaine de retraite (CIMR) en tant que régime facultatif supplémentaire des entreprises du secteur privé.

3 - 11 créées par les personnels du secteur public ; 7 créées d'établissements publics, 10 mutuelles de salariés d'entreprises du secteur privé et de travailleurs indépendants et 1 union (CNOPS) constituée de 7 mutuelles du secteur public et une mutuelle relevant du secteur semi-public.

4 - Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) pour les salariés et titulaires de pensions relevant du secteur public et Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour ceux relevant du secteur privé.

5 - Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales ( SOCX).



la CIMR, ce ratio se dégradera de 2,8% en 2016, à 1,4% en 2025, et 1,2% en 2030 pour passer à moins de 1% après 2050. Pour les régimes de retraites, l'évolution des cotisations (4,8%) dessine une courbe plus lente que celles des dépenses (10,9%) sur les cinq dernières années, et le phénomène est le même pour les branches de l'assurance maladie avec une évolution des recettes (8,7%) inférieure à celle des prestations (13,2%)<sup>6</sup>.

## Synthèse

A travers ce rapport, le CESE formule des recommandations pour permettre au Maroc de se conformer au référentiel normatif universel et aux dispositions constitutionnelles et législatives qui l'engagent en matière de sécurité et d'assistance sociales. Ce document n'est pas un énième rapport technique sur les variables paramétriques des organismes qui composent le système marocain de protection sociale. Il questionne l'architecture de la protection sociale et sa cohérence, avec pour conclusion clé qu'il n'y a plus de temps à perdre: le Maroc a besoin d'une refondation de son système de sécurité et d'assistance sociales afin d'assurer à ses citoyennes et ses citoyens une couverture décente à toutes les étapes de leur cycle de vie. Cette nécessité procède d'une quadruple exigence qui est aussi une quadruple opportunité, à la portée du pays et de ses moyens: respecter les droits humains fondamentaux dont le droit à la sécurité sociale est une composante indissociable ; sauvegarder et renforcer la cohésion sociale grâce à des mécanismes stables et structurés de solidarité ; réduire les inégalités grâce à des transferts qui améliorent la redistribution des revenus ; développer grâce aux flux de la sécurité sociale l'épargne collective et l'investissement de long terme dans les activités et des secteurs à forte utilité sociale et qui impactent positivement et durablement la croissance économique. Cette refondation suppose un changement de paradigme: la protection sociale ne procède pas de la compassion, de la générosité ou de la bienfaisance, elle est un droit et une créance de chaque individu sur la collectivité, et il appartient à l'Etat d'en assurer l'effectivité. La limitation des ressources économiques ne devrait pas être considérée comme un frein rédhibitoire mais plutôt comme un motif supplémentaire de développement de la protection sociale en tant que, et à la fois, outil de réduction des risques sociaux, facteur de renforcement de la cohésion sociale, mécanisme de redistribution et levier de croissance économique. Selon une comparaison historique apportée par le BIT<sup>7</sup> sur la faisabilité des socles de protection sociale dans les pays à revenu faible et intermédiaires, il ressort que « *aujourd'hui, l'Inde, la Jamaïque, le Maroc, les Philippines et le Soudan sont plus riches en PIB par habitant que la France en 1905, lorsque le gouvernement a établi des pensions de vieillesse et d'invalidité, des prestations de maladie, des pensions alimentaires et des allocations de chômage ; et aussi plus riches que le Danemark en 1892, quand il a établi des pensions universelles de vieillesse et d'invalidité, des accidents du travail, des prestations de maladie et de maternité.* ». Cette

6 - ACAPS, Rapport d'activité 2016.

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

même analyse a montré que le Maroc pourrait, en y consacrant 2,4% de prélèvement additionnel sur son PIB, servir une allocation de 100 % du seuil de pauvreté aux enfants des ménages pauvres, une allocation de 50 % du salaire minimum pour les personnes âgées de 65 ans et plus dans un état de pauvreté, une allocation chômage de 70 % du salaire minimum pour une personne par ménage vulnérable pendant 100 jours par an, une allocation de 100 % du seuil de pauvreté pour toutes les personnes ayant une incapacité sévère et une allocation équivalente à quatre mois de 100 % du salaire minimum pour toutes les mères des nouveau-nés<sup>8</sup>. Cet engagement permettrait au Maroc de réaliser 5 parmi les 17 objectifs de développement durable (ODD):

- Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient (objectif 1.3) ;
- Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable (objectif 3.8) ;
- Prendre en compte et valoriser les soins et travaux domestiques non rémunérés, par la mise en place de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et par la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national (cible 5.4) ;
- D'ici à 2030, parvenir au plein emploi productif et garantir à toutes les femmes et à tous les hommes, y compris les jeunes et les personnes handicapées, un travail décent et un salaire égal pour un travail de valeur égale (objectif 8.5) ;
- Adopter des politiques, notamment sur les plans budgétaire, salarial et dans le domaine de la protection sociale, et parvenir progressivement à une plus grande égalité (cible 10.4).

Ce rapport passe successivement en revue le cadre normatif et conceptuel universel de la protection sociale et le positionnement du Maroc par rapport aux conventions internationales relatives à la sécurité sociale. Il consacre un focus sur les termes actuels de la réflexion internationale au sujet du revenu universel de base et sa faisabilité au Maroc. Puis, il consacre des chapitres à chaque catégorie de risque social en appui sur la démarche préconisée par la Recommandation 202 de l'OIT relative aux socles universels de protection sociale et portant sur l'assurance d'un revenu et l'accès aux soins pour toutes les catégories de la population et à chaque étape du cycle de vie: couverture médicale ; accidents du travail et maladies professionnelles ; pensions de retraite et couverture sociale des personnes âgées ; couverture sociale contre le chômage ; couverture des personnes en situation de handicap ; couverture sociale de l'enfance. Un chapitre est également consacré à la question clé de la gouvernance du système de protection sociale. Chaque chapitre se compose de constats et de recommandations.

8 - Bureau International du Travail, Social Protection Floor Cost Calculator, 2017, [www.ilo.org](http://www.ilo.org)

## PREMIÈRE PARTIE:

### 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 pratiquée des siècles durant, au Maroc comme dans le reste du monde, comme un exercice compassionnel, sous forme d'actions de bienfaisance, de charité, d'œuvres pieuses, ou de dispositifs corporatistes de secours mutuels ou financés par quelques employeurs, la protection sociale constitue, désormais, un parmi les droits humains fondamentaux. Ce droit est en effet consacré par les grandes 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). Si, depuis la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, le consensus est acquis sur la protection sociale en tant que droit dont l'effectivité incombe aux Etats, le débat reste toutefois récurrent dans de nombreux pays sur l'architecture et les implications de leur système de protection sociale: Quelles prestations ? Pour quelles catégories de personnes ? Avec quels financements ? Au sein de quels régimes ? Ces questions ont vocation à structurer le débat démocratique et le dialogue social. La protection sociale est au fondement même du contrat social et des liens de réciprocité et 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 aussi 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, chaque citoyen devrait alors disposer, sans contrepartie, d'un moyen de subsistance en espèces. Cette idée stimulante soulève d'emblée la question évidemment de sa faisabilité financière et de ses incidences sociétales. 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. La revue du cadre normatif et conceptuel de la protection sociale permet d'éclairer et de servir ce débat au moment où s'ouvre au Maroc, à l'invitation du Roi Mohammed VI, une nouvelle réflexion sur le modèle de développement du Royaume.

## Les normes fondamentales: la sécurité sociale est un droit de l'Homme

Le droit à la sécurité sociale est ancré dans le droit international. Ce principe est affirmé, alors même que la deuxième guerre mondiale n'est pas achevée, dans la Déclaration de Philadelphie de 1944 définissant les buts de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Cette Déclaration clé, qui devait inspirer les politiques sociales de l'après-guerre, préconisait « *l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets* ». La sécurité sociale, qui est l'expression la plus utilisée dans les premiers instruments internationaux pour désigner la protection sociale, est définie explicitement comme un droit de l'homme par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948), puis par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) et par les principaux instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'Homme.

Ainsi, l'article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) affirme que « *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays* ». A la suite de cette Déclaration, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (articles 9 et 10, 1966) affirme « (...) *le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales (et que...) une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants. Les mères salariées doivent bénéficier, pendant cette même période, d'un congé payé ou d'un congé accompagné de prestations de sécurité sociale adéquates* ».

Le droit à la sécurité sociale sera systématiquement réaffirmé au fil du développement du droit international des Droits de l'Homme, à l'instar de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (Art. 5) ; de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Art. 11) ; de la Convention relative aux droits de l'enfant (Art. 26) ; de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (Art. 27) ; et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Art. 28).

### Quel est le contenu du droit à la protection sociale ?

A l'appui de ces conventions, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU entrepris d'explicitier le cadre conceptuel de la protection sociale. Il a adopté en 2007 « l'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'ONU<sup>9</sup>, 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 ».*

## **Un socle de protection sociale universel pour la réalisation progressive du droit à la sécurité sociale**

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 dans son Observation générale de 2007 citée plus haut sur l'importance pour les pouvoirs publics de baser leurs politiques sur des principes d'action concrets et mesurables, notamment:

1. la disponibilité du ou des régimes dédiés à la mise en œuvre des prestations de protection sociale ;
2. l'exhaustivité des risques couverts: soins de santé, vieillesse, chômage, accidents du travail, aide à la famille et à l'enfant, maternité, Invalidité, survivants et orphelins ;
3. l'adéquation des prestations, en espèces ou en nature, qui doivent être d'un montant et d'une durée adéquats afin que chacun puisse exercer ses droits à la protection de la famille et à l'aide à la famille, à un niveau de vie suffisant et aux soins de santé tels qu'énoncés dans les articles 10, 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) ;
4. l'accessibilité (les conditions d'admissibilité au bénéfice des prestations doivent être raisonnables, proportionnées et transparentes, servies en temps utile) ;
5. la participation (les bénéficiaires des régimes de sécurité sociale doivent être en mesure de participer à l'administration du système).

---

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

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, assortis d'objectifs d'amélioration continue en matière de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ;
2. sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ;
3. sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité ;
4. sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

## **A quoi sert la protection sociale ?**

En plus d'être un droit humain fondamental inconditionné au service de la dignité de chaque citoyen, la protection sociale contribue à la réalisation d'objectifs sociétaux et économiques majeurs. Elle est un instrument crucial de prévention de risques et de sauvegarde de la cohésion sociale. L'assujettissement à des régimes obligatoires de prévoyance pour faire face aux coûts et aux conséquences de la perte de revenus - liés aux soins de santé ou à la maladie, au chômage, à l'âge, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles - est un moyen essentiel de prévention de la « myopie » des individus par rapport aux aléas de la vie et aux risques du long terme. En l'absence de dispositifs de prévoyance sociale obligatoires, universels, accessibles, efficaces et pérennes, les coûts de l'imprévoyance individuelle (myopie des individus) ou de l'absence de régimes de sécurité sociale (défaillance des politiques publiques) sont ipso facto transférés sur les proches, les descendants et la collectivité.

La sécurité sociale, telle qu'elle a été mise en œuvre au Maroc au lendemain de l'indépendance, dans le cadre de régimes obligatoires et de régimes mutualistes financés par des cotisations prélevées sur les revenus salariaux, 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 des droits économiques, sociaux et culturels. Mais d'autres dispositions et des mécanismes additionnels sont nécessaires à l'endroit des personnes et des catégories non couvertes par les régimes de sécurité sociale financés par les contributions prélevées sur les revenus du travail (régimes dits contributifs): les actifs du secteur informel ; les travailleurs des professions libérales, de l'artisanat ; 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). Le Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels insiste sur la nécessité pour les politiques publiques de veiller à la concomitance de deux voies complémentaires fondées, l'une, sur des mesures d'assistance sociale pour réaliser les droits énoncés dans le Pacte et l'autre fondée sur la création de systèmes de sécurité sociale obligatoires, contributifs et solidaires.

## 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. Elles se fondent sur le droit de chaque citoyen de bénéficier des garanties les plus larges possibles en matière de protection individuelle, de protection contre les risques et de réparation avec pour objectif de servir la cohésion sociale en appui sur la solidarité entre actifs et non actifs, entre riches et pauvres, entre générations actuelles et futures. L'OIT insiste sur l'importance des principes de gouvernance démocratique en tant que condition de l'efficacité des régimes de sécurité sociale qui doivent être placés sous la surveillance des pouvoirs publics et être administrés conjointement par les employeurs et les travailleurs, dont les cotisations constituent la plus grande partie des recettes de la sécurité sociale.

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% pour cent 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.

## **La Convention (n°102) concernant la sécurité sociale (dite norme minimum), 1952**

La convention 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale a été adoptée en 1952 et est entrée en vigueur en 1957. Le Maroc n'a, à ce jour (24 février 2018), pas déposé ses instruments de ratification de la convention 102 de l'OIT, alors même qu'il a adopté, en 2012, une loi (n°47-12) portant approbation de cette convention qui a été publiée au BO n°6140 du 23 *Jumada I* 1434 (04 avril 2013).

Cette convention 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: soins médicaux, indemnités de maladie, prestations de chômage, prestations de vieillesse, prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, prestations familiales, prestations de maternité, prestations d'invalidité et prestations de survivants.<sup>10</sup>

Pour en faciliter l'adaptation à toutes les situations nationales, l'OIT a offert aux États de la ratifier en acceptant d'abord au moins trois de ses neuf branches, puis progressivement les obligations découlant des autres branches. La convention 102 prévoit que le niveau des minima de prestation soit déterminé par rapport au niveau des salaires dans chaque pays et laisse à la discrétion des États, le choix des moyens de mise en œuvre des prestations en question, via des régimes universels d'assurance sociale avec des cotisations en fonction du revenu ou à taux fixe, ou les deux, ou via des régimes d'assistance sociale. Dans tous les cas, l'OIT affirme que les régimes doivent être administrés sur une base tripartite, l'objectif ici étant de garantir le dialogue social et de le renforcer entre les gouvernements, les employeurs et les travailleurs.

De même, l'État doit demeurer responsable de garantir la force obligatoire de l'assujettissement aux régimes de sécurité sociale, d'assurer l'effectivité de leurs prestations, la pérennité et l'équilibre entre les dépenses des régimes et le financement de leurs prestations par le biais de cotisations d'assurance et/ou d'impôts.

## **La recommandation 202 sur les socles de protection sociale, 2012, (OIT)**

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. Elle préconise une couverture aux personnes non protégées, pauvres et vulnérables, y compris les travailleurs du secteur informel et leur famille. Son objectif est que tous les membres de la société bénéficient au moins d'un niveau élémentaire de sécurité sociale tout au long de leur vie.

La notion de socle de protection sociale entend promouvoir des stratégies selon un modèle à deux dimensions:

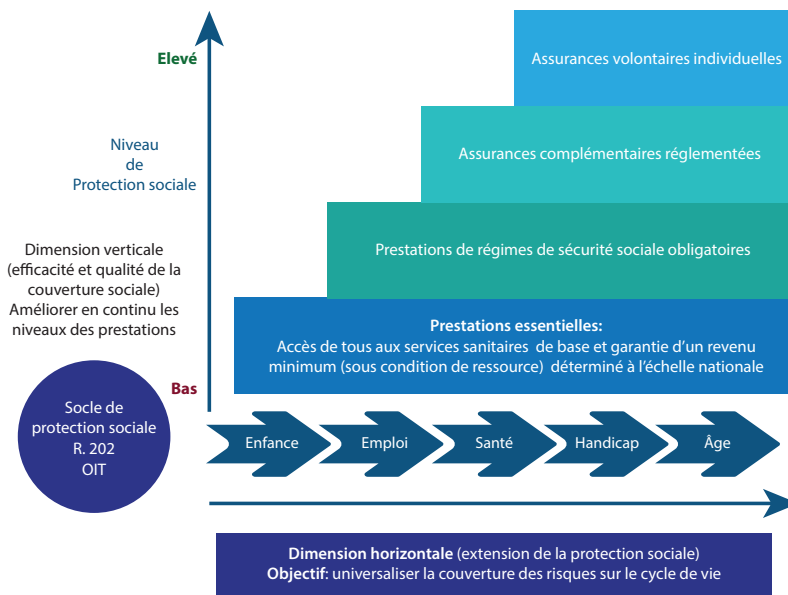
---

10 - Voir en annexe les objectifs minimaux garantie pour l'ensemble des neuf branches.



1. **Une dimension horizontale** qui étend à tous toute la sécurité sociale. Cette dimension implique des politiques publiques visant la mise en place de systèmes complets de sécurité sociale, avec des garanties élémentaires d'accès à un niveau minimal de sécurité du revenu et de santé, tout au long de la vie, pour toutes les personnes qui en auront besoin. Ces politiques doivent permettre un accès effectif aux biens et services essentiels. Elles ont vocation, en lien avec les politiques économique, à améliorer l'employabilité, à réduire la précarité et les relations de travail, et à favoriser la création d'emplois décents ;
2. **Une dimension verticale** qui améliore le niveau des prestations. La généralisation de la protection sociale doit en effet trouver son sens dans la capacité des systèmes de couverture à améliorer, certes progressivement, mais dans les meilleurs délais, les niveaux des revenus sécurisés et la qualité générale des prestations.

**Recommandation 202 (OIT, 2021)**  
**Universalité, efficacité et amélioration progressive de la protection sociale**



**Réduire les discriminations à l'encontre des femmes en matière, et au moyen de la sécurité sociale**

De fait, et souvent en droit, les femmes sont exposées à des discriminations avec des rémunérations inférieures à celles des hommes (même à travail égal) ; une exposition accrue à l'emploi informel, occasionnel, temporaire ou à temps partiel et dans les secteurs non ou mal couverts par des systèmes de protection sociale (agriculture, artisanat) ; des activités non marchandes ne donnant pas lieu à des droits de sécurité sociale (travail domestique, garde des enfants et soins aux personnes dépendantes) ;

des carrières comportant des interruptions (maternité) et des cessations précoces d'activité ; des vulnérabilités spécifiques sans couverture sociale appropriée (risques liés à la grossesse et l'accouchement, VIH/SIDA) ; une exposition accrue à la pauvreté (60% des personnes pauvres sont des femmes) ; la violence domestique et les autres violences envers les femmes accroissent les risques pour la santé des femmes. La recommandation 202 a soulevé explicitement la question des discriminations à l'égard des femmes en matière de protection sociale. Elle affirme que les socles de protection sociale ont vocation à « *prévenir et réduire la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale et l'insécurité sociale, et promouvoir l'égalité des chances [et] l'égalité entre hommes et femmes* »<sup>11</sup>.

### **Le rapprochement des visions: OIT et Banque Mondiale (2015)**

Après avoir longtemps diffusé, sans dialogue entre elles, des visions différenciées de la nature, des fonctions et des priorités de la protection sociale, la Banque mondiale et l'Organisation Internationale du Travail ont amorcé un dialogue sur ces thèmes, à partir de 2011. Les deux institutions ont adopté le 30 juin 2015 une déclaration commune mettant en exergue leur vision d'un monde « ***où toute personne ayant besoin d'une protection sociale peut en bénéficier à tout moment*** ». La Banque mondiale, dont la mission est de réduire la pauvreté et de promouvoir une prospérité partagée, et l'OIT dont le mandat est de promouvoir le travail décent, reconnaissent que l'universalité de la protection sociale faciliterait leurs missions respectives. Leur déclaration énumère les apports de la protection sociale: prévention et limitation de la pauvreté ; contribution à l'intégration sociale et la dignité des populations vulnérables ; contribution à la croissance économique via l'augmentation des revenus qui accroît la consommation, l'épargne et l'investissement au niveau des ménages et la demande intérieure au niveau macroéconomique ; développement humain grâce aux transferts monétaires facilitant l'accès à l'alimentation et à l'éducation, et donnant lieu à l'amélioration de l'état de santé, à l'augmentation des taux de scolarisation, à la diminution des taux d'abandon scolaire et au recul du travail des enfants ; valorisation du capital humain et des actifs productifs grâce à l'amélioration de la productivité et de l'aptitude à l'emploi ; protection des individus et de leur famille contre les conséquences des crises qu'elles découlent de pandémies, de catastrophes naturelles ou de récessions économiques.

### **L'engagement des pays à revenu faible ou intermédiaire**

A date, près de 30 pays à revenu faible ou intermédiaire disposent de programmes de protection sociale universelle ou quasi universelle. Plus de 100 pays ont pris des mesures pour étendre la protection sociale à des groupes de la population qui en étaient exclus et leur ouvrir rapidement droit aux prestations correspondantes. La branche des pensions de vieillesse est celle où la protection sociale universelle est la plus avancée. Dans certains pays, elle l'est aussi pour les enfants.

11 - OIT, Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

Le principe de l'universalité de la protection a été entériné par les ODD (2015) et dans des déclarations de niveau international par l'Union africaine, l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), la Commission européenne, le G20, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les Nations Unies.

L'universalité consiste le plus souvent à combiner des régimes contributifs et des régimes non contributifs. La République populaire de Chine opte pour un système quasi universel de pensions qui complète le régime de l'assurance sociale par des pensions sociales dans les zones rurales. La Bolivie octroie à toutes les personnes âgées des prestations universelles financées par l'impôt. Certains pays optent pour une mise en place progressive de la couverture universelle et d'autres pour son instauration immédiate.

