

Avis

Du conseil Economique Social et environnemental

RECONNAITRE ET ORGANISER L'ECONOMIE DU SOIN A AUTRUI AU MAROC : ENJEUX ET PERSPECTIVES

President de la commission : Jaouad Chouaib

Rapporteur de la thématique : Zaoui Zahra

Table des matières

<i>Synthèse</i>	4
<i>Introduction</i>	6
<i>I. L'évolution des besoins sociaux des individus et des ménages</i>	9
1. Un contexte démographique en mutation.....	9
1.1 Le vieillissement de la population	9
1.2 Un ratio de dépendance des personnes âgées élevé et en progression	10
1.3 Vers une prédominance accrue des familles nucléaires.....	11
1.4 Hausse des maladies chroniques et de la dépendance	12
2. Une Offre limitée de services de prise en charge sociale	13
2.1 Insuffisance des structures.....	13
2.2 Conditions de travail dans les métiers du soin marquées par la précarité	16
2.2.1 Services non-rémunérés assurés par les femmes	16
2.2.2 Services rémunérés marqués par la précarité.....	17
<i>II. Enjeux de la transition vers une économie du soin</i>	19
2.1. Une opportunité pour la reconnaissance culturelle et sectorielle et la revalorisation du soin	
20	
2.2. Un levier pour améliorer la convergence des politiques publiques.....	21
2.3 Un vecteur de cohésion sociale et de développement territorial	24
2.4 Un levier pour l'autonomisation des femmes et la création d'emplois	25
<i>III. Pour une stratégie nationale du soin inclusive et durable</i>	27
Axe 1 — Faire de l'économie du soin un enjeu national et mobiliser les moyens pour sa mise en	
œuvre effective	28
Axe 2 — Valoriser les métiers du soin et reconnaître les professionnels comme piliers du bien-être	
social	29
Axe 3 — Assurer une répartition équitable du soin à autrui par des dispositifs inclusifs et solidaires	
29	
Axe 4 — Investir dans le développement d'une économie du soin adaptée aux réalités et aux valeurs	
marocaines	30
<i>Annexes</i>	32
Annexe n°1 : Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la	
Solidarité	32
Annexe n° 2 : Liste des acteurs auditionnés.....	33
Annexe 3 : Résultats des consultations lancées sur la plateforme « Ouchariko ».....	34

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi organique n°128-12, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) s'est autosaisi, aux fins de préparer un avis sur l'économie du soin à autrui au Maroc.

Lors de sa 171^{ème} Session Ordinaire tenue le 26 juin 2025, l'assemblée générale du CESE a adopté à l'unanimité l'avis intitulé : « *reconnaitre et organiser l'économie du soin à autrui au Maroc : enjeux et perspectives* ».

Dans ce cadre, le Bureau du Conseil a confié à la Commission chargée des affaires sociales et de la solidarité¹ l'élaboration dudit avis.

Élaboré sur la base d'une approche participative, l'avis est le résultat d'un large débat entre les différentes catégories qui composent le Conseil et des auditions organisées avec les principales parties prenantes concernées². Il s'est également basé sur des consultations lancées sur la plateforme digitale de la participation citoyenne « ouchariko.ma » et sur les réseaux sociaux³.

¹ Annexe 1 : Liste des membres de la commission chargée des affaires sociales et de la solidarité

² Annexe 2 : Liste des institutions et acteurs auditionnés

³ Annexe 3 : Résultats des consultations lancées sur la plateforme « Ouchariko » et sur les réseaux sociaux

Synthèse

L'économie du soin à autrui (*care economy*) s'affirme de plus en plus comme un secteur crucial qui accompagne les transformations sociales et démographiques à l'œuvre dans de nombreux pays, dont le Maroc. Selon l'OIT, il recouvre l'ensemble des activités et des relations visant à répondre aux besoins des personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, malades ou en situation de handicap) et englobe à la fois le travail rémunéré assuré par des professionnels et le travail non-rémunéré, majoritairement pris en charge par les familles.

Dans ce cadre, le CESE a élaboré son avis intitulé « *reconnaître et organiser l'économie du soin à autrui au Maroc: enjeux et perspectives* ». Ledit avis dresse un état des lieux de la situation du soin à autrui au niveau national, en souligne l'importance et le potentiel et propose des mesures visant à reconnaître formellement ce travail sous différentes formes et à structurer un écosystème intégré, capable de renforcer la cohésion sociale et de soutenir durablement le développement humain et économique du pays. Il a été adopté à l'unanimité par l'Assemblée Générale du Conseil, tenue le 26 juin 2025 à Rabat.

Le Maroc fait face à des mutations démographiques et sociétales profondes : augmentation de l'espérance de vie, vieillissement accéléré de la population, progression des maladies chroniques et évolution des structures familiales, avec réduction des tailles des ménages (nucléaires, unipersonnels) et l'essoufflement progressif des solidarités traditionnelles. Ces changements exercent une pression croissante sur les dispositifs de prise en charge existants et entraînent une augmentation soutenue des besoins en soins à autrui.

Pour autant, les structures et services de prise en charge relevant des secteurs public et privé restent encore insuffisants pour répondre valablement à ces besoins. L'offre disponible est limitée et inégalement répartie sur le territoire, et les programmes sectoriels destinés particulièrement aux enfants, aux personnes âgées, aux femmes et aux personnes en situation de handicap sont fragmentés, centrés sur la réponse institutionnelle ou sanitaire, en l'absence de services professionnels coordonnés pour la prise en charge du soin à autrui.

Cet état de fait se traduit par une prise en charge du soin à autrui reposant largement sur les solidarités familiales, en dépit de leurs fragilités. Longtemps invisible, insuffisamment reconnu et peu structuré, ce travail est majoritairement assuré par les femmes. Il engendre des coûts sociaux et économiques importants : renforcement des inégalités entre les sexes, fragilisation des parcours professionnels et réduction de la participation des femmes à la vie économique, sociale et politique. Selon le HCP (2014), l'intégration du travail non-rémunéré dans les comptes économiques ferait croître le PIB national de 19 %, dont 16 % seraient imputables aux femmes.

Face à ce constat, le développement d'une économie du soin à autrui constituerait une réponse opportune et stratégique pour le Maroc en matière d'assistance sociale et de résilience économique des ménages, spécifiquement les femmes. Elle pourrait : (i) renforcer la cohérence des politiques publiques en favorisant des approches intégrées, centrées sur les parcours de vie et les besoins des personnes dépendantes ; (ii) soutenir le développement territorial grâce à des services de proximité accessibles à tous et à la mobilisation des structures locales, y compris dans les zones les plus isolées ; (iii) constituer un levier puissant de création d'emplois durables, notamment pour les femmes, les jeunes et les personnes peu qualifiées, dans des activités telles que l'aide à domicile, la garde d'enfants, l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap et l'encadrement dans les crèches et établissements spécialisés.

Partant de ce diagnostic, le CESE estime que le Maroc devrait se doter d'une stratégie nationale du soin à autrui, structurée, ambitieuse et intégrée, susceptible de faire du soin un levier structurant de développement humain, de protection sociale et de création de valeur économique durable.

La vision portée par le Conseil n'a en aucun cas pour finalité de se substituer à la solidarité familiale, pilier fondamental du modèle social marocain, mais de la soutenir, la structurer et la renforcer. Elle prône, en revanche, une redistribution plus équitable des responsabilités du soin entre les familles, l'État, les collectivités territoriales, les professionnels et la société civile, afin d'alléger la charge qui pèse aujourd'hui

de manière disproportionnée sur les ménages, en particulier les femmes. Pour traduire cette vision en action, la stratégie nationale proposée s'articulerait autour de quatre axes complémentaires.

Le premier axe vise à ériger le soin à autrui en priorité nationale et à en assurer une gouvernance intégrée. À cet effet, le CESE recommande notamment de :

- mettre en place un mécanisme national de gouvernance dédié, chargé du pilotage stratégique, de la coordination intersectorielle, du suivi et de l'évaluation de la stratégie nationale du soin à autrui ;
- regrouper et articuler l'ensemble des textes existants relatifs à l'économie du soin au sein d'un cadre juridique unifié ;
- intégrer l'économie du soin dans les stratégies sectorielles et territoriales, en tant qu'axe transversal de développement humain inclusif ;
- décliner la stratégie nationale en plans d'action régionaux et locaux, adaptés aux besoins spécifiques des territoires et des populations.

Le deuxième axe porte sur la valorisation des métiers du soin et la reconnaissance de celles et ceux qui en assurent la continuité. À ce titre, le CESE préconise notamment de :

- structurer et professionnaliser les métiers du soin, à travers une nomenclature nationale, une cartographie territoriale des besoins et un cadre national de formation, de certification et de reconnaissance des compétences ;
- mettre en place des conditions de travail décentes et une protection sociale effective pour l'ensemble des professionnels du soin ;
- reconnaître et soutenir les aidants familiaux, en instaurant des congés spécifiques, des formations certifiantes, des dispositifs réguliers de répit et des compensations financières, intégrés aux systèmes de protection sociale.

Le troisième axe vise à assurer une répartition équitable du soin via des dispositifs inclusifs et solidaires. Il s'agit notamment de :

- investir massivement dans les infrastructures sociales de base (crèches, établissements médico-sociaux et services à domicile), afin de réduire la charge de soin non-rémunéré ;
- élargir les critères d'éligibilité des programmes sociaux dans le cadre du RSU, en intégrant systématiquement les besoins en soin des ménages, afin de mieux cibler les bénéficiaires et d'accroître l'impact social de la protection sociale ;
- mettre en place des dispositifs légaux et organisationnels (congés sociaux, horaires flexibles, télétravail) favorisant une conciliation effective entre vie professionnelle et vie familiale ;
- instaurer un cadre fiscal incitatif pour l'économie du soin à autrui, incluant des avantages fiscaux pour les familles et les professionnels du secteur, ainsi que l'exonération de la TVA sur les services de soin à domicile et les prestations essentielles de soutien à l'autonomie des personnes vulnérables et à besoins spécifiques.

Le quatrième axe porte sur le développement d'une économie du soin adaptée aux réalités et aux valeurs marocaines. Le CESE préconise, dans ce sens, de :

- encadrer et renforcer les dispositifs de prise en charge solidaire tels que les familles d'accueil pour personnes vulnérables, en instaurant un cahier des charges national et en mobilisant des aides financières et logistiques dédiées ;
- mettre en place des dispositifs de financement et d'incitation ciblés (partenariats public-privé, contrats à impact social, financements basés sur les résultats) pour soutenir des projets de soin à fort impact social ;
- développer des innovations technologiques et sociales au service du soin, en adaptant les outils numériques (télésanté, plateformes, domotique) aux besoins locaux, pour assurer l'accès, la qualité et l'efficacité des services et soins prodigués.

Introduction

Les mutations démographiques, sociales et économiques que connaît le monde contemporain, affectent l'efficacité des mécanismes de solidarité et de protection sociale, ainsi que des services de soins et de prise en charge des personnes et des familles, notamment en ce qui concerne les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les enfants non scolarisés. Le vieillissement des populations, l'allongement de l'espérance de vie, les transformations des structures familiales, les dynamiques migratoires et les mutations du marché du travail mettent en lumière la nécessité de repenser les systèmes de solidarité, de protection sociale selon les besoins émergents en matière de prise en charge des personnes et des familles.

