



RAPPORT SOCIAL WATCH MAROC

Espace Associatif

2007



Sommaire

Introduction

I- L'accès à la santé : des dysfonctionnement préjudiciables à l'équité des soins

- a. La persistance d'une mortalité infanto - juvénile et maternelle élevée
- b. La morbidité et les pertes d'années de vie.
- c. Les iniquités de l'offre et de l'accès aux soins
- d. Des mécanismes de financement de soins peu développés
- e. L'insuffisance performance des services de santé
- f. Les perspectives de la couverture des soins
- g.

II- La retraite : un couverture très limitée

- a. Les principaux dysfonctionnements du secteur de la retraite
- b. L'exigence de la réforme

III- L'état de la pauvreté

- a. Niveau et Profils de la pauvreté
- b. La vulnérabilité sociale
- c. Les limites de la stratégie de réduction de la pauvreté
- d. Les programmes de micro- crédit

IV- Le chômage et la précarité du travail

- a. Population active en chômage : niveau de chômage
- b. Les insuffisances du dispositif de lutte contre le chômage
- c. La réforme du code du travail : apports et limites
- d. La précarité de l'informel

V- Enjeu et avenir de la protection sociale au Maroc

- a. Des effets redistributifs limités
- b. L'implication de la société civile dans les politiques publiques sociales

Introduction

Généralement les mécanismes et les institutions de solidarité sociale ne se construisent pas seulement en fonction de leur propre nécessité. Leur contenu, leur importance relative sont le fruit d'une évolution historique et de "compromis institutionnalisés". Le cas du Maroc n'échappe pas à cette règle. Le phénomène de solidarité sociale remonte très loin dans l'histoire de notre société. Le Maroc connaissait un grand nombre d'institutions d'assistance découlant des coutumes tribales et fondées sur les préceptes de l'islam. L'application du droit coutumier ou musulman conduisait à la mise en place de pratiques d'entraide à différents niveaux d'organisation de la vie sociale: la touiza dans le travail de la terre, l'akouk dans l'irrigation, l'agadir dans le stockage des récoltes, l'ouziâa dans la répartition de la consommation etc.. La zakat obligeait le musulman à redistribuer une partie de ses ressources en faveur des nécessiteux. Ces mécanismes de solidarité procédant d'un esprit communautaire et religieux n'ont pas totalement déperis mais sont restés insuffisamment organisés.

Accompagnant les mutations sociales, la solidarité sous sa forme moderne est née avec la pénétration du protectorat. Ces dispositifs sociaux sont néanmoins restés embryonnaires. L'indépendance une fois acquise, un régime d'assurances sociales fût introduit regroupement des prestations servies par la CNSS. Le mode de gestion de ce système de protection publique s'est révélé inefficace par rapport aux moyens mobilisés. Quant aux modes non publics de solidarité sociale, ils rencontrent diverses limites. La solidarité familiale va en diminuant dans certains domaines même si elle reste aujourd'hui encore vivace; elle rencontre aussi des limites du fait de sa modicité et de son caractère partiel, elle ne permet pas de faire face à tous les risques. Combien même les mécanismes privés et facultatifs de solidarité gagneraient-ils en étendue, ils ne sont pas entièrement substituables aux formules publiques et obligatoires. Si la liberté est laissée aux individus de s'assurer, se tourneront vers l'assurance ceux qui sont à la fois plus exposés aux risques ce qui conduira les assurances à sélectionner la clientèle ou à pratiquer des tarifs élevés.

Pendant longtemps au Maroc, les dépenses consacrées au développement social n'étaient pas considérées comme un investissement susceptible de promouvoir une croissance économique soutenue et durable. Au contraire, la croissance économique était perçue comme le seul moteur du progrès social. Par conséquent, les préoccupations sociales ne figuraient pas parmi les premières priorités du Gouvernement, et malgré les améliorations au cours de ces années 80 et 90, il n'y avait pas de plan global, à long terme, pour le bien être social.

Au cours des quinze dernières années, les besoins de solidarité se sont beaucoup intensifiés sous l'effet de la profonde mutation des contextes économiques et sociaux. La conjonction du ralentissement de la croissance, de la mondialisation des marchés, de la concentration financière, de l'instabilité des taux de change et de l'intensification de la concurrence s'est traduite par une course à la productivité qui est défavorable à l'emploi.

Le travail devient rare, tandis que les capitaux ne s'orientent plus systématiquement vers l'investissement productif en raison du caractère plus attractif de la spéculation monétaire et financière. Le résultat est désormais bien connu chômage, précarité des emplois, accroissement des inégalités sociales. Cette rareté du travail génère de l'angoisse et de l'insécurité; elle rend aussi l'insertion professionnelle des personnes les plus vulnérables plus difficile et plus coûteuse.

Quant au facteur capital, son affectation est de plus en plus soumise à des considérations d'ordre purement financier. Plutôt que d'investir, les entreprises préfèrent souvent recourir à des placements spéculatifs; les produits financiers s'étant eux-mêmes beaucoup diversifiés et ayant bénéficié d'avantages fiscaux. Et quand elles investissent dans la production, c'est souvent pour améliorer la productivité, avec des retombées sur l'emploi souvent minces, ou négatives. L'effet conjugué de la globalisation financière, de l'ampleur des mouvements de capitaux, et du report de la fiscalité sur le travail freine la demande et aggrave les inégalités entre les nations, les territoires, les groupes sociaux et les individus.

Parallèlement on assiste, d'un point de vue sociologique, à une montée de l'individualisme et de l'isolement familial, à un relâchement du lien social, à une instabilité familiale toujours plus grande, à l'émergence de nouvelles maladies. Or le constat est, là aussi, celui d'une inadaptation des structures institutionnelles, en dépit de quelques aménagements réalisés pour faire face à l'urgence sociale. Le chantier de la restauration des solidarités familiales et de voisinage et de l'extension des activités d'utilité sociale est largement ouvert.

En cette première décennie du nouveau siècle, le Maroc, comme beaucoup d'autres pays en développement, éprouve des difficultés à instaurer à la fois la prospérité et la cohésion sociale. Une cause importante de ces difficultés réside dans le retard accumulé durant des années dans la prise en charge du social. L'autre cause - malheureusement souvent négligée - de ces difficultés réside dans les systèmes mêmes qui sont censés y porter remède. Les dispositifs - impôts et transferts, réglementation de l'emploi, services d'aide sociale et bien d'autres encore - n'ont pu corriger les déséquilibres sociaux qui deviennent de plus en plus structurels. A lors que ces systèmes d'action ont été conçus initialement dans le but explicite de protéger les citoyens contre ces chocs et d'offrir des garanties contre diverses formes d'incertitudes, leurs effets à long terme se révèlent contraires aux résultats escomptés.

Le Maroc doit aujourd'hui faire face à de grands enjeux. Un contexte où l'on attend beaucoup, sinon tout de l'Etat : la maîtrise des équilibres, la solidarité nationale, la mise à niveau compétitive du tissu productif. Plusieurs chantiers de réformes ont été engagés pour répondre à problèmes. Deux objectifs centraux traversent ces chantiers. D'un côté la consolidation du mouvement de construction d'une économie forte bâtie sur un tissu solide d'entreprises et sur le développement des infrastructures denses et efficaces de transport et de communication. D'un autre côté une exigence de solidarité distributive qui redresse les inégalités sans s'enfoncer sous des prélèvements de plus en plus lourds qui asphyxieraient la production des biens et des richesses.

Depuis plus d'une décennie, plusieurs trains de réformes ont été lancés au Maroc, dans les domaines politique, économique et social. Dans le domaine social, l'adoption de la loi sur l'Assurance Maladie Obligatoire et la réforme du Code de la famille apparaissent comme des avancées notables, tandis que dans le domaine de des Droits Humains le Maroc a vu la création de structures facilitant l'accompagnement la mise en oeuvre des réformes dans ces domaines. Malgré la volonté politique sous tendant l'élaboration des réformes, toutes inscrites dans le référentiel international, leur impact sur la vie de la population demeure peu visible. La faiblesse de leur accompagnement et l'inadéquation des mécanismes de mise en oeuvre interpellent ainsi les acteurs du développement qui réclament une concrétisation tangible de ces réformes, dans le sens de l'intérêt de l'ensemble des citoyens. Les limites à la

mise en œuvre efficiente desdites réformes soulignent les besoins en capacités renforcées des institutions et administrations responsables.