### **Quel rôle pour les entreprises ?**

Le rôle des entreprises est décisif pour l'effectivité et la pérennité des systèmes de sécurité sociale. En s'acquittant de leurs cotisations de sécurité sociale, elles apportent leur contribution à l'équilibre et à la continuité des régimes de sécurité sociale d'où l'importance du règlement effectif, intégral, ponctuel et régulier de leurs cotisations et impôts (dont une partie est dirigée vers l'assistance sociale). La Déclaration tripartite de l'OIT sur les entreprises multinationales et la politique sociale (révisée en mars 2017) recommande aux entreprises de « *compléter les systèmes publics de sécurité sociale et d'aider à encourager leur développement, y compris par le biais des programmes qu'elles mettent elles-mêmes en place en tant qu'employeurs* ».

Plusieurs entreprises, privées et publiques, multinationales ou opérant dans un seul pays se dotent, en plus des programmes nationaux obligatoires de protection sociale, de dispositifs assurantiels complémentaires (assurances complémentaires de retraites, de soins de santé, d'aides aux personnes en situation de handicap ou de maladie chronique ; aides aux collaborateurs qui aident des membres de leurs famille en situation de handicap ou de maladie chronique ; allocations directes de secours, etc.). Plusieurs entreprises intègrent aussi les termes de référence de la protection sociale de leurs collaborateurs, y compris de leurs retraités, au champ du dialogue social et de la négociation collective avec leurs partenaires sociaux. Certaines entreprises, seules ou dans le cadre de réseaux régionaux, mettent en place des installations en propre ou mutualisées (centres de santé par exemple, ou mutuelles) à titre de redistribution et de contribution à l'élargissement de l'accessibilité aux soins, et au développement du système sanitaire national.

Les entreprises peuvent également, au titre de leur responsabilité sociale, s'engager en faveur de la gestion responsable de leurs chaînes d'approvisionnement et s'assurer que leurs filiales, leurs fournisseurs et sous-traitants leur apportent la preuve de leur conformité par rapport aux législations sur la protection sociale (déclaration

et paiement des cotisations à la sécurité sociale, assurance accidents du travail et maladies professionnelles, assurance de responsabilité civile, existence et effectivité de la médecine du travail).

En matière de gouvernance, le rôle des entreprises est primordial à travers leur participation aux organes d'orientation et de contrôle des organismes de sécurité sociale via leurs organisations représentatives, ainsi qu'à travers leur participation au dialogue social national sur la protection sociale.

## 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. Comme indiqué plus haut, la convention 102 (1952) dont l'approbation a pourtant été publiée au Bulletin Officiel (n°6140 du 23 *Joumada I* 1434, 04 avril 2013) n'a toujours pas fait l'objet d'un dépôt de ses instruments de ratification. A ce jour (24 février 2018), le Maroc a ratifié 62 conventions de l'OIT, (dont 51 conventions techniques sur un total normatif de 177 conventions). Sur les 62 conventions ratifiées par le Royaume, 48 conventions sont en vigueur, 11 conventions ont été dénoncées et 3 instruments abrogés). Le Maroc n'a ratifié aucune convention au cours des cinq dernières années (les trois dernières ratifications ont eu lieu en 2013, notamment la convention 176 (1995) sur la sécurité et la santé dans les mines et la convention 188 (2007) sur le travail dans la pêche. Au total, 42 conventions techniques importantes et protocoles de l'OIT n'ont pas été, à ce jour, ratifiées par le Maroc, notamment:

- la convention 118 (1962) sur l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale ;
- la convention 121 (1964 modifiée en 1980) sur les prestations en cas d'accidents du travail ;
- la convention 139 (1974) sur le cancer professionnel ;
- la convention 152 (1979) sur la sécurité et l'hygiène dans les manutentions portuaires ;
- la convention 155 (1981) sur la sécurité et la santé des travailleurs ;
- la convention 159 (1983) sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes en situation de handicap ;
- la convention 170 (1990) sur les produits chimiques ; la convention 174 (1993) sur la prévention des accidents industriels majeurs ;

- la convention 161 (1985) sur les services de santé au travail ;
- la convention 168 (1988) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage ;
- la convention 173 (1992) sur la protection des créances des travailleurs en cas d'insolvabilité de leur employeur.

## 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<sup>e</sup> 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'Homme<sup>12</sup>. 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 âgé 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 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.* »<sup>13</sup>

L'idée du revenu universel de base est ancienne<sup>14</sup>. Elle procède de deux arguments distincts. L'un repose sur le postulat de la fin de l'emploi à vie, de la régression du salariat en tant que forme d'emploi dominante, et du développement de trajectoires professionnelles où se succèdent les va et vient entre périodes et formes différentes d'activités. Les systèmes de sécurité sociale devraient alors être repensés dans le sillage de la « fin du travail » théorisée en 1995 par Jeremy Rifkin, où les robots deviendraient les principaux producteurs de richesses à la place des hommes, ce qui à terme impliquerait même de verser aux machines un salaire fictif servant de base

12 - 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.

13 - Idem, page 1.

14 - Cité par Gaspard Koenig, in « A propos du revenu universel », les Notes de l'Institut Diderot, page 12, juin 2017, Paris.

au calcul et au prélèvement de l'impôt et des cotisations sociales qui permettraient alors de financer un revenu universel inconditionné à des femmes et des hommes en situation d'inactivité voulue ou choisie. L'autre argument, celui-là porté par des penseurs libéraux comme Hayek ou Milton Friedman, défend l'idée d'un revenu minimum financé par un impôt négatif. Au lieu des considérations, non prouvées, sur la fin du travail salarié, les économistes libéraux admettent la nécessité d'agir contre la pauvreté et préconisent le versement d'une somme, sans condition, à chaque individu en laissant ensuite chacun libre d'arrêter et d'assumer ses choix personnels dans une société libre et une économie de marché. Pour financer ce type de dispositif, ses partisans préconisent de taxer les revenus de chaque personne avec un impôt négatif pour celles et ceux qui perçoivent moins d'un seuil déterminé. Les propositions en faveur d'un revenu de base s'étaient multipliées aux Etats-Unis durant les années 1960. Ce concept se renouvelle désormais autour de quatre modèles:

1. Un revenu de base versé sous forme de prime, à partir de dividendes tirés de l'exploitation des ressources naturelles et payés chaque année directement aux citoyens ;
2. Un revenu de base partiel limité à une catégorie spécifique de bénéficiaires ;
3. Un revenu de base supplémentaire d'un montant modeste versé en complément des montants perçus au titre des systèmes existants de sécurité sociale ;
4. Un revenu de base complet versé en espèces à chaque personne de façon régulière et inconditionnelle. Ce modèle n'a encore été mis en œuvre nulle part.

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*<sup>15</sup> ». 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

15 - 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.

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.

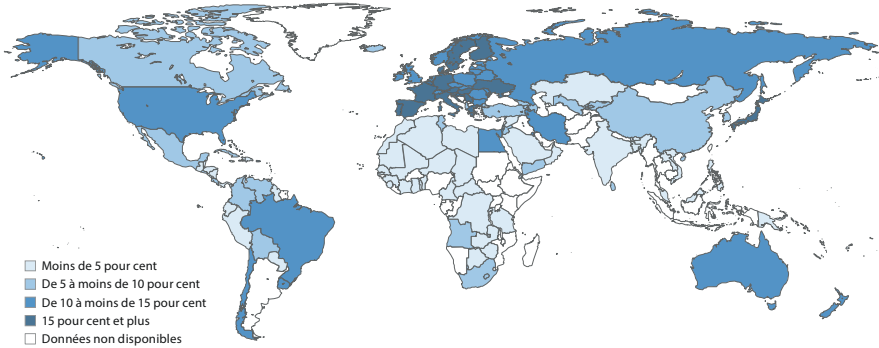
Il ressort également de ce rapport que seulement 29 % de la population mondiale est couverte par des systèmes complets de sécurité sociale comprenant une gamme complète de prestations, allant des allocations familiales aux pensions de vieillesse, tandis que 71 %, soit 5,2 milliards de personnes – n'est que partiellement, voire pas du tout, protégée. Ces lacunes seraient liées à un sous-investissement notable dans la protection sociale, notamment en Afrique, en Asie et dans les Etats arabes.

Or, toujours selon ce rapport « *L'absence de protection sociale expose la population à la pauvreté, aux inégalités et à l'exclusion sociale tout au long du cycle de vie et constitue donc un obstacle majeur au développement économique et social* ».

Selon une carte<sup>16</sup> 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 (Voir carte ci-après).

16 - « Rapport mondial sur la Protection Sociale 2017-2019: Protection Sociale Universelle pour atteindre les objectifs de développement durable », OIT, figure 2, page 28.

### Dépenses publiques de protection sociale, hors santé (en pourcentage du PIB)

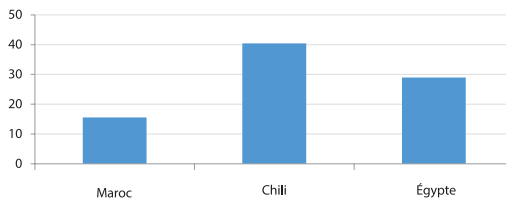


Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database) d'après l'Enquête sur la sécurité sociale.

Un benchmark de 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'Égypte en (avec les données de 2012) illustre ce retard du Maroc.

L'effectif limité des cotisants actifs à un régime de pensions de vieillesse rapporté à la population en âge de travailler confirme que les coûts de prise en charge des personnes âgées sont insuffisamment mutualisés et portés principalement par les descendants et les proches. En effet, 85% de la population en âge de travailler ne cotisait en 2012 à aucun régime de protection de pension de retraite contre 60% au Chili et 72% en Égypte.

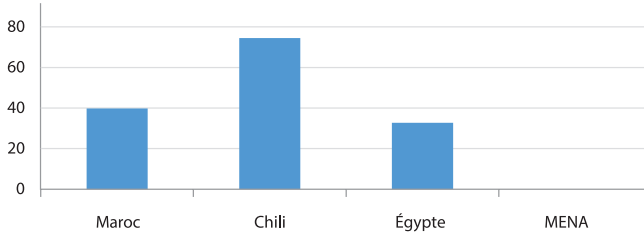
### Cotisants actifs à un régime de pensions de vieillesse contributif en % de la population en âge de travailler



En termes de couverture de la vieillesse, 60% des personnes de plus de 60 ans ne perçoivent pas de pension de vieillesse. Le rapport d'activité 2016 de l'ACAPS confirme que le système de retraite marocain est caractérisé par un faible taux de couverture estimé à 40,9% de la population active, soit environ 4,4 millions de personnes sur 10,6 millions en 2016. Au Chili, 74,5% des personnes âgées de plus de 60 ans percevaient une pension de vieillesse en 2012.

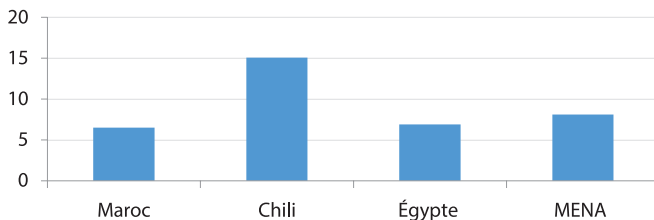


### Couverture de vieillesse: bénéficiaires de la pension de vieillesse (dernière année disponible)



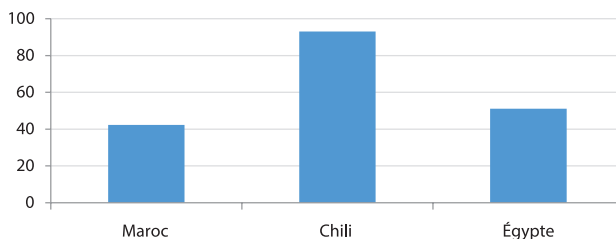
Par ailleurs, selon des données de l'OMS, le Maroc consacre 2% de la richesse produite annuellement aux dépenses publiques de santé en 2011, autant qu'en Égypte, mais moins que dans le reste de la zone MENA (2,83%). Par rapport au pourcentage des dépenses générales de l'Etat, ce dernier consacre seulement 6% de ses dépenses générales à la Santé contre 15,1% au Chili et 8,12% dans la zone MENA.

### Dépenses publiques de santé en % des dépenses générales de l'Etat (OMS)



Les dépenses totales de santé (publiques et privées) en pourcentage du PIB représentaient en 2011, 6% pour le Maroc contre 7,5% au Chili, 4,9% en Égypte et 4,94% dans la région MENA. La population bénéficiant d'une couverture médicale en pourcentage de la population totale représente en 2007, 42,3% au Maroc contre 93,1% au Chili en 2011 et 51,1% en Égypte en 2008. Le Maroc a atteint à fin 2016, une couverture de 54,6% de la population totale.

### Population bénéficiant d'une protection sociale de la santé en % de la population totale

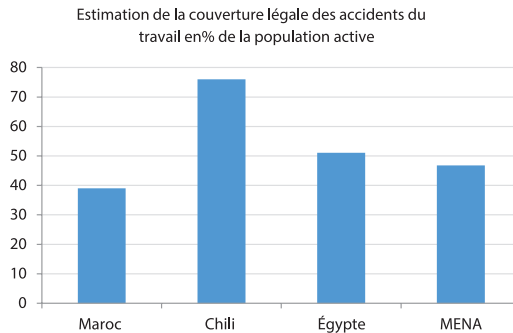


Au niveau du risque maternité, le Maroc à l'exemple du Chili et de l'Égypte assure le versement de 100% du salaire en période couverte pour les femmes qui travaillent.

Par ailleurs le Maroc enregistre le taux le plus bas en termes de pourcentage de la population active qui bénéficie d'une couverture légale des accidents du travail. Ce taux était estimé, par l'OIT, en 2012 à 76% pour le Chili, à 51,1% pour l'Égypte, 46,75% pour la région MENA et à 39% pour le Maroc. Ce dernier chiffre est manifestement surévalué, sachant que le taux de la population disposant d'une couverture sociale au Maroc ne dépasse pas 40%, et qu'une grande partie des assurés déclarés à la CNSS ne sont précisément pas couverts en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, à quoi s'ajoute l'absence d'une couverture réelle pour les agents de la fonction publique.

Le Maroc fait partie des rares pays qui attribuent encore la couverture du risque accidents du travail aux compagnies d'assurances privées au lieu des organismes de sécurité sociale.

#### Estimation de la couverture légale des accidents du travail en% de la population active



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 Égypte. 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 rapport<sup>17</sup> de l'OIT relatif aux possibilités de couverture des prestations en espèces des socles de protection sociales (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 sociales (SPS), mais parmi ceux présentant**

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

un faible niveau de volonté politique pour investir dans le social ( voir les deux tableaux ci-dessous). 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'Éthiopie qui aurait ainsi la plus forte volonté (69,6%).

**Disponibilité des ressources (impôts et aide publique au développement) « TORA »  
et coûts des socles universels de protection sociale « SPF », rapport par pays**

Faible disponibilité		Disponibilité élevée			
Pays	TORA/SPF	Pays	TORA/SPF	Pays	TORA/SPF
Myanmar	1.3	Ouganda	3.8	Mozambique	7.4
Timor-Leste	1.6	Bolivia (État plurinational de)	4.3	Zambie	7.6
Guinée Bissau	2.0	Afghanistan	4.4	Viet Nam	7.7
Soudan	2.1	République-Unie de Tanzanie	4.5	Congo	7.7
Bangladesh	2.2	Arménie	4.7	Burkina Faso	8.0
Tchad	2.5	Malawi	4.7	Sri Lanka	8.0
Éthiopie	2.7	Ghana	5.0	Rwanda	9.5
Guinée	2.9	Côte D'Ivoire	5.1	République démocratique populaire lao	9.7
Cameroun	3.0	Mali	5.2	El Salvador	10.0
Guatemala	3.1	Népal	5.4	Indonésie	12.0
Honduras	3.1	Cambodge	5.5	Inde	12.0
Niger	3.2	Mauritanie	5.7	Bhoutan	12.2
Sierra Leone	3.2	Haïti	5.9	Lesotho	12.8
Madagascar	3.3	Pakistan	5.9	Swaziland	12.8
Paraguay	3.4	Bénin	6.5	Cap-Vert	15.4
Kenya	3.4	Géorgie	6.6	Maroc	15.6
Nigéria	3.6	Kirghizistan	6.7	Philippines	16.6
Sénégal	3.6	Égypte	6.9	Guyane	44.3
Nicaragua	3.8	Gambie	7.3	Mongolie	70.3
<b>Moyenne (Faible disponibilité)</b>	<b>2.8</b>	<b>Moyenne (Disponibilité moyenne)</b>	<b>5.5</b>	<b>Moyenne (Disponibilité élevée)</b>	<b>15.8</b>

Source: OIT

**Indicateur sur la volonté de soutenir des investissements sociaux: part des dépenses dans la santé publique et l'éducation publique sur le pourcentage des dépenses publiques totales**

Faible volonté pour investir dans le social		Volonté moyenne pour investir dans le social		Forte volonté pour investir dans le social	
Pays	Pourcentage	Pays	Pourcentage	Pays	Pourcentage
Timor-Leste	13.3	Bangladesh	31.6	Kirghizistan	43.7
Géorgie	13.8	Madagascar	33.2	Viet Nam	43.9
Afghanistan	14.9	République-Unie de Tanzanie	34.5	Burkina Faso	44.5
Nigéria	18.3	Philippines	37.4	Kenya	45.3
Arménie	19.7	Cap-Vert	37.8	Gambie	45.6
Pakistan	19.9	El Salvador	38.6	Rwanda	47.0
Égypte	21.4	Sierra Leone	38.7	Côte D'Ivoire	48.6
Maroc	21.6	Ghana	39.2	Paraguay	49.4
Cambodge	25.4	Mali	39.2	Bénin	51.0
République démocratique populaire lao	25.6	Népal	39.4	Bolivie (État plurinational de)	54.3
Indonésie	27.4	Sénégal	41.0	Bhoutan	55.1
Sri Lanka	28.3	Guatemala	41.2	Lesotho	56.3
Ouganda	28.8	Congo	41.2	Malawi	56.7
Zambie	28.9	Honduras	41.9	Nicaragua	61.7
Mongolie	31.1	Mozambique	42.8	Swaziland	63.0
Inde	31.6			Éthiopie	69.6

Source: OIT

### **Le paradoxe de la protection sociale au Maroc: un système jeune mais bridé par le poids de l'histoire**

Le système marocain de protection sociale a moins d'un siècle. Il a vu le jour à partir d'organismes mutualistes à la fin des années 20 du siècle précédent et s'est structuré autour de régimes d'assurances sociales au bénéfice principalement des fonctionnaires et des agents des entreprises de l'Etat sous le protectorat, avant l'institution, au lendemain de l'Indépendance, d'un régime de sécurité sociale pour les salariés du secteur privé. La couverture sociale des travailleurs indépendants et des professions libérales, et les étudiants sont en cours de mise en place.

Le consensus est large sur les insuffisances et les difficultés auxquelles le système marocain de protection sociale est confronté. L'action publique dans ce domaine est fragmentée avec une multiplicité de programmes, d'intervenants, de référentiels d'objectifs et de méthodes d'évaluation des résultats, sans réelle coordination ni vision de long terme (ministères de l'Emploi, des affaires sociales, des finances, tutelles techniques, etc.). Cette situation est lourde de risques de gaspillage des temps et de l'expertise, et de perte de vue des recommandations et des objectifs issus des études techniques, des travaux du dialogue social ou des institutions de gouvernance et de contrôle comme la Cour des comptes.

Le système marocain de protection sociale n'est pas ordonné autour d'une vision unifiée, ni porté par des objectifs convergents. Il n'existe pas entre ses composantes de mécanismes de solidarité ni même de complémentarité. Ses composantes affrontent, isolément et sans cohérence, chacune dans son cadre institutionnel particulier et avec ses paramètres techniques et ses règles propres de gouvernance, ses enjeux d'équilibre financier, de viabilité, et de qualité de service, sans capacité ni vocation à protéger tous les citoyens - à commencer par les personnes et les groupes vulnérables- contre les risques sociaux et économiques. Plusieurs parmi les organismes de sécurité sociale font face à de lourds enjeux d'équilibre financiers pour avoir cumulé des engagements actuariels importants sur fond d'amélioration de l'espérance de vie, de baisse de la fécondité, d'entrée de plus en plus tardive dans la vie active et de faible taux de couverture de la population active occupée (35%). Les modes de placement de leurs fonds de réserves n'obéissent pas à des règles communes ni à des fins d'utilité sociale probante.