Dans ce contexte, le concept d'économie du care (*care economy*) s'est progressivement imposé en tant que paradigme émergent susceptible d'intégrer et d'accompagner ces mutations, et de créer un système structurant d'activités et de services porteurs d'enjeux majeurs pour les politiques sociales, sanitaires, éducatives et économiques, et de l'emploi.

Apparu initialement au début des années 80⁴, le concept de « *care economy* » a d'abord permis de mettre en lumière l'invisibilité et la sous-valorisation du travail domestique et de soin réalisé majoritairement par les femmes. Il a ensuite été intégré dans les débats internationaux sur la justice sociale, les droits humains et les politiques publiques, notamment dans le cadre des Nations Unies⁵.

Aujourd'hui, la définition proposée par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) désigne l'économie du *care* comme étant « *l'ensemble des activités et relations visant à répondre aux besoins physiques, psychologiques et émotionnels des personnes, en particulier les enfants, les personnes âgées, les malades et les personnes en situation de handicap* ». Ces activités regroupent à la fois le travail de soin rémunéré (aides à domicile, infirmières, éducateurs, assistantes maternelles aux enfants âgés de moins de 6 ans...) et le travail de soin non rémunéré (soutien apporté dans la sphère domestique ou communautaire) pour apporter des soins à autrui directs (nourrir un nouveau-né, dispenser des soins à

⁴ Waring (Marilyn), *If Women Counted: A New Feminist Economics*, Harper & Row, San Francisco, 1988.

⁵ <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/04/policy-tool-care-economy?>

un conjoint malade, etc.) ou indirects (la cuisine, le ménage et d'autres tâches ménagères courantes, souvent désignées comme «tâches domestiques»).

Partant, l'économie du *care* ne se réduit pas à apporter un travail de soin, à l'attention et à l'accompagnement des personnes, en particulier en situation de dépendance ou de vulnérabilité assurés par les aidants familiaux, domestiques ou sociaux. Plus qu'un simple service, le *care* traduit une responsabilité humaine fondamentale : prendre soin d'autrui. L'économie du *care* joue également un rôle central dans la garantie du bien-être social, la durabilité de la cohésion familiale et communautaire, ainsi que dans la promotion de l'inclusion économique, en particulier en faveur des femmes.

Sur le plan national, les autorités publiques concernées ont mis en place plusieurs programmes et projets de développement social ciblant les populations vulnérables et les personnes à besoins spécifiques, à travers la mise à disposition de services et d'infrastructures dédiés à l'autonomisation des femmes, à la promotion du vieillissement actif, à la protection de l'enfance et à assurer l'effectivité des droits des personnes en situation de handicap.

Toutefois, malgré l'importance des efforts déployés dans le cadre de ces programmes et stratégies, à travers l'actualisation des objectifs, la modernisation des outils de gestion et l'augmentation des budgets alloués⁶, les mutations démographiques et sociales que connaît le Maroc, à l'instar d'autres pays, appellent à une transition vers un modèle fondé sur l'économie du *care* et à l'instauration d'un système global et intégré d'intervention, capable de répondre efficacement aux besoins émergents des individus et des groupes cibles. En effet, la transition démographique, désormais presque achevée, avec une population vieillissante, conjuguée à la généralisation du modèle des familles nucléaires et le recul de la solidarité familiale, exerce une pression croissante sur les dispositifs traditionnels de soin. Les besoins en soins de longue durée, en assistance aux personnes âgées, en accompagnement des personnes en situation de handicap, mais aussi en soutien aux familles dans les tâches domestiques, deviennent de plus en plus pressants.

⁶ Organisation Internationale du Travail, « prendre soin d'autrui : un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent », 2019, p 8.

⁷ وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، الحصيلة المرحلية
<https://social.gov.ma/wp-content/uploads/2024/05/%D8%AA%D9%82%D8%AF%D9%8A%D9%85-%D8%A7%D9%84%D8%AD%D8%B5%D9%8A%D9%84%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%AD%D9%84%D9%8A%D8%A9-web-.pdf>

⁸ Idem

Ces défis sont exacerbés par le fait que le travail de soin repose encore très largement sur les femmes, souvent dans l'invisibilité, la non-reconnaissance et sans soutien institutionnel. Cette situation génère non seulement des inégalités sociales et de genre flagrantes, mais freine également la libération des énergies des femmes, entrave leur épanouissement et les prive de leur pleine participation à la vie économique, sociale et politique du pays.

À travers cette auto-saisine, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) ambitionne de faire émerger une vision renouvelée de l'organisation du soin à autrui, en tant que secteur socio-économique à part entière, ayant un impact significatif sur la création de l'emploi et du développement, fondé sur les principes de justice sociale, d'égalité de genre et de développement durable.

Pour explorer ces enjeux, cette auto-saisine s'attachera à identifier les conditions et leviers nécessaires à la structuration de ce secteur, fondé sur une architecture innovante dotée d'une nouvelle génération de services assurant un accès équitable, adapté et durable au soin à autrui au profit de l'ensemble de la population, en particulier les catégories les plus vulnérables sur le plan territorial et de faire émerger l'économie du soin pour en faire un axe structurant des politiques publiques nationales.

I. L'évolution des besoins sociaux des individus et des ménages

Le Maroc connaît des transformations démographiques, sociales et économiques profondes qui contribuent à redéfinir les besoins des individus et des ménages en matière de prise en charge et de soin à autrui. Sous l'effet du vieillissement de la population, de la montée des maladies chroniques et de l'évolution des structures familiales, les besoins en matière de soins deviennent plus nombreux et plus variés. Ces besoins sont d'autant plus difficiles à satisfaire que le travail de soin, qu'il soit exercé dans un cadre professionnel ou au sein des ménages, demeure marqué par des insuffisances et des inégalités.

Ces évolutions mettent en lumière les défis majeurs auxquels le pays est confronté pour concevoir et déployer des réponses adaptées, à même d'accompagner ces transformations sociales profondes et d'assurer une prise en charge équitable et soutenable.

1. Un contexte démographique en mutation

1.1 Le vieillissement de la population

Selon l'Organisation internationale du Travail (OIT), le vieillissement démographique devrait conduire, à l'échelle mondiale, à une augmentation significative des besoins en matière de soins, concernant environ 2,3 milliards de personnes à l'horizon 2030⁹.

Au niveau national, les données issues du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2024 mettent en évidence un vieillissement accéléré de la population marocaine. La part des personnes âgées de 60 ans et plus est ainsi passée de 9,4 % en 2014 à 13,8 % en 2024. En valeur absolue, cette population est estimée à près de 5 millions de personnes en 2024, contre 3,2 millions en 2014, enregistrant un taux de croissance annuel moyen de 4,6 %, nettement supérieur à celui de l'ensemble de la population, estimé à 0,85 %¹⁰. Ce phénomène résulte principalement de la baisse de la fécondité, le nombre moyen d'enfants par femme s'établissant à 1,97 en 2024, en deçà du seuil de remplacement des générations fixé à 2,1. Il s'explique également par l'allongement de l'espérance de

⁹ Audition de l'OIT par le CESE, 30 octobre 2024

¹⁰ HCP, Note sur les principaux résultats, RGPH 2024, 17 décembre 2024 (https://www.hcp.ma/region-rabat/docs/docs/Note%20RGPH%202024-%20Region%20RSK_VF-1.pdf)

vie, qui a atteint 77 ans en 2023 (78,8 ans pour les femmes et 75,3 ans pour les hommes), contre 74,8 ans en 2014 (77,3 ans en milieu urbain et 71,7 ans en milieu rural) et seulement 47 ans en 1962 (57 ans en milieu urbain et 43 ans en milieu rural¹¹).

À l'horizon 2050, les projections indiquent qu'environ un Marocain sur quatre serait âgé de 60 ans ou plus, et que près de la moitié de cette population aurait 70 ans ou plus¹².

1.2 Un ratio de dépendance des personnes âgées élevé et en progression

Le ratio de dépendance, qui correspond à la proportion combinée des jeunes de moins de 15 ans et des personnes âgées de 59 ans et plus par rapport à la population en âge de travailler, est déjà élevé au Maroc. Il devrait, selon les projections du HCP, atteindre environ 70 % en 2050. Cela signifie la présence de près de 70 personnes dépendantes pour 100 actifs¹³, en raison principalement du vieillissement démographique.

S'agissant du ratio de dépendance lié au vieillissement (personnes âgées de plus de 59 ans), les projections du Haut-Commissariat au Plan indiquent qu'il s'établit à 22,8 % en 2024¹⁴ et connaîtra une tendance haussière pour atteindre environ 39,4 % à l'horizon 2050.

Evolution et prévisions de l'évolution du taux de dépendance des personnes âgées, entre 2014 et 2050

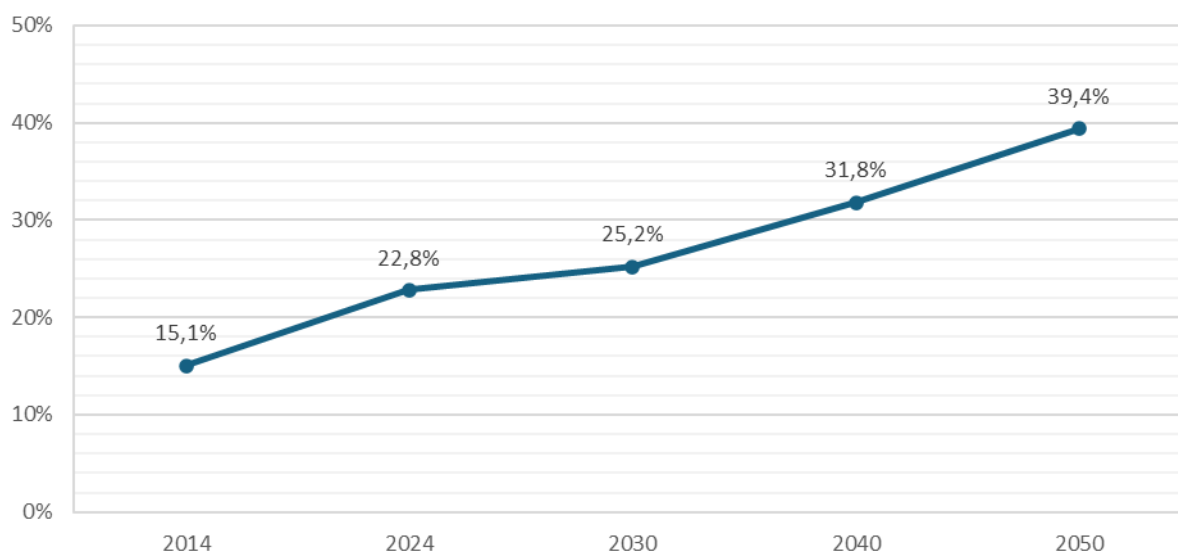
¹¹ Idem

¹² وزارة الصحة، المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة- 2018

¹³ HCP, Projection de la population et des ménages 2015-2050, Centre d'Etude et de Recherches Démographique (CERED), 2017, p. 34.

https://www.hcp.ma/Projections-de-la-population-et-des-menages-2014-2050_a3380.html

¹⁴ المندوبية السامية للتخطيط، معطيات إحصائية حول الأشخاص المسنين بالمغرب، نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024



Source : données du HCP, RGPH 2024

Ainsi, si la baisse de la natalité allège légèrement la charge liée aux jeunes, le vieillissement rapide augmente fortement la charge liée aux personnes âgées.