Le Maroc qui a signé la Déclaration du Millénaire est partie prenante de nombre d'engagements internationaux. En 2003, le Gouvernement marocain élaborait le premier Rapport National sur les OMD. Ce rapport était une première réponse analytique pour que les politiques publiques se concentrent sur les défis posés au pays. Depuis le début de l'année 2004, la priorité pour l'Etat marocain dans le cadre de l'élaboration du deuxième rapport national est triple : i) adapter les OMD à la réalité du pays ; ii) proposer une approche participative ; iii) intégrer efficacement le concept genre dans l'analyse de la situation. Dans le Rapport National 2005 sur les OMD le Maroc a retenu deux objectifs prioritaires : la lutte contre la pauvreté et la lutte contre l'exclusion des femmes et des filles. On peut raisonnablement espérer que l'objectif 1 sera atteint mais il est nécessaire de voir dans quelles mesures on peut faire mieux et ainsi permettre à des centaines de milliers d'individus de sortir de l'extrême pauvreté. On peut également espérer que l'objectif 3 sera atteint mais il faut absolument élargir (ce que les autorités font déjà) la question des droits des femmes aux autres objectifs et ne pas enfermer le genre dans un thème

Les progrès enregistrés en matière de développement humain sont à nuancer:

- premièrement le dénuement reste important: analphabétisme répandu, échec scolaire
- deuxièmement les progrès n'ont été ni uniformes ni harmonieux (grandes inégalités entre genres et entre régions)
- troisièmement, les indicateurs sociaux marquent des écarts très prononcés par rapport à la situation dans les pays industrialisés (indice 100: taux alphabétisation: 36 mortalité maternelle, taux de scolarisation primaire:53)
- quatrièmement, l'Indice de Développement Humain, tombé du 117^{ème} rang (1995) au 126^{ème} rang (2003) masque d'importantes disparités que les Plans de Développement mis en œuvre n'ont pas réussi à aplanir.
- cinquièmement la couverture des besoins s'étalera sur une bonne partie du futur siècle.

A l'instar de ce qui se passe dans le monde, les mutations de l'économie nationale butent depuis sur la conciliation entre deux logiques. Celle de la productivité et de la rentabilité qui imposent de rechercher en permanence l'allègement des contraintes et des charges. De l'autre, celle de l'Etat garant de la solidarité nationale qui ne peut être assumée pleinement qu'en prélevant sur les producteurs de richesses. Il n'y a pas d'antagonisme fatal entre ces deux logiques. L'indispensable ajustement des structures ne peut peser sur l'emploi ou sur la lutte contre la pauvreté.

Dans tous les cas une réforme de la méthode d'approche de ces problèmes doit se mettre en œuvre. Il s'agit de faire prévaloir un mode de fonctionnement basé sur la mobilisation optimale des ressources, une réglementation prévenant les abus, une gestion transparente et une évaluation vérifiant le respect des engagements.

Le défi majeur auquel est confrontée la politique sociale au Maroc réside dans la bonne gouvernance des programmes et actions arrêtés. L'adoption d'un cadre légal et institutionnel à leur mise en œuvre demeure l'élément essentiel, la condition sine qua non de tout résultat

durable en matière de développement humain. Tout processus de développement humain durable se fonde nécessairement sur un mode de gouvernement démocratique fondé sur la séparation des pouvoirs, le respect des minorités et la bonne gouvernance en tant que fondement du respect des droits humains

Aussi, l'approche « Droits Humains » doit être renforcée dans la conception et la mise en œuvre des politiques sociales notamment à travers :

- Le respect des droits humains tels que définis par la Charte des Nations Unies et par l'ensemble des instruments internationaux établis depuis 1948 auxquels le Maroc a souscrit
- L'action de l'Etat Marocain dans le sens d'un renforcement de ses capacités pour assurer la promotion et la protection des droits humains tels que précisés par ces instruments.
- L'élaboration des politiques publiques sociales sur une analyse préliminaire de la capacité des titulaires de droits à connaître leurs droits et à en revendiquer l'application auprès de l'Etat et autres porteurs d'obligations habilités à veiller à la protection et à la concrétisation desdits droits.
- Le suivi et l'évaluation de l'action publique en tenant compte de la capacité des porteurs d'obligations à veiller au respect des droits humains afin que ces droits soient progressivement reconnus et pleinement réalisés.

L'adoption et le renforcement de l'approche basée sur les droits humains dans les politiques publiques sociales devraient permettre de favoriser le développement national autour des normes contenues dans le corps des instruments internationaux en vigueur. Elles permettraient également de faire de ces droits fondamentaux la raison d'être d'une action publique visant à consolider, au moyen du respect des droits, la solidarité et la sécurité sociale.

Par ailleurs, au Maroc, les politiques de développement ne tiennent pas toujours compte de la situation particulière de tel ou tel groupe social et les femmes sont aujourd'hui davantage victimes de l'exclusion sociale. Leurs droits ne sont pas toujours respectés et malgré quelques avancées majeures au niveau juridique, elles sont encore dans une situation de fragilité d'un point de vue social et économique.

Face à cette situation, dès 2000, le Plan de Développement Economique et Social (2000-2004) considérait la femme comme une composante fondamentale du développement et un élément essentiel de sa réalisation. En outre, sur le plan juridique, plusieurs mesures ont été prises récemment pour améliorer la situation de la femme dont les plus importantes sont l'adhésion du Maroc à la Convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et la prise en compte des problématiques de genre dans la révision d'une série de lois, dont le Code pénal, le Code du travail, le Code de l'Etat Civil et le Code Electoral. Dernièrement, la révision du Code du statut personnel et l'entrée en vigueur du nouveau Code de la Famille (2004) sont le signe d'une ouverture à la démocratie et d'une progression vers un Etat de droit qui tient compte des préoccupations de ses citoyens.

Cependant, pour pouvoir efficacement considérer les femmes comme des partenaires à part entière dans les politiques de développement il faut dépasser l'approche « femmes et développement » pour s'inscrire dans la perspective « genre et développement » qui cherche à résoudre les problèmes de rapports de pouvoir et pas uniquement les problèmes des femmes.

Institutionnaliser l'approche genre dans l'ensemble des analyses et politiques publiques nécessite un présupposé et deux étapes. L'intégration de l'approche genre dépend prioritairement de la volonté politique des institutions en charge d'élaborer et de mettre en oeuvre l'action publique en fonction du contexte économique et social. Sur la base de ce présupposé (indispensable), l'intégration de l'approche genre doit combiner deux stratégies distinctes et complémentaires.

La première stratégie est de proposer comme méthode de travail l'approche genre comme un thème transversal applicable en tout temps et à tous les niveaux de la planification, de la programmation et de l'évaluation des politiques publiques. Cette approche augmenterait la pertinence et l'efficacité des interventions et permettrait d'axer la programmation des interventions publiques sur les besoins spécifiques des femmes et des hommes.

La deuxième stratégie consiste à proposer des programmes spécifiques de promotion de l'égalité. Ces programmes permettraient de combler le retard d'égalité entre les hommes et les femmes. Les programmes de promotion de l'égalité s'adresseraient autant aux hommes qu'aux femmes en ce sens qu'ils chercheraient à modifier, non pas simplement la réalité des femmes mais, plus en profondeur, les rapports sociaux entre les deux sexes. L'un des meilleurs moyens de promouvoir l'égalité consisterait à renforcer le pouvoir des femmes, notamment leur participation aux décisions, tant dans le cadre formel qu'informel.

Les programmes de promotion de l'égalité modifient de manière décisive des facteurs d'inégalités et créent des conditions propices pour permettre aux femmes de prendre leur destin en mains.

D'un autre côté, l'institutionnalisation de l'approche genre consiste en l'intégration systématique des questions de genre et la (ré)organisation, l'amélioration et l'évaluation des processus politiques afin que l'égalité homme/femmes soit incorporée dans toutes les politiques, à tous les niveaux et à tous les stades, par les acteurs qui participent normalement à l'élaboration des politiques.

1. L'accès à la santé : des dysfonctionnement préjudiciables à l'équité des soins

La population du Maroc en 2004 était de 29,9 millions d'habitants (RGPH 2004). Le rythme de croissance a marqué une baisse plus importante que prévue, passant de 2,04 sur la période 1982-94 à 1,4 sur la période 1994-04. C'est dire que la transition démographique que connaît le Maroc va s'achever un plus tôt que prévu. En dépit du train de mesures prises de 2000 à 2004 dans le but de consolider une croissance génératrice d'emplois et d'amélioration des conditions de vie des populations du Royaume, les études, données et indicateurs mis à jour en 2005 reflètent la permanence de problèmes structurels appelant à de nouvelles initiatives tant sur le plan économique que sur le plan social.

Si le Maroc a enregistré au fil des décennies un certain progrès et si l'espérance de vie à la naissance dépasse aujourd'hui 70 ans il faut souligner que 25% de la population du Royaume demeure économiquement vulnérable, la pauvreté affecte aujourd'hui 13,7 % de la population (23,1% en zones rurales et 6,3% en zones urbaines où 30% de la population continue de vivre dans un habitat insalubre). 40% de la population demeure aujourd'hui analphabète, en dépit d'un taux de scolarisation atteignant 90%..

La politique de la santé mise en œuvre par le Maroc s'inscrit dans le cadre de la stratégie universelle « Santé pour Tous » à laquelle le Maroc a souscrit. De ce fait, elle est sensée accorder plus d'attention au développement des soins de santé primaire (ou de base) comme stratégie fondamentale de l'action sanitaire. Toutefois, l'accès de la population aux soins de santé rencontre des obstacles liés aux dysfonctionnements du système de soins. Ces dysfonctionnements se reflètent dans :

1.1 La persistance d'une mortalité infanto-juvénile et maternelle élevée

L'accroissement de la couverture par les services de planification familiale a contribué à une baisse notable de la fécondité, ce qui a permis d'avoir un impact important sur la réduction des problèmes liés à la morbidité et à la mortalité des mères et des enfants. La valeur de l'indice synthétique de fécondité (ISF) en 2004 était de 2,1. Elle a chuté nettement par rapport à celle de 1982 qui était de 5,2. La chute de la fécondité enregistrée au niveau national est surtout le fait de l'importante réduction qu'a connue celle-ci en milieu urbain. Pour le milieu rural, l'indice synthétique de fécondité accuse un retard de près de 20 ans sur l'urbain.