Les « trous » dans le système sont importants, laissant des risques significatifs et des effectifs nombreux de la population sans couverture ou avec des niveaux de prestations très réduits. Les accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont à ce jour pas reconnus comme des risques relevant de la sécurité sociale, et leur couverture, régie par des règles de droit civil, reste limitée et contrainte par des procédures complexes. La majorité des personnes âgées ne bénéficie pas de droits à pension et ces dernières sont dans plus de 70% des cas inférieures au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG). Plus de 60% des actifs marocains n'ont pas accès aux systèmes de pensions existants et 30% bénéficient à date de l'assurance-maladie obligatoire. Les personnes qui exercent dans le secteur dit « non formel » ne bénéficient pas d'assurance sociale qu'il s'agisse de pension, d'accident du travail ou de maladies professionnelles. La majorité des dépenses de santé est prise en charge par les ménages. Les taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés en raison notamment du faible accès aux soins postnatals et néonataux en milieu rural. Les enfants, qu'ils soient d'âge préscolaire, ou adolescents en particulier les filles en milieu rural, et les jeunes sans ou faible qualification sont exposés au décrochage scolaire et à la trappe de l'emploi informel et de la pauvreté. Les enfants et les adultes en situation de handicap sont confrontés à l'extrême difficulté d'accès à des services d'éducation et de santé de base, à des risques accrus de chômage et à la pauvreté sans assistance à leurs familles et leurs aidants pour faire face aux surcroits de coûts découlant de leur situation. Si le consensus est établi sur le besoin de doter le Maroc d'un registre social qui permettrait d'harmoniser les méthodes d'affectation des aides sociales aux populations vulnérables, des défis clés restent à lever au sujet de la clarté des critères d'éligibilité et sur le contenu des aides en question. Ces défis ne sont pas que d'ordre technique: il importe que les programmes d'assistance sociale soient définis et déployés en ligne avec des principes de respect de la dignité et des droits humains fondamentaux des personnes, dans une logique d'inclusion, de prévention et de réduction des discriminations, d'action en faveur de l'égalité des chances et non

pas seulement dans une logique compassionnelle d'atténuation des privations. La restructuration du système marocain de protection sociale en ligne avec les normes internationales, notamment la convention 102 et la recommandation 202 de l'OIT est nécessaire à la mise en place d'un socle de protection sociale qui doit permettre de réunir, à moyen terme, les conditions de réalisation d'un système national de sécurité sociale complet, universel, et solidaire, servant la dignité et l'inclusion de tous en même temps que la cohésion sociale et le développement économique du pays.

## **Focus: Fluidité du marché du travail**

### ***Le marché marocain du travail et ses répercussions sur la sécurité sociale du secteur privé***

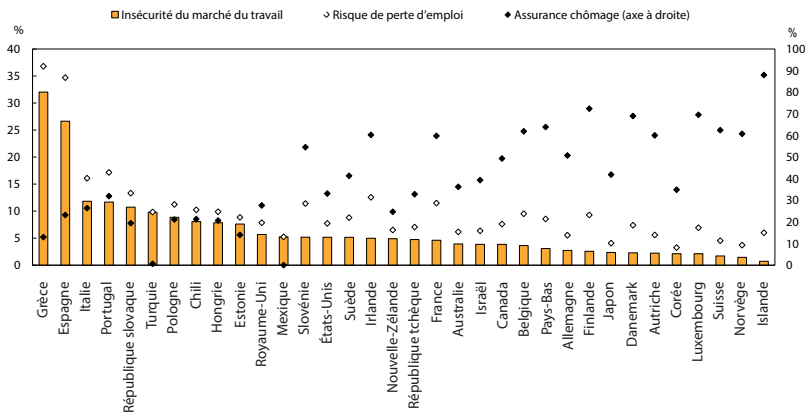
#### **Fluidité du marché du travail**

La flexibilité est une notion ambiguë. Elle est dépourvue de définition partagée et n'a pas d'indicateur précis pour l'évaluer. Cette notion est cependant populaire en ce qu'elle réfère aux idées de pragmatisme, de souplesse et d'efficacité. Mais elle soulève aussi des objections sur ses fondements, ses modalités et ses conséquences. Sur le plan de l'organisation du travail, la flexibilité peut concerner plusieurs éléments, les temps et les rythmes de travail, les rémunérations fixes et variables, l'ajustement des techniques et des compétences, l'organisation de la production et ses rythmes, ou la composition des effectifs selon les variations de la demande, des stocks ou selon les contraintes et des opportunités concurrentielles. Une organisation flexible est une organisation vivante, vélocité, qui réduit ses incertitudes, qui réagit et s'adapte. Le succès et l'acceptabilité de ce type de flexibilité sont fondamentalement conditionnés au respect de la règle de droit et au développement de la négociation et du contrat collectifs au niveau des entreprises, des secteurs d'activité et au niveau régional. A défaut, les mesures unilatérales, notamment les mesures de réduction de l'activité et des revenus, ou l'arrêt des déclarations des salariés à la sécurité sociale, conduisent à la crispation des relations professionnelles et aux conflits collectifs de travail.

Le débat au sujet de la flexibilité se porte aussi sur le terrain du droit, avec l'idée que le droit travail serait en soi une rigidité contraire aux exigences de la compétitivité. Cet argument conduit à substituer au contrat de travail, notamment le contrat de travail à durée indéterminée, des contrats précaires, à durée limitée, ou des contrats de type commercial réputés plus faciles à résilier, comme les contrats d'intérim. La notion d'intérim, elle-même souvent mal comprise et contournée, aboutit à considérer comme intérimaires des travailleurs qui sont en réalité des travailleurs permanents, assujettis à un double lien de subordination, d'une part avec la société d'intérim qui est leur employeur de droit, et avec la société utilisatrice de leurs services, qui est leur employeur de fait, sur une base précaire et révocable avec pour terme celui de l'échéance du contrat commercial entre les deux sociétés. Ces pratiques s'observent largement dans les activités externalisées (gardiennage, restauration, transport,

nettoyage, etc.). Ce type de mise en cascade de la relation professionnelle est souvent accompagné au Maroc d'absence ou de sous-déclaration des droits à la sécurité sociale. Pour ces motifs, ce rapport retient la notion de fluidité.

Parmi ses indicateurs relatifs à la qualité de l'emploi, l'OCDE mesure l'insécurité sur le marché du travail « *Labour market security* » de ses pays membres, en tant qu'élément d'information et de benchmark sur leur sécurité économique. L'évaluation de l'insécurité du marché de travail prend en compte le risque de perte d'emploi et ses conséquences économiques via le taux de chômage et le niveau des prestations apportées aux chômeurs.



Source: OCDE Job Quality database(2016)

Les pays où le marché du travail présente le plus d'insécurité sont ceux où le taux de chômage est le plus élevé et les prestations aux chômeurs les plus faibles (Grèce, Espagne, Italie, Portugal, Slovaquie, Turquie) et à l'inverse les marchés les plus sécurisés conjuguent des taux maîtrisés de chômage avec des prestations sociales significatives au bénéfice des chômeurs (France, Canada, Allemagne, Corée, Norvège).

### La sécurité sociale et le marché du travail marocain (secteur privé): fluidité et insécurité

Les liens entre, d'une part, le financement et les prestations de la sécurité sociale (régimes obligatoires) et, d'autre part, la formalisation et la fluidité du marché du travail sont des liens structurels et essentiels. Un marché du travail transparent, dont les actifs sont identifiés et cotisants au financement de leur protection sociale et à celle de leurs ayants droit, est indispensable au maintien du rapport entre les coûts et les prestations de sécurité sociale à des niveaux acceptables. Un régime de sécurité sociale qui ne s'appliquerait qu'à certains secteurs ou à certaines catégories, ou dont les procédures de gestion seraient inefficaces, fait peser sur le marché du travail des coûts excessifs et met en péril sa propre pérennité. Les régimes contributifs

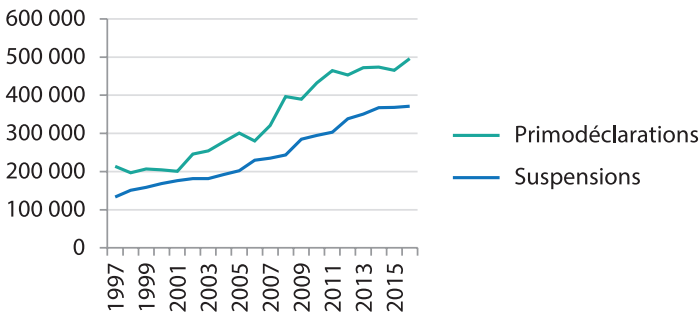
de sécurité sociale dépendent en effet, et tout à la fois, de l'extension de leur base démographique (effectifs des employeurs et des assurés cotisants), des niveaux des cotisations qu'ils collectent et des montants des prestations qu'ils distribuent. Ces paramètres sont décisifs dans la détermination des taux de prélèvements sociaux, et dans la définition et le maintien de l'équilibre entre les charges de prestation et les cotisations nécessaires à leur financement.

Pour le Maroc, le régime de sécurité sociale géré par la CNSS, qui est le régime auquel l'assujettissement des salariés du secteur privé est obligatoire, est un excellent observatoire de la situation de l'emploi, et le meilleur proxy disponible pour apprécier la fluidité et la sécurité du marché du travail.

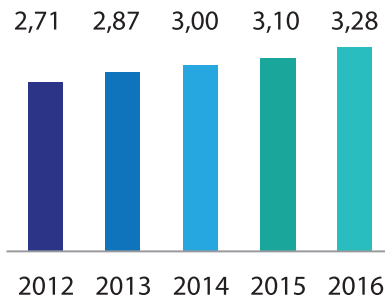
### Le marché du travail dans le secteur privé au prisme de la sécurité sociale

On peut en effet considérer que c'est la déclaration à la CNSS qui délimite la frontière entre l'emploi salarié formel dans le secteur privé et l'activité salariée informelle. 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.

Entrants et cessation de déclarations CNSS, 1997-2016



Effectifs des salariés déclarés à la CNSS (en millions)





**Fluidité du marché du travail formel**  
**Entrants et cessation des déclarations à la CNSS**

Année	Entrants	Attrition des assurés (cessation de déclaration)
1997	213 792	133 332
1998	197 156	151 045
1999	206 812	158 293
2000	204 736	168 791
2001	200 433	176 355
2002	245 671	181 786
2003	254 213	181 204
2004	278 145	192 259
2005	300 845	202 273
2006	279 972	229 476
2007	321 116	235 109
2008	396 433	243 785
2009	389 459	284 793
2010	432 221	294 668
2011	464 710	303 451
2012	453 028	338 274
2013	472 410	350 667
2014	473 381	367 430
2015	465 311	368 398
2016	495 674	371 311

Chaque année, depuis 1997, le secteur privé assujetti au régime obligatoire de sécurité sociale déclare à la CNSS 337 226 salariés, avec un pic de 495 674 salariés déclarés en 2016. Cette performance résulte à la fois de la création d'emplois, de l'incitation accrue des entreprises à déclarer leurs salariés depuis la mise en place du régime obligatoire d'assurance-maladie, et à l'efficacité accrue des dispositifs de contrôle et d'inspection développés par l'administration de la CNSS. Mais chaque année, la CNSS perd en moyenne 246 635 assurés, avec un pic de 371 311 observé en 2016 aussi. Le solde annuel moyen des déclarations au régime s'établit à 90 641 assurés, avec un pic de 161 259 observé en 2011 et un creux de 24 078 durant l'année 2001.

Durant cette même période, la valeur moyenne du rapport entre l'effectif des assurés et l'effectif des assurés en cessation de déclaration (hors départs en retraite) a été de 1,37, avec un pic de 1,63 en 2008 et un creux de 1,14 en 2001. Il était même arrivé vers 1994 que ce ratio fut négatif, la cessation des déclarations dépassant les

nouvelles immatriculations. Le ratio entre le nombre annuel de sortants (sans droit à pension) et le total des assurés était de 11,3% en 2016. Le rapport entre, d'un côté, l'effectif total des assurés entrants et sortants et, de l'autre côté, l'effectif total des assurés, s'établissait pour sa part à 26,4% en 2016. Ces chiffres 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 flexibilité, 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 1997 et 2016) du solde entre les déclarations et les cessations de déclaration au régime de sécurité sociale s'établit à 2,2%. 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.

#### **Salariés des secteurs (hors agriculture) déclarés à la CNSS par nombre de mois et par sexe**

Nombre de mois de déclaration	Hommes	En %	Femmes	En %	Total	En %
1	103 887	5%	44 589	5%	148 476	5%
2	96 376	5%	41 106	4%	137 481	5%
3	89 806	4%	39 202	4%	129 008	4%
4	74 375	4%	31 743	3%	106 118	3%
5	72 101	3%	27 552	3%	99 654	3%
6	77 675	4%	30 077	3%	107 752	4%
7	68 880	3%	29 668	3%	98 548	3%
8	72 357	3%	32 642	3%	104 999	3%

Nombre de mois de déclaration	Hommes	En %	Femmes	En %	Total	En %
9	83 117	4%	40 878	4%	123 996	4%
10	113 096	5%	66 416	7%	179 512	6%
11	194 865	9%	108 788	12%	303 653	10%
12	1 057 572	50%	444 329	47%	1 501 901	49%
<b>Total</b>	<b>2 104 109</b>	<b>100%</b>	<b>936 989</b>	<b>100%</b>	<b>3 041 098</b>	<b>100%</b>

Le nombre de jours annuel moyen déclarés en 2016 pour les actifs du secteur agricole est 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.

#### Salariés déclarés à la CNSS par nombre de jours annuel en 2016 et par sexe

Tranche Nombre jours	Hommes	En %	Femmes	En %	Total	En%
[1-36[	183 950	8%	104 097	10%	288 048	9%
[36-72[	151 918	7%	79 667	8%	231 585	7%
[72-144[	257 376	11%	141 086	14%	398 462	12%
[144-216[	285 634	13%	151 530	15%	437 163	13%
[216-312[	830 036	37%	375 634	36%	1 205 670	37%
312	542 497	24%	180 254	17%	722 751	22%
<b>Total</b>	<b>2 251 411</b>	<b>100%</b>	<b>1 032 268</b>	<b>100%</b>	<b>3 283 679</b>	<b>100%</b>

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 était 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.

#### Moyenne des salaires déclarés à la CNSS (dont secteur agricole et niveau par sexe)

	Salaire moyen hommes En Dirhams	Salaire moyen femmes En Dirhams	Total En Dirhams
Secteur agricole	2 319	1 569	2 063
Ensemble des actifs	5 264	4 517	5 032

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

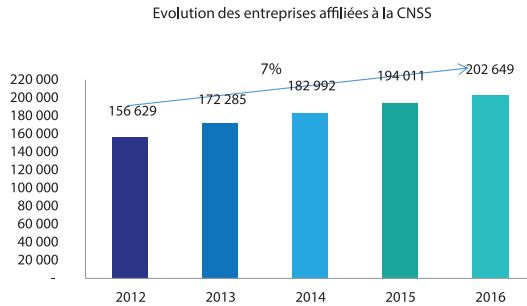
La structure de la population des entreprises affiliées à la CNSS et la répartition des niveaux de salaires qu'elles déclarent sont, à l'image du tissu productif national, concentrées sur les petites et les microentreprises avec de bas niveaux de revenus: 62% des entreprises déclarent moins de 4 salariés, 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.

Nombre de salariés déclarés	TOTAL	En%	Masse salariale déclarée par niveau	Total entreprises affiliées	%
[1-3]	124 897	62%	Moins de 10 000 Dhs	14 590	7%
[4-10]	48 543	24%	[10 000 - 50 000[	76 612	38%
[11-20]	12 619	6%	[50 000 - 100 000[	42 450	21%
[21-50]	9 142	5%	[100 000 - 500 000[	47 418	23%
[51-200]	5 382	3%	[500 000 -1 000 000[	8 597	4%
Plus de 200 salariés	2 066	1%	Plus de 1 000 000 Dhs	12 982	6%
<b>Total</b>	<b>202 649</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>202 649</b>	<b>100%</b>

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. Dans le secteur agricole, le salaire mensuel moyen déclaré à la CNSS était de 2 063 dirhams en 2016, avec 50% des assurés déclarés à moins de 1 512 dirhams par mois. 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.

### Evolution des entreprises affiliées à la CNSS



L'effectif des entreprises affiliées à la CNSS s'est accru de près de 30% entre 2012 et 2016, (passant de 156 629 à 202 649).

## Recommandations

### 1. Conformer les politiques publiques de protection sociale avec les standards normatifs internationaux:

- 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) et aux prestations de survivants (convention 128, 1967),
- 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 42 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 appui 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 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 (En France, tout exercice d'une activité non déclarée auprès des répertoires professionnels ou des organismes sociaux ou le non-respect des obligations de déclaration des cotisations est constitutif du délit de travail dissimulé, passible d'une peine d'emprisonnement de 3 ans et d'une amende de 45 000 € [articles L. 8221-3 et L. 8224-1 du code du travail ; l'aide et l'incitation à cesser de cotiser à la sécurité sociale sont également sanctionnés: une peine de 6 mois de prison et 15 000 € d'amende sont prévues à l'encontre de toute personne qui incite les assurés sociaux à refuser de s'affilier à un organisme de Sécurité sociale,
- la mise en place d'un organisme de suivi et de contrôle ;

## 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.

### Les objectifs minimaux énoncés par l'OIT et définissant les neuf principales branches de la sécurité sociale

#### • Soins médicaux

- **Convention n° 102** - [non encore ratifiée par le Maroc]: soins préventifs, soins de praticiens de médecine générale, y compris visites à domicile, soins de spécialistes, fourniture des produits pharmaceutiques essentiels sur ordonnance, soins avant, pendant et après l'accouchement donnés par un médecin ou une sage-femme diplômée et hospitalisation si nécessaire.
- **Convention n° 130** - [non ratifiée par le Maroc]: mêmes prestations que la convention n°102 mais également soins dentaires et réadaptation médicale.

- **Indemnités de maladie**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au moins à 45 pour cent du salaire de référence.
- **Convention n° 130** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au moins à 60 pour cent du salaire de référence et remboursement des frais funéraires en cas de décès du bénéficiaire.

- **Prestations de chômage**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au moins à 45 pour cent du salaire de référence.
- **Convention n° 168** - [non ratifiée par le Maroc]: promotion de l'emploi et protection contre le chômage ; paiements périodiques correspondant au moins à 50 pour cent du salaire de référence.

- **Prestations de vieillesse**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au minimum à 40 pour cent du salaire de référence. Obligation de réviser les taux de ces prestations à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie.
- **Convention n° 128** - [non ratifiée par le Maroc]: prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants (1967) paiements périodiques correspondant au minimum à 45 pour cent du salaire de référence. Mêmes conditions que dans la convention n° 102 pour ce qui est de la révision des taux.

- **Prestations familiales**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: soit paiements périodiques, soit fourniture de nourriture, de vêtements, de logement, de séjour de vacances ou d'une assistance ménagère, soit une combinaison de ces éléments.

- **Prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: soins médicaux et paiements périodiques correspondant au minimum à 50 pour cent du salaire de référence pour les cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité ; prestations pour la veuve et les enfants à charge en cas de décès du soutien de famille avec paiements périodiques correspondant au minimum à 40 pour cent du salaire de référence ; possibilité de convertir les paiements périodiques en un capital versé en une seule fois dans certaines conditions. Sauf en cas d'incapacité de travail, obligation de réviser les taux des paiements périodiques à la suite de variations sensibles du coût de la vie.
- **Convention n° 121** - [non ratifiée par le Maroc]: prestations en cas d'accident du travail ; mêmes prestations que dans la convention n° 102 et soins sur les lieux de travail ; paiements périodiques correspondant au minimum à 60 pour cent du salaire de référence pour les cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité ; prestations pour la veuve, le veuf invalide et à charge, les enfants à charge en cas de décès du soutien de famille avec paiements périodiques correspondant au minimum à 50 pour cent du salaire de référence ; obligation de fixer un montant minimum pour ces paiements ;

possibilité de convertir les paiements périodiques en un capital versé en une seule fois dans certaines conditions ; prestations supplémentaires pour les personnes dont l'état requiert l'aide constante d'un tiers.

- **Prestations de maternité**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: soins médicaux comportant au moins des soins avant, pendant et après l'accouchement, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée, et une hospitalisation si nécessaire ; paiements périodiques correspondant au minimum à 45 pour cent du salaire de référence.
- **Convention n° 183** - [ratifiée par le Maroc]: prestations médicales comportant notamment des soins avant, pendant et après l'accouchement et une hospitalisation si nécessaire ; prestations en espèces permettant à la femme de subvenir à son entretien et à celui de son enfant dans de bonnes conditions de santé et selon un niveau de vie convenable, correspondant au minimum aux deux tiers du gain antérieur ou un montant du même ordre de grandeur.

- **Prestations d'invalidité**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au minimum à 40 pour cent du salaire de référence ; obligation de réviser le montant des prestations à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie.
- **Convention n° 128** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au minimum à 50 pour cent du salaire de référence ; obligation de réviser le montant des prestations à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie ; obligation de prévoir des services de rééducation et de prendre des mesures tendant à faciliter le placement des invalides dans un emploi approprié.

- **Prestations de survivants**

- **Convention n° 102** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au minimum à 40 pour cent du salaire de référence ; obligation de réviser le montant des prestations à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie.
- **Convention n° 128** - [non ratifiée par le Maroc]: paiements périodiques correspondant au minimum à 45 pour cent du salaire de référence ; obligation de réviser le montant des prestations à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie.