1.3 Vers une prédominance accrue des familles nucléaires

Le nombre de ménages a continué d'augmenter pour atteindre 9 275 038 en 2024, parallèlement à une réduction marquée de leur taille moyenne, passée de 4,6 personnes en 2014 à 3,9 en 2024. Cette évolution concerne aussi bien le milieu urbain, où la taille moyenne des ménages est passée de 4,2 à 3,7 personnes, que le milieu rural, où elle a diminué de 5,3 à 4,4 personnes. Elle s'accompagne d'une évolution du parc de logements, la part des logements d'une à deux pièces représentant désormais 43,5 % des ménages urbains en 2024¹⁵.

Ces évolutions traduisent une transformation progressive des structures familiales, marquée par le recul des familles élargies au profit des familles nucléaires. Une telle recomposition est susceptible d'influer sur la disponibilité des aidants familiaux pour les personnes en situation de dépendance et de fragiliser les formes traditionnelles de solidarité familiale.

Dans le sillage de ces évolutions, la proportion de ménages dirigés par des femmes a augmenté de 16,2 % en 2014 à 19,2 % en 2024. Cette hausse reflète des changements significatifs dans les rôles sociaux et économiques des femmes ainsi

¹⁵ HCP, caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population, Note sur les principaux résultats RGPH 2024 » page 19.

que dans la dynamique familiale. Cette tendance est particulièrement notable en milieu urbain, où la part des ménages dirigés par des femmes atteint 21,6 % en 2024, contre seulement 14,5 % en milieu rural¹⁶.

Cette situation pose des défis majeurs concernant la nécessité de répondre de manière adéquate aux besoins spécifiques en matière de soins destinés aux enfants et aux personnes âgées, en matière de santé, de protection sociale et d'infrastructures sociales adaptées.

1.4 Hausse des maladies chroniques et de la dépendance

La **transition épidémiologique s'accélère dans notre pays**. Les maladies non transmissibles (MNT) sont désormais responsables de **plus de 85 % des décès au Maroc**, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁷. Cette transition s'accompagne d'une augmentation de la morbidité et du développement de polypathologies, entraînant l'apparition de déficiences et de limitations fonctionnelles — motrices, organiques, sensorielles ou mentales — qui génèrent diverses situations de handicap. Ces évolutions nécessitent une prise en charge sur le long terme, ainsi que des soins réguliers, souvent dispensés à domicile.

Le système de santé et de protection sociale se trouve ainsi soumis à une pression croissante, notamment en raison de l'augmentation des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et les affections neurodégénératives. La structure des dépenses de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) révèle déjà la prééminence des dépenses liées aux affections de longue durée et coûteuses (ALD/ALC), comme l'insuffisance rénale, certains cancers, l'hypertension sévère et le diabète¹⁸.

Par ailleurs, il ressort des données communiquées par le ministère de la Santé et de la Protection sociale que les personnes âgées représentent 8,5% des affiliés de la CNSS et 36,7% des dépenses, alors qu'ils représentent 18,1% des affiliés de la CNOPS et 45,2% des charges.¹⁹

Cependant, les dispositifs de soins à domicile demeurent encore embryonnaires. Le système de santé, historiquement basé sur une logique hospitalo-centrée, ne

¹⁶ Idem, page 9.

¹⁷ Ministère de la santé et de la protection sociale, Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies, « Plan d'action national multisectoriel de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles 2023-2024 ».

¹⁸ Avis du CESE : Généralisation de l'AMO, bilan d'étape : Une avancée sociale à consolider, des défis à relever 2024

¹⁹ Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Stratégie nationale de la santé des personnes âgées 2024-2030, p. 24

dispose pas de véritables services de soutien communautaire pour accompagner les personnes dépendantes dans leur environnement familial.

Les services à domicile adaptés aux personnes en perte d'autonomie sont rares et coûteux, ce qui limite leur accessibilité. Contrairement aux soins prodigués en clinique, exonérés de TVA, les services de soins à domicile y sont soumis, augmentant ainsi leur coût, ce qui impacte négativement sur le pouvoir d'achat des familles²⁰.

Ces services, souvent flexibles et capables de répondre aux besoins spécifiques des familles, sont en outre confrontés à des difficultés structurelles importantes : le personnel qualifié fait défaut et les formations spécialisées restent insuffisantes.

2. Une Offre limitée de services de prise en charge sociale

2.1 Insuffisance des structures

L'offre publique destinée aux enfants, aux femmes, aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées a connu, ces dernières années, des avancées notables, tant en termes de cadres juridiques et stratégiques que d'amélioration de l'accès aux services au profit de la population ciblée²¹. Or, l'offre actuelle demeure marquée par des insuffisances structurelles persistantes, qui limitent sa capacité à répondre de manière adéquate aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité. La prise en charge sociale reste largement caractérisée par une sous-valorisation du travail de soin, une externalisation importante de ces fonctions vers les familles — en particulier vers les femmes — ainsi que par des inégalités de genre prononcées et une marchandisation progressive du soin. Cette configuration contribue à accentuer les charges pesant sur les ménages, tout en fragilisant les conditions d'accès équitable à des services de qualité.

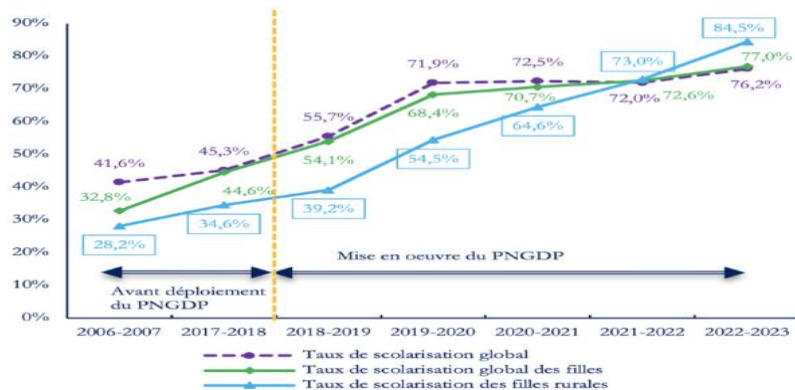
Le développement de services de garde et d'éducation pour la petite enfance est crucial pour le bien-être et le développement des enfants. Ces structures facilitent également la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, en particulier pour les femmes. Le Programme National de Généralisation et de Développement du Préscolaire (PNGDP) a permis une amélioration notable du taux de préscolarisation (de 45% en 2017-2018 à 76,2% en 2022-2023), notamment des

²⁰ Audition des représentants de la CGEM, le 22/01/2025.

²¹ وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، الحصيلة المرحلية 2021-2024
<https://social.gov.ma/wp-content/uploads/2024/05/%D8%AA%D9%82%D8%AF%D9%8A%D9%85-%D8%A7%D9%84%D8%AD%D8%B5%D9%8A%D9%84%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%AD%D9%84%D9%8A%D8%A9-web-.pdf>

filles, avec une augmentation de 44,6% en 2017-2018 à 77% en 2022-2023, plus particulièrement en zones rurales où il a atteint 84,5% pour les filles rurales contre 34,6% en 2017-2018²².

Graphique 2 : Evolution du taux de préscolarisation par sexe et par milieu



Source : ministère de l'économie et des finances/DEPF

Toutefois, l'offre reste insuffisante pour couvrir les besoins. En effet, l'objectif d'une couverture à 100% à l'horizon 2028 est conditionné par la capacité d'assurer une capacité d'accueil de plus de 550 000 places scolaires)²³. Le secteur souffre de l'absence d'un cadre réglementaire pour la tranche 0-3 ans, d'une diversité de formations non harmonisées et d'un contrôle limité des structures²⁴.

Les crèches d'entreprises émergent progressivement au profit des femmes salariées. Ces initiatives certes très limitées, sont soutenues par des incitations publiques dans le cadre de plans d'action communaux²⁵ et des partenariats public-privé, outre les incitations fiscales. En effet, ces structures profitent d'une exonération de la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) lors de l'acquisition de biens d'équipement, matériels et outillages nécessaires à leur fonctionnement²⁶. Cette mesure vise à alléger les charges fiscales des entreprises investissant dans des crèches, favorisant ainsi la création de tels services au bénéfice des salariés, en particulier les femmes.

²² Ministère de l'économie et des finances, Direction des Etudes et des Prévisions financières, « Synthèse de l'édition 2024 du Rapport sur le Budget axé sur les Résultats tenant compte de l'aspect Genre », 2024.

²³ IDEM

²⁵ Le Conseil de la commune de Casablanca a alloué une enveloppe budgétaire de 60 millions de dirhams pour la création de crèches au sein des zones économiques et industrielles sur la période 2023-2028, en partenariat avec la CGEM.

<https://www.casablancacity.ma/storage/photos/48/%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D8%AC%20%D8%B9%D9%85%D9%84%20%D8%AC%D9%85%D8%A7%D8%B9%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%84%D8%A8%D9%8A%D8%B6%D8%A7%D8%A1%20%D9%84%D9%84%D9%81%D8%AA%D8%B1%D8%A9%202023%20%D9%882028.pdf>

²⁶ Article 92-I-8° du Code Général des Impôts

S'agissant des personnes âgées, le Maroc connaît un déficit marqué en structures gériatriques, avec deux structures spécialisées seulement dans la région de Rabat-Salé-Kénitra, six médecins résidents spécialisés en gériatrie au niveau national et seulement 200 médecins généralistes disposant d'un diplôme universitaire en gériatrie²⁷.

Le nombre d'établissements d'accueil pour personnes âgées reste très limité et ne dépasse pas 72 structures d'accueil à travers le pays avec une capacité d'accueil très limitée²⁸. Ces établissements sont concentrés en milieu urbain, gérés majoritairement par des associations et bénéficient de très peu de soutien étatique. L'écart entre l'offre et la demande ne cesse de se creuser, et la qualité des services demeure un enjeu majeur en l'absence de suivi et d'évaluation institutionnelle rigoureuse.

L'insuffisance d'infrastructures répondant aux besoins spécifiquement différenciés des personnes âgées constitue un obstacle majeur à leur inclusion sociale, notamment pour celles atteintes de maladies chroniques ou vivant avec un handicap. Le manque de sanitaires accessibles, de transports publics adaptés, de jardins publics ou encore de centres d'activités de jour contribue à leur isolement et limite leurs possibilités de participation à la vie collective. Cette situation est encore plus marquée dans les zones rurales où les équipements de proximité sont rares, voire inexistants.