Les niveaux de mortalité infantile et juvénile qui sont parmi les indicateurs qui reflètent l'état sanitaire général global de la population ont connu une réduction constante. La mortalité infantile a régressé, alors que la réduction la plus importante a été notée pour la mortalité juvénile. Toutefois, le niveau de mortalité infantile au niveau national reste élevé, cela est essentiellement dû à, la forte mortalité néonatale (décès durant le premier mois de la vie).

La régression de la mortalité maternelle (décès de la mère durant la grossesse ou l'accouchement) reste quant à elle très modérée, ce qui montre les efforts importants qui restent à satisfaire en matière de surveillance de la grossesse et d'assistance aux accouchements.

1.2. La morbidité et les pertes d'années de vie .

L'analyse globale et comparative des causes de décès déclarées aux municipalités telles qu'elles ressortent des données laisse apparaître une répartition du nombre *d'années de vies perdues liées aux décès prématurés (AVPDP)* selon les trois groupes de pathologies montre que :

- le groupe I (maladies transmissibles et affections périnatales et maternelles) représente 46,4% du poids global des AVPDP
- le groupe II (maladies non transmissibles) représente 41,2% du poids global des AVDP
- le groupe III (maladies non transmissibles) représente 12,4% du poids des AVPDP

De ces données, il ressort :

- une **persistance de maladies transmissibles, des affections maternelles et périnatales.**

Certes, les efforts entrepris dans le cadre d'actions de santé soutenues et décentralisée ont permis une amélioration épidémiologique des maladies transmissibles. Parmi ces dernières, certaines sont en voie d'éradication et/ou d'élimination (fièvre typhoïde, trachome, bilharziose, lèpre). Mais d'autres demeurent un problème majeur de santé publique (la tuberculose avec près de 30.000 cas sont déclarés annuellement. Trois sous-groupes de maladies du groupe I (maladies transmissibles et affections périnatales et maternelles) sont responsables de près de 42,7% de l'ensemble des années de vie perdues par décès prématurés. Il s'agit des affections périnatales avec 22,5%, des maladies infectieuses et parasitaires avec 19,8% et des affections maternelles avec 0,42%.

- **L'état nutritionnel des femmes et des enfants** : le retard de croissance touche 27% des enfants en milieu rural et 13% en milieu urbain, soit deux fois plus., tandis que, pour l'insuffisance pondérale, les pourcentages sont de 12% en rural et 3,3% en urbain, soit près de quatre fois plus. Les maladies de carences constituent aussi un problème de santé publique pour lesquelles des actions d'envergure sont nécessaires. La prévalence de l'anémie est élevée dans toutes les tranches d'âge, elle est de 36% chez les enfants de moins de 5 ans, 31% chez les femmes en âge de procréer et 45% chez les femmes enceintes. La carence en iode touche quant à elle 22% des enfants de 6 à 12 ans, et plus de 77% dans certaines régions.

- **L'émergence des maladies non transmissibles favorisée par des changements dans les modes de vie et comportements de la population** : l'augmentation de la part de la population représentée par la tranche d'âge des plus de 60 ans, les régimes alimentaires inadaptés (la consommation de sucre raffiné et de sel augmente, tandis que les fibres et les glucides complexes font de moins en moins partie de l'alimentation) et les modes de vie malsains entraînent eux aussi une augmentation incontestable des maladies non transmissibles. Ces éléments et d'autres facteurs de risques (alcool, tabagisme, stress...) ont engendré une prévalence accrue de certaines maladie, en particulier l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré, certains cancers et affection mentales. Ainsi, cinq groupes de maladies du groupe II (maladies non transmissibles) sont responsables de près de 36,9% de l'ensemble des années de vie perdues par décès prématurés. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire avec 17,4%, des tumeurs avec 6,7%, des maladies de l'appareil respiratoire avec 4,6%, des maladies de l'appareil digestif avec 4,1% et des maladies nutritionnelles et métaboliques avec 4,1%. Les traumatismes causés par les accidents de circulation se positionnent à la quatrième place du nombre d'années de vie perdues liées aux décès prématurés (12,4%). L'exposition aux MST et au SIDA est en augmentation en raison des comportements sexuels à risques.

L'ensemble de ces maladies pèsent lourdement sur le système de soins, en particulier sur l'hôpital. Les moyens de prévention et de prise en charge en ce qui concerne le système de soins, en particulier au niveau primaire, ont besoin d'être renforcés, car peu développés. En effet, bien que des programmes de santé préventifs aient été mis en place, pour un certain nombre de problèmes liés à des maladies transmissibles, de santé maternelle et infantile, d'autres n'ont pu encore être mis en œuvre

- Le défi de la prévalence du SIDA

Les données mises à jour en matière de prévalence de l'infection au VIH indiquent que si ladite prévalence demeure relativement faible au Maroc, elle est aujourd'hui en hausse croissante et appelle à une vigilance accrue, soutenue par un ensemble de mesures ciblées. La surveillance sentinelle opérée sur la femme enceinte révèle ainsi un taux de prévalence de 0,13% pour 2003, soit une nette augmentation par rapport à l'année 1999 (0,07%).

La mise en œuvre, en 2002, de mécanismes de surveillance des groupes de population vulnérables ou « à risque » permet aujourd'hui d'affirmer que le taux de prévalence est notablement plus élevé chez les professionnels/professionnelles du sexe (2,3 %) ainsi que dans la population carcérale (0,8 %), ce constat augure d'un risque réel de propagation à la population dans son ensemble.

L'estimation effectuée en 2003 par le Ministère Marocain de la Santé chiffre le nombre de personnes infectées à un total allant de 13 000 à 16 000 personnes, de 2000 à 2500 nouveaux cas apparaissant chaque année. La majorité des ces personnes ignorent qu'elles sont infectées.

Le nombre total de cas de SIDA enregistrés par les services de santé de 1986 à décembre 2004, s'élève à 1587. Ce total, relativement peu élevé, atteste cependant d'une progression régulière depuis 1993, et plus spécifiquement depuis 2000. Les régions du Grand Casablanca, du Souss Massa Draa et de Marrakech Tensift El Haouz rassemblent à elle seules plus de 50% des cas, cette concentration semblant témoigner d'une convergence de facteurs propices à l'expansion de la pandémie.

L'analyse des données permet de dégager deux constats saillants, lesquels doivent être pleinement pris en compte par tout programme destiné à enrayer la dégradation de la situation :

- L'augmentation du nombre de cas de SIDA dans la population féminine (environ 50% pour les cinq dernières années pour 20% de 1986 à 1990).
- La nette prédominance de la transmission du VIH/SIDA selon le mode hétérosexuelle (74% des cas pour 6% constatés dans la population homosexuelle et 3% par transmission périnatale ou injections intraveineuses liées à la consommation de drogues).
- S'y ajoute la fréquence des infections sexuellement transmissibles curables (IST) favorisant la transmission du VIH/SIDA (plus de 370 000 cas enregistrés en 2003, soit 50% des cas réels estimés).

Les études qualitatives réalisées au cours des dernières années indiquent que les facteurs de vulnérabilité au VIH au Maroc sont individuels mais demeurent étroitement liés à certains contextes économiques et sociaux :

- Manque d'information quant aux IST et au VIH/SIDA, et de sensibilisation de la population engendrant discrimination et stigmatisation des personnes infectées.
- Comportements sexuels à risque, dont la persistance, essentiellement au sein des groupes dits vulnérables, de rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples.

- Facteurs sociaux et économiques souvent aggravants, soulignant une nette corrélation entre pauvreté et exclusion (liées essentiellement à la précarité de l'emploi, à l'analphabétisme, et aux mouvements migratoires)

Le ferme engagement des autorités marocaines ainsi que la mobilisation des acteurs nationaux sur fonds de partenariats internationaux, ont permis de réels progrès en matière de lutte contre le VIH/SIDA au Maroc. La mise en œuvre du plan stratégique national 2002 à 2004, notamment en matière de communication sociale, d'action de prévention auprès des populations vulnérables et de prise en charge des personnes infectées. Le revue de ce plan en cours actuellement, permettra l'élaboration d'un nouveau plan pour la période 2006 à 2010.

Parmi les défis à relever :

- La nécessité d'assurer un accès continu de la population jeune à l'information sur les IST/SIDA
- L'extension de la couverture par les activités de prévention, des populations vulnérables
- La prise en compte de facteurs émergents de vulnérabilité comme les risques VIH parmi les consommateurs des drogues et la migration sub-saharienne.
- Le maintien des acquis enregistrés en termes de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Une décentralisation réelle des activités de lutte doit ici être assurée, de même qu'un renforcement des partenariats établis au moyen d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs du développement et de la prise en compte de l'ensemble des secteurs sociaux non encore impliqués dans l'action définie.