## DEUXIÈME PARTIE:

# Etat des lieux et recommandation pour le renforcement de la protection sociale au Maroc

---

## La protection 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. Cet article dispose:

1. « *Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris de l'assurance sociale, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit conformément à leur législation nationale.*
2. *Les prestations devraient, le cas échéant, être accordées en tenant compte des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de l'entretien de l'enfant, ainsi que de toute autre considération relative à une demande de prestations présentée par ou au nom de l'enfant.* »

L'article 27 de la même convention ajoute:

1. « *Les États parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour son développement physique, mental, spirituel, moral et social.*
2. *Les États Parties, conformément aux conditions nationales et selon leurs moyens, prennent les mesures appropriées pour aider les parents et les autres responsables de l'enfant à appliquer ce droit et, en cas de besoin, fournissent une assistance matérielle et des programmes de soutien, notamment en ce qui concerne à la nutrition, l'habillement et le logement.* »

Le cadre stratégique de protection sociale de l'UNICEF définit cette dernière comme étant « *un ensemble de politiques et programmes publics et privés visant à prévenir, réduire et éliminer les vulnérabilités économiques et sociales, la pauvreté et les privations.* » Aussi, pour l'UNICEF, les politiques et programmes de protection sociale doivent cibler aussi bien les vulnérabilités sociales qu'économiques, souvent interdépendantes, que les causes profondes de ces vulnérabilités en matière politique, économique et sociale. 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**

Deux doctrines coexistent en matière de financement des allocations familiales au niveau international<sup>18</sup>. L'une considère les allocations familiales comme une responsabilité de l'Etat, s'agissant d'une charge de solidarité nationale devant être intégralement financée par le budget général dans le cadre de la politique familiale de chaque pays. L'autre logique considère les allocations familiales comme un complément de salaire relevant de la responsabilité de l'employeur. C'est cette seconde approche, héritée des pratiques de l'époque du protectorat, qui est en vigueur au Maroc via des allocations familiales en espèces, intégralement à la charge des employeurs. Ces allocations sont effectivement financées dans le secteur privé par un prélèvement sur la masse salariale brute, sans limite de plafond soit, actuellement, un taux de cotisation de 6,4%.

Le montant des allocations familiales est de 200 dirhams par enfant pour les trois premiers enfants et de 36 dirhams pour les trois suivants, le nombre total des enfants éligibles à cette allocation est plafonné à six enfants. 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 civils 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 correspondant à un montant forfaitaire de 200 dirhams par enfant pour les trois premiers enfants et de 36 dirhams pour les trois suivants.

Les retraités ayant des enfants à charge reçoivent leurs allocations familiales à travers leurs caisses de retraites. Les allocations familiales servies par la CNSS aux retraités se font dans les mêmes conditions que pour les actifs. Pour le régime général du RCAR, Ces prestations sont financées par les employeurs sous forme d'une cotisation

---

18 - Les données contenues dans la partie relative aux allocations familiales sont reprises pour l'essentiel de la Fiche transmise par le directeur général de la CMR.

variable prélevée sur la totalité des salaires à concurrence d'un plafond fixé chaque année. Le taux de cotisation est actuellement de 0,65% supporté par l'employeur et affecté au fonds spécial des allocations familiales. Si la CNSS et le RCAR financent ces prestations par l'employeur, le cas est différent pour la CMR pour qui les allocations familiales sont annexées à la pension de retraite et financées conjointement par l'affilié et l'employeur.

Le montant total des allocations familiales servies par la CMR au profit des retraités ayant des enfants à charge s'est élevé en 2016 à 856 millions de dirhams soit 2,96% des dépenses totales servies.

Le tableau ci-après retrace l'évolution des allocations familiales depuis l'an 2000.

Années	Montant des AF en millions de dhs			
	Régime des pensions civiles	Régime des pensions militaires	Total	%/dépenses totales
2000	114	291	405	9,2%
2001	118	326	443	8,8%
2002	110	335	445	7,6%
2003	112	374	486	7,1%
2004	112	397	509	6,6%
2005	129	444	574	6,2%
2006	190	489	679	5,5%
2007	200	492	692	5,3%
2008	205	513	718	5,3%
2009	256	635	891	6,11%
2010	246	620	866	5,62%
2011	235	615	850	5,06%
2012	243	593	836	4,57%
2013	246	627	873	4,17%
2014	251	622	873	3,71%
2015	248	608	856	3,33%
2016	252	604	856	2,96%

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 direct aux femmes veuves en situation de précarité ayant à charge des orphelins, mis en place en 2014. Ce programme financé par le fonds d'Appui à la Cohésion Sociale octroie à la veuve pour chaque enfant orphelin ne dépassant pas 21 ans, à l'exception des enfants handicapés pour lesquels il n'y a pas de limite d'âge ou de condition particulière, un montant de 350 dirhams par mois 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.<sup>19</sup> Ce soutien financier ne peut-être cumulé avec tout autre aide quelle qu'en soit la nature (allocation familiale, Tayssir, bourse d'étude,...). Depuis son lancement au 4 août 2017, un montant de 815,3 millions de dirhams a été versé à la Caisse Nationale de Retraite et d'Assurances, chargée de la gestion de ce programme qui a pu bénéficier à 72 662 femmes veuves<sup>20</sup> ;
- Fonds d'entraide familiale, octroie aux femmes divorcées démunies et leurs enfants, lorsque le père est absent ou insolvable, une avance<sup>21</sup> au titre de la pension alimentaire du même montant et avec le même plafond que ceux accordés pour le programme d'aide direct aux femmes veuves en situation de précarité à savoir, 350 dirhams par enfant et par mois avec un plafond mensuel ne dépassant pas 1 050 dirhams mensuel par famille. Depuis son démarrage en 2011 à mai 2017, ce Fonds dont le Ministère de la Justice est l'ordonnateur et la Caisse de Dépôt et de Gestion, l'organisme gestionnaire a exécuté 14 760 actes judiciaires correspondant à une dépense d'un montant total de 150 millions de dirhams<sup>22</sup>. Ce qui reste faible compte tenu de la population cible. Cette situation serait due à un manque de communication sur l'existence de ce fonds auprès des populations concernées ainsi qu'à la complexité et à la lourdeur des procédures administratives. Pour remédier à cela, un arrêté conjoint entre le Ministère de la Justice et celui des Finances a été signé en 2017 en vue d'une meilleure gestion de ce fonds et la simplification des procédures. Il est également prévu de renforcer les actions de communication et d'étendre le bénéfice de ce fonds aux femmes mariées indigentes et abandonnées ayant des enfants ainsi qu'aux orphelins dont la mère est décédée et ayant droit à la pension alimentaire ;

19 - Décret N° 2.14.791 publié le 11 SAFAR 1436 (4 décembre 2014) fixant les conditions et les critères d'éligibilité à l'aide directe aux veuves en situation de précarité, ayant à charge leurs enfants orphelins, paru au bulletin officiel n°6318 (18 décembre 2014).

20 - Ministère de l'économie et des finances, « Note de présentation du projet de loi de finance pour l'année budgétaire 2018 ».

21 - Remboursable par le père dès que possible.

22 - Op.cit. Note de présentation du projet de loi de finance pour l'année budgétaire 2018.

- 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. Ce programme conditionné par l'assiduité de l'enfant qui ne doit pas dépasser 4 absences par mois, octroie une allocation mensuelle de 60 DH par enfant pour les deux premières années du primaire, 80 DH pour les deux années qui suivent et 100 DH pour les deux dernières années du primaire et enfin 140 DH pour les élèves aux collèges. Les transferts s'effectuent tous les 2 mois pour 10 mois par an à raison de trois transferts par an. Le ciblage de ce programme qui est de nature géographique se fait actuellement par commune et bénéficie à toutes les communes rurales appartenant au programme de l'INDH ayant un taux de pauvreté supérieur à 30% et un taux d'abandon scolaire supérieur à 8%. Depuis son lancement en 2008, ce programme a fait l'objet de trois évaluations dont la dernière en 2016 par le Ministère de l'éducation nationale, en coordination avec l'ONDH. Il ressort de ces évaluations une réduction du taux d'abandon de 57%, un retour aux bancs de l'école à hauteur de 37% et une nette amélioration des acquis des élèves bénéficiaires. Ce programme aurait bénéficié à dix régions, cinquante provinces et 434 communes rurales et engagé, depuis son démarrage en 2008 à 2016, une enveloppe budgétaire de 3,8 milliards de dirhams qui a profité à 860 100 élèves et 526 400 familles. Le montant moyen octroyé par famille et par an s'élève à 1 500 dirhams, avec un plafond de 3 enfants par famille. Parmi les dysfonctionnements qui risquent de compromettre la pérennité de ce programme social, il a été relevé les retards de paiement des allocations, dus à l'insuffisance de l'enveloppe allouée au Ministère de l'Education Nationale. Pour 2016-2017, les arriérés s'élèvent, selon les statistiques du ministère, à 777 millions de dirhams. Le budget destiné à la lutte contre l'abandon scolaire s'élève, à 827 millions de dirhams.<sup>23</sup> Or rappelons que l'enveloppe budgétaire octroyée annuellement par le Fonds d'appui à la cohésion sociale est de 500 millions de dirhams. La question du ciblage pose également problème puisque le ciblage géographique fait bénéficier tous les ménages de la commune concernée y compris les riches.

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 en vue de lutter contre l'abandon scolaire et les inégalités à alléger les frais de scolarités des familles des élèves du primaire et collèges issus de milieux défavorisés. Ce programme a bénéficié à 4,26 millions d'élèves pour l'année 2017-2018, dont 47% de filles contre 4,02 millions pour l'année 2016-2017 avec l'allocation par le Fonds d'appui à la cohésion sociale d'un montant de 667 millions de dirhams en 2016 et 250 millions de dirhams en 2017<sup>24</sup> ;

23 - <http://lavieeco.com/news/societe/le-programme-tayssir-sera-reamenage-pour-une-plus-grande-equite.html>

24 - Op.cit. Note de présentation du projet de loi de finance pour l'année budgétaire 2018.

- L'amélioration des conditions de scolarisation des enfants en situation de handicap notamment dans le cadre d'une convention de partenariat signée en 2015 entre l'Etat et l'Entraide Nationale. A cet effet un montant de 50 millions de dirhams en 2015, 100 millions de dirhams en 2016 et 53 millions de dirhams en 2017 ont été versés à l'Entraide Nationale dans le cadre du Fonds d'appui à la cohésion sociale au profit de 10 927 bénéficiaires dont 4 000 filles<sup>25</sup>.

Ces différents programmes, bien que limités dans leur substance, sont assortis de conditionnalités et limités à des localités spécifiques qui aboutissent à laisser aussi en marge de toute forme de protection sociale un nombre importants d'enfants en situation de précarité.

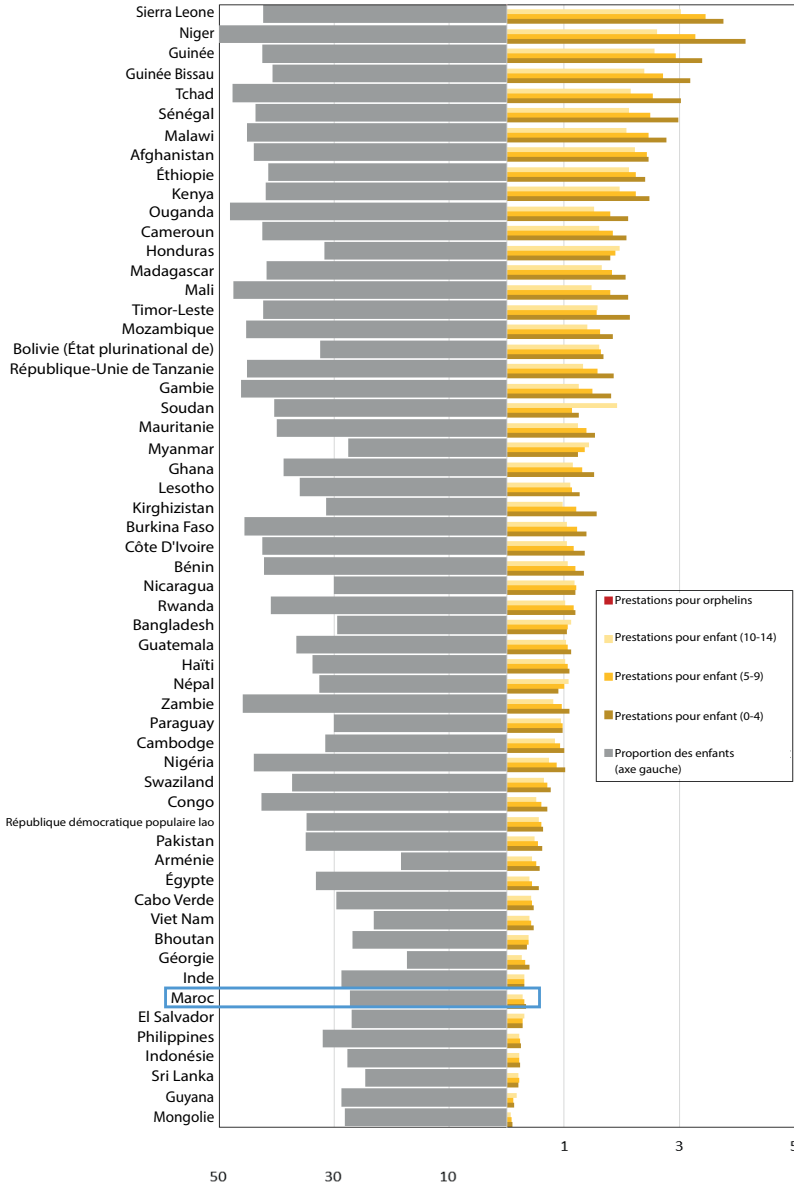
### **Pour des prestations universelles pour les enfants et les orphelins**

Conformément à la Recommandation n°202 de l'OIT sur les socles de protection sociale, ces derniers devraient comporter comme garanties élémentaires de sécurité sociale une « *sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires* ».

Un récent rapport de l'OIT a examiné le coût des prestations non contributives pour enfants et orphelins dans 57 pays à revenu faible, moyen et intermédiaire, dont le Maroc, en rappelant que ces avantages devraient être un élément essentiel des systèmes nationaux de protection sociale. La prestation modélisée pour enfants couvre tous les enfants de 0 à 14 ans et les classe en trois tranches d'âge de cinq ans chacune. Le niveau de la prestation pour enfants est fixé à 25% du seuil national de pauvreté, qui est généralement calculé par habitant dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire, sans tenir compte des économies d'échelle pour les ménages plus importants. C'est un niveau modeste, mais il est important de prendre en compte le fait que ces prestations pour enfants peuvent être combinées avec d'autres avantages. Dans le cas particulier des orphelins des deux parents un niveau plus élevé de prestations à 100% du seuil de pauvreté national est supposé répondre aux besoins de ce groupe particulièrement vulnérable. Afin de déterminer le montant de la prestation pour les enfants dans un contexte spécifique, des évaluations supplémentaires seraient nécessaires, éventuellement dans le cadre d'un avis technique de l'OIT, en particulier pour savoir si les enfants bénéficient d'un accès universel aux soins de santé essentiels et l'éducation, ainsi que l'impact sur la réduction de la pauvreté des systèmes existants de prestations pour enfants et d'autres programmes pertinents. Selon ce rapport, les transferts monétaires universels pour les enfants de 0 à 5 ans coûteraient en moyenne 1,4% du PIB, la prestation pour chaque enfant étant fixée à 25% du seuil de pauvreté. Une allocation pour tous les orphelins âgés de 0 à 15 ans, de 100% du seuil de pauvreté national, n'augmenterait ce coût que de 0,04 point.

25 - Idem.

### Coût des allocations universelles pour enfants et orphelins en % du PIB et proportion des enfants dans la population, 2015



Source: BIT, Universal Social Protection Floors: Costing Estimates and Affordability in 57 Lower Income Countries, 2017

Par ailleurs, selon le calculateur universel de la Plateforme de protection sociale du BIT (2018), le coût en pourcentage du PIB d'une allocation de 100% du seuil de pauvreté aux enfants de moins de 15 ans vivant dans des ménages pauvres représenterait 0,61% du PIB.

### Calculateur des coûts des socles de protection sociale - Maroc

Données de base		Coût des prestations en % du PIB	
Population totale	33 492 908	Coût en % du PIB d'une allocation aux enfants des ménages pauvres (Moins de 15 ans) de 100% du seuil de pauvreté	0,61 %
PIB en monnaie locale	33 328,0		
Seuil de pauvreté en monnaie locale	4 362,1	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté pour tous les orphelins (des deux parents)	0,00 %
Salaire minimum	28 008		
% des enfants dans la population	27,2 %	Coût en % du PIB d'une allocation de 50 % du salaire minimum pour les personnes âgées de 65 ans et plus dans un état de pauvreté	0,45 %
% des orphelins dans la population des enfants	0,0 %	Coût en % du PIB d'une allocation chômage de 70 % du salaire minimum pour une personne par ménage vulnérable pendant 100 jours	0,42 %
% des personnes âgées dans la population	6,2 %		
Taille moyenne des ménages	6,5	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté pour toutes les personnes ayant une incapacité sévère	0,32 %
Taux d'incapacité	3,54 %	Coût en % du PIB d'une allocation équivalent à quatre mois de 100 % du salaire minimum pour toutes les mères des nouveau-nés	0,61 %
Taux Global de fécondité	2,4		
% des femmes en âge fertile	2,1 %	<b>Coût total</b>	<b>2,41%</b>

Source: BIT, Plateforme de protection sociale, Calculateur universel, 2018

### Recommandations

1. 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.
2. Le Gouvernement devrait activer la mise en œuvre effective de la Politique intégrée de protection de l'enfance et développer des programmes et dispositifs de protection sociale spécifiques aux enfants, adaptés à leurs multiples vulnérabilités.
3. Développer les aides aux enfants indépendamment de leur nationalité sous forme de transfert monétaire conditionné et non conditionnés:
  - 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: 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 3 000 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. Les accidents survenus dans le secteur informel ne sont souvent pas recensés en tant que tels ni couverts par une assurance, et même ceux qui se produisent dans les entreprises qui opèrent dans le secteur formel ne sont souvent pas déclarés ni couverts. 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, suivi de l'agriculture, de l'industrie, des énergies et des mines sont les plus exposés. En ce qui concerne les secteurs, le BTP arrive en tête, enregistrant 10% des sinistres. Ce secteur nécessite, ainsi, une attention particulière.

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. A l'époque, l'assurance de l'accident du travail et de la maladie professionnelle reposait sur les notions de présomption absolue de responsabilité et d'obligation de réparation à la charge de l'employeur. Ce concept a été abandonné dans la plupart des pays du monde mais il persiste au Maroc. Le Royaume reste 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. La première réforme de la législation de 1927 sur les accidents de travail et des maladies professionnelles est intervenue en 2002. Sans faire évoluer le principe de la responsabilité civile de l'employeur, cette réforme s'est limitée à instituer l'obligation pour les entreprises de souscrire à une police d'assurance des risques liés aux accidents de travail, mais sans aller jusqu'à reconnaître les risques en question comme relevant du droit universel des personnes qui travaillent à une protection sociale. En 2003, l'obligation de couverture des maladies professionnelles a été supprimée, et en 2014 une nouvelle réforme a institué une procédure obligatoire de conciliation entre l'entreprise d'assurance et la victime, assortie de la révision de certaines indemnités et d'adaptation de la procédure judiciaire civile.

L'évolution législative n'a pas donné lieu à la généralisation de dispositifs de prévention des accidents du travail et a 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. Alors que l'obligation de faire acheminer au tribunal les dossiers d'accidents par les autorités locales a été supprimée, il n'existe toujours pas de règles claires en matière de contenu du certificat médical et de différenciation des rôles dans la détermination des taux d'IPP (Indice d'incapacité permanente) entre le médecin traitant et le médecin conseil de la compagnie d'assurances. Les victimes d'accidents du travail et leurs ayants droits sont contraints à une « procédure de conciliation » avec la compagnie d'assurance de leur employeur lorsqu'il est assuré et parvenir avec elle à un accord sur des indemnités que l'assureur est supposé leur communiquer dans un délai de 60 jours après la guérison ou le décès.

La victime ou ses ayants droit sont supposés à leur tour communiquer leur décision à l'assureur dans un délai de 30 jours.

Ces modalités mettent la preuve de l'accident du travail et de ses conséquences à la charge des victimes et de leurs ayants droit et leur imposent des exigences procédurales contraires aux principes d'accessibilité, d'assistance, de solidarité et de remédiation au fondement de la sécurité sociale.

Le montant des primes collectées par les compagnies d'assurance au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles s'est élevé à 2,17 milliards de dirhams en 2016, soit 6,2% du montant total des primes d'assurance et 10,5% du total des assurances non-vie<sup>26</sup>. Les charges de prestations ont été de 1,737 milliards de dirhams, dont 703,7 millions de dirhams de frais de gestion. Le montant des rentes allouées par la Caisse nationale de retraites et d'assurances (CNRA) en réparation d'accidents du travail ou de maladies professionnelles a été de 496 millions de dirhams<sup>27</sup>.

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 dirhams. Ce résultat a été multiplié par 15 depuis 2012 (où il était de 36 millions de dirhams)<sup>28</sup>.

26 - Autorité de contrôle des Assurances et de la Prévoyance sociale (ACAPS), rapport d'activité 2016.