Enfin, l'offre de soins aux personnes en situation de handicap reste largement insuffisante et inégalement répartie, en raison du manque de structures adaptées, de personnel qualifié et de dispositifs d'inclusion professionnelle. Cette carence pèse lourdement sur les familles, en particulier sur les femmes, qui assument majoritairement la charge du soin au quotidien. Selon les données du RGPH 2024, la prévalence du handicap au Maroc est de 4,8%, avec une incidence plus élevée en milieu rural (5,6%). Ce taux reste particulièrement élevé chez les personnes âgées de 60 ans et plus et atteint 18.5%²⁹. Cette situation oblige souvent les femmes à réduire ou abandonner leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche en situation de handicap, compromettant ainsi leur autonomie économique. Ce désengagement contraint du marché du travail renforce les inégalités de genre et peut plonger certaines familles, ayant des enfants en situation d'handicap ou une personne dépendante, dans une précarité accrue, en

²⁷ Stratégie nationale de la santé pour les personnes âgées 2024-2030, op.cit., pp. 29, 31.

²⁸ Audition des centres de protection sociale de Rabat, d'El Jadida et de Kénitra, le 26 décembre 2024

²⁹ RGPH 2024, Principaux résultats, 17 décembre 2024

raison des coûts élevés liés aux soins spécialisés, aux équipements adaptés ou aux déplacements en l'absence d'accessibilités suffisantes aux transports en commun et infrastructures.

Les acteurs auditionnés ont souligné que l'offre effective destinée aux catégories vulnérables demeure insuffisante pour répondre à des besoins émergents, notamment en matière de prise en charge de jour des personnes souffrant de troubles mentaux³⁰, ou encore d'accompagnement des personnes en fin de vie. Par ailleurs, le déficit en établissements de réadaptation au profit des personnes en situation de handicap limite leur accès à une prise en charge globale, adaptée et continue.

2.2 Conditions de travail dans les métiers du soin marquées par la précarité

2.2.1 Services non-rémunérés assurés par les femmes

Au Maroc, les femmes assurent l'essentiel du travail non rémunéré de soin³¹, y consacrant en moyenne 5 heures par jour, contre 43 minutes pour les hommes. Cette charge restreint leur accès à l'éducation, à la formation et à l'emploi³², ce qui constitue l'un des facteurs expliquant le faible taux d'activité féminine, de 16,8% en 2024³³.

La situation est exacerbée par le fait que 35% des femmes actives au Maroc occupent des emplois non rémunérés. Cette proportion atteint 70,5% chez les femmes rurales actives, dont 60,3% sont des aides familiales sans rémunération ni protection sociale³⁴. Cette configuration entrave l'autonomisation économique des femmes et accroît les risques de vulnérabilité pour elles, leurs enfants et leurs ménages, en les rendant dépendants d'une seule source de revenus.

Même lorsqu'elles sont salariées, les femmes continuent d'assurer la majorité des tâches domestiques, avec une charge moyenne de 4 heures 30 par jour contre 37 minutes pour les hommes. Cette inégalité persiste quelle que soit la catégorie

³⁰ Avis de CESE, la santé mentale et les causes de suicide au Maroc, 2022

³¹ Selon l'OIT, le travail de soin à autrui non rémunéré consiste à s'occuper de personnes (soins apportés aux enfants, aux personnes âgées ou aux membres malades ou dépendantes de la famille) ou à effectuer des tâches ménagères sans rétribution monétaire explicite au sein ou hors du ménage. <https://www.unescwa.org/sd-glossary/unpaid-care-work>

³² HCP, Toward Inclusive Development In Morocco: Policy Pathways for Enhancing Women's Economic Participation, Policy report, March 2025, p.3

³³ HCP, « Toward Inclusive Development In Morocco : Policy Pathways for Enhancing Women's Economic Participation », Policy report, March 2025 P 1-2

³⁴ HCP, « Etude sur l'estimation des coûts d'opportunité économique de l'autonomisation économique des femmes rurales », rapport Mars 2025 P 8-9.

sociale et se retrouve également chez les enfants, les filles effectuant quatre fois plus de tâches domestiques que les garçons³⁵.

Cette lourde charge de travail, y compris la charge mentale, impacte l'entrée des femmes sur le marché du travail ainsi que l'évolution de leur carrière. Les femmes actives tendent à se limiter à des postes subalternes, faiblement ou moyennement rémunérés, leur permettant de concilier entre vie professionnelle et responsabilités familiales, ou à renoncer à leur activité professionnelle lorsque les coûts de prise en charge dépassent ou égalent leur rémunération. Cette situation contribue à maintenir un nombre élevé de femmes classées comme «inactives».

Par ailleurs, ce travail demeure largement invisible dans les comptes nationaux, exclu du PIB et des législations familiales³⁶, malgré sa contribution réelle à l'économie domestique et nationale. Selon l'étude sur le « Compte satellite des ménages-2014- » publié par le HCP³⁷, l'intégration du travail non-rémunéré dans les comptes économiques élèverait le PIB national de 19.4 %, dont 16.4 % seraient imputables aux femmes. En 2014, la production domestique des ménages aurait ainsi représenté 43 % de la production nationale si elle avait été comptabilisée.

La reconnaissance statistique et institutionnelle de ce travail est essentielle pour orienter des politiques publiques plus équitables et pour permettre une redistribution des richesses qui tienne compte du rôle fondamental des femmes dans le bien-être social et économique.

2.2.2 Services rémunérés marqués par la précarité

Les métiers du soin rémunéré (éducation, santé, services sociaux, travail domestique) sont en grande majorité assurés par des femmes et restent marqués par la précarité : faibles rémunérations, encadrement juridique limité, activités informelles, absence de reconnaissance professionnelle.

Le secteur du travail social, essentiel pour l'accompagnement des personnes vulnérables, peine encore à se développer du fait du manque de professionnels qualifiés, de formation et d'encadrement, des salaires très faibles pour le

³⁵ Haut-Commissariat au Plan (HCP), « Rapport sociaux Femmes-Hommes : éclairages à partir des enquêtes sur l'emploi du temps », note de synthèse 2025, P 6.

³⁶ Il s'agit plus particulièrement de la problématique de la valorisation du travail domestique exercé par la femme et des conditions de fructification et de répartition des biens qu'ils auront acquis durant leur mariage. Voir le code de la famille article 49

³⁷ HCP, Compte satellite des ménages au Maroc, Rapport de synthèse, Mars 2024, P 51

personnel des centres et établissements gérés par les associations partenaires. En effet, les deux tiers des travailleuses et travailleurs sociaux perçoivent moins que le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti³⁸. Malgré l'entrée en vigueur de la loi 45-18 relative à l'organisation de la profession des travailleurs et travailleuses sociaux, en août 2021³⁹, son entrée en vigueur demeure conditionnée par l'adoption de l'ensemble de ses textes d'application, en particulier ceux relatifs à l'agrément des professionnels, à leur organisation, à la mise en place de leurs instances représentatives, ainsi qu'aux modalités de validation et de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle des travailleuses et travailleurs sociaux indépendants ne disposant pas de qualifications académiques ou de diplômes universitaires.

Concernant le travail domestique, qui bénéficie d'une reconnaissance juridique en tant que forme de travail rémunéré⁴⁰, bien que la loi 19-12 soit entrée en vigueur pour encadrer les droits des travailleuses et travailleurs domestiques, sa mise en œuvre demeure limitée. A fin 2024, seuls 9 386 contrats ont été enregistrés (8 314 marocains et 1 072 étrangers)⁴¹. La majorité continue d'exercer dans l'informalité, sans accès aux droits fondamentaux, ni formation spécifique, et souvent exposée à des conditions de travail peu décentes. Les limites des dispositifs de contrôle, notamment en raison du caractère privé des lieux de travail concernés, restreignent la capacité de l'État à garantir le respect effectif des normes juridiques en vigueur. De plus, les dispositions légales gagneraient à être renforcées pour assurer des conditions de travail décentes et équitables. En effet, en établissant dans l'article 19, le minimum salarial à 40% du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), la loi n°19-12 relative aux conditions de travail et d'emploi des travailleuses et travailleurs domestiques introduit une discrimination avec les autres catégories de salariés. De plus, elle ne traite pas des points qui constituent la base des conditions de travail décent, tels que les conditions de travail, les horaires de travail, le travail de nuit, les heures de travail supplémentaires, le congé de maternité, etc.

Ces facteurs démographiques, sanitaires et sociaux contribuent à mettre en lumière les défis structurels majeurs auxquels se heurte l'organisation du soin au

³⁸ Voir l'avis du CESE sur « le projet de loi 45-18 relatif à la réglementation de la profession du travailleur et travailleuse social », saisine n°29/2020.

³⁹ https://www.sgg.gov.ma/BO/bo_ar/2021/BO_7010_Ar.pdf.

⁴⁰ le projet de loi 19-12 relatif à la réglementation de la profession du travailleur et travailleuse social, 22 août 2016 https://www.sgg.gov.ma/BO/bo_ar/2016/BO_6493_Ar.PDF.

⁴¹ Données transmises par le ministère de l'inclusion économique, de la petite entreprise et de l'emploi et des compétences lors de son audition par le CESE, le 20/11/2024.

Maroc, tout en fragilisant les dispositifs traditionnels de solidarité et en exerçant une pression croissante sur les capacités actuellement disponibles en matière de soin.

II. Enjeux de la transition vers une économie du soin

Les limites actuelles de la prise en charge sociale mettent en évidence la nécessité d'adopter une approche plus intégrée et structurante, dans laquelle le soin ne se limite pas à une fonction familiale ou ponctuelle, mais devient un **véritable vecteur de développement social et économique**. Dans ce contexte, l'économie du soin à autrui constitue une **opportunité stratégique majeure** pour le Maroc. Elle dépasse la simple réponse à la demande croissante de services sociaux et sanitaires : elle offre la possibilité de bâtir un **pilier économique inclusif, durable et résilient**, capable de générer des emplois stables, de stimuler l'innovation institutionnelle et de renforcer la cohésion sociale.

A noter que notre pays a connu ces dernières années une dynamique favorable pour impulser une transition vers un nouveau dispositif national de l'économie du soin. Cette dynamique puise ses fondements dans les Hautes Orientations royales⁴² appelant à la promotion de la justice sociale, l'égalité entre les sexes et la protection des populations vulnérables. Notre pays a entamé depuis 2021 la mise en œuvre d'une nouvelle offre de protection sociale⁴³, articulant prévention, prise en charge et soutien social. Celle-ci couvre plusieurs domaines, notamment la protection contre les risques de maladie, la protection contre les risques liés à l'enfance, le soutien aux personnes âgées à travers l'élargissement de l'affiliation aux régimes de retraite, ainsi que l'aide sociale directe aux catégories les plus démunies, en particulier aux familles pauvres et précaires ayant des enfants en situation de handicap.

Dans le cadre des engagements internationaux de notre pays, le Maroc est engagé dans la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD), notamment les ODD 1, 3, 4, 5 et 10, qui concernent respectivement la lutte contre

⁴² - Discours Royal à l'occasion de l'ouverture de la première session de la cinquième année législative de la dixième législature prononcé le 9 octobre 2020

- Discours royal à l'occasion de la fête du Trône 29 juillet 2023

⁴³ Dahir n° 1-21-30 du 9 chaabane 1442 (23 mars 2021) portant promulgation de la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale.

la pauvreté, la santé, l'accès à l'éducation, l'égalité entre les sexes et la réduction des inégalités.