1.3 Les iniquités de l'offre et de l'accès aux soins

Malgré les efforts entrepris et les améliorations importantes enregistrées, un certain nombre de dysfonctionnements du système de santé subsistent. Ceux-ci sont en rapport avec des problèmes d'iniquité du système, en terme d'accès aux soins et de couverture par les prestations sanitaires de base, mais aussi d'insuffisances en matière de qualité de soins délivrés à la population. Ces dysfonctionnements se manifestent à travers :

- **Le niveau de l'offre de soins** : En matière de couverture de la population par les Etablissements de soins de santé de base (ESSB), le nombre de ces établissements représente 1 ESSB pour 14.012 habitants. Cette couverture a connu une amélioration en milieu rural mais ces structures sont mal encadrées et approvisionnées en matériel. Concernant le réseau hospitalier, le ratio habitants par lit d'hôpital est de 1060. L'infrastructure hospitalière évolue à un rythme inférieur à celui de l'accroissement de la population. Pour ce qui est du secteur privé, le nombre de cabinets médicaux de consultation s'élève à une moyenne de 7.870 habitants par cabinet. 96% de ces cabinets sont implantés dans les grandes villes et les petits centres urbains. L'effectif de personnel infirmier n'a pas connu une augmentation permettant d'améliorer notablement l'encadrement des soins
- **Accessibilité géographique difficile dans certaines zones** : la difficulté d'accès aux soins de la population constitue encore une insuffisance majeure du système. En effet, les données concernant la couverture de la population rurale par les ESSB appréciée par rayon kilométrique montrent que les distances entre la population et les formations sanitaires sont importantes. Près de 31% de cette population se

trouve à plus de 10 kilomètres d'une formation sanitaire. La population éloignée est sensée être couverte par un mode mobile qui a été mis en place pour compléter la couverture du mode fixe. Or, les performances de ce mode mobile en terme de couverture et de contribution à l'offre de soins sont faibles, si bien que l'on peut dire qu'une grande proportion de la population rurale n'a que très peu accès aux soins. Cela est dû essentiellement à la diminution progressive du nombre d'infirmiers itinérants et aux nombreux problèmes de l'équipe mobile liés à l'insuffisance des moyens de déplacements alloués et aux conditions de travail dans les localités mais aussi à des dysfonctionnements dans leur organisation et gestion.

- **Lente évolution de la prise en charge des prestations des programmes sanitaires prioritaires** : un volet important de l'insuffisance en matière d'accessibilité est lié à la prise en charge des accouchements en milieu rural qui constitue un sérieux problème en raison d'une part, du déficit d'accouchement dans ce milieu (1 lit pour 2770 femmes en âge de procréer) et d'autre part, du manque d'accoucheuses : seulement 65 sages femmes et accoucheuses exercent en milieu rural. La population rurale accède plus difficilement aux soins hospitaliers, seulement le quart des nuitées de l'hôpital public sont consommées par celle-ci. Le problème d'accès est d'autant plus aigu que le Ministère de la Santé (MS) est le seul prestataire de soins présent en milieu rural. S'ajoute à cela le problème de l'accès aux médicaments vu l'insuffisance quantitative de pharmacies et de dépôts de médicaments en milieu rural (1 dépôt pour 46.000 habitants).

1.4 Des mécanismes de financement de soins peu développés

Le MS de la santé souffre du manque de moyens financiers nécessaires à une politique sanitaire à même de répondre aux énormes besoins de santé publiques et aux attentes légitimes de la population. Cette faiblesse des moyens apparaît à travers :

- **L'insuffisance du budget alloué par l'Etat** : Le budget du MS n'a jamais pu dépasser la barre de 5% du budget général de l'Etat. Cette proportion est faible comparée au niveau du budget de la santé dans les pays à développement socio-économique similaire. Son évolution en termes constants a été, en général, négative au cours des années quatre-vingt-dix et début décennie 2000. L'acuité du problème est accentuée par la prédominance des crédits alloués aux salaires, le budget de fonctionnement est dominé par les crédits alloués au personnel représentant, en moyenne, durant la même période, plus de 55% du budget total et 70 du volet du fonctionnement.
- **Inadaptation des critères d'allocation des ressources financières** : cette inadaptation, qui se traduit par des iniquités, se manifeste à deux niveaux. Le premier concerne la répartition globale, le second le partage par grand poste de dépenses (réseau hospitalier, ambulatoire, formation...). La répartition des crédits entre les différentes provinces et les divers établissements et services du MS a été toujours influencée plus par des considérations de rapports de force et de lobbying politique que par des critères pertinents et objectifs. L'absence de ces critères a engendré des iniquités, démotivé les défavorisés et couverts les mauvais gestionnaires. A l'instar de la plupart des pays, le Maroc alloue plus de crédits aux

soins hospitaliers qu'aux autres activités prises en bloc (soins ambulatoires, prévention, recherche...). Il est certain que les hôpitaux sont des unités opérationnelles très importantes. Cependant, la grande concentration des effectifs et des capitaux dans ces établissements peut être pernicieuse pour le niveau sanitaire d'une société qui ne consacre qu'un faible pourcentage de son Revenu National à la santé. Il est synonyme de négligence eu égard aux soins de santé de base et à la prévention.

- **La faiblesse du niveau des dépenses de santé :** En la consommation médicale est financée à hauteur de 53% par les ménages. L'Etat et l'Assurance Maladie en ont financé respectivement 26% et 18%. L'insuffisance de l'engagement de l'Etat et la faiblesse du taux de couverture de l'Assurance-Maladie (15%) induisent une trop forte participation des ménages. De plus la répartition de cette participation est fortement déséquilibrée à plusieurs niveaux comme le montre l'encadré ci-dessous

Encadré : Inégalités des dépenses de santé

- Les 20% les plus riches ont déboursé en de la dépenses de santé des ménages (DSM) contre seulement 3,2% pour les 20% les plus pauvres.
- La dépense médicale par habitant des 20% les plus riches représente 17 fois celle des 20% les plus pauvres. Cet écart est moins fort dans les villes (1 à 14) que dans les campagnes (1 à 18)
- Près de 70% de cette dépense sont effectuées par les citadins contre 30% pour les ruraux, soit un écart de 1 à 2,3.
- Les 76% de la population nécessiteuse qui se trouve dans le milieu rural, soit près de 8 millions de personnes, n'ont dépensé que 6,4% de la DSM.

Par ailleurs, l'analyse des transferts des dépenses publiques de santé tels qu'ils ressortent de l'ENVM montre que les 20% les plus aisés de la population bénéficient de plus de 40% du budget du MS alors que les 40% les plus pauvres en reçoivent moins de 20%

La faiblesse de la dépense globale de santé, traduit tout simplement la négligence de la politique publique envers le secteur (faiblesse du budget et de la prévention collective, insuffisance de la prise en charge des économiquement faibles, niveau réduit de la couverture sociale...). Cela peut engendrer un risque important pour la société à cause des facteurs nocifs que cette faiblesse peut engendrer. La mauvaise qualité des soins et de l'hygiène, la trop lente amélioration de l'état sanitaire de population rurale, la détérioration de l'environnement...en représentent quelques conséquences majeures.

- **Faiblesse de la couverture par l'Assurance –Maladie et enjeu de la réforme.** La couverture par l'Assurance-Maladie ne concernait que 4 millions de personnes, soit 15% de l'ensemble de la population. A l'insuffisance quantitative, s'ajoutent les lenteurs des remboursements aux patients et aux prestataires (en particulier les hôpitaux publics) par les Mutuelles des agents publics

1.5. L'insuffisance performance des services de santé

Un certain nombre d'éléments montre qu'en plus de la faiblesse du financement, les ressources mises à la disposition du MS ne sont pas gérées de manière optimale, ce qui accentue le gaspillage et aggrave encore plus les insuffisances du système.

- **Des méthodes de gestion peu efficaces** : Le niveau des indicateurs d'activité des Etablissements de soins et des services hospitaliers montre une sous-utilisation de la capacité existante. Les ESSB tournent au ralenti, le taux d'occupation moyen des hôpitaux n'est que de 59% et la durée moyenne de séjour est de 7 jours. Parmi les principales raisons de cette sous-utilisation on relève des problèmes liés à la mauvaise répartition des lits entre les disciplines et entre les régions ainsi qu'à l'insuffisance de l'équipement.
- **Mauvaise répartition des ressources humaines et insuffisance de leur productivité**. La répartition des ressources humaines sur le territoire montre des écarts très importants : Plus de 54% des médecins de la santé publique sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé-Zemmour et Zaer, alors que ces deux régions n'abritent que 19,7% de la population. Certains hôpitaux des grandes villes accusent une pléthore de médecins spécialistes, alors qu'il existe par ailleurs des besoins non satisfaits pour certaines spécialités (Gynécologie, Chirurgie, Pédiatrie...) au niveau des provinces.
- **Qualité peu satisfaisante des services de santé** : les insuffisances en matière de qualité de soins à tous les niveaux compromettent l'image des établissements de santé et influent sur l'utilisation des services préventifs et au-delà sur les performances des programmes de santé. Ainsi, dans le domaine des soins de santé primaire (de base), la qualité des soins délivrés à la population au niveau des ESSB et en particulier en milieu rural est plus ou moins acceptable aussi bien du fait des conditions de travail difficiles au niveau de ces formations (locaux en mauvais état, défaut d'équipement en services essentiel, équipement technique dérisoire, manque de moyens d'évacuation et de transport d'urgence) que de la qualité des prestations elles-mêmes (mauvais accueil, longue attente, examen superficiel, prescriptions irrationnelles, absence de continuité des soins). Des éléments en rapport avec les ressources humaines compromettent la continuité du service et la qualité des soins en milieu rural (instabilité du médecin, faible pourcentage de personnel médical féminin exerçant en milieu rural, manque de formation continue). Le manque de disponibilité des médicaments essentiels au niveau des ESSB en milieu rural constitue enfin un sérieux problème qui compromet la qualité des soins délivrés.