27 - En application de la loi 85-12 du 31 juillet 2014 modifiant et complétant le dahir du 27 octobre 1959 instituant la CNRA.

28 - 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.



Ce secteur réalise des volumes de collecte de primes qui restent bas sur les risques classiques (incendies et éléments naturels (1,3 milliard de dirhams) ; transports (577,99 millions de dirhams), Responsabilité civile générale (550,17 millions de dirhams).

Ses prélèvements en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ont pris une part structurelle dans ses recettes et ses résultats mais sans amélioration des modalités ni des niveaux de couvertures des victimes. Ce déséquilibre est un des facteurs de blocage du pays 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.

### Analyse comparée

Ce tableau illustre, par-delà la diversité des taux de cotisation, le caractère généralement public, sans but lucratif, des régimes de couverture des risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Pays	Organisme gestionnaire des risques ATMP	Financement
Algérie	Caisse nationale des assurances sociales	1,25% à la charge de l'employeur
Tunisie	Caisse nationale d'assurance maladie	0,4% à 4% à la charge de l'employeur et selon les branches d'activité
Jordanie	Caisse de sécurité sociale (SSC)	2% à la charge de l'employeur
Turquie	Institut national de sécurité sociale (SGK)	1 % à 6,5 % du salaire suivant les risques encourus dans l'entreprise + 1 % à 3 % si les emplois sont dangereux
Belgique	Fonds des maladies professionnelles	0,32% pour les AT et 1% pour les MP à la charge de l'employeur
France	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	Fixé par établissement employeur, selon le niveau de risque
Espagne	Institut national sécurité sociale (INSS)	0,81% à 16,2% en fonction du risque de chaque activité
Burkina Faso	Caisse nationale de sécurité sociale	7% à la charge de l'employeur

### Conclusions et recommandations

Le maintien des risques liés aux accidents du travail et des maladies professionnelles hors du champ de la protection sociale et leur gestion selon un modèle d'assurance privée basé sur la notion de responsabilité civile des employeurs est une anomalie par rapport aux principes de la Convention 102 de l'OIT et un facteur de blocage par

rapport aux principes d'universalité, d'accessibilité et d'équité sans lesquels il n'est pas possible de garantir aux actifs marocains et à leurs ayants droit un système complet de sécurité sociale.

Il n'existe pas d'indicateurs officiels relatifs aux populations assurées contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Selon la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance (FMSAR) « le secteur de l'assurance couvre à fin 2017 plus de 2 600 000 salariés en accidents du travail » sans indication sur le degré de couverture des maladies professionnelles. A date, il n'existe pas de statistiques officielles relatives à la nature ou la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les estimations auxquelles la Commission Permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité a pu accéder sont de 41 304 sinistres par an en 2016 et de 42 416 en 2017, selon les données communiquées par l'ACAPS.

Le maintien du risque Accident du Travail sous gestion des compagnies d'assurance privées affecte aussi, négativement, la couverture du risque maladies professionnelles. Les dispositifs de prévention de ces maladies restent embryonnaires et elles ne sont pas systématiquement identifiées. Les victimes aussi bien que les assurances sont dès lors confrontées à la difficulté de s'accorder sur les causes la date du début et les circonstances de ces maladies. Cela conduit de fait, et le plus souvent, à un transfert des coûts médicaux afférents aux maladies professionnelles et aux accidents du travail vers les organismes en charge de la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ou du RAMED. De fait, le monopole de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles par les compagnies d'assurance ne protège pas les victimes, leurs familles et leurs aidants de la prise en charge totale ou partielle des risques en question.

Le CESE recommande que, à l'instar des pratiques internationales et en ligne avec les conventions internationales (notamment la convention 102 de l'OIT), la gestion du risque ATMP soit confiée à un seul organisme d'assurance sociale, la CNSS, qui est un organisme public non lucratif, dans le cadre d'un régime déclaratif individualisé des salaires et appuyé sur un corps de contrôle et un système de recouvrement des créances. Cette recommandation trouve aussi un fondement économique clair, le ratio de frais de gestion du risque liés aux ATMP par les compagnies d'assurance étant estimé à plus de 30% contre un ratio de l'ordre de 6% dans le cadre de la CNSS. Ce gap positif pourrait être mis à profit pour le financement des actions de prévention et/ou la baisse du coût de la couverture des Accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le CESE recommande par ailleurs:

- 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 ;

- Actualiser et renforcer les dispositions du code du travail relatives à la médecine du travail ;
- Réformer radicalement la législation et les procédures de constatation, prise en charge, suivi, indemnisation, réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## La 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<sup>29</sup> avait pour ambition « une nouvelle approche » de la politique de l'emploi, présentée comme allant « au-delà des traditionnelles politiques actives du marché du travail et de la question du chômage ». Son objectif était de mettre l'emploi « au centre de l'action publique » grâce à une approche multidimensionnelle « intégrée ».

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 marqué par le poids persistant des relations professionnelles informelles, les contrats précaires et atypiques, l'évasion des déclarations et des cotisations dues à la sécurité sociale, un taux élevé de chômage des jeunes et des jeunes diplômés, le chômage de longue durée, et un taux d'activité des femmes faible et en régression (inférieur à 18% en 2016 en milieu urbain). 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 socioprofessionnelle », et de « compléter le système de protection sociale d'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

29 - La Stratégie Nationale pour l'Emploi du Royaume du Maroc, Ministère de l'Emploi et des Affaires sociale, 2015, rapport de synthèse.

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.

Entre 2015 et août 2017, la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'Emploi, telle qu'elle est évaluée par le ministère de l'économie et des finances<sup>30</sup> a donné lieu à la création de 555 entreprises dans le cadre du programme « auto-emploi » et à l'indemnisation de 22 230 personnes au titre de l'indemnité pour perte de l'emploi (IPE). La consolidation des indicateurs de mise en œuvre de cette stratégie depuis son lancement jusqu'en septembre 2017, fait état de la création de l'insertion de 62 643 chercheurs d'emploi (programme *Idmaj*) ; de l'amélioration des conditions de recherche d'emploi (programme *TAEHIL*) en faveur de 14 091 personnes, de l'insertion de 2000 chercheurs d'emploi (programme *Tahfiz*), et de l'accompagnement de 710 porteurs de projets (programme « auto-emploi »). Pour 2018, les mesures envisagées portaient principalement sur des actions d'intermédiation pour l'emploi, avec l'extension des agences ANAPEC à travers le territoire national, des assouplissements fiscaux notamment une exonération pour 10 salariés au lieu de 5 actuellement dans le cadre du programme *Tahfiz*, et une réduction d'impôts sur les sociétés suite à la participation au capital des « jeunes entreprises innovantes en nouvelles technologies » dans la limite de 200 000 DH au lieu de 100 000 dirhams. L'impact de ces mesures, faiblement articulées entre elles et aux ressources limitées, ne s'annonce pas significatif en termes de création d'emploi. Hormis l'indemnité pour perte d'emploi (IPE), les préconisations de principe et les objectifs portant spécifiquement sur la protection sociale en matière d'emploi, notamment l'assurance chômage, qui étaient énoncés dans la stratégie nationale de l'Emploi (2015) ne se retrouvent pas dans les prévisions budgétaires de 2018.

## **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 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

30 - Budget citoyen, Ministère de l'Economie et des Finances, 2018, page 18.

protection contre le chômage (1988). Les principes et les objectifs fondamentaux de ces instruments structurent la recommandation adoptée par l'OIT en 2012 portant sur la responsabilité de chaque Etat de mettre en place un socle universel de protection sociale, y compris au bénéfice des personnes travaillant dans l'économie informelle. Ce socle de protection sociale, qui peut être mis en place progressivement mais rapidement, doit inclure des garanties élémentaires de sécurité du revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité. L'OIT (recommandation 202) préconise de fonder les stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale sur le dialogue social en commençant par la fixation d'objectifs précis, l'identification déficits et des obstacles, les ressources, les délais et les étapes de mise en œuvre de politiques. Ces politiques devraient ajoute l'OIT soutenir la croissance de l'emploi formel et la réduction de l'informalité et être complétées par des politiques actives du marché du travail.

### **L'indemnité pour perte d'emploi: une prestation limitée et peu approprié 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. Le bénéfice de l'indemnité pour perte d'emploi est conditionné au cumul par le salarié de 780 jours de déclarations de salaires pendant les trente-six derniers mois précédant la date de perte d'emploi dont 260 jours durant les 12 derniers mois précédant cette date. L'intéressé doit pouvoir prouver qu'il a perdu son emploi dans des circonstances indépendantes de sa volonté et déposer sa demande dans les 60 jours à compter de la date de perte d'emploi.

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'indemnité pour perte d'emploi (IPE) a suscité près de 25 000 demandes en 2016 contre un peu plus de 21 000 en 2015. Un nombre significatif de demandes auraient été rejetées (près d'un dossier sur deux) en raison dans la plupart des cas de « dossiers incomplets », ou d'insuffisance des périodes de stage requises pour le bénéfice de cette prestation (780 jours de travail effectif déclarés à la CNSS dont 260 jours de travail déclarés pendant les 12 mois précédant la perte du poste de travail).

Un élément positif pour les salariés concernés est que la période indemnisée 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.

Avec, depuis sa mise en place en 2015, près de 28 206 personnes indemnisées, soit une moyenne de moins de 9 400 par an, et une prestation plafonnée à 70% du salaire minimum, l'indemnité pour perte d'emploi (IPE) ne constitue pas une assurance élémentaire de revenu au sens la convention 102 concernant la sécurité sociale (1952) et de la convention 168 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage (1988).

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%.

## Recommandations

1. 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 ;
2. 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 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 ;
3. 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 ;
4. 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 ;
5. 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 ;
6. 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

### **Le nombre de personnes en situation de handicap est mal connu, et les chiffres officiels sont inférieurs aux moyennes mondiales**

Le nombre de personnes en situation de handicap a été estimé à un peu plus de 2,2 millions de personnes, soit un taux national de prévalence du handicap de 6,8% de la population d'après la deuxième enquête sur le handicap conduite en 2014 par le ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Sociale. Au moins un ménage sur quatre (24,5%) compterait ainsi une personne en situation de handicap. Le Haut-Commissariat au Plan, en appui sur les données du recensement de la population de 2014 situe pour sa part cette prévalence à 5,1% de la population totale avec des niveaux supérieurs à cette moyenne dans six régions (l'Oriental, Fès-Meknès, Beni Mellal-Khénifra, Marrakech-Safi, Souss-Massa et Guelmim-Oued Noun). 94% des situations de handicaps identifiées par l'enquête sont classées dans la catégorie du handicap dit de « niveaux léger à modéré », soit 2 131 456 personnes, contre 2,2% dans la catégorie dite « de niveau modéré à très sévère » soit 732 688 personnes, et 0,6% soit 199 824 personnes<sup>31</sup> en catégorie « très sévère ».

Ces chiffres sont significativement inférieurs aux moyennes constatées à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 10% de la population, 650 millions de personnes, vivent avec un handicap et constituent la première minorité vulnérable de la planète. Ce chiffre augmente à raison de la croissance démographique et sous l'effet à la fois du vieillissement et de l'amélioration de la prise en charge médicale. L'OMS estime que partout où l'espérance de vie dépasse 70 ans, chaque individu passera en moyenne huit ans de sa vie (11,5% de son existence) avec un handicap. Cette probabilité est accrue dans les pays en développement où vivent actuellement 80% des personnes en situation de handicap. Les femmes sont, en outre, partout plus exposées aux risques de handicap ainsi que les personnes les plus pauvres, dont 20% selon la Banque mondiale se trouvent en situation de handicap. Etre femme ou fille, pauvre, et en situation de handicap augmente l'exposition à la maltraitance, au viol et aux violences à domicile.

### **Le Maroc n'a pas encore adopté une législation antidiscriminatoire ni mis en place un système de 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 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,

31 - Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social « Enquête national sur le handicap 2014 », Février 2015.

législatif ou réglementaire<sup>32</sup>. Pourtant, la Constitution de 2011 affirme (article 34) que « *les pouvoirs publics élaborent et mettent en œuvre des politiques destinées aux personnes et aux catégories à besoins spécifiques. A cet effet, ils veillent notamment à (...) réhabiliter et intégrer dans la vie sociale et civile les handicapés physiques, sensorimoteurs et mentaux, et faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous* ».

Une loi-cadre (n° 97-13 du 27 avril 2016) relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap<sup>33</sup> 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. Cette loi-cadre constitue-t-elle un début d'application, de la Convention internationale des droits des personnes handicapées ratifiée par le Maroc en 2009 ? Cet instrument de droit international affirme « le droit des personnes handicapées à la protection sociale et à la jouissance de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap » (art.28 alinéa 2). Suite à la présentation du rapport initial du Maroc sur la mise en œuvre de cette convention, le Comité des droits des personnes handicapées a exprimé parmi ses observations finales<sup>34</sup>, adoptées à sa dix-huitième session (14-31 août 2017), sa préoccupation concernant « *a) le pourcentage élevé de personnes handicapées sans source de revenus réguliers ; et b) l'absence d'un régime de protection sociale complet qui garantisse aux personnes handicapées et à leur famille un accès à un niveau de vie suffisant, notamment des ressources pour couvrir les dépenses liées au handicap.* » Le Comité a recommandé « un régime de protection sociale visant à garantir un niveau de vie suffisant aux personnes handicapées, notamment au moyen de systèmes d'indemnisation sous forme d'allocations » avec pour objectif « d'autonomiser » les personnes et de favoriser leur intégration économique, indépendamment du handicap.

Des dispositifs d'assistance sont déployés via des programmes gouvernementaux de solidarité, tels que l'INDH ou TAYSIR, ou des services spécialisés (établissements et centres de protection sociale chargés des personnes en situation d'handicap, ateliers d'appareillage et de rééducation dans certains hôpitaux, ...) et via la contribution du fonds d'appui à la cohésion sociale.

32 - La loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base réfère, en tant que bénéficiaire de respectivement à l'AMO (article 5) aux « enfants de l'assuré atteints d'un handicap physique ou mental et les enfants pris en charge et qui sont dans l'impossibilité totale, permanente et définitive de se livrer à une activité rémunérée » et (article 117) ; la loi réfère comme bénéficiaire du Ramed aux « enfants handicapés, quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et permanente de se livrer à une activité rémunérée par suite d'incapacité physique ou mentale ». Le Décret n° 2-05-733 du 11 *jumada II* 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base réfère dans son article 7 au droit des assurés de l'AMO de bénéficier de « un seul appareil par handicap » en précisant que « toutefois, les personnes victimes de mutilation ont droit, avant d'obtenir l'appareillage définitif, à un appareil provisoire, après avis du médecin contrôleur de l'organisme gestionnaire ».

33 - Bulletin Officiel n° 6466 du 25 mai 2016.

34 - Convention relative aux droits des personnes handicapées, Comité des droits des personnes handicapées, « Observations finales concernant le rapport initial du Maroc », CRPD/C/MAR/CO/1, 25 septembre 2017, points 52 et 53.

## Les personnes en situation de handicap ont un accès marginal à la protection sociale

19,4% des personnes en situation de handicap sont couvertes par un régime de protection sociale<sup>35</sup>, dont 34,1% sous le statut d'assuré direct et 62,3% en tant qu'ayant droit. Les deux tiers des personnes qui bénéficient d'une protection sociale (60,8%) sont affiliées au Ramed, les autres aux régimes CNSS (15,4%) et CNOPS (12,7%). La part des personnes en situation de handicap couvertes par une assurance privée est de 2,1%.

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

## Accès des personnes en situation de handicap aux prises en charge et aux soins de santé

Le programme gouvernemental de prise en charge des personnes en situation de handicap mobilise le fonds d'appui à la cohésion sociale mis en place en 2012. Il porte sur 4 axes d'intervention: l'Amélioration des conditions de scolarisation des enfants en situation de handicap (prestations éducatives, de réhabilitation, de formation et de soins fonctionnels, offertes par les associations au sein des centres spécialisés ou dans les établissements scolaires inclusifs); l'Acquisition des appareils spécifiques et autres aides techniques (appareils et systèmes pour prévenir ou d'atténuer le degré de déficience); l'Encouragement à l'insertion professionnelle et des activités génératrices de revenus (production de biens ou services à but génératrice de revenus); la Contribution à la création et à la gestion des centres d'accueil des PSH (espaces relevant de l'Entraide Nationale, réaménagement et équipements en tant que centres d'accueil, d'orientation et d'offre de prestations du fonds d'appui à la cohésion 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 soins de santé.<sup>36</sup> Selon la même enquête, plus du tiers (37,5%) des personnes en situation de handicap modéré à très sévère ont besoin d'aides techniques, or 38% d'entre elles vivent en milieu rural et 67,7% souffrent d'une déficience motrice (soit près de 170 000 personnes), ce qui limite leur accès aux soins<sup>37</sup>. Une personne sur trois (31,4%) seulement accède à l'aide technique dont elle a besoin au quotidien. La majorité (53%) de ces personnes pourvoit à ses besoins d'aides techniques et d'appareillage par appel à des dispositifs de bienfaisance privés, notamment l'aide familiale (35%), l'aide d'une association ou d'un bienfaiteur (23,4%). L'aide accordée par les institutions publiques reste minime (4,4%). Le financement des aides techniques est marginalement couvert par les organismes de protection sociale, 10,2% des cas est financé par la CNSS, une assurance ou une mutuelle.

35 - Source : Enquête nationale sur le handicap 2014.

36 - Idem, page 60.

37 - Idem, page 61.

## Emploi et revenu<sup>38</sup>

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. Cette situation conduit à aggraver l'éviction de ces personnes du champ personnel d'application des régimes obligatoires de sécurité sociale. Le taux de chômage, des personnes en situation du handicap, de modéré à très sévère, est à 67,75%, soit 174 494 personnes. Ce taux 6 fois supérieur à celui du taux de chômage national<sup>39</sup>. Selon la même enquête, 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

La Recommandations n°202 de l'OIT sur les socles de protection sociale (2012) engage les Etats à établir de socles minimums de protection sociale qui « *devraient comporter des garanties élémentaires de sécurité sociale* », notamment une « *sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité* ».

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.

**Coût en PIB d'un socle de protection sociale universel**  
**Tableau comparé Maroc, Tunisie, Egypte, Jordanie, Malaisie**

Pays	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté aux enfants des ménages pauvres (Moins de 15 ans)	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté pour tous les orphelins (des deux parents)	Coût en % du PIB d'une allocation de 50 % du salaire minimum pour les personnes âgées de 65 et plus dans un état de pauvreté	Coût en % du PIB d'une allocation chômage de 70 % du salaire minimum pour une personne par ménage vulnérable pendant 100 jours	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté pour toutes les personnes ayant une incapacité sévère	Coût en % du PIB d'une allocation équivalent à quatre mois de 100 % du salaire minimum pour toutes les mères des nouveau-nés	Total
Maroc	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,6 %	2,4 %
Tunisie	0,4 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %	1,4 %
Egypte	6,0 %	0,0 %	n.a.	0,8 %	0,3 %	0,5 %	n.a.

38 - Idem, page 68 et 69.

39 - Idem.

Pays	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté aux enfants des ménages pauvres (Moins de 15 ans)	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté pour tous les orphelins (des deux parents)	Coût en % du PIB d'une allocation de 50 % du salaire minimum pour les personnes âgées de 65 et plus dans un état de pauvreté	Coût en % du PIB d'une allocation chômage de 70 % du salaire minimum pour une personne par ménage vulnérable pendant 100 jours	Coût en % du PIB d'une allocation de 100 % du seuil de pauvreté pour toutes les personnes ayant une incapacité sévère	Coût en % du PIB d'une allocation équivalent à quatre mois de 100 % du salaire minimum pour toutes les mères des nouveau-nés	Total
Jordanie	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %	1,4 %
Malaisie	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,2 %	1,4 %
Moyenne	1,5 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %	2,9 %

Source: BIT, Plateforme de protection sociale, Calculateur universel.

Ce coût (0,3% du PIB) est à rapporter à celui, estimé à 2% du PIB et à 3% de la consommation totale annuelle des ménages, de l'exclusion du marché du travail des personnes en situation de handicap. Ce chiffre résultant d'une étude commanditée par le Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap et publiée en 2010<sup>40</sup>, n'intègre pas les divers charges directes et indirectes supportées par les proches et les aidants d'une personne en situation de handicap. Investir dans l'intégration sociale et la participation des personnes en situation de handicap au marché du travail serait, outre le respect des droits humains fondamentaux de ces personnes, un processus à impact économique positif pour la collectivité nationale.

## Recommandations

1. 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 discriminations 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.
2. 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.
3. 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.

40 - L. J Consulting, pour le compte du collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap au Maroc. Etude sur le coût économique de l'exclusion du marché du travail des personnes en situation de handicap au Maroc. Avril 2011.