Il est à noter un intérêt institutionnel croissant pour ce chantier prometteur, à travers l'engagement des pouvoirs publics et différents départements ministériels, en partenariat avec des acteurs nationaux et internationaux, dans des initiatives convergentes visant à promouvoir l'économie du soin, notamment en matière de généralisation de l'assurance maladie obligatoire, d'amélioration de l'offre de soins, d'autonomisation des femmes, de développement de l'éducation préscolaire et de protection contre les risques liés au vieillissement. L'organisation de la première Conférence internationale sur l'économie du soin⁴⁴ en collaboration avec des départements ministériels, des experts issus d'organisations internationales et régionales et de décideurs de nombreux pays arabes et africains illustre concrètement cette dynamique. Ces initiatives reflètent une prise de conscience croissante des problématiques actuelles et futures liées au soin à autrui en vue d'accompagner les mutations des structures familiales et sociétales pour une transition vers un système national de l'économie du soin.

2.1. Une opportunité pour la reconnaissance culturelle et sectorielle et la revalorisation du soin

Le développement d'une économie structurée du soin à autrui constitue une opportunité majeure pour transformer et valoriser la perception du travail de soin, tout en préservant les solidarités familiales et communautaires.

En général, le soin est encore largement perçu comme une obligation naturelle et féminine exercée à domicile et relevant de la sphère privée. Cette conception invisibilise l'ampleur du travail accompli, principalement par les femmes, et entretient des inégalités structurelles persistantes liées au genre.

Face aux transformations démographiques et sociales, il devient nécessaire de promouvoir une prise de conscience collective : le soin à autrui ne peut plus reposer presque exclusivement sur les femmes et les familles, sans reconnaissance ni accompagnement. L'objectif n'est pas de remplacer ou monétariser les solidarités existantes, mais de les soutenir et de les renforcer, en favorisant une mise en place de services accessibles à tous et un partage équitable des responsabilités entre femmes et hommes, au sein des familles comme dans la société.

⁴⁴ La première conférence internationale sur l'économie des soins et la protection sociale, les 25 et 26 juin à Rabat

Au-delà de l'enjeu social, l'économie du soin constitue également un levier stratégique de valorisation économique. Longtemps considérée comme une charge ou une activité non productive, elle peut désormais être reconnue comme un pilier central du développement économique inclusif.

A cet égard, et en harmonie avec les dynamiques internationales, notamment celles impulsées par l'ONU et l'OCDE, en faveur d'une économie du bien-être plus inclusive, égalitaire et résiliente, il est pertinent de s'inspirer des expériences internationales dans ce domaine lesquelles optent pour la reconnaissance pleine et entière du travail du soin, qu'il soit formel ou informel, rémunéré ou non et son intégration dans les statistiques économiques et les politiques publiques. Il est tout aussi pertinent d'adopter de nouveaux indicateurs de performance économique, tenant compte du bien-être, de la qualité des services de soin, de la cohésion sociale et du temps consacré à la solidarité intergénérationnelle.

Encadré : Exemple international

- **Nouvelle-Zélande** : le *Wellbeing Budget* lancé en 2019 place le bien-être au centre de la politique budgétaire, intégrant des indicateurs alternatifs au PIB, tels que la santé mentale, l'inclusion sociale, la qualité de l'éducation ou la protection de l'environnement⁴⁵.

2.2. Un levier pour améliorer la convergence des politiques publiques

Par ailleurs, la multiplicité des programmes et politiques publiques destinés aux catégories les plus vulnérables traduit une prise de conscience croissante de la nécessité de s'inscrire dans la perspective d'instaurer l'état social. Il reflète une volonté institutionnelle affirmée de dépasser les logiques sectorielles ou ponctuelles pour s'inscrire dans la construction d'un système de protection sociale multidimensionnel. Cette diversité d'initiatives et de dispositifs constitue en soi un acquis, au regard de l'élargissement des catégories ciblées et de la diversité de leurs besoins.

Dans le domaine de l'enfance⁴⁶, plusieurs programmes et plans d'action se recoupent autour des enjeux de protection, de développement, de soutien psychosocial et d'éducation préscolaire, en s'appuyant sur des cadres stratégiques

⁴⁵ New Zealand Treasury, "The Wellbeing Budget", 2019, pp. 5-29.

https://www.unescap.org/sites/default/files/Session_1_05_New%20Zealand_Wellbeing%20Budget%202019.pdf

⁴⁶ وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، الحصيلة المرحلية 2021-2024، ص. 25-24

avancés, tels que la politique publique intégrée de protection de l'enfance et les programmes dédiés à la petite enfance, en dépit des avancées réalisées, notamment en termes d'élargissement de l'offre institutionnelle et d'amélioration de la capacité de réponse en situation d'urgence (à l'instar du séisme d'Al Haouz).

Par ailleurs, plusieurs programmes destinés aux femmes⁴⁷ sont inscrits dans le troisième Plan gouvernemental pour l'égalité (2023-2026), notamment en matière de lutte contre la violence, de protection juridique et judiciaire, de renforcement de l'autonomisation économique, ainsi que de soutien à l'accès aux services d'accompagnement et d'insertion sociale.

S'agissant des personnes âgées⁴⁸, le Plan d'action national pour la promotion du vieillissement actif (2023-2030) vise à assurer une meilleure cohérence entre prévention sanitaire, soutien social et renforcement de la participation communautaire. Ce cadre stratégique contribuerait à développer l'offre des établissements de protection sociale dédiés aux personnes âgées, à travers la mise à niveau des structures d'accueil, renforcer les services d'accompagnement psychosocial et créer des espaces de proximité, tels que les clubs pour personnes âgées, pour lutter contre l'isolement et renforcer l'autonomie fonctionnelle.

Encadré : Cadre juridique encadrant l'économie du soin au Maroc

- Loi-cadre 97-13 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap
- Loi 19-12 fixant les conditions de travail et d'emploi des travailleuses et travailleurs domestiques ;
- Loi 45-18 relative à l'organisation de la profession des travailleurs et travailleuses sociaux;
- Loi 65-15 sur les établissements de protection sociale ;
- Loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale;
- Loi-cadre 06-22 relative au système national de santé ;
- Loi 65-99 formant Code du travail ;
- Loi 70-03 portant Code de la famille

Concernant les personnes en situation de handicap⁴⁹, la diversité des programmes relevant du Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes en

⁴⁷ Op.cit P 15-18

⁴⁸ Op.cit P 25-26

⁴⁹ Op.cit P 19-23

situation de handicap pour la période 2023-2026 a contribué à l'élargissement de l'offre de services de soin, sociaux et de réadaptation, ainsi qu'à l'amélioration de l'accès aux droits et à l'égalité des chances. La digitalisation des procédures et la mise en place de la carte de personnes en situation de handicap ont constitué une avancée majeure en matière de simplification de l'accès aux droits et aux services. De même, la création de centres d'orientation et d'assistance des personnes en situation de handicap représentent un guichet unique spécialisé dans le domaine de handicap et contribuent à renforcer l'accompagnement spécialisé de proximité.

La multiplicité des programmes et des mécanismes destinés aux enfants, aux personnes âgées, aux femmes et aux personnes en situation de handicap, reflète une dynamique de réforme et une orientation institutionnelle en faveur du renforcement et de l'élargissement des champs d'intervention sociale, et soulève le défi de la convergence, et de l'intégration des actions menées, concernant le ciblage des populations souffrant de situations de vulnérabilité multiple. L'économie du soin constitue une opportunité majeure pour repenser et renforcer la cohérence des politiques publiques. Elle invite à dépasser les logiques sectorielles cloisonnées — santé, action sociale, éducation, emploi, logement — pour adopter des approches intégrées, centrées sur les parcours de vie des personnes et sur leurs besoins réels, en particulier les catégories ayant le plus besoin de soin et de prise en charge.

L'analyse des expériences internationales montrent que l'économie du soin peut devenir un levier stratégique pour la transformation des politiques publiques, en :

- renforçant la résilience sociale,
- améliorant l'équité intergénérationnelle,
- et favorisant une répartition plus équilibrée des responsabilités entre l'État, les familles et les acteurs locaux.

Encadré : Exemples internationaux d'intégration de l'économie du soin

- **Suède** : Les services de santé et d'aide sociale sont intégrés au niveau local, ce qui permet une coordination personnalisée des soins et une utilisation optimale des ressources⁵⁰.

⁵⁰ IHEDATE. Territoires, santé et bien-être en Suède , dossier documentaire, Paris : Institut des Hautes Études de Développement et d'Aménagement des Territoires en Europe, 2020.

- **Japon** : Le système *Community-based Integrated Care* combine soins médicaux, accompagnement social, logement et prévention pour les personnes âgées, favorisant leur autonomie dans leur environnement familial même en cas de besoins accrus⁵¹.
- **Allemagne** : L'assurance dépendance offre des droits spécifiques aux aidants, incluant congés rémunérés et formations, illustrant une redistribution équilibrée des responsabilités entre l'État, les familles et les acteurs locaux⁵².

2.3 Un vecteur de cohésion sociale et de développement territorial

L'économie du soin constitue un levier majeur de cohésion sociale et de réduction des inégalités territoriales. Une offre de services mieux répartie sur le territoire peut améliorer l'équité d'accès aux services essentiels et les conditions de vie des populations, notamment dans les zones rurales et périurbaines, encore insuffisamment couvertes.

L'extension des services de soin et la diversification des modes de prise en charge — qu'ils soient à domicile, communautaires ou institutionnels — améliorent l'accessibilité géographique et financière des services. À titre illustratif, le développement de crèches d'entreprises et de crèches inter-entreprises, notamment dans les zones industrielles de Casablanca, met en évidence le potentiel de partenariats public-privé conciliant inclusion sociale, attractivité territoriale et performance économique⁵³.

Par ailleurs, l'économie du soin peut constituer un levier de revitalisation territoriale, en articulant inclusion sociale, solidarité et développement économique local à travers le déploiement de services de proximité, tels que les soins à domicile ou les structures d'accueil de la petite enfance, tout en générant des opportunités économiques locales. Les coopératives, associations et

https://www.ihedate.org/IMG/pdf/dossier_documentaire_-_territoires_sante_et_bien-etre_en_suede.pdf

⁵¹ Ministry of Health, Labour and Welfare, « Long term car insurance system of Japan », Health and Welfare Bureau for the Elderly, November 2016, p. 19.

⁵² CLEISS. Régime de sécurité sociale en Allemagne, IV- Assurance dépendance, Paris : Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, 19 juin 2023.
https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_allemande4.html

⁵³ Ce projet vise à mobiliser environ 300 entreprises par an à l'horizon 2028. Voir Plan d'action 2023-2028 du Conseil communal d'Aïn Sebaa.

structures communautaires, ancrées dans les territoires, renforcent la densité et la capillarité des services de soin, même dans les zones les plus enclavées.

Encadré : Exemples internationaux :

- France : les maisons de santé pluriprofessionnelles en milieu rural ont contribué au maintien d'une offre de soins de proximité et à limiter les déserts médicaux⁵⁴.
- Uruguay : le Système national intégré de soins (2016) a structuré une offre publique et communautaire dans les zones rurales et favorisé la création d'emplois locaux, notamment pour les femmes, autour d'une logique de coresponsabilité entre l'État, la société et les familles⁵⁵.