Le réseau hospitalier présente une problématique toute particulière dans le secteur public de santé. Gros consommateur de moyens, l'hôpital connaît un dysfonctionnement aigu lié à des insuffisances sur plusieurs niveaux : statut et rôle, cadre juridique et réglementaire, financement, structures organisationnels, méthodes de travail, formation de personnel... Ces dysfonctionnements affectent directement la performance de l'hôpital et la qualité des soins délivrés aux patients. Ce manque de qualité des soins est aussi lié à l'état de l'infrastructure, à l'insuffisance et la vétusté des équipements (30% des hôpitaux ont plus de 50 ans). De surcroît, les plateaux techniques sont vétustes (40% des blocs opératoires ont plus de 15 ans d'âge). Le manque de qualité est enfin lié aux mauvaises conditions

d'accueil et d'hébergement et à la pénurie des médicaments et fongibles nécessaires aux soins que les malades doivent souvent se procurer eux-mêmes.

Dans le domaine de la prise en charge des cas d'urgence, les services hospitaliers d'urgences connaissent un certain nombre de dysfonctionnements induits par des facteurs multiples : une forte pression de la demande, des contraintes structurelles (superficie, accès aux services...), des contraintes organisationnelles (circuits et aiguillage des patients, normes de travail, système de permanence..), des contraintes liées à l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines et matérielles, une insuffisance de coordination avec les autres niveaux du système de soins en amont et en aval.

1.6 Les perspectives de la couverture des soins

L'enjeu de la loi cadre sur la couverture médicale

L'assurance maladie au Maroc est devenue obligatoire avec la mise en application de la nouvelle loi sur la Couverture Maladie de Base. Jusqu'à l'adoption de cette loi, l'assurance maladie ne couvrait que 15 à 16% de la population totale. Elle est gérée par plusieurs organismes qui couvraient selon les données des comptes de la santé, 4.515.000 bénéficiaires (1.369.100 adhérents et 3.145.900 ayants droit).

Le reste de la population et notamment les économiquement faibles n'ont aucune couverture médicale. Ces derniers bénéficient en principe d'une prise en charge gratuite ou quasi-gratuite dans les structures publiques de soins. Cette prise en charge n'est cependant ni réglementée ni institutionnalisée. Les populations démunies affrontent des obstacles majeurs pour accéder de manière satisfaisante aux soins gratuits qui leur sont en principe destinés.

La nouvelle loi cadre sur la couverture médicale souligne que l'amélioration du niveau de santé de la population constitue une des composantes essentielles de la politique de développement social et que l'une des priorités de l'Etat en matière de santé est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins.

Les principes suivants sont clairement exprimés (préambule et article 1) : le fondement du financement de la santé sur les principes de solidarité et d'équité, la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé, la généralisation à terme de la couverture médicale de base ; l'atteinte à terme de l'accès universel aux soins ; l'interdiction de toute discrimination due à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature du revenu ou aux antécédents pathologiques.

Sur la base de ces principes, la loi institue un système obligatoire de couverture médicale de base progressivement mis en place avec deux composantes :

- Un régime d'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) fondée sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes actives, des titulaires de pension et des étudiants, sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques. La loi définit les règles générales communes à l'ensemble des régimes d'AMO et les règles particulières aux régimes des salariés et des titulaires de pensions des secteurs public et privé. Elle annonce les régimes d'AMO propres aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée, ainsi qu'aux étudiants. Les bénéficiaires de l'AMO de base sont définis dans le chapitre premier du titre II du livre premier (articles 5 et 6). Ce sont les assujettis et les membres de

leur famille qui sont à leur charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature).

- Un régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les personnes économiquement faibles qui ne sont couvertes par aucun des régimes d'assurance maladie obligatoire de base institués, fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

L'AMO couvre les risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle. Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles sont exclus. Elle donne droit au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire. Les taux de couverture et les conditions de remboursement par prestation ou groupes de prestations couvertes doivent être fixés par des textes réglementaires. Des conventions nationales doivent définir les rapports entre les organismes gestionnaires de l'AMO et les prestataires de soins médicaux publics ou privés. Un cadre conventionnel type pour chaque convention nationale est établi par voie réglementaire sur proposition de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie. La principale ressource des régimes d'assurance maladie obligatoire de base est constituée par les cotisations».

Quant au régime d'assistance médicale (RAMED), ses bénéficiaires sont : les personnes économiquement faibles, non assujetties à un régime d'AMO, leur(s) conjoint(s), leurs enfants à charge jusqu'à 21 ans, leurs enfants handicapés quel que soit leur âge, les enfants qui vivent sous le même toit et qui sont à leur charge. L'octroi de la qualité de bénéficiaire du RAMED donne droit à la prise en charge totale ou partielle des frais de soins dispensés dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'état. La contribution partielle des bénéficiaires et ses modalités d'application doivent être fixées par décret. Le RAMED est financé principalement par l'état et les collectivités locales. La contribution de l'état sera inscrite annuellement dans la loi de finances. Les contributions des collectivités locales sont obligatoires et seront inscrites annuellement dans leurs budgets.

Depuis la promulgation de la loi portant code de la Couverture médicale de base, la préparation de sa mise en œuvre a été orientée dans les axes suivants : la réforme et la restructuration de la CNOPS ; la restructuration de la CNSS et sa préparation à la gestion de l'AMO ; la mise en place de l'Agence nationale de l'assurance maladie ; la préparation du texte général d'application et des autres textes réglementaires¹. Il n'y a pas encore de décision concernant les modalités d'application du RAMED. Les textes réglementaires de l'application du RAMED sont encore en cours d'élaboration.

2. La retraite : un couverture très limitée

¹ Récemment (début novembre 2003) un comité technique de mise en œuvre de la loi loi 65-00 sur la CMB a été mise en place, sous la coordination des services du Premier ministre. Différentes commissions sont en cours de constitution au sein du Ministère de la santé pour étudier et faire des propositions sur différents aspects de la mise en œuvre de l'AMO et du RAMED

Le secteur de la retraite au Maroc se compose essentiellement de 10 régimes de retraite : 4 régimes généraux et 6 régimes internes à des établissements publics. Le taux de couverture des régimes de retraite au Maroc demeure faible : en 2005, les principales caisses de retraite (CNSS, CMR, RCAR et CIMR) couvraient 25,6% de la population active totale (2,5 millions d'affiliés sur près de 10 millions de personnes actives et à peu près 737 000 de bénéficiaires de pensions). 46% des affiliés sont couverts par la CNSS et 36% par la CMR. Ce sont les caisses de retraite obligatoire qui enregistrent les taux de couverture les plus importants. Seulement 55% des adhérents aux régimes de retraite travaillent dans le secteur privé (CNSS et CIMR) alors que celui-ci emploie plus de 80% de la population active occupée

Contrairement à l'idée reçue sur la générosité des régimes, il est nécessaire de préciser que la prestation moyenne par pensionnaire reste très modeste. Elle demeure en somme en deçà du SMIG. Le système de retraite est confronté à des problèmes qui fragilisent son équilibre financier et compromettent à terme son efficacité et sa viabilité. Ces différents problèmes peuvent être résumés dans ce qui suit

2.1. Les principaux dysfonctionnements du secteur de la retraite

- **Absence d'une loi cadre portant organisation du secteur de la retraite** : le secteur de la retraite se caractérise par la coexistence d'une multitude de régimes de retraite soumis à des dispositions différentes quant à leur cadre juridique, leur champ d'application, leurs ressources, la nature de leurs prestations, leur mode de gestion ainsi qu'aux règles de contrôle les régissant. Cependant malgré cet extrême morcellement du paysage de la retraite au Maroc malgré ce grand nombre d'établissements, le nombre de cotisants est finalement très limité. Le cas des régimes de retraite existant au sein de certains établissements publics (ONE, OCP..) illustre cette situation désorganisée du secteur par et par celui de la CIMR.