4. 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.
5. Développer les services d'assistance sociale pour les personnes en situation de handicap au niveau local, régional et national.
6. Instituer l'obligation pour les entreprises du secteur public et privé de mise en place de plans de prévention, d'identification et d'atténuation des risques et des conséquences des situations de handicap et d'accompagnement des personnes.
7. 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.
8. Mettre en place des filières professionnelles spécialisées dans la prise en charge des PSH (métiers d'accueil, de direction d'établissement, d'éducateur spécialisée).
9. 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.
10. Renforcer les mécanismes de protection des personnes en situation en handicap contre les licenciements abusifs.
11. Renforcer l'intervention de la médecine du travail et la responsabiliser dans la prévention et le constat du handicap.
12. Renforcer les droits de recours de PSH.

## La protection sociale des personnes âgées

Les prestations de retraite sont une composante essentielle de la sécurité sociale. Elles matérialisent un droit humain fondamental, consacré par la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies (1948) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966). Ces prestations se fondent sur un principe de nécessité, rappelé en 2001 dans une Résolution de la Conférence internationale du Travail (OIT): « *Toutes les sociétés doivent faire face au problème suivant: nul ne peut subvenir à ses besoins par son propre travail pendant toutes les phases de la vie. La maladie, l'invalidité, le chômage, l'éducation des enfants et la vieillesse sont des exemples de périodes où la capacité de gain est réduite. Toutes les sociétés doivent donc mettre en place un système d'aide pour ceux qui sont privés de capacité de gain* ».

Au Maroc, le système de retraite repose exclusivement sur des régimes de pension financés par des cotisations des salariés et de leurs employeurs. Il n'existe à ce jour aucun programme de pension de vieillesse non contributive au Maroc. Les régimes en

place restent marqués par les structures et les concepts hérités de l'époque coloniale et des lendemains immédiats de l'indépendance nationale<sup>41</sup>. Ce sont des régimes segmentés selon des critères sectoriels, basés sur la technique dite « bismarckienne » de l'assurance financée par des prélèvements obligatoires sur les revenus du travail salarié. Ces régimes d'assurance ont été conçus sous le protectorat, sous forme de caisses professionnelles ou interprofessionnelles (CMR, caisses internes, CIMR) pour servir des pensions, dites de « vieillesse », pouvant donner lieu à une pension en cas d'invalidité ou de veuvage, aux agents de la fonction et des entreprises publiques et aux cadres européens du secteur privé. La création de la CNSS en 1958 a permis d'étendre le bénéfice du droit à pension de retraite aux salariés marocains du secteur privé, et la mise en place du RCAR en 1977 a ouvert ce droit aux agents des collectivités locales et des agents contractuels de l'Etat. A ce jour, les personnes actives exerçant des professions libérales et les travailleurs non-salariés ne bénéficient pas de pension de retraite. Les personnes ne disposant pas des périodes d'assurance requises par les différents régimes ne bénéficient pas non plus de pension. Au total, 60% des actifs ne bénéficient d'aucun droit à pension.

---

41 - Instituée à l'origine pour les fonctionnaires civils citoyens français, à leur veuves et leurs orphelins, la Caisse Marocaine des Retraites (CMR) a constitué le premier organisme en charge du premier régime obligatoire de pensions civiles (Dahir du 1<sup>er</sup> mars 1930). Ce régime a été étendu à partir du 1<sup>er</sup> mai 1931 au personnel marocain. En 1949, une association d'employeurs a créé la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR). Le Dahir du 1<sup>er</sup> août 1958 institue le régime des pensions militaires par en faveur des officiers des Forces Armées Royales, des anciennes troupes Khalifiennes et en faveur des anciens résistants invalides. En 1959, un régime de pension sera attribué aux résistants et à leurs veuves, descendants et ascendants par le Dahir n°159.075 du 6 Ramadan 1378 (16 mars 1959). De même, est créé le régime de sécurité sociale des salariés de l'industrie, du commerce et des professions libérales géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Il rend obligatoire la couverture retraite pour l'ensemble des salariés du secteur privé. La CIMR constitue aujourd'hui un régime facultatif, supplémentaire (cotisation au 1<sup>er</sup> dirham) au régime de la CNSS. En 1971, sont mis en place de façon unifiée, un régime de pensions militaires applicable à tous les militaires et un régime de pensions civiles applicable à tous les fonctionnaires relevant du statut général de la fonction publique, aux magistrats, aux administrateurs et administrateurs adjoints du Ministère de l'intérieur, aux agents titulaires des cadres des collectivités locales et de certains établissements publics. En 1972, intervient une réforme du régime de sécurité sociale (Dahir portant loi n° 1.72.184 du 27 juillet 1972), qui améliore les conditions d'attribution des prestations. En 1975, le régime des pensions militaires sera étendu aux personnels d'encadrement et de rang des Forces Auxiliaires. En 1977, le Dahir portant loi n° 1-77-216 du 04/10/1977, crée le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) pour les salariés des établissements publics et les employés non titulaires du secteur public. En 1982, la loi n° 26-79 étendra le régime de sécurité sociale aux employeurs et travailleurs des exploitations agricoles, forestières et de leur dépendance. En 1993 est adopté le Décret n° 2-93-1 du 29 avril 1993 fixant les conditions d'application du régime de sécurité sociale aux salariés travaillant dans les entreprises artisanales ainsi que de la loi n° 1-93-29 du 10 septembre 1993 relative à la coordination des régimes de prévoyance sociale. En 2002, la loi n° 17-99 portant code des assurances institue un régime d'assurance vie-capitalisation dont la vocation est de développer un système de retraite complémentaire. En 2004, le régime de sécurité sociale est révisé en matière d'indemnités journalières de maladie, d'assurance volontaire, de pension de vieillesse et de pension de survivants. Le régime de sécurité sociale est étendu aux professionnels de transport routier titulaires de la carte de conducteur professionnelle en 2011. Enfin, l'année 2016 verra entériner un certain nombre de réformes du système des régimes de retraites dont le processus avait été initié depuis 1997, à travers l'augmentation progressive de la pension minimale de la retraite pour la porter à 1500 dh/mois le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la réforme paramétrique du régime des pensions civiles, le relèvement progressif de l'âge de la retraite à 63 ans sur 3 années, ainsi que l'adoption de la loi 99-15 visant l'élaboration d'un régime de retraite au profit des catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des non-salariés.

## Un système de prévoyance retraite éclaté

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.

Les principaux régimes de base sont:

- les régimes des pensions civiles et militaires gérés par la Caisse Marocaine des Retraites (CMR-RPC et CMR-RPM) ;
- les pensions des salariés du secteur semi-public gérées par le Régime Collectif d'Allocation de Retraite - Régime Général- (RCAR-RG) ;
- les pensions des salariés du secteur privé gérées par le régime général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- les pensions des salariés de Bank Al Maghreb et de l'Office national d'électricité et de l'eau potable gérées par des régimes de retraite internes.

**Un régime supplémentaire**, géré en répartition et capitalisation, avec cotisation au 1<sup>er</sup> dirham est géré par la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) mis en place et historiquement géré par les employeurs au bénéfice des salariés du secteur privé dans le cadre d'assurance groupe et depuis peu ouvert aux personnes physiques. Une Assemblée Générale Extraordinaire de la CIMR (17 novembre 2016) a pris la résolution de transformer cette caisse jusque-là régie par le statut des associations en Société Mutuelle de Retraite et a fait approuver ses nouveaux statuts par l'ACAPS en conformité avec la loi n° 64-12. Les assurés sociaux n'étant pas représentés au Conseil d'administration de la CIMR, ni dans les instances de l'ACAPS, cette importante modification du statut de la CIMR est ainsi intervenue sans leur consultation.

**Les Régimes complémentaires facultatifs** sont constitués le Régime complémentaire du RCAR (RCAR-RC) pour les affiliés du RCAR-RG ainsi que, depuis 2006, par le Régime ATTAKMILI géré par la CMR au profit des affiliés des deux régimes CMR-RPC et CMR-RPM.

Les régimes de retraites et leurs organismes de gestion sont placés sous le contrôle et de la surveillance de l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale (ACAPS). Cette autorité a pour mission de veiller notamment à la protection des assurés, affiliés et bénéficiaires de droits à travers le contrôle de la solvabilité des entreprises d'Assurances et de Réassurance et de la pérennité financière des régimes de prévoyance sociale.



Selon le dernier rapport d'activité 2016 de l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACAPS), le taux de couverture retraite est de 40,9% de la population active occupée contre 38,7% en 2015, une amélioration due notamment aux efforts d'immatriculation déployés par la CNSS. Les actifs cotisants aux régimes de base représentent 4,4 millions de personnes dont 360 800 personnes (8,2%) disposent d'une couverture complémentaire. En 2016, la population bénéficiaire d'une pension était estimée à 1,2 million de personnes, dont 71,2% retraités principaux, 26,2% conjoints bénéficiaires d'une pension de réversion, et 2,6% d'orphelins.

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. Ce rapport se situait en 2016, pour l'ensemble des régimes de base, à 5 actifs pour un retraité contre 5,5 en 2012<sup>42</sup>. L'augmentation du nombre de retraités et le ralentissement de la croissance du nombre des cotisants aux régimes de retraite fait mécaniquement peser sur les générations futures l'accroissement de la charge de financement des retraites, ce qui impliquera soit des durées de cotisations plus longues et donc des reculs de l'âge légal de départ à la retraite, soit des taux de cotisations plus élevés, soit des niveaux plus bas de remplacement des salaires par les retraites.

#### Evolution des rapports démographiques des régimes de retraite

	2016	2020	2025	2030	2040	2050	2060	2066
CNSS	9,3	7,6	6,8	6,0	4,8	4,0	3,3	3,0
CMR-RPC	2,6	2,4	2,1	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0
RCAR-RG	1,4	1,1	1,0	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1
CIMR	2,8	1,7	1,4	1,2	1,1	1,0	0,9	0,9

Source: rapport d'activité ACAPS 2016

Le montant total des cotisations des régimes de retraite s'élevait en 2016 à 47,8 milliards de dirhams dont 41,1 milliards au titre des régimes de base. Le montant total des prestations était de 47,8 milliards de dirhams dont 43,3 milliards au titre des régimes de base. Au cours des cinq dernières années, la croissance des cotisations a été nettement inférieure à celle des prestations tous régimes confondus (4,8% contre 10,9%), d'où un solde déficitaire pour les régimes de base pour l'exercice 2016 de 2,2 milliards de dirhams. Avec une croissance d'un peu plus de 4% par rapport à l'année 2015, les revenus des placements des régimes de retraite avaient atteint 268,5 milliards de dirhams en 2016. Ce faisant, les perspectives démographiques des principaux régimes de retraites restent pour la plupart fragiles et préoccupants. Selon une évaluation réalisée par l'ACAPS sur un horizon de 50 ans (jusqu'à 2066), la dégradation du rapport démographique pour les régimes de base dans leur globalité est appelée à se poursuivre, avec 4,4 actifs cotisants par retraité en 2030, puis 3,8 actifs cotisants par retraité en 2045 et 2,8 actifs cotisants par retraité en 2066. Ce rapport

s'établirait en 2066 à 3 actifs cotisants par retraité pour la CNSS, à 2 pour la CMR- régime des pensions civiles, à 1,1 pour la RCAR- régime général et passera de 2,8 actifs cotisants par retraités en 2016 à moins d'un actif en 2066 pour la CIMR.

**Evolution des cotisations, prestations et soldes techniques des régimes de retraite**  
(en milliards de dirhams)

	Cotisations					Prestations					Soldes techniques				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
CNSS (LT+AF)	15,3	15,6	16,9	17,2	21,3	11,6	12,8	13,6	14,7	16,0	3,7	2,7	3,3	2,5	5,4
CMR-RPC	14,9	15,5	15,9	15,9	16,5	13,0	14,7	16,7	18,5	21,2	2,0	0,8	-0,9	-2,6	-4,7
RCAR-RG	3,5	2,2	2,3	2,3	2,9	3,7	4,0	4,4	4,7	5,1	-0,2	-1,8	-2,1	-2,4	-2,2
Régimes internes	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	-0,4	-0,4	-0,5	-0,6	-0,7
Régimes de base	34,0	33,6	35,4	35,7	41,1	29,0	32,3	35,6	38,8	43,3	5,0	1,3	-0,2	-3,1	-2,2
CIMR	5,7	5,8	6,4	6,6	6,6	3,4	3,9	4,1	4,3	4,5	2,3	1,9	2,3	2,3	2,0
RCAR-RC	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Régimes complémentaires	5,8	6,0	6,5	6,8	6,7	3,4	3,9	4,1	4,3	4,6	2,4	2,1	2,4	2,4	2,2
<b>Total</b>	<b>39,8</b>	<b>39,6</b>	<b>41,9</b>	<b>42,5</b>	<b>47,8</b>	<b>32,4</b>	<b>36,2</b>	<b>39,7</b>	<b>43,1</b>	<b>47,8</b>	<b>7,4</b>	<b>3,4</b>	<b>2,2</b>	<b>-0,7</b>	<b>0,0</b>

Source: rapport d'activité ACAPS 2016

L'ACAPS prévoit pour la CNSS l'apparition de déficits technique et global pour la branche de Long Terme en 2018 et en 2027, avec épuisement des réserves en 2044. Une réforme paramétrique peut garantir l'équilibre financier de la CNSS à plus long terme. Pour la CMR-RPC, le déficit technique enregistré en 2014 devrait s'aggraver pour atteindre 36,4 Milliards en 2045. Si les réserves doivent permettre jusqu'à 2027, de financer ce déficit, il ressort que la réforme paramétrique intervenue en 2016, malgré son importance, ainsi que le passage au pôle public dans le cadre de la réforme systémique proposée ne permettront pas de résorber ce déficit d'où la nécessité selon l'ACAPS de rechercher une solution de financement sur le court terme. Le même constat déficitaire est établi pour le RCAR-RG dont le premier déficit global est prévu en 2020. Ce déficit pourrait être financé par les réserves jusqu'en 2038. La CIMR disposerait d'un solde excédentaire sur toute la période de projection.

## Limites, risques et dysfonctionnements des régimes de retraites

### Population couverte

Le système de retraite marocain est caractérisé par un faible taux de couverture des actifs: 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, et qui a permis d'étendre la couverture des salariés du secteur privé de 43% en 2005 à 72% en 2011<sup>43</sup> et à 82% en 2016<sup>44</sup>, un nombre important d'actifs reste non ou sous-déclaré. Les femmes demeurent aussi relativement moins couvertes compte tenu de la dégradation continue de leur taux d'activité, inférieur à 18% en milieu urbain en 2015<sup>45</sup>. Les femmes représentent<sup>46</sup> actuellement 16% de l'effectif des retraités et leur pension moyenne de retraite est de 1 865 dirhams contre 1 935 pour les hommes. Elles représentent 97% des effectifs percevant des pensions de réversions au niveau avec une pension moyenne de 839 dirhams contre 894 pour les hommes.

## Cohérence

Le cadre législatif régissant les régimes de retraites est complexe, avec de 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, la pension minimale servie dans le secteur public est de 1 500 dirhams tandis que dans le secteur privé 26% des pensions sont inférieures à 1 000 DH par mois, elles correspondent en majorité à des pensions de réversion, et 57% des pensions inférieures à 1 500 DH. 3% seulement des pensionnés du secteur privé perçoivent la pension maximale servie par la CNSS, soit 4 200 dirhams<sup>47</sup>. La pension moyenne de retraite servie par la CNSS est de 1 924 dirhams contre 4 861 dirhams par le RCAR et de 6 875 dirhams par la CMR-régime des pensions civiles<sup>48</sup>. Le niveau moyen des pensions servies par la CIMR était de 2 334 dirhams. Parmi les causes de cette situation défavorable aux assurés auprès de la CNSS, il y a lieu de signaler le plafond de l'assiette de cotisation qui sert aussi de plafond de liquidation de la pension vieillesse et qui est demeuré figé à 6 000 dirhams depuis plus de quinze ans (2002). Cette situation est un élément de blocage technique du niveau des pensions de la CNSS, de dégradation du niveau de vie des pensionnés du secteur privé, et d'inéquité par rapport aux autres régimes, le RCAR par exemple disposant pour sa part d'un mécanisme d'augmentation automatique du plafond des cotisations et des prestations.

43 - Cour des Comptes « Rapport sur le système de retraite au Maroc : diagnostic et propositions de réformes », Juillet 2013.

44 - CNSS, « rapport d'activité exercice 2016 : régime général et unités médicales ».

45 - CESE, « les dimensions sociales de l'égalité entre les femmes et les hommes : constats et recommandations », 2016.

46 - CNSS, rapport d'activité exercice 2016.

47 - <http://lavieeco.com/news/economie/57-des-retraites-du-secteur-prive-percoivent-moins-de-1-500-dh.html>

48 - CNSS, « rapport d'activité exercice 2016 : régime général et unités médicales ».

## Archaïsme de la gouvernance des régimes de retraite

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.

De chaque régime est géré selon des règles de gouvernance différentes. Les conseils d'administration de la CMR et de la CIMR ne comptent pas de représentants des assurés. Aucun conseil d'administration d'un organisme de retraite ne compte d'administrateur indépendant. Les organismes publics comme la CMR et le RCAR ont la latitude de définir et déployer leur stratégie propre de gestion de leurs réserves tandis qu'un organisme comme la CNSS qui gère le régime de prévoyance des salariés du secteur privé n'a pas d'autonomie de gestion de ses excédents ni même de droit de regard sur leur affectation par la CDG.

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.

**Tableau régimes de retraites en 2018**

	CNSS	CMR	RCAR	CIMR
<b>Régimes</b>	Régime de base obligatoire	Régime de base obligatoire	Régime de base obligatoire	Régime complémentaire
<b>Champ d'application</b>	Salarié du privé	Personne civil et militaire de l'Etat, personnel des collectivités locales, personnel de certains établissements publics	Personnel non titulaire de l'état des collectivités locales et le personnel des établissements publics soumis au contrôle financier de l'Etat	Salariés affiliés à la CNSS
<b>Financement</b>	Répartition avec constitution de provision		2/3 capitalisation, 1/3 répartition	Répartition avec provision
<b>Taux de cotisation</b>	11,89% (1/3-2/3)	13% (50-50)	18% (2/3-1/3)	Taux variable (entre 6,9% et 23%)
<b>Plafonnement</b>	6 000,00 dh/mois	Aucun	210 000,00 dh/mois	Aucun
<b>Mode de calcul de la pension</b>	Prestations définies en annuités 50% du salaire mensuel moyen des 8 dernières années non revalorisée plus 1% par tranche additionnelle de 216 jours	2 % sur les 48 derniers mois salaire par année de service	2,34% du salaire moyen de la carrière (revalorisé par les salaires) par année de service	Régime en point

	CNSS	CMR	RCAR	CIMR
<b>Maximum</b>	70% du salaire moyen	100% du salaire moyen	90% du salaire moyen	Aucun
<b>Minimum</b>	1 000 DHS	1 500 DHS	1 500 DHS	Aucun
<b>Gestion</b>	Ministère de l'emploi et des affaires sociales	Ministère des Finances	CNRA, organisme public géré par la CDG	
	Conseil d'Administration	Conseil d'Administration	Comité de direction	
<b>Cadre juridique</b>	Etablissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière	Etablissement public	Institution dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière	Société mutualiste de retraites

## Recommandations du CESE

- Unifier les régimes de prévoyance sociale en matière de pension de retraite dans un délai de 5 à 7ans.
- Instaurer un revenu minimum vieillesse équivalent au seuil de pauvreté au bénéfice des personnes dépourvues d'une pension de retraite (La population de plus de 60 ans non bénéficiaire d'une pension de retraite représente un peu plus de 2,3 millions de personnes).
- Instituer un régime de pension public 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, avec la participation des partenaires sociaux.
- Dans le cadre d'un deuxième pilier obligatoire, mettre en place un régime complémentaire contributif pour les revenus supérieur au plafond ; transformer la CIMR en organisme complémentaire de la CNSS avec cotisation à partir du plafond de la CNSS.
- Dans le cadre d'un troisième pilier: Prévoir un régime individuel en capitalisation qui relèverait de l'assurance privée.
- 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.

## Couverture sociale des soins de santé

Le système marocain de couverture médicale a vu le jour sous le protectorat français avec la mise en place de mutuelles de fonctionnaires encadrées par des lois (dahirs) remontant à 1927 et 1928. Plus de 60 ans après l'indépendance, et malgré les progrès intervenus depuis 2002 avec la mise en place des régimes d'assurance maladie pour les salariés du secteur privé, de la fonction et du secteur publics et pour les personnes démunies (AMO CNSS, AMO-CNOPS et RAMED), ce système peine encore à se conformer aux principes d'universalité, de solidarité, d'égalité et de qualité des soins. Ces principes ne doivent pas s'entendre seulement en termes financiers: ils supposent une répartition équitable de l'offre de soins sur le territoire, avec des parcours et des infrastructures accessibles, sans discrimination, dans le cadre d'une politique de santé intégrée, inclusive, solidaire, pilotée avant toute considération lucrative par les besoins sanitaires de la population, et appuyée à la fois sur une démarche curative et une démarche prévention des risques.

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 maladie<sup>49</sup>. 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.

---

49 - 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 ».