2.4 Un levier pour l'autonomisation des femmes et la création d'emplois

Le développement de l'économie du soin constitue une opportunité stratégique, en particulier en matière d'autonomisation des femmes et de création d'emplois. Dans un contexte marqué par une forte charge de soins non rémunérés, principalement assumée par les femmes, cette économie ouvre des perspectives nouvelles pour renforcer leur participation au marché du travail.

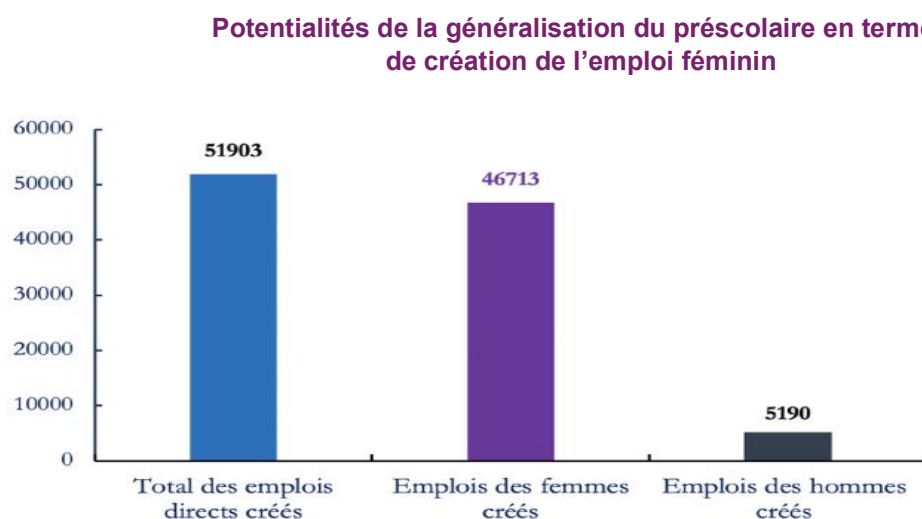
En effet, selon les données du Haut-Commissariat au Plan, le poids des activités de soin non rémunérées demeure l'un des principaux freins à l'activité économique des femmes. Le développement de services de soin structurés et accessibles est susceptible de contribuer à une redistribution de cette charge, facilitant ainsi la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle et libérant du temps pouvant être mobilisé pour l'activité économique.

Au-delà de la participation au marché du travail, l'économie du soin offre un important potentiel de création d'emplois, notamment dans l'aide à domicile, la garde d'enfants, l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de

⁵⁴ Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires. « Maisons de santé pluriprofessionnelles », 2022. <https://www.ecologie.gouv.fr/politiques-publiques/maisons-sante-pluriprofessionnelle>

⁵⁵ New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay, 2016. https://ouci.dntb.gov.ua/en/works/4NgMeA6I/?utm_source

handicap, ainsi que l'encadrement dans les crèches et établissements spécialisés. Ces activités répondent directement aux besoins des territoires et constituent un gisement d'emplois accessibles aux femmes, aux jeunes et aux personnes peu qualifiées.



Source : Ministère de l'économie et des finances

Selon une étude prospective réalisée par le département ministériel en charge de l'économie et des finances⁵⁶, la quantification des gains socio-économiques qui pourraient être engendrés par l'atteinte des objectifs du Programme national de généralisation et de développement de l'enseignement préscolaire a révélé que la généralisation du préscolaire pour les enfants âgés de 4 à 5 ans pourrait générer 51 903 nouveaux emplois, dont près de 71 % de ces emplois créés sont des emplois directs. L'analyse sous le prisme du genre de ces emplois fait état de la création de 46 713 emplois au profit des femmes. Par ailleurs, les besoins en auxiliaires de vie sont estimés à environ 132000 postes dans les secteurs de la petite enfance, de l'éducation précoce, de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap selon une étude réalisée par le ministère de la solidarité, de l'insertion sociale et de la famille en collaboration avec ONU Femmes⁵⁷.

Selon le même département, ces résultats sont conformes à une étude de 2019 de l'Office de la formation professionnelle et de la promotion de l'emploi (OFPPT)

⁵⁶ Ministère de l'économie et des finances, Synthèse de l'édition 2024 du Rapport sur le Budget axé sur les Résultats tenant compte de l'aspect Genre

⁵⁷ Audition du Ministère de la Solidarité, de l'insertion sociale et de la famille, 4 décembre 2024

sur le potentiel de création de filières de formation aux métiers de l'aide à la personne au Maroc, qui estimait le nombre d'emplois actuels dans les métiers de l'aide à la personne (à domicile, auprès des familles ou au sein d'institutions spécialisées) à environ **160 000 postes**.⁵⁸

III. Pour une stratégie nationale du soin inclusive et durable

Partant de ce diagnostic, le CESE affirme que le Maroc doit se doter d'une stratégie nationale de l'économie du soin à autrui, structurée, ambitieuse et intégrée, capable de transformer le soin en un véritable levier de développement humain, social et économique.

Partant, le soin à autrui ne peut plus être réduit à une fonction familiale ou ponctuelle, ni abordé de manière sectorielle. Il doit être reconnu comme un enjeu transversal et stratégique, fondamental pour :

- renforcer la cohésion sociale et la résilience nationale ;
- promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- soutenir les populations vulnérables et réduire les inégalités ;
- constituer un moteur d'inclusion, de création d'emplois et de développement durable.

La stratégie nationale proposée par le CESE ne vise pas à se substituer à la solidarité familiale, qui reste un pilier du tissu social marocain, mais à la soutenir et la renforcer. Elle doit permettre d'alléger la charge de soin pesant sur les ménages, en particulier les femmes, et de favoriser une redistribution équitable des responsabilités entre familles, État, collectivités territoriales, entreprises et acteurs communautaires. Elle vise également à explorer un tissu économique et social émergent, à même de créer des opportunités d'emploi au profit des femmes, des jeunes et des personnes peu qualifiées, qui constituent les catégories les plus exposées à la vulnérabilité et à l'inactivité dans notre pays. Pour atteindre ces objectifs, la stratégie nationale s'articule autour de quatre axes complémentaires :

- Faire du soin à autrui un enjeu national et mobiliser les moyens pour sa mise en œuvre effective;

⁵⁸ Op.cit

- Valoriser les métiers du soin et reconnaître les professionnels comme piliers du bien-être social ;
- Assurer une répartition équitable du soin à autrui par des dispositifs inclusifs et solidaires
- Investir dans le développement d'une économie du soin adaptée aux réalités et aux valeurs marocaines.

Axe 1 — Faire de l'économie du soin un enjeu national et mobiliser les moyens pour sa mise en œuvre effective

1. Mettre en place un mécanisme national de gouvernance dédié au soin à autrui, regroupant l'État, les collectivités territoriales, le secteur privé et les organisations de la société civile, chargé de piloter, coordonner, suivre et évaluer la stratégie nationale de l'économie du soin, tout en assurant la cohérence des politiques publiques, l'articulation des interventions sectorielles et l'optimisation des ressources mobilisées.
2. Établir un cadre juridique unique dédié au soin à autrui, regroupant et articulant l'ensemble des textes existants relatifs à l'économie du soin au Maroc. Ce cadre constituerait le socle structurant d'une économie du soin professionnelle et inclusive, permettant de renforcer la convergence des politiques publiques, d'optimiser l'allocation des ressources et d'orienter efficacement les interventions vers les besoins sociaux prioritaires du pays.
3. Intégrer l'économie du soin à autrui dans l'ensemble des stratégies sectorielles — protection sociale, politiques en faveur des personnes vulnérables (enfants, personnes en situation de handicap, personnes âgées), égalité femmes-hommes, emploi, santé, éducation, urbanisme et habitat — en la positionnant comme un levier transversal et stratégique de développement humain inclusif et durable.
4. Assurer la déclinaison territoriale de la stratégie nationale du soin à autrui, en traduisant les objectifs nationaux en plans d'action locaux, adaptés aux besoins spécifiques des régions et des populations, afin de garantir un accès équitable aux services, renforcer la proximité et l'efficacité des interventions, et mobiliser pleinement les acteurs locaux pour un impact concret sur le développement humain et la cohésion sociale.
5. Associer pleinement le secteur privé et la société civile à la stratégie nationale de l'économie du soin pour garantir une co-construction et une mise en œuvre effective à tous les niveaux territoriaux, renforcer la connaissance et la valorisation du secteur, et sensibiliser l'ensemble des aidants, familles et

usagers, afin d'assurer l'efficacité, l'appropriation et la durabilité de cette stratégie.

6. Instaurer un système national de suivi et de valorisation du soin reposant sur la collecte régulière de données désagrégées (sexe, âge, type de soin) et sur la production de comptes satellites, afin de mesurer et de reconnaître économiquement le travail de soin, rémunéré ou non, et de renforcer la planification stratégique et l'efficacité des politiques publiques dans ce secteur.

Axe 2 — Valoriser les métiers du soin et reconnaître les professionnels comme piliers du bien-être social

7. Reconnaître, structurer et professionnaliser l'ensemble des métiers du soin, rémunérés ou non, en instaurant une nomenclature nationale exhaustive, accompagnée d'une cartographie territoriale des emplois, et en créant un cadre national de formation, de certification et de valorisation des compétences, afin de faire du travail de soin un pilier stratégique du développement humain et économique du Maroc.
8. Assurer des conditions de travail décent et une protection sociale universelles pour tous les professionnels du soin, en renforçant les dispositifs existants et en incluant l'ensemble des travailleurs informels.
9. Reconnaître et soutenir activement les aidants familiaux en instaurant des congés spécifiques, des formations certifiantes, des dispositifs réguliers de répit et des compensations financières adaptées, intégrés dans le cadre des systèmes de protection sociale
10. Développer un dispositif national de régulation des services d'intermédiation en matière de soin, afin d'assurer la qualité, la transparence et la sécurité des services et garantir les droits de toutes les familles et l'ensemble des travailleurs dans ce secteur.

Axe 3 — Assurer une répartition équitable du soin à autrui par des dispositifs inclusifs et solidaires

11. Investir massivement dans les infrastructures sociales de base, telles que les crèches, établissements médico-sociaux et services à domicile, afin de réduire la charge de soin non rémunéré, en particulier celle qui repose sur les femmes.
12. Élargir les critères d'éligibilité des programmes sociaux dans le cadre du Registre Social Unifié (RSU) en intégrant systématiquement les besoins en soin

au sein des ménages — maladies chroniques, dépendance, handicap, prise en charge d'enfants ou de personnes âgées — afin de cibler plus efficacement les bénéficiaires, d'adapter les aides aux situations réelles et de renforcer l'impact social et humain de la protection sociale.

13. Mettre en place des dispositifs légaux et des services adaptés — congés, horaires flexibles, télétravail — pour permettre une conciliation effective entre vie professionnelle et vie familiale, alléger la charge de soin et promouvoir l'égalité femmes-hommes.
14. Instaurer un cadre fiscal incitatif pour l'économie du soin à autrui, incluant des avantages fiscaux pour les familles et les professionnels du secteur, ainsi que l'exonération de la TVA sur les services de soin à domicile et les prestations essentielles de soutien à l'autonomie des personnes vulnérables et à besoins spécifiques.
15. Accorder des subventions et aides durables aux structures et initiatives œuvrant dans le soin de proximité et les services d'accueil communautaires, afin de soutenir des projets innovants, accessibles aux usagers et à fort impact social.