- **Absence d'une tutelle unique** : La diversité des cadres juridiques régissant ces régimes s'est traduite par la multiplicité des intervenants au niveau administratif dont l'action s'est limitée pour l'essentiel à la vérification de la régularité des opérations comptables sans se préoccuper de la viabilité de ces régimes. C'est ainsi que cette tutelle reste dispersée entre différents départements ministériels (Ministère de l'emploi, Ministère, des finances, et Ministère de la fonction publique), voire au sein du même ministère (Direction des assurances, Direction du budget, Direction des établissements publics et Direction du trésor pour ne citer que les départements relevant des attributions du Ministère des Finances). L'absence d'une tutelle unique a contribué à la désorganisation du secteur à travers les actions menées par les départements ministériels sans un minimum de coordination et d'harmonisation.

- **Des cotisations faibles** : Mis à part le RCAR et la CIMR, qui fonctionnent selon un système mixte, répartition - capitalisation, les autres régimes fonctionnent en répartition. Ce mode de fonctionnement suppose une solidarité entre les générations des actifs et celles des retraités dans la mesure où les pensions de retraite servies sont financées à partir des cotisations des actifs. Les taux de cotisation sont faibles quand on les compare aux autres pays. Le taux moyen de cotisation (totalité des contributions rapportée à la masse salariale) au Maroc est de près de 5 % (Portugal : 35 %, Pologne 31 %, Brésil 30 %, Argentine 26 %, Turquie 20 %, Japon 15 %, Mexique 8%). Ces cotisations de plus en plus insuffisantes pour financer les prestations. Les régimes marocains, excédentaires pendant les premières années de leur

existence, vu l'importance de la population des actifs cotisants par rapport à celle des retraités, sont actuellement dans leur phase de maturité qui se caractérise essentiellement par une situation financière déficitaire à moyen terme, voire à court terme pour certaines caisses.

L'insuffisance du contrôle La plupart des caisses du secteur souffrent de l'absence d'un plan comptable conforme aux règles de régularité, de sécurité et de transparence communément admises en la matière. A cet égard, la situation des régimes internes est particulière dans la mesure où ces régimes ne disposent pas d'une autonomie juridique par rapport aux établissements au sein desquels ils ont été créés. Actuellement, l'Etat n'exerce qu'un contrôle financier sur les établissements publics par l'intermédiaire des contrôleurs financiers et des agents comptables relevant de la Direction des Etablissements publics et des Participations (Ministère des finances). La nature de ce contrôle doit cependant être modernisée et surtout complétée pour prendre en considération la spécificité des engagements des régimes de retraite qui, par essence, portent sur des opérations à long terme de façon à ce que ce contrôle dépasse le côté administratif pour traiter l'aspect technique, le seul qui soit indispensable à la pérennité et à la viabilité de ces régimes. Bien plus, certains choix à caractère budgétaire ont été pris au détriment de cette viabilité tels que le refus d'adhésion de certains établissements publics au RCAR en raison de la charge qu'auraient dû supporter ces établissements et qui, à date d'aujourd'hui, nécessite pour la couverture des engagements du régime interne des montants 5 à 6 fois plus importants.

Le déficit en gouvernance des Caisses de retraite : la CMR, connaît quelques problèmes de gestion. C'est un régime de répartition pur, où les pensions constituent une "créance d'une génération sur la génération suivante". La règle de péréquation ne permet plus aux retraités de bénéficier des mêmes augmentations que les fonctionnaires actifs. L'équilibre financier du système est subordonné à deux conditions: d'un côté la constitution de réserves techniques de sécurité à partir de l'excédent dégagé annuellement, d'un autre côté le maintien de l'équilibre démographique à moyen et long terme (rapports cotisations-prestations). Parallèlement à la question de son équilibre financier à l'avenir, la CMIR est aussi confrontée à des problèmes de nature juridique et organisationnel. D'un côté le cadre institutionnel du régime (association) est fortement contesté quant à sa pertinence et quant à ses conséquences, de sorte qu'une réforme des structures juridiques pourrait s'imposer.

Les incohérences dans la coordination des régimes de retraite La loi de coordination des régimes de prévoyance sociale, adoptée en 1993, constitue incontestablement une avancée importante en matière de sauvegarde des droits des affiliés dans la mesure où l'ensemble des périodes d'affiliation passées auprès des différents régimes est pris en considération pour l'ouverture de droit à pension. Cette loi a été prise pour répondre aux mutations et aux transformations du marché du travail et à la recherche d'une mobilité plus grande entre les différents secteurs publics et privés. Toutefois, et compte tenu de l'incohérence des réglementations régissant les régimes de retraite, l'application de cette loi se trouve limitée uniquement à une loi de totalisation des durées d'affiliation passées auprès des différents régimes au lieu de son objectif majeur qui est la coordination des régimes de retraite.

2. 2. L'exigence de la réforme

Le système de retraite risque de connaître de sérieux problèmes d'équilibre. On pense que dans les trente ans qui viennent, le rapport démographique des régimes de retraite va subir une

dégradation. Il faudrait revoir à la hausse le taux de cotisation si l'on voulait maintenir le niveau des prestations; ou bien, il faudrait réduire les pensions si l'on voulait bloquer les cotisations. Sur la base des projections démographiques, la solvabilité future du système de retraite a été mise en question et la confiance du public quant à la capacité du système à remplir ses engagements pourrait consciemment ou inconsciemment se transformer en défiance.

En effet, l'augmentation très rapide de l'espérance de vie de 47 ans en 1962 à 69 ans en 1998 et le recul de la fécondité moyenne par femme (de 7 enfants par femme en 1962 à 3,1 en 1998) ont déjà modifié la pyramide d'âge de la population marocaine. Selon les projections du Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED), la structure de la population va subir d'importants changements: régression de la tranche des moins de 15 ans de 33% en 1994 à 16% en 2060; accroissement de 62 à 68% de la part des 15-65 ans entre 1999 et 2034 puis régression jusqu'en 2060; augmentation de la part des plus de 65 ans de 5% de la population en 1994 à plus de 20% en 2060. L'évolution de la structure de la population entraînera une hausse importante du ratio vieillesse (rapport de la population de plus de 65 ans sur la population d'âge actif). Relativement stable entre 1994 et 2014 (de 7,5% à 8,5%), ce rapport devra atteindre 20,5% en 2039 et 33,9% en 2060.

Si le vieillissement de la population constitue une menace pour l'équilibre des régimes de retraite, la baisse du taux de dépendance entre 1999 et 2019 crée une opportunité pour introduire des réformes dans l'objectif de réduire les déficits. Le taux de dépendance, qui correspond au rapport des plus de 65 ans et des moins de 15 ans sur la tranche des actifs, accusera une baisse entre 1994 et 2014, en passant de 71% à 45,1%. Compte tenu de ces données, il faudrait agir pour l'amélioration du fonctionnement des caisses de retraite bien avant 2014, date à partir de laquelle le ratio vieillesse augmentera fortement.

Les différentes contraintes qui pèsent sur le secteur de la retraite et qui se manifestent à travers la multiplicité des régimes, leur hétérogénéité, leurs insuffisances et leur manque d'efficacité imposent une réforme en profondeur. En effet, cette situation, à moins d'une réforme globale appropriée du secteur, ne fera que s'aggraver avec le temps et remettrait en cause les droits acquis par les bénéficiaires.

Divers scénarios de réforme sont examinés. Le statu quo est la solution la plus facile politiquement et techniquement, mais elle est la plus inefficace et constitue un piège redoutable. Si aucune réforme n'est entreprise, tous les régimes connaîtront, à terme, de graves problèmes d'équilibre et de solvabilité à l'exception du RCAR qui réalise un compromis entre répartition et capitalisation et peut donc constituer un rôle fédérateur dans le système de la retraite au Maroc. Il serait sage pour le Maroc, qui bénéficie pour quelques années encore d'un certain équilibre de son système de retraite (consolidé), d'introduire les réformes nécessaires dans les meilleurs délais. Ne pas bénéficier, en effet, du répit qu'offre l'équilibre actuel du système, coûterait extrêmement cher au pays et à la compétitivité de son économie

Mais si les évolutions démographiques ne se font qu'à moyen et long terme, le système de retraite subit à l'heure actuelle les effets de l'évolution économique. Le ralentissement de la croissance des revenus, le chômage en général, les difficultés de réformer les secteurs d'activité économique ont des conséquences directes ou indirectes sur ce système de transfert. Conséquences directes, comme c'est le cas lorsque les travailleurs âgés sont mis en retraite

anticipée. Conséquences indirectes, lorsque par exemple, l'aiguïssement de la concurrence internationale rend difficile toute croissance des prélèvements assis sur les salaires.

Les conséquences négatives du facteur démographique sur l'équilibre à long terme des systèmes de retraite ne peuvent être atténuées que moyennant une croissance économique forte et durable. Celle-ci est nécessaire pour élargir la base des prélèvements. Le taux de croissance économique enregistré au Maroc au cours de la décennie 1990 (moins de 3% l'an en moyenne) est nettement inférieure au seuil nécessaire pour contrer l'augmentation du chômage. De plus, en période de chômage et de faible croissance, les salaires augmentent peu, ce qui aggrave le déséquilibre des régimes de retraite.