## La Couverture Médicale de Base

### Physionomie du dispositif et indicateurs démographiques

L'AMO, entrée en vigueur le 18 août 2005, est gérée par deux organismes:

- La CNOPS, qui était historiquement une fédération de mutuelles de fonctionnaires et d'agents de l'Etat, a été chargée d'une mission de service public qui a transformé sa vocation mutualiste initiale en organisme de droit public, gestionnaire de l'assurance maladie des agents, des titulaires de pensions et ayants droits de la fonction et du secteur publics: à fin 2016, la CNOPS assurait la couverture de **3,024 millions** de bénéficiaires<sup>50</sup>. Une population de 300 000 étudiants sera à terme rattachée à la CNOPS, au titre d'un régime spécifique entré en vigueur en janvier 2016 et comptant, au 15 Septembre 2017, 65 025 immatriculés<sup>51</sup>.
- La CNSS assure la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire du secteur privé au bénéfice **6,083 millions** d'assurés et ayants droits. La CNSS est également chargée, depuis juin 2017, de la gestion du régime de l'assurance maladie des Indépendants et professions libérales (AMI) ; l'entrée en vigueur de cette couverture devrait porter l'effectif des indépendants assurés et de leurs ayants à près de 11 millions personnes et le total de la population assurée par la CNSS à 17 millions de personnes.

A date, un peu plus de 3 400 entreprises, assujetties au régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) de la CNSS se maintiennent hors de ce régime auquel leur affiliation, cinq ans après l'entrée en vigueur du code portant couverture médicale de base, devait revêtir un caractère d'ordre public. Ces entreprises disposaient, au titre de l'article 114 dudit code, d'une période de transition pour mener leur transfert vers le régime de base et organiser la couverture complémentaire de leurs salariés dans un cadre mutualiste ou assurantiel de leur choix. Ces entreprises emploient 21% de la population des salariés assurés à la CNSS au titre du régime des pensions et représentent une masse salariale de 53,1 milliards de DH. La gestion de l'assurance maladie de cette population a permis aux compagnies d'assurances privées de collecter en 2016 des primes d'un montant total de 3,65 milliards de dirhams, soit 10% du total des primes (en évolution de 8,7% par rapport à 2015) et 17% du total des primes dites de « non-vie ». L'effectif des entreprises qui, au titre de l'article 114<sup>52</sup> de la loi sur la couverture médicale de base n'ont pas rejoint l'AMO représente moins

50 - La mutuelle des FAR couvrant 1.2 million de personnes relevant des Forces Armées Royales et dont le régime est fixé par une réglementation particulière.

51 - Ministère de l'Economie et des Finances « projet de loi pour l'année budgétaire 2018 : note de présentation ».

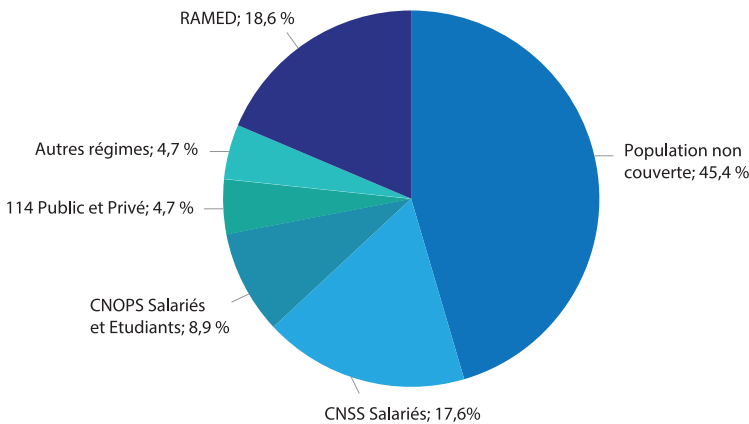
52 - La loi 65-00 prévoit dans son article 114 « qu'à titre transitoire, et pendant une période de cinq ans renouvelable, les organismes publics ou privés qui assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats groupe auprès de compagnies d'assurances, soit auprès de mutuelles, soit dans le cadre de caisses internes, peuvent continuer à assurer cette couverture ». L'ambiguïté existe dans le texte de loi qui stipule 5 années renouvelables après avoir sorti tous les décrets d'application de l'AMO. Or, deux textes ne sont pas encore sortis.

de 2% du total des entreprises affiliées à la CNSS mais le montant qu'elles versent aux compagnies privées d'assurance représente plus du quart des cotisations que la CNSS a vocation à recouvrer au titre de l'AMO<sup>53</sup>. Plusieurs autres régimes sont gérés par l'assurance privée, en marge de la loi<sup>54</sup>, couvrant diverses catégories de personnes (*Chioukhs, Moukadems*, Imams, artistes, anciens résistants et membres de l'armée de libération) regroupées sous le vocable de « population spécifique ». Ces catégories représentent un effectif de 344 000 bénéficiaires, dont l'assurance maladie est confiée depuis juillet 2007 à une compagnie d'assurance privée (Saham Assurance).

Le RAMED est entré en vigueur en mars 2012 après une expérience pilote initiée en 2008 dans la région Tadra-Azilal. A fin 2017, ce régime couvrait 11,7 millions de personnes (4,7 millions foyers, et plus de 7,4 millions de personnes ayant des droits ouverts (cartes actives)).

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.

**Taux de couverture de la population par les régimes du risque maladie à fin 2016**



Source: ANAM

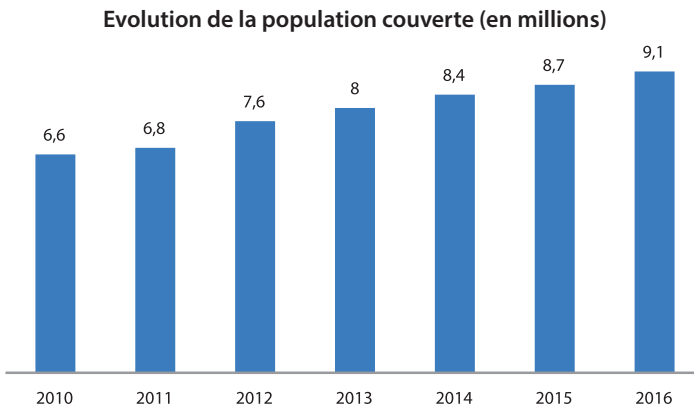
Les chiffres relatifs à la population couverte par l'assurance maladie obligatoire varient selon les sources, ce qui souligne l'absence et le besoin d'une instance unifiée de collecte, de consolidation et de contrôle des indicateurs de ce secteur, et de la protection sociale au sens large. Selon le rapport d'activité 2016 de l'ACAPS, la population totale couverte par l'assurance maladie obligatoire a atteint en 2016 un effectif de 8,6 millions de bénéficiaires dont 64,7% relèvent du régime AMO-CNSS, contre 6,5 millions en 2012, soit une évolution annuelle moyenne de 7,2%.

53 - Selon la CNSS.

54 - ANAM « Feuille de route 2014-2018 », 2013.



Les cotisants des deux régimes ont enregistré sur la même période une évolution annuelle moyenne de 6,9% pour atteindre en 2016 un effectif de 3,6 millions de personnes dont 66,6% au titre du régime AMO-CNSS<sup>55</sup>). Par contre, selon les chiffres de l'ANAM, le nombre de bénéficiaires de l'AMO tout secteur confondu aurait été en 2016 de 9,1 millions de personnes (6,1 millions au titre de l'AMO-CNSS et 3 millions au secteur public) avec un taux d'évolution annuel moyen de la population couverte de 5,4% entre 2010 et 2016.



Source: ANAM

L'effectif de la population couverte au titre du RAMED a dépassé les objectifs initiaux du régime, avec un taux de réalisation de 129% en 2016. Cette « surperformance » n'est pas en soi un signe d'efficacité de ce régime. Elle souligne en creux l'effet de sélection adverse que la segmentation et les conditionnalités des régimes contributifs relevant de la CNSS, de la CNOPS et des assurances privées font peser sur ce régime d'assistance financé, au final, par l'ensemble des contribuables. Le taux de renouvellement des enregistrements des patients au RAMED était de 46% à fin 2017, et le taux de retrait des cartes des personnes en situation de vulnérabilité était de 31% (avec une contribution entre 120 dirhams et 600 dirhams). Les personnes identifiées comme étant en situation de pauvreté représentaient 91% des bénéficiaires.

### Indicateurs financiers<sup>56</sup>

Les cotisations collectées par les deux régimes d'assurance maladie obligatoire se sont élevées à 11,0 milliards de dirhams (dont 55,9% au titre du régime AMO-CNSS), avec une évolution annuelle moyenne de 8,7% sur les cinq dernières années, à un niveau plus élevé pour le secteur privé (13,2%) que pour le secteur public (2,8%)<sup>57</sup>. Cette différence découle à la fois du taux des cotisations plus élevé et dé plafonné ainsi que de l'effectif plus important des assurés dans le secteur privé.

55 - ACAPS, rapport annuel 2016, page 46.

56 - Présentation de l'ANAM dans le cadre de l'audit de cette institution par le CESE.

57 - Source CNOPS.

L'évolution des recettes apparaît, sur la même période, inférieure à celle des prestations des deux régimes (13,2%), avec au titre de 2016 un montant de 8,3 milliards de dirhams. Les réserves des deux régimes ont atteint en 2016 un montant de 3,7 milliards de dirhams contre 2,5 milliards en 2012 et leurs excédents au titre de ce même exercice se sont élevés à 3,3 milliards de dirhams (dont près de 3,2 milliards au titre de l'AMO-CNSS).

- Selon une étude de l'ANAM réalisée en 2015 sur la base des données de 2014 avec un horizon de projection de dix-ans (2015-2025), la viabilité du régime AMO-CNSS demeurerait assurée sur toute la période de projection tandis que le régime AMO-CNOPS devait enregistrer un déficit à partir de 2018 atteignant 1,6 milliards de dirhams en 2025. Mais les projections de cette étude sont de fait déjà dépassées, le régime AMO-CNOPS ayant constaté son 1<sup>er</sup> déficit technique en 2016 (225 millions de dirhams). Cette situation résulte de l'augmentation des prestations (passée de 1,9 milliards de dirhams en 2006 à 4,7 milliards de dirhams en 2016, avec un montant moyen par dossier qui est passée de 480 dirhams en 2006 à 906 dirhams en 2016) et de la stagnation des cotisations (aucune révision des taux de cotisation n'est intervenue depuis l'entrée en vigueur du régime en 2012). Le plafonnement des cotisations à l'AMO-CNOPS (400 dirhams mensuels), le vieillissement de la population assurée et les départs volontaires à la retraite qui ont concerné en 2005 plus de 38 000 assurés contribuent à une perte sur les cotisations à la CNOPS estimée à un peu plus de 1,7 Mds. DH.<sup>58</sup>

Les souscriptions des entreprises versées aux assurances privées au titre de l'assurance maladie dite « accidents corporels » dans la nomenclature des comptes des compagnies d'assurance, (régime de base et assurance complémentaire représente de 4 milliards de dirhams, soit plus de 36% des cotisations versées au titre de l'AMO à la CNSS.

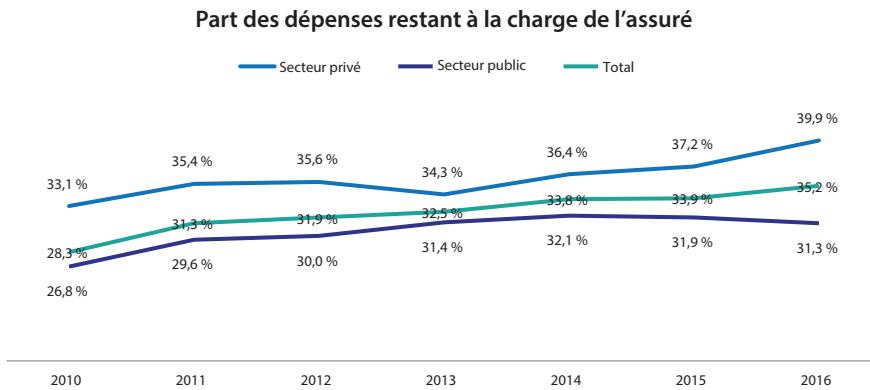
Le tiers de dépenses de l'AMO (30%) est destiné aux médicaments, contre 47,7% aux dépenses des Affections Longue Durée (ALD), tandis que la part de la population atteinte d'au moins une ALD ne constitue que 3% de la population des deux régimes (AMO-CNSS et AMO-CNOPS). Parmi les assurés du secteur privé, 2,3% de la population consomme 51,5% du total des dépenses totales. Pour les assurés du secteur public, 4,5% des assurés consomment 45% du total des dépenses. Quatre affections de longue durée recueillent 73,1% des dépenses:

1. Insuffisance Rénale Chronique Terminale: 26,4% ;
2. Tumeurs malignes: 24,0% ;
3. Hypertension artérielle sévère: 11,7% ;
4. Diabète insulino-dépendant et diabète non insulino-dépendant: 11%.

D'après l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), la part des dépenses restant à charge des assurés de l'AMO serait passée de 28% à 35,2% entre 2010 et 2016.

58 - Idem.

Ce taux, basé sur les facturations enregistrées, est vraisemblablement minoré, compte tenu des pratiques répandues et par définition non tracées de paiements direct (« au noir ») des soins aux praticiens. Elle s'explique aussi par les niveaux très bas, souvent peu réalistes, des tarifs de référence fixés par le ministère de la santé.



Source: ANAM

### Incertitudes sur le financement du RAMED

Le RAMED est financé à 75% par l'Etat, 6% par les collectivités territoriales et 19% par les bénéficiaires en situation de vulnérabilité. La contribution des collectivités territoriales est supposée apporter une participation à la gratuité des soins au profit des personnes en situation de pauvreté relevant de leur ressort territorial sur la base de 40 dirhams par personne bénéficiaire chaque année. Or le montant total collecté à ce titre depuis la généralisation du RAMED est de 154 millions de dirhams<sup>59</sup>. Un montant de 12,3 millions de dirhams, versés par les bénéficiaires en situation de vulnérabilité a été collecté au 31 décembre 2017. Le montant escompté des collectivités territoriales au titre de 2017 est de 283 millions de dirhams. En l'absence d'un mécanisme de suivi des contributions des collectivités territoriales, il n'est pas possible d'identifier les montants réellement versés au « compte d'affectation spécial de la pharmacie centrale » géré par le Ministère de la Santé.

### **Les blocages de la médecine mutualiste et des prestations de soins sociaux et solidaires**

La CNSS a développé à partir de 1979 une offre importante de soins médicaux via la création 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

<sup>59</sup> - Montant versé par les bénéficiaires en situation de vulnérabilité.

de soins intensifs en cardiologie et. 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 tracées, 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 fournissent des soins de qualité à de larges franges de la population à des prix accessibles. Les chiffres du tableau ci-dessous confirment l'utilité sociale et ma mission de médecine sociale et solidaire réalisée par les unités de soins de la CNSS avec en moyenne annuelle plus de 500 000 patients admis dont plus de 10% hospitalisés, près de 1 120 consultations par jour, et plus de 45 397 séances de dialyse en 2016.

#### Indicateurs d'activité des polycliniques de la CNSS

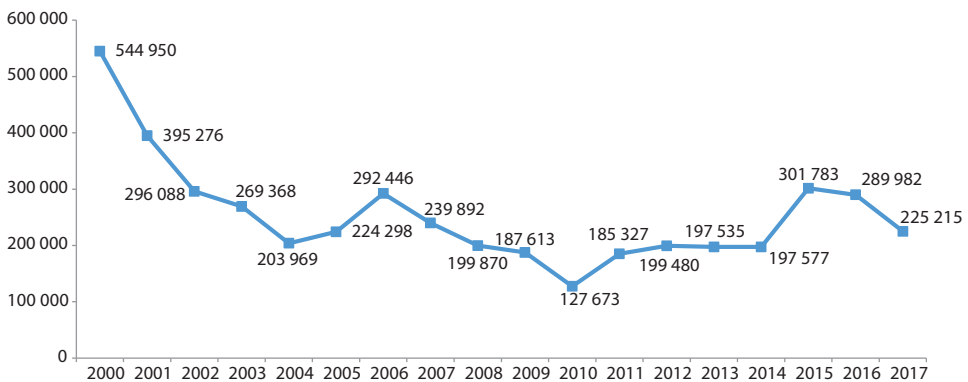
	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Evolution 2016/2002
Nombre de patients admis	589454	698388	672605	624641	658631	645839	649835	646835	10%
Nombre de patients hospitalisés	39918	46671	46553	51150	55542	52849	51988	52755	32%
Consultations en C	391918	456879	455789	441682	435625	430568	409680	410017	5%
Activité du Laboratoire en B	17303082	27216666	23896967	33567116	31906368	29592939	28287539	31228718	80%
Imagerie médicale Nombre de Z	1096237	3406985	3048561	3778345	4333142	5209506	5997096	5986102	446%
Chirurgie en K	2834585	4332760	4575625	5097398	5675126	5692825	5737925	6121974	116%
Nombre d'accouchement	6711	8927	9710	9270	9767	10227	11015	11207	67%
Nombre de séances de dialyse	27012	31316	31908	32023	40465	49593	51082	45397	68%

Source: CNSS

Lors de la mise en place des régimes d'assurance maladie obligatoire, le législateur avait consacré, sous le chapitre des « incompatibilités » une disposition de la loi (article 44 de la loi 65-00 (21 novembre 2002) 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 reprise dans un sens restrictif par la loi sur l'exercice de la médecine (loi n°131-13) accordant la possibilité de produire des soins aux compagnies d'assurance mais pas à des organismes, pourtant sans but lucratif, tels que la CNOPS et la CNSS et les mutuelles. 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. Le réseau des polycliniques de la CNSS et les centres de soins mutualistes ont été historiquement pionniers dans l'installation d'infrastructures et de services de soins de qualité, palliant aux déficits en infrastructures publiques. 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.

#### Subvention de la CNSS à ses unités médicales (-50% entre 2000 et 2017, en dirhams courants)



Source: CNSS

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.

## Faiblesses du dispositif de 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 évaluations<sup>60</sup> 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:

- 45,4% de la population ne dispose toujours 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 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

---

60 - Différents rapports d'activité de l'ANAM et auditions de l'ANAM et des organismes gestionnaires au CESE. Rapport de l'ONDH sur l'évaluation du RAMED, 2017.

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 soins<sup>61</sup>.

### 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.

Les déficits qui sont apparus depuis 2016 pourraient s'aggraver sous l'effet et 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.

---

61 - Source CNOPS.

### 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. L'augmentation de la demande de soins adressée à l'hôpital public suite à la généralisation du RAMED, sans mise à niveau préalable du secteur, produit 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 pauvres<sup>62</sup>. La qualité de services 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 ;
- 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).

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



## La Couverture médicale complémentaire: le blocage du système mutualiste

La couverture médicale complémentaire est assurée par le secteur mutualiste et les assurances privées<sup>63</sup>.

Le secteur mutualiste est composé de 28 mutuelles qui se répartissent comme suit<sup>64</sup>:

- 11 mutuelles créées par le personnel du secteur public ;
- 07 concernent le personnel semi-public ;
- 05 constitués dans le secteur privé ;
- 05 couvrent les personnes exerçant des professions libérales.

### Chiffres clés de la mutualité

Mutuelles	Montants (en millions dhs)
Adhérents	1 769 016
Bénéficiaires	4 513 640
Cotisations	2 884
Prestations	1 886
Produits financiers	293
Capitaux propres	4 313

Source: rapport d'activité ACAPS 2016

### Principales activités des Mutuelles

Les principales activités des mutuelles 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 sociale telles que les prestations spéciales aux personnes en situation de handicap et les maisons de repos pour les personnes âgées.

63 - 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.

64 - ACAPS « rapport d'activité 2016 », 2017.

## Apports des mutuelles

Il y a lieu de rappeler, que le secteur de la mutualité a été pionnier et a joué un rôle décisif dans le financement et 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. Les mutuelles ont notamment participé à la couverture des risques pour les fonctionnaires en tant qu'assureur durant la période allant de 1917 à 2005.

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 (Cabinet dentaires, Centre d'optique, exploration et actes médicaux, fourniture de prestations aux personnes à besoins spécifiques...). De plus, ces unités sociales et médicales ont permis de fournir des prestations pendant une période caractérisée par des difficultés financières pour l'Etat notamment dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action d'Ajustement Structurel.

Les mutuelles permettent à leurs membres et leurs ayants-droits d'accéder à des coûts conformes au tarif national de référence, avec un tiers payant pris en charge par la CNOPS.

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 le secteur mutualiste. Ce secteur s'en trouve exposé à des contraintes qui entravent le développement de l'ensemble du système national de protection sociale.

### **Le secteur mutualiste confronté à des obstacles qui entravent le développement d'une couverture médicale en rapport avec les besoins et les capacités du pays**

La loi relative à la couverture médicale de base interdit 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 CESE<sup>65</sup>, l'interdiction pour les mutuelles de créer ou gérer des structures de soins.

Cette nouvelle réglementation conduirait à la fermeture pure et simple des infrastructures et des services existants alors que l'accès aux soins au Maroc est encore très limité comme le précise le rapport du CESE sur les soins de santé de base<sup>66</sup>. Cette fermeture constituerait une détérioration de l'offre et de l'accès aux soins.