Axe 4 — Investir dans le développement d'une économie du soin adaptée aux réalités et aux valeurs marocaines

16. Développer des solutions de prise en charge innovantes, accessibles et culturellement adaptées, favorisant le maintien à domicile, les dispositifs d'accueil partagé (familial ou communautaire), les modèles intergénérationnels (logements solidaires, centres communautaires mixtes) ainsi que des services de proximité modulables (structures à petite échelle, soins mobiles, centres de jour), afin de répondre efficacement aux besoins croissants de soin tout en optimisant les ressources disponibles.
17. Encadrer et renforcer les dispositifs de prise en charge solidaire, tels que les familles d'accueil pour personnes vulnérables, en instaurant un cahier des charges national clair et en mobilisant des aides financières et logistiques dédiées, afin de garantir sécurité, qualité et équité dans l'accueil.
18. Lancer des programmes de recherche et d'innovation dédiés à l'économie du soin, visant à expérimenter des approches et solutions adaptées aux contextes locaux, en mobilisant les universités, les centres de recherche, les associations et les start-up sociales.

19. Mettre en place des dispositifs de financement et d'incitation ciblés, tels que partenariats public-privé, contrats à impact social et financements basés sur les résultats, pour soutenir des projets de soin à fort impact social.
20. Développer des innovations technologiques et sociales au service du soin, en adaptant les outils numériques (télésanté, plateformes, domotique) aux besoins locaux, pour garantir l'accès, la qualité et l'efficacité des services.

Annexes

Annexe n°1 : Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité

Experts
1. Benseddik Fouad
2. Himmich Hakima
3. Lamrani Amina
4. Rachdi Abdelmaksoud
Syndicats
5. Bahanniss Ahmed
6. Bensaghir Mohamed (vice-rapporteur de la Commission)
7. Dahmani Mohamed (rapporteur de la Commission)
8. Essaïdi Mohamed Abdessadek
9. Hansali Lahcen
10. Khlaifa Mustapha
11. Kandila Abderrahmane (vice-président de la Commission)
Organisations professionnelles
12. Bensalah Mohamed Hassan
13. Bessa Abdelhai
14. Boulahcen Mohamed
Société civile
15. Berbich Laila
16. Chouaib Jaouad (Président de la Commission)
17. Naji Hakima
18. Zahi Abderrahmane
19. Zaoui Zahra (rapporteur de l'avis)
Membres de droit
20. Boujendar Lotfi
21. Lahcen Larhdir
22. Gayer Othman
23. Hassan Boulaknadal
24. Hassan tariq

Experts ayant accompagné la Commission

Experts permanents au Conseil	Nadia Sebti
Traducteur	Nadia Ourhiati

Annexe n° 2 : Liste des acteurs auditionnés

Ministères	Ministère de l'intérieur – INDH
	Ministère de la solidarité, de l'insertion sociale et de la famille
	Ministère de l'inclusion économique, de la petite entreprise, de l'emploi et des compétences
	Ministère de la jeunesse de la culture et de la communication- département de la jeunesse
	Ministère de l'éducation nationale, du préscolaire et des sports – éducation non formelle et l'orientation scolaire
	Ministère de l'économie et des finances
Etablissements publics	HCP
	ANAPEC
	OFPPT
	Institut national de l'action sociale
Organisations internationales	UNICEF
	ONU Femme
	OIT
	OMS
Experts	TARIK Mohamed, professeur de droit du travail BENRADI Malika, professeure de droit privé YAAKOUB Abdelillah, démographe, ex responsable du FNUAP JAIDI Larbi, économiste BROSSENBROEK Lisa, sociologue GMIRA Maha, Experte en intelligence artificielle

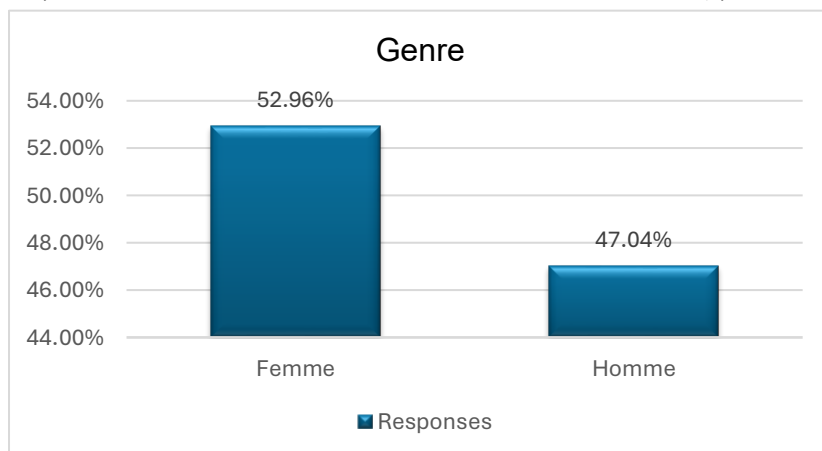
Secteur privé	CGEM Inaya- Groupe Locamed
Société civile	Institut Tahar Sebti
	Association Al Manar
	Fondation Mohammed V

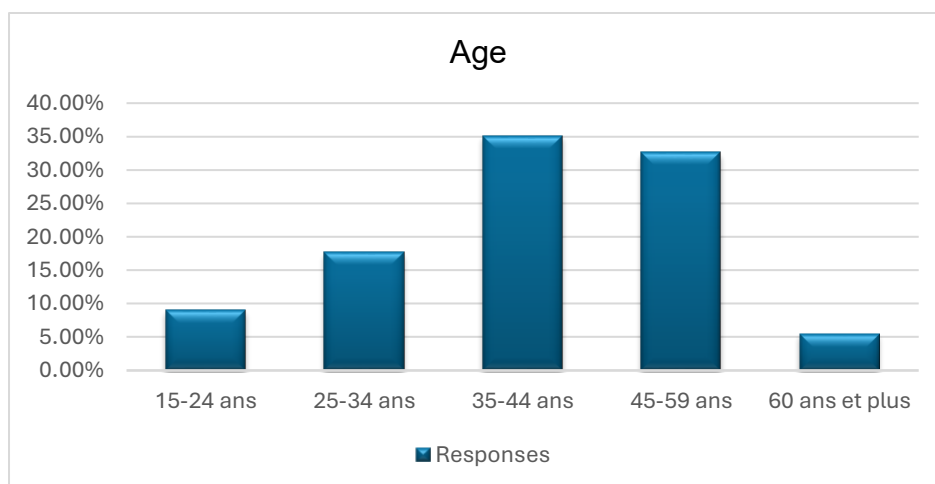
Annexe 3 : Résultats des consultations lancées sur la plateforme « Ouchariko » et sur les réseaux sociaux

Dans le cadre de l'élaboration de son avis sur l'économie du soin à autrui, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a recueilli, du 4 juin au 23 juin 2025, les contributions des citoyennes et citoyens via sa plateforme participative « Ouchariko ».

1. Caractéristiques du groupe de répondants à la consultation citoyenne

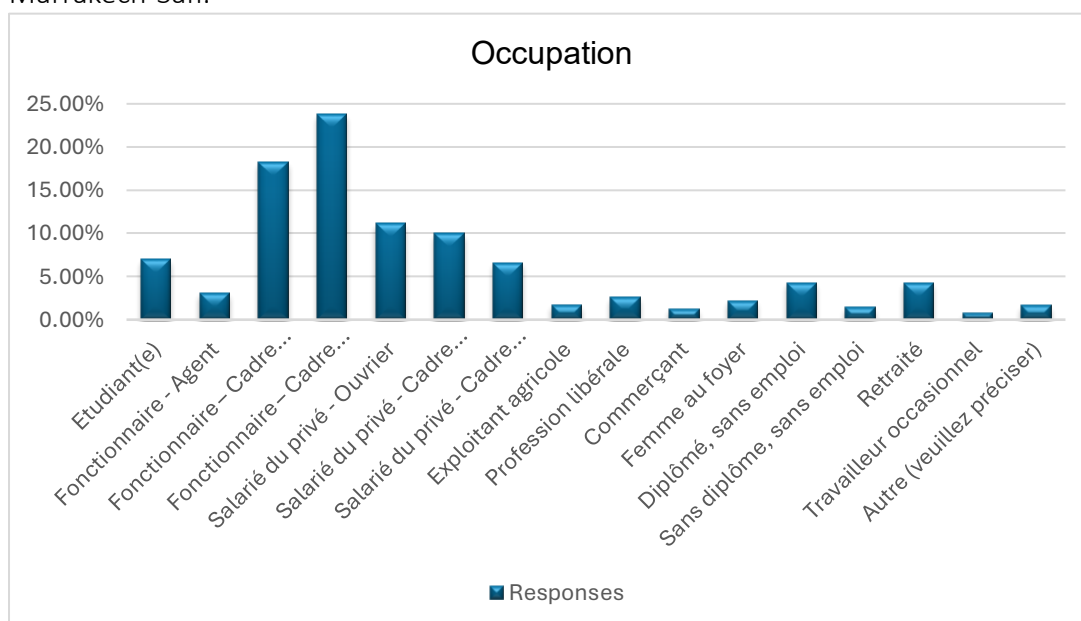
Les 1 523 participants au sondage sont majoritairement des femmes (53%), contre 47% d'hommes. La majorité se situe dans les tranches d'âge actives, avec 35% âgés de 35 à 44 ans, 18% de 25 à 34 ans et 17% de 45 à 54 ans.





Sur le plan territorial, une légère majorité des répondants vit en milieu urbain (53%) par rapport au milieu rural (47%).

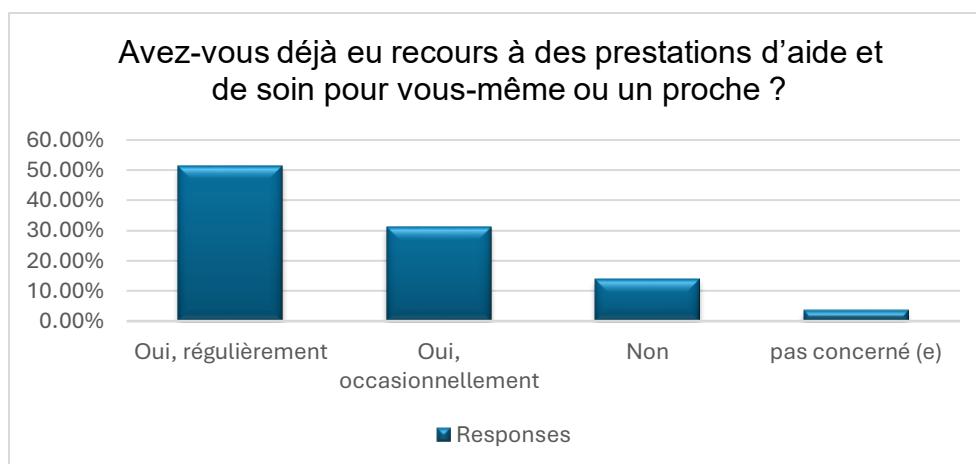
Sur le plan professionnel, 18% des participants sont des cadres moyens et 7% sont des étudiants. Tous les territoires du Royaume sont représentés, avec une surreprésentation des régions à forte densité démographique : Fès-Meknès, Rabat-Salé-Kénitra, Casablanca-Settat et Marrakech-Safi.