Compte tenu de l'effritement des formes de solidarités traditionnelles, la retraite au Maroc se doit d'élargir son champ et de conquérir son droit de cité au sein de la société. Il n'est pas cependant réaliste de croire qu'il est possible de garantir un minimum vieillesse aux personnes âgées tant le coût d'une telle perspective serait lourd sinon impossible à supporter par le budget de l'Etat ou par d'autres organismes de transferts. Fondée sur l'accès préalable à l'emploi, la retraite ne pourrait s'étendre qu'au rythme de l'insertion dans la vie active. Il est néanmoins parfaitement envisageable d'améliorer l'existant et de relever son efficacité.

Cependant pour éviter que ne se poursuive la dégradation de la valeur réelle des pensions des fonctionnaires, il est vivement recommandé de réviser plus régulièrement leur niveau en tenant compte de l'évolution du coût de la vie. A cet effet, une formule de revalorisation plus systématique pourrait être mise en place. D'autre part, il serait sans doute souhaitable de prévoir, dans la législation, une pension minimale dont le taux pourrait, par exemple, être fixé en pourcentage du salaire minimum. Il est aussi socialement injuste que les différences des mécanismes en vigueur dans les organismes de retraite ne conduisent à des niveaux de pension très inégaux.

3 L'état de la pauvreté

Le Maroc comptait en 1999 une population de près de 5,2 millions vivant au-dessous du seuil de pauvreté. Les enquêtes sur le niveau de vie mettent en évidence une nette recrudescence de ce phénomène. L'indice de la pauvreté montre que 19,0% de la population vivaient en état de pauvreté en 1999 et que celle-ci était nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (27,4% contre 12%). L'Enquête Nationale sur la Famille de 1995 a révélé que la vulnérabilité à la pauvreté est une caractéristique du 1/3 des citadins et de la moitié des ruraux.

3.1 Niveau et Profils de la pauvreté

En effet, au Maroc, la pauvreté s'avère être de plus en plus un phénomène rural : en 1998, 65,8% des pauvres (soit 3,5 millions) vivaient en milieu rural, comparé à 72% en 1991. Le taux de pauvreté indique que deux ruraux sur dix sont pauvres (soit, 17,9%). Toutefois, si ce taux était plutôt réduit dans les grandes villes (4,8% en 1991) et dépassait le cap de 10% dans le reste des villes et centres urbains, la dernière enquête souligne que ce phénomène a repris en ampleur dans les villes depuis le début de la décennie 90. L'incidence de la pauvreté et de la grande pauvreté est plus forte dans les régions du Sud, du Tensift, de l'Oriental et du

Centre- Sud , c'est à dire dans les zones géographiques où les indicateurs sociaux sont les moins favorables.

Les pauvres ont des caractéristiques communes : une famille nombreuse (70% des familles vulnérables ont un nombre d'enfants supérieur à la moyenne nationale de cinq enfants); une composition de la famille où le nombre de dépendants par adulte est élevé , ce qui affecte l'état nutritionnel et la capacité du ménage à supporter les dépenses de santé et d'éducation ; un niveau d'éducation faible : l'énorme majorité des chefs de familles pauvres, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, n'ont reçu aucune éducation, ce qui limite les possibilités de trouver un emploi productif ; le manque d'avoirs et plus particulièrement de terres cultivables : dans les zones rurales, la pauvreté est presque deux fois plus importante parmi les paysans qui ne possèdent pas de terre que parmi ceux qui sont propriétaires. En milieu rural, les chefs de ménages pauvres sont plus souvent des salariés que des propriétaires fonciers. En milieu urbain, les pauvres sont soit des travailleurs indépendants dans l'artisanat et les services ou des salariés dans le secteur informel.

D'après les statistiques on peut constater que l'incidence de pauvreté parmi les enfants (au-dessous de l'âge de 15 ans) est presque une fois et demi plus élevée que parmi les adultes – environ 44% des pauvres sont des enfants âgés de moins de 15 ans et presque 25% du total des enfants sont pauvres comparés aux 16% du total des adultes. La distribution de l'incidence de la pauvreté selon le sexe montre une tendance à la féminisation de la pauvreté surtout au milieu urbain où le nombre des femmes pauvres (944.000) dépassent le nombre des hommes pauvres (863.000).

Tableau : Effectifs et incidence de la pauvreté selon le sexe et la résidence en 98/99 et 90/91

Milieu de résidence	Effectifs des pauvres (en milliers)			Incidence de la pauvreté (en %)		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Urbain	863	944	1814	11,8	12,2	12,0
Rural	1734	1774	3496	27,1	27,2	27,2
Total	2597	2718	5310	18,9	19,1	19,0
Total en 1990/91*				13,1	13,1	13,1

Tableau établi à partir du rapport la base de l'enquête sur la base des données de la Direction de la Statistique ENNVN 1998/99

3.2 La vulnérabilité sociale :

Plusieurs groupes vulnérables ont été identifiés qui demandent un ciblage spécial pour l'amélioration de leur situation. Il est difficile de chiffrer l'ampleur de ces catégories de personnes vulnérables

- les enfants : il s'agit notamment : i) des enfants au travail : dont le nombre est estimé à 600.000 enfants qui travaillent dans des conditions pénibles (insalubrité et la vétusté des lieux) et dans l'absence d'équipement de protection et de respect de la durée du travail ; ii)

des enfants de la rue exposés aux risques et à toutes les formes de violences physiques et sexuelles ou de déviance drogues, l'alcool ; iii) **les enfants victimes de l'exploitation sexuelle** avec l'existence de réseaux d'exploitation sexuelle d'enfants.iv) les enfants mendians au nombre estimé à 500.000. La cause principale du travail des enfants est essentiellement la pauvreté de leur famille. D'autres facteurs y contribuent, notamment : la taille élevée des ménages ; l'échec scolaire ; l'exode rural ; la dislocation de la famille ; la préférence de la main-d'œuvre infantile dans certaines activités ; des attitudes sociales favorables au travail de l'enfant

- Les femmes veuves et divorcées : Les ménages dirigés par des jeunes femmes sont assujettis au phénomène de pauvreté beaucoup plus que les ménages dirigés par des hommes du même âge. Les femmes qui assument la responsabilité des ménages à ces âges sont généralement des femmes veuves ou divorcées. En l'absence d'adultes parmi leurs enfants qui peuvent les aider à assumer la charge quotidienne de l'ensemble des membres du ménage, les femmes chefs de ménage assument alors, toutes seules, les tâches domestiques, l'éducation de leurs enfants et surtout travaillent à l'extérieur de leur foyer pour subvenir aux besoins de leur famille. Face à la pauvreté, le statut juridique et les droits successoraux semblent être des facteurs importants de discrimination et de vulnérabilité des femmes veuves et divorcées (cf. droits successoraux). Les mères célibataires constituent une autre catégorie des femmes très vulnérables. Très souvent ces femmes perdent leur travail et le soutien familial après avoir donné naissance des enfants hors mariage.

- Les personnes handicapées qui constituent à peu près 6% de la population marocaine, et 90% d'entre eux vivent dans des quartiers défavorisés. 82% ne disposent d'aucun niveau scolaire et plus de 57% ne sont pas capable de travailler. 3,7% de ménages à l'échelle nationale sont menés par une personne handicapée et malade. 4,3% des ménages vivant sous le seuil de la pauvreté sont menés par une personne handicapée et malade à l'échelle nationale. L'incidence de la pauvreté des personnes handicapées a augmenté de 13% à 22,6% pendant les années 1990. Jusqu'à présent, il n'y a pas de stratégie étatique pour l'insertion des personnes handicapées, un fait qui est déploré par les plus de 50 associations nationales qui oeuvrent pour les personnes handicapées.

3.3 Les facteurs explicatifs de la pauvreté

La pauvreté a connu une reprise dans la décennie 90. Une explication première consiste à affirmer qu'elle reste fondamentalement dépendante des aléas climatiques. L'enseignement majeur mis à jour par l'analyse de l'évolution de la pauvreté est l'impact du comportement du secteur agricole sur l'effectif des pauvres. La faible pluviométrie et la taille extrêmement réduite des exploitations constituent des obstacles sérieux à la progression de la productivité agricole. Cependant, l'augmentation de la productivité des petits exploitants ne saurait suffire à réduire l'étendue de la pauvreté en milieu rural. Une partie importante de la population ne possède pas de terre, et ne peut bénéficier directement des hausses de productivité agricole. L'élévation du niveau de vie des ménages les plus pauvres en milieu rural dépend de la création d'emploi additionnels dans des activités liées à l'agriculture, telle que l'élevage ou l'agro-industrie, ou dans des secteurs secondaires et tertiaires.

L'incidence du chômage parmi les pauvres est importante tant en milieu urbain qu'en milieu rural. En 1999, elle était de 30% pour les pauvres en milieu urbain et de près de 7% en milieu rural, comparé à 20,6% et 5,6% respectivement pour l'ensemble dans les deux zones. Le chômage prolongé touche principalement une fraction de la population pauvre, qui n'a reçu aucune éducation et qui doit faire face à de nombreux handicaps même dans la recherche d'emploi peu rémunérés. Par ailleurs, le secteur informel constitue un espace d'absorption d'une partie de l'excédent de main d'œuvre urbaine. La vaste majorité des pauvres qui travaillent doivent accepter des conditions de travail dures dans des emplois en général peu productifs, mal rémunérés, souvent à temps partiel et/ou instables, qui ne leur permettent pas d'améliorer leurs conditions de vie (une large proportion des pauvres en milieu rural sont des travailleurs familiaux non rémunérés).