## **Réforme de la couverture médicale de base**

Pour étendre la couverture médicale de base aux catégories de la population non encore couvertes, un processus de réforme de la couverture médicale a été lancé par le Chef du gouvernement en octobre 2013. Une circulaire (n° 13/2013) a institué

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

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

deux comités: un Comité Interministériel pour le pilotage (CIP) chargé de développer une stratégie intégrée pour la réforme et qui concerne toutes les composantes de la CMB: AMO, RAMED et AMI, et un Comité technique interministériel (CIT) pour l'appui et l'adoption d'une démarche unifiée de suivi et d'évaluation des différentes étapes de mise en œuvre de la réforme de la CMB. Entre 2013 et 2017, le Comité de pilotage a tenu trois réunions et le Comité technique interministériel a tenu 8 réunions, tandis que 30 réunions des groupes de travail thématiques ont abouti aux décisions suivantes:

- Choix de l'ANAM en tant qu'entité chargée du pilotage de l'unité d'évaluation et du suivi en décembre 2014 ;
- Adoption du schéma global de mise en place de l'AMI et du principe de la progressivité dans sa mise en œuvre en décembre 2014 ;
- Mise en place de la Couverture Médicale Etudiant depuis septembre 2015 ;
- Adoption et la mise en œuvre de la stratégie intégrée de réforme de la CMB avec l'élaboration de 16 textes législatifs et réglementaires dont 10 déjà publiés en mars 2016 ;
- Elaboration d'un projet de révision du cadre juridique de la CNOPS en mars 2016 ;
- Examen de la proposition de couverture des parents du secteur public en mars 2016 ;

Plusieurs dossiers restent à ce jour en instance, notamment:

- L'élaboration du rapport de suivi et des plans d'actions annuels et la mise en place de l'unité d'évaluation de la réforme de la CMB ;
- La définition des missions et des conditions de mise en place de l'Organisme Gestionnaire du RAMED, et la révision du cadre juridique de la CNOPS ;
- L'élaboration de la feuille de route pour la mise en place de l'AMI (qui nécessite l'ouverture des négociations avec les représentants des catégories professionnelles) ;
- L'analyse de la pérennité du financement et des équilibres financiers de la CMB ;
- La mise en circuit des textes juridiques déjà élaborés.

Outre la lenteur du processus de réforme, le plus préoccupant est sans doute le risque de perte de vue des principes initiaux et des objectifs stratégiques (instauration de la couverture médicale dans le cadre d'un régime universel de base, obligatoire et solidaire, financé par une contribution de tous les revenus complétée par un financement solidaire au profit des démunis et mise en place de régimes complémentaires mutualistes et assurantiels ; équité, amélioration des niveaux de prise en charge et de la qualité des soins et basculement des régimes transitoires vers l'AMO). De fait, les dispositions qui ne devaient être que transitoires sont devenues - en l'absence de

mesures d'accompagnement pour la protection des droits acquis des assurés, et en l'absence de négociation avec les organisations représentatives des professionnels de santé en vue de l'actualisation de la tarification- des contraintes systémiques bloquant la généralisation de la couverture médicale, ses niveaux et son contenu.

Aussi, pour activer le processus de réforme et atteindre l'objectif de la généralisation de la couverture médicale de base, le CESE recommande les propositions suivantes.

## Recommandations

### 1. Principes fondamentaux: universalisation de la couverture médicale de base

- a. Le CESE exhorte l'ensemble des décideurs et des intervenants dans les politiques publiques à 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 le code portant loi sur 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. Le CESE recommande la relance du dialogue social entre le gouvernement et les partenaires sociaux en vue du parachèvement de l'universalité de la CMB et de l'élimination des mesures discriminatoires et des situations de déprotection des citoyens grâce à:
  - i. l'adoption des décrets d'application de l'assurance-maladie des Indépendants et des professions libérales (qui représentent 56% de la population active) ;
  - ii. l'intégration au régime d'assurance de base des organismes publics ou privés qui, antérieurement 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 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 de bénéfice de l'AMO pour les ascendants.

## 2. Efficacité, équité, unification du régime de couverture médicale de base

- a. L'harmonisation, par alignement sur les meilleurs niveaux de prestation, des régimes obligatoires d'assurance maladie, 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. L'actualisation de 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. La création d'un organisme autonome gestionnaire du RAMED et la spécialisation budgétaire du financement par l'Etat de régime d'assistance médicale via son inscription annuelle dans la loi de finance et la détermination claire, par voie législative, des contributions des collectivités locale à son financement.
- d. La sauvegarde de l'équilibre de la CNOPS et de sa pérennité: augmentation voire déplafonnement du plafond des cotisations de la CNOPS ; renforcement de la mise en œuvre de la couverture médicale des étudiants qui comptait, à fin décembre 2016, seulement 56 404 immatriculés à la CNOPS sur une population cible de 300 000 étudiants.
- e. La révision de la gouvernance de l'ANAM pour lui permettre de jouer pleinement son rôle de régulateur de la CMB à travers l'unification des Conseils d'Administrations et une représentation des divers cotisants et des bénéficiaires.

## 3. 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.
  - i. 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.
  - ii. 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, en ce qu'elles ne sont pas gestionnaires de l'assurance

maladie obligatoire, ont pleine légitimité et vocation à créer, développer et gérer des unités de soins.

iii. 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.

b. Promouvoir la mutualité et favoriser la coopération entre les organismes mutualistes.

## Le rôle clé de la gouvernance

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

Il va de soi que si l'efficacité globale, la qualité d'accès et des services, les équilibres financiers et la pérennité des régimes ainsi que la satisfaction des assurés et de leurs ayants droits dépendent de nombreux facteurs, institutionnels, financiers et économiques qui ne sont pas tous imputables aux organismes gestionnaires, plusieurs dysfonctionnements restent liés à des faiblesses dans la gouvernance des régimes. Les points les plus critiques tiennent à la composition insuffisamment inclusive, à l'indépendance limitée des conseils d'administration et à leur difficulté à assurer le contrôle de l'efficacité et de la qualité de gestion. La gouvernance des régimes marocains de prévoyance sociale est en effet 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 organisateurs d'employeurs et les organisations syndicales de travailleurs, tandis que les conseils d'administration du Régime collectif d'assurance retraite (RCAR) et de la Caisse interprofessionnelle marocaine de retraite (CIMR) ne comptent pas de représentants des travailleurs cotisants<sup>67</sup>. 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.

---

67 - 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.

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'assurance 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 sort<sup>68</sup>.

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 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. Le CESE recommande, pour préserver les acquis de la mutualité et les renforcer et pour préparer les conditions de l'unification de la couverture médicale de base, de séparer d'un côté, les missions et les structures en charge de la couverture médicale de base dans le cadre d'un régime d'assurance obligatoire dédié au secteur public et, d'autre part, les missions et les structures en charge de la couverture médicale complémentaire dans le respect de l'autonomie de gestion et la préservation des missions et du patrimoine des mutuelles.

Les attributions des conseils d'administrations 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

---

68 - Idem.

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'intérêt**

Le système marocain de protection sociale a été récemment doté d'une institution têticière, 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)<sup>69</sup>. Parmi ses missions, on relève le contrôle technique et prudentiel, la « régulation indépendante » du marché des assurances et du secteur de la prévoyance sociale, la modernisation de l'encadrement institutionnel, ou « l'accroissement de l'attractivité du marché marocain au niveau international », la contribution à « la promotion de l'éducation et de la sensibilisation dans les domaines relevant de son champ d'intervention », la veille sur le respect par les entités soumises à son contrôle « des règles de protection des assurés, des bénéficiaires de contrats d'assurance et des affiliés ».

La qualité, l'accessibilité et les niveaux des prestations des organismes de protection sociale ne figurent pas parmi les objectifs explicitement assignés à l'ACAPS.

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 équilibrée 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

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



règlementaires 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. Le CESE recommande, en conséquence, et afin que l'ACAPS joue pleinement son rôle d'autorité indépendante, que sa Commission de Discipline et sa Commission de Régulation ne comprennent pas de représentants des organismes sous contrôle de l'autorité mais des personnalités indépendantes et qualifiées siégeant *intuitu-personae* et non *es-qualité*.

## **Recommandations générales sur la Gouvernance des organismes de protection sociale**

1. Elaborer une stratégie nationale, consacrée par une loi-cadre, issue du dialogue social mené à l'échelon national, qui donne lieu à un pacte de génération, visant l'universalisation de la protection sociale et l'amélioration continue des niveaux d'assurances en appui sur un équilibre clair et dynamique entre les besoins de protection sociale du pays et les ressources nationales.
2. 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.
3. Réformer la gouvernance de l'ACAPS, pour en renforcer l'indépendance et modifier 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

7. 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 ;
8. 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.
9. 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, la dématérialisation des flux.
10. 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.
11. 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 exigés des assurés et des délais de traitement de leurs dossiers.
12. Responsabiliser les conseils d'administration sur la séparation des comptes des différentes branches de prestations gérées par les organismes de prévoyance sociale en vue de prévenir la confusion et les transferts des fonds d'une branche de prestations à une autre.
13. 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.
14. Responsabiliser les conseils d'administrations 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.
15. 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.

## TROISIÈME PARTIE:

### 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) et aux prestations de survivants (convention 128, 1967) ;
- 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 appui 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 (En France, tout exerce d'une activité non déclarée auprès des répertoires professionnels ou des organismes sociaux ou le non-respect des obligations de déclaration des cotisations est constitutif du délit de travail dissimulé, passible d'une peine d'emprisonnement de 3 ans et d'une amende de 45 000 € [articles L. 8221-3 et L. 8224-1 du code du travail ; l'aide et l'incitation à cesser de cotiser à la sécurité sociale sont également sanctionnés: une peine de 6 mois de prison et 15 000 € d'amende sont prévues à l'encontre de toute personne qui incite les assurés sociaux à refuser de s'affilier à un organisme de Sécurité sociale ;
  - La mise en place d'un organisme de suivi et de contrôle.
- 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. Le Gouvernement devrait activer la mise en œuvre effective de la Politique intégrée de protection de l'enfance et développer des programmes et dispositifs de protection sociale spécifiques aux enfants, adaptés à leurs multiples vulnérabilités.
6. Développer les aides aux enfants indépendamment de leur nationalité sous forme de transfert monétaire conditionné et non conditionnés:
  - 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

7. Le CESE recommande que, à l'instar des pratiques internationales et en ligne avec les conventions internationales (notamment la convention 102 de l'OIT), les risques accidents du travail et maladies professionnelles soient reconnus et traités comme des risques sociaux, et que leur gestion obéissent aux règles de solidarité et de non profit, dans le cadre d'un seul régime obligatoire 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 salaires et appuyé sur un corps de contrôle et un système de recouvrement des créances.

Le CESE recommande par ailleurs:

8. 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 ;
9. Actualiser et renforcer les dispositions du code du travail relatives à la médecine du travail ;
10. Réformer radicalement la législation et les procédures de constatation, prise en charge, suivi, indemnisation, réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## La Protection sociale des personnes en situation de chômage

11. 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 ;
12. 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 ;
13. **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 ;

14. 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 ;
15. 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 ;
16. 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**

17. 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 discriminations 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 ;
18. 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 ;
19. 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 ;
20. 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 ;
21. Développer les services d'assistance sociale pour les personnes en situation de handicap au niveau local, régional et national ;
22. 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 ;
23. 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 ;

24. Mettre en place des filières professionnelles spécialisées dans la prise en charge des PSH (métiers d'accueil, de direction d'établissement, d'éducateur spécialisé) ;
25. 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 ;
26. Renforcer les mécanismes de protection des personnes en situation de handicap contre les licenciements abusifs ;
27. Renforcer l'intervention de la médecine du travail et la responsabiliser dans la prévention et le constat du handicap ;
28. Renforcer les droits de recours de PSH.

## La protection sociale des personnes âgées

29. Unifier les régimes de prévoyance sociale en matière de pension de retraite dans un délai de 5 à 7 ans ;
30. Instaurer un revenu minimum vieillesse équivalent au seuil de pauvreté au bénéfice des personnes dépourvues d'une pension de retraite (La population de plus de 60 ans non bénéficiaire d'une pension de retraite représente un peu plus de 2,3 millions de personnes) ;
31. Instituer un régime de pension public obligatoire de base, géré en répartition, réunissant les actifs des secteurs public et privé unifiés sous un plafond de cotisation déterminé comme multiple du salaire minimum, avec la participation des partenaires sociaux ;
32. 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.
33. Dans le cadre d'un troisième pilier: prévoir un régime individuel en capitalisation qui relèverait de l'assurance privée ;
34. 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

### 35. Principes fondamentaux: universalisation de la couverture médicale de base

- a. Le CESE exhorte l'ensemble des décideurs et des intervenants dans les politiques publiques à 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 le code portant loi sur 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. Le CESE recommande la relance du dialogue social entre le gouvernement et les partenaires sociaux en vue du parachèvement de l'universalité de la CMB 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, 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 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 de bénéfice de l'AMO pour les ascendants.

### 36. Efficacité, équité, unification du régime de couverture médicale de base

- a. L'harmonisation, par alignement sur les meilleurs niveaux de prestation, des 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. L'actualisation de 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. La création d'un organisme autonome gestionnaire du RAMED et la spécialisation budgétaire du financement par l'Etat de régime d'assistance médicale via son inscription annuelle dans la loi de finance et la détermination claire, par voie législative, des contributions des collectivités locale à son financement ;
- d. La sauvegarde de l'équilibre de la CNOPS et de sa pérennité: augmentation voire déplafonnement du plafond des cotisations de la CNOPS ; amélioration de l'accessibilité à la couverture médicale des étudiants qui comptait, (à fin décembre 2016) 56 404 immatriculés à la CNOPS sur une population cible de 300 000 étudiants ;
- e. La révision de la gouvernance de l'ANAM pour lui permettre de jouer pleinement son rôle de régulateur de la CMB à travers l'unification des Conseils d'Administrations et une représentation des divers cotisants et des bénéficiaires.

### 37. 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

38. 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 ;
39. 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 ;
40. Réformer la gouvernance de l'ACAPS, pour en renforcer l'indépendance et modifier 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 ;
41. 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 ;
42. 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 ;
43. 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 ;
44. 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 ;
45. 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 ;
46. 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.

47. 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 ;
48. 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 exigés des assurés et des délais de traitement de leurs dossiers.
49. Responsabiliser les conseils d'administration sur la séparation des comptes des différentes branches de prestations gérées par les organismes de prévoyance sociale en vue de prévenir la confusion et les transferts des fonds d'une branche de prestations à une autre ;
50. 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 ;
51. Responsabiliser les conseils d'administrations 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 ;
52. 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.



## ANNEXES

---

### Annexe 1: Liste du Groupe de travail chargé de la rédaction du rapport

Présidente de la Commission	Mme Zahra Zaoui
Rapporteur de la Commission	Mme Laila Berbich
Rapporteur du thème	M. Fouad Benseddik
Membres du groupe de travail	<ul style="list-style-type: none"><li>• M. Abdelhai Bessa</li><li>• M. Abdelmaksoud Rachdi</li><li>• M. Ahmed Bahanniss</li><li>• M. Abderrahmane Kandila</li><li>• M. Abdessadek Essaidi</li><li>• M. Chouaib Jaouad</li><li>• Mme Hajbouha Zoubeir</li><li>• M. Lahcen Hansali</li><li>• M. Mohamed Bensghir</li><li>• M. Mohamed Dahmani</li><li>• M. Mohamed El Khadiri</li><li>• M. Mustapha khalafa</li></ul>
Experte permanente au Conseil	Mme. Nadia Sebti

## Annexe 2: Liste de la Commission permanente chargée des Affaires sociales et de la solidarité

<b>Catégorie des Experts</b>
Ben seddik Fouad
Hajbouha Zoubeir
Himmich Hakima
Lamrani Amina
Rachdi Abdelmaksoud
<b>Catégorie des Syndicats</b>
Bahanniss Ahmed
Bensaghir Mohammed
Dahmani Mohamed
El Moatassim Jamaâ
Essâïdi Mohamed Abdessadek
Hansali Lahcen
Kandila Abderrahmane
Khlaifa Mustapha
<b>Catégorie des Organisations et Associations Professionnelles</b>
Bensalah Mohamed Hassan
Bessa Abdelhai
Boulahcen Mohamed
<b>Catégorie des Organisation et Associations œuvrant dans les domaines de l'économie sociale et de l'activité associative</b>
Abderrahmane Zahi
Berbich Laila
Chouaib Jaouad
Elkhadiri Mohamed
Zaoui Zahra
<b>Catégorie Membres de Droits</b>
Adnane Abdelaziz
Cheddadi Khalid
Boujendar Lotfi

### Annexe 3: Liste des acteurs auditionnés

<p>Départements ministériels et institutions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle</li> <li>• Délégation Interministérielle aux Droits de l'Homme</li> <li>• Observatoire National du Développement Humain</li> <li>• Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale</li> <li>• Entraide Nationale</li> <li>• Ministère délégué auprès du Chef du Gouvernement Chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance</li> </ul>
<p>Organismes internationaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banque Mondiale</li> <li>• UNICEF</li> <li>• Fondation Friedrich Ebert</li> <li>• Bureau International du Travail</li> </ul>
<p>Organismes gestionnaires de la protection sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence Nationale de l'Assurance Maladie</li> <li>• Caisse Nationale de Sécurité Sociale</li> <li>• Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale</li> <li>• Régime Collectif d'Allocation de Retraite</li> <li>• Mutuelle Générale du Personnel des Administrations Publiques</li> </ul>
<p>Personnes ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Driss Guerraoui</li> <li>• M. Rachid Filali Meknassi</li> <li>• M. Nourredine El Aoufi</li> <li>• M. Najib Benamour</li> <li>• M. Mohamed Jamal Maatouk</li> </ul>

## Annexe 4: Références bibliographiques

- Constitution du Maroc de 2011.

### Références issues des institutions internationales

- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948).
- Déclaration de Philadelphie de 1944 définissant les buts de l'Organisation Internationale du Travail (OIT).
- Déclaration tripartite sur les entreprises multinationales et la politique sociale (OIT, révisée en mars 2017).
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU, 1966).
- Observation générale n°19 « Le droit à la sécurité sociale (art. 9 du Pacte) » du Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, Conseil Economique et Social, E/C.12/GC/19, (ONU, 4 février 2008).
- Déclaration du Comité des droits économiques, sociaux et culturels « Les socles de protection sociale: un élément essentiel du droit à la sécurité sociale et des ODD », Conseil Economique et Social des Nations Unies, E/C.12/2015/1, ONU, 15 Avril 2015.
- Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, OIT, 2012.
- Convention 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale (OIT, 1952).
- Organisation Internationale du Travail, Rapport Mondial sur la Protection Sociale 2017-2019 de l'Organisation Internationale du Travail « Protection Sociale Universelle pour atteindre les objectifs de développement durable », 2017.
- Conseil des Droits de l'Homme « Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté », Assemblée Générale des Nations Unies, A/HRC/35/26, (ONU, 22 mars 2017).
- BIT, Plateforme de protection sociale, Calculateur universel, 2018.
- BIT, Universal Social Protection Floors: Costing Estimates and Affordability in 57 Lower Income Countries, 2017.
- OCDE, Job Quality database (2016).

### Références normatives marocaines

- Loi-cadre n° 97-13 du 27 avril 2016 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap Royaume du Maroc, bulletin officiel n°6466 du 12 Chaabane 1437 (19 Mai 2016).



- Loi n° 99-15 du 5 décembre 2017 instituant un régime de pensions pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale ( Royaume du Maroc, bulletin officiel n°6632 du 2 *Rabii II* 1439 (21 décembre 2017).
- Loi n°47-12 portant approbation à la convention 102 de l'OIT (Royaume du Maroc, bulletin officiel n°6140 du 23 *Jumada I* 1434 (04 avril 2013).
- Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base. (Royaume du Maroc, bulletin officiel n° 5058 du 16 *Ramadan* 1423 (21 novembre 2002).
- Loi n°64-12 portant création de l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (Royaume du Maroc, bulletin officiel n°6240 du 18 *Jumada I* 1435 (20 Mars 2014).

### Avis et rapports du CESE

- Avis du CESE sur « le projet de loi-cadre n°18-12 relatif à l'indemnisation suite aux accidents de travail » saisine n°3/2013.
- Rapport du CESE sur « les soins de santé de base: vers un accès équitable et généralisé », saisine n°4/2013.
- Avis du CESE sur « le projet de loi n° 109-12 portant code de la Mutualité », saisine n°6/2013.
- Avis du CESE sur les « projets de lois relatives aux régimes des pensions civiles », saisine n°10/2014.
- Avis du CESE sur « le projet de loi-cadre n°97-13 relatif à la Protection et la Promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap », saisine n°15-2015.

### Références institutionnelles marocaines

- Ministère délégué auprès du Chef du Gouvernement Chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance et UNICEF:
  - « Vision intégrée de la protection sociale au Maroc: mapping de la protection sociale au Maroc », Février 2016 ;
  - « Vision pour une politique intégrée de protection sociale au Maroc », Avril 2016.
- Rapport d'activité 2016, ACAPS.
- Cour des Comptes, « rapport sur le système de retraite au Maroc: diagnostic et propositions de réforme », 2013.
- Enquête sur le handicap conduite en 2014 par le ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Sociale.
- Haut-Commissariat au Plan, Recensement de la population de 2014.