2. Points saillants de la consultation citoyenne

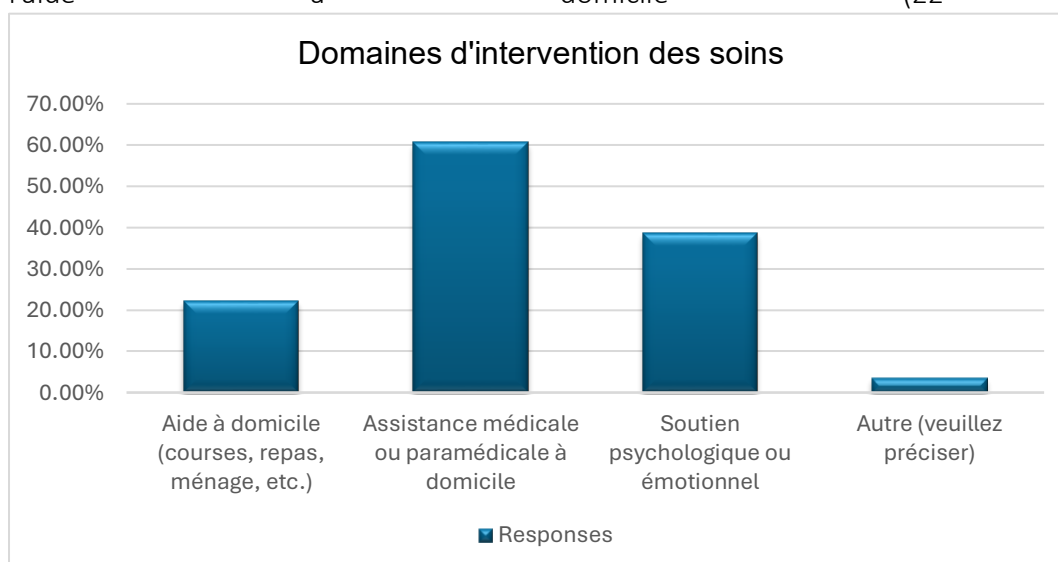
Recours aux activités de soin et d'aide

51 % des répondants déclarent recourir régulièrement à des prestations d'aide ou de soin, 31 % de manière occasionnelle et 14 % n'y ont jamais eu recours. Ces données indiquent un niveau de recours élevé, traduisant l'existence de besoins récurrents en matière de soin et d'aide dans la vie quotidienne.



Domaines d'intervention des soins

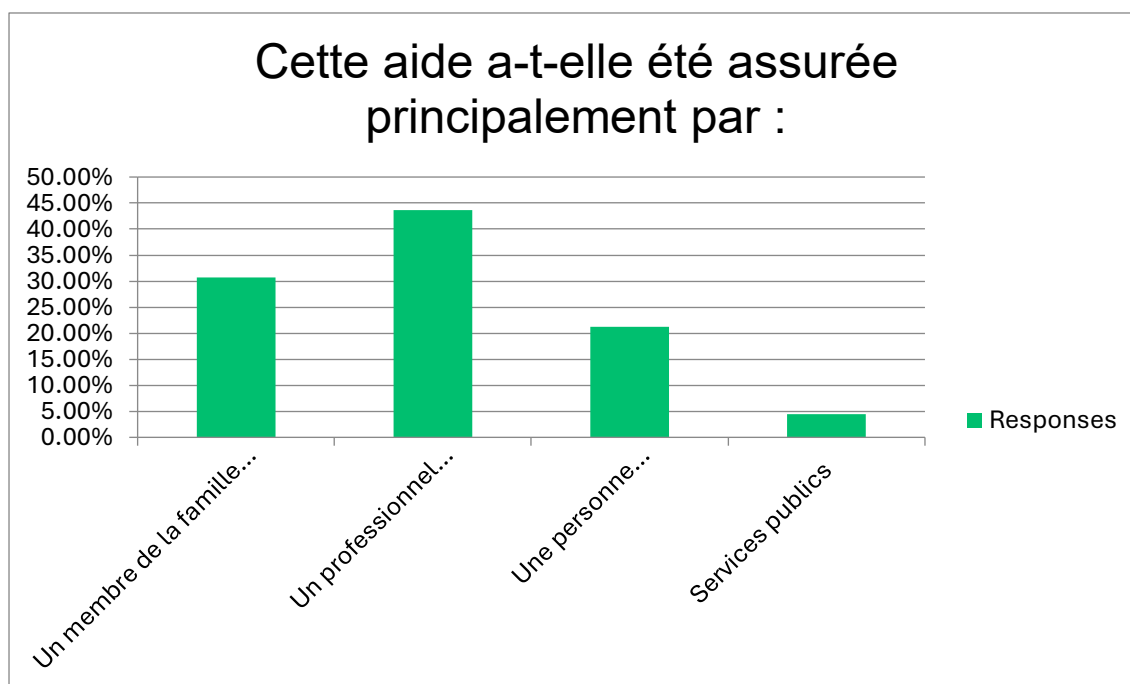
Les domaines d'intervention les plus fréquemment mentionnés concernent l'assistance médicale ou paramédicale à domicile (61 %), le soutien psychologique ou émotionnel (38 %) et l'aide à domicile (22 %).



La prépondérance des soins médicaux à domicile souligne l'importance des besoins liés à la santé et à la dépendance, tandis que la fréquence du recours au soutien psychologique indique que les dimensions émotionnelles et relationnelles occupent également une place significative dans les besoins de soin.

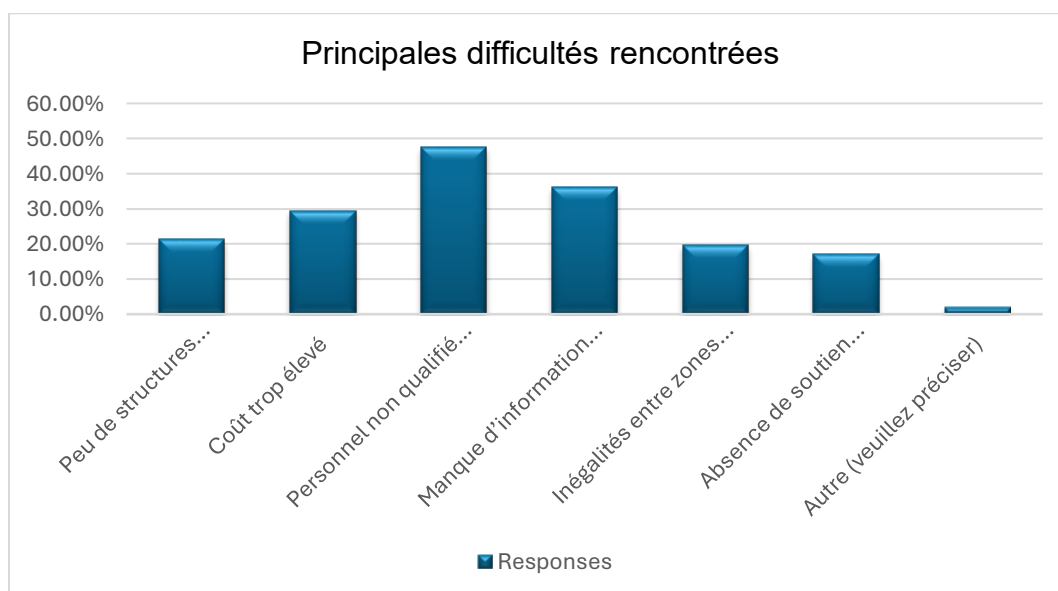
Nature des aidants

Dans 44% des cas, les aidants sont des professionnels rémunérés, 30% sont des membres de la famille ou des proches, 21% relèvent de bénévoles ou d'associations, et seulement 4,5% des services publics. Cette répartition souligne la place centrale du secteur marchand dans la fourniture des soins à autrui.



Freins à l'accès aux services de soin

Les principales difficultés identifiées concernent le manque de personnel qualifié ou disponible (47 %), le coût élevé des services (29 %) et l'insuffisance de structures (21 %). Elles soulignent que l'offre reste contrainte par des ressources humaines limitées et des obstacles financiers, ce qui réduit l'accès aux services, en particulier pour les ménages modestes.

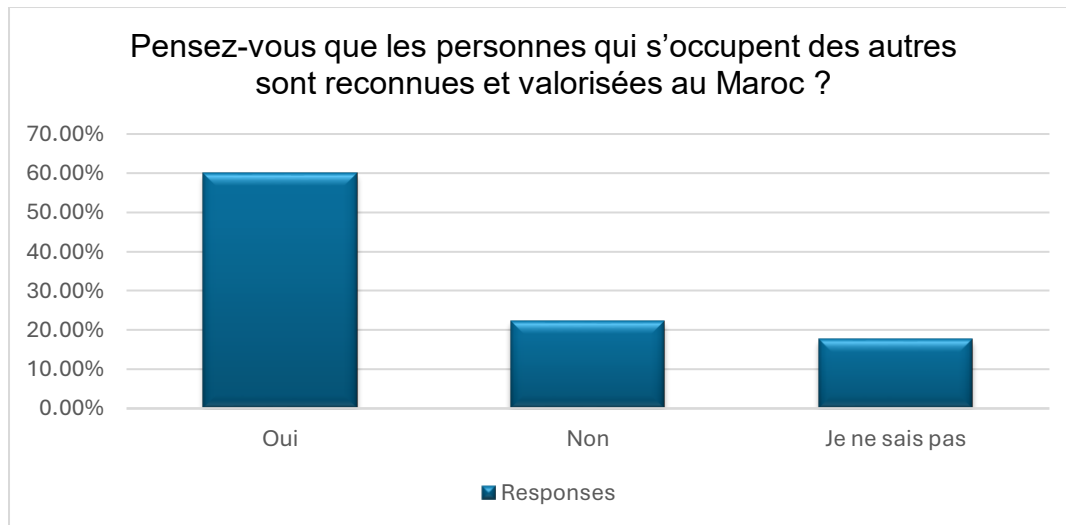


Reconnaissance et conditions des aidants

60 % des répondants estiment que les aidants, professionnels ou proches, ne bénéficient pas d'une reconnaissance suffisante. Les propositions d'amélioration les plus fréquemment citées concernent :

- la reconnaissance juridique et sociale (56 %) ;

- la création d'un statut unique couvrant tous les aidants (57 %) ;
- l'amélioration des conditions de travail (48 %).



Ces attentes témoignent d'une volonté citoyenne de voir émerger un cadre protecteur, valorisant et unifiant le statut des aidants..

Suggestions citoyennes

Les contributions libres des répondants visant à améliorer les prestations d'aide et de soins au Maroc mettent en avant plusieurs priorités :

- renforcer la formation des aidants pour mieux répondre aux besoins des bénéficiaires ;
- améliorer la coordination entre services publics, associations et secteur privé ;
- simplifier les démarches administratives liées à l'accès aux services ;
- offrir un soutien psychologique aux aidants ;
- renforcer le rôle des collectivités territoriales et favoriser des solutions de proximité.

Ces propositions traduisent une volonté de structurer et de professionnaliser le secteur du soin, tout en rapprochant les services des territoires et des citoyens.