Les dépenses publiques constituent un instrument puissant pour alléger le fardeau de la pauvreté. Le budget consacre une part relativement importante de ses ressources aux dépenses sociales. Pour atteindre les groupes démunis, les dépenses doivent être allouées à des régions ou à des zones où ils vivent, ainsi qu'aux services qu'ils utilisent le plus. Or, la composition et l'affectation de ces dépenses montrent que les milieux urbains en ont perçu une grande part et que l'allocation de ces fonds publics n'était pas ciblée en faveur des plus défavorisés.

Si le dispositif de filet de sécurité qui s'appuie sur un ensemble programmes qui visent à atteindre les nécessiteux par un ensemble d'activités (Promotion Nationale, Entraide Nationale, Compensation, Programmes alimentaires et nutritionnels) ont permis de réaliser de bons résultats, ils demeurent caractérisés par certaines faiblesses: ciblage peu sélectif, faiblesse des populations rurales qui en profitent, insuffisance des actions spécifiques en faveur des couches moins vulnérables. Les programmes sociaux (éducation, formation professionnelle, santé de base, eau potable, électrification, logement social) souffrent aussi de distorsions et de dysfonctionnements. La dispersion des actions, l'insuffisance de la coordination des programmes, la participation limitée des populations, la prédominance d'intervention conjoncturelles, l'absence de suivi et d'évaluation ont limité l'impact des efforts déployés.

3.4 Les limites de la stratégie de réduction de la pauvreté

A la fin des années 80, le Maroc a mis en place une stratégie sociale axée sur la lutte contre la pauvreté. Cette Stratégie de Développement Social (SDS) s'est articulée autour de quelques orientations principales: élargissement de l'accès des populations défavorisées aux services sociaux de base; accroissement des opportunités d'emploi de la population; renforcement des programmes d'assistance et de protection sociales. Sur la base de cette stratégie, des programmes de priorités sociales (BAJ) ont été élaborés. Ces programmes ont ciblé les provinces les plus défavorisées du territoire national.

Les deux programmes, "Barnamaj al Aoulaouiyat ali Jtimaiya" (BAJ1 et BAJ2), visaient à augmenter l'accès des plus défavorisés aux services sociaux de base (école, dispensaire, désenclavement..), à étendre la protection sociale de base et à créer de nouvelles opportunités d'emploi grâce au financement de travaux à haute intensité de main d'œuvre. Ces programmes, ont ciblé 14 provinces considérées comme les plus démunies et dont la population vivant dans les campagnes représente 43% de la population rurale du pays. Les efforts consentis dans le cadre de ces programmes ont été renforcés par des actions sur le

terrain initiées par divers donateurs internationaux et plus focalisés sur des actions de lutte contre la pauvreté. L'évaluation de ces programmes a montré que leur impact est demeuré circonscrit à quelques sites expérimentaux (Essaouira, Chefchaouen, El Haouz pour les sites ruraux, Casablanca, Marrakech et Tanger pour les sites urbains),

Les programmes de lutte contre la pauvreté ont été intensifiés dans les années 95-2005 et ont abouti notamment à la mise en place d'une Stratégie de Développement Social Intégrée. Celle-ci visait l'amélioration de l'accès des populations défavorisées aux services sociaux de base, la promotion des activités génératrices de revenus et de l'emploi des jeunes. A cela s'ajoute, la restructuration et la dynamisation des instruments d'action sociale de proximité tels que la promotion nationale, l'entraide nationale qui a fait l'objet d'une profonde mise à niveau afin de conférer à ses interventions le maximum d'efficacité et l'Agence de Développement Sociale qui fait également l'objet d'une profonde mise à niveau.

Cette action de consolidation des efforts de lutte contre la pauvreté se manifeste à travers les programmes nationaux de renforcement des infrastructures de base (PAGER, PERG, PNRR), les programmes de mise à niveau urbaine, les programmes de valorisation du capital humain mis en œuvre par les ministères publics (notamment l'éducation et la santé), Les AGR et l'amélioration des revenus des populations. Ces programmes ont donné des résultats satisfaisants mais leur extension aux localités rurales les plus démunies des services d'infrastructure invite à considérer la mise en place des plans de recouvrement effectif des coûts en vue d'assurer l'accessibilité de toutes les couches sociales aux prestations sociales envisagées.

Si les programmes de lutte contre la pauvreté au Maroc, réalisés ou en cours de réalisation, conjugués à d'autres programmes économiques et sociaux généraux, ont permis, au cours de la dernière décennie, d'assurer une évolution progressive, mais insuffisante, des différents indicateurs sociaux, ils restent en deçà des défis que confronte le Maroc dans une perspective d'atténuation de la pauvreté et d'éradication des disparités sociales. Cela est dû au fait que ces différents programmes, pour diverses raisons, ne contribuent pas de la manière la plus large et la plus efficace à réduire la pauvreté.

Les principaux points faibles qui caractérisent les efforts déployés par le Maroc dans le domaine de l'atténuation de la pauvreté sont particulièrement : i) le manque d'un ciblage adéquat des groupes vulnérables et des couches pauvres de la population; ii) la dispersion des efforts déployés en absence d'une coordination étroite entre les différents acteurs sur la base de plan-programmes intégrés; iii) l'inefficacité des structures et mécanismes oeuvrant en matière d'assistance aux populations pauvres due au manque d'encadrement et à l'imperfection de la législation en la matière; iv) la domination régulière d'interventions conjoncturelles en marge d'actions devant être organisées et s'attaquent aux causes et aux conséquences structurelles de la vulnérabilité et de la pauvreté; v) l'absence de suivi et d'évaluation réguliers des actions entreprises afin d'en tirer des leçons appropriées et de les réajuster au besoin;

Tout en ayant enregistré des progrès dans le domaine du social, le Maroc demeure confronté à un certain nombre d'enjeux qui se rapportent essentiellement à la réduction de la pauvreté, à l'insuffisance de l'accès aux services sociaux de base. Pour se prémunir contre les fléaux de l'exclusion et de la marginalité sociale, le Maroc s'est engagé dans une politique centrée sur

le développement humain au moyen d'une approche novatrice : l'Initiative Nationale de Développement Humain. Cette approche vient renforcer les autres actions publiques de l'Etat déployés dans le cadre de la stratégie sociale de lutte contre la pauvreté à travers notamment comme des programmes en matière de développement rural, et de mise à niveau urbaine

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), lancée en mai 2005, marque une volonté de réduire les déficits sociaux en particulier dans les quartiers urbains pauvres et les communes rurales les plus démunies, à promouvoir les activités génératrices de revenus et à étendre les bienfaits de la croissance à tous les couches sociales à toutes les régions du pays. Cette initiative qui s'inscrit dans le prolongement d'un processus engagé ces dernières années, marque une mutation dans la gestion de la problématique du développement humain. Cette nouvelle approche privilège la participation et le partenariat dans la mise en oeuvre des programmes de développement social

Deux ans après son lancement l'INDH a permis la réalisation de 1104 projets sociaux en 2005, lancement de 6127 autres en 2006, plus de 7000 en attente pour l'année en cours. Comme si la réussite du processus ne se mesurait qu'à l'égrenage d'une liste de projets. Toutefois, il est trop tôt pour mesurer l'ampleur de cet impact mais on ne peut occulter l'objectif intermédiaire : l'INDH est censée modifier le contexte de l'action sociale et déterminer l'émergence d'un nouveau modèle d'intervention. C'est ce changement qui serait le garant de l'efficacité des actions programmées. Il est néanmoins utile de repérer certains dysfonctionnements, compte tenu de l'importance que revêt cette démarche pour contenir le processus de marginalisation et d'exclusion sociale.

L'initiative a provoqué une recomposition institutionnelle des acteurs et rend nécessaire une réflexion en continu sur son organisation et son mode de faire. Le management du processus est en décalage sur sa philosophie. Autrement dit, des dysfonctionnements apparaissent dans la mise en oeuvre du programme : lenteurs dans la mise en oeuvre des projets identifiés, saupoudrage des projets, logique de la dépense qui prend le pas sur la logique des résultats ; perturbations institutionnelles dans la mesure où les Comités de développement humain tendent à se substituer aux Conseils élus dans la décision. Tout cela au détriment des règles de la bonne gouvernance locale. Le paysage social marocain, déjà naturellement brouillé, devient encore plus opaque par la multiplication de procédures et une plus grande dispersion des acteurs. Une situation due à la superposition d'une approche catégorielle et de politiques transversales. Parce que le strict partage des compétences semble relever de l'illusion dans le domaine social, il est nécessaire de redéfinir les fonctions de chaque acteur, préciser leurs relations, organiser les collaborations et définir des règles de contractualisation plus efficaces.

Nombre d'associations ont vu leur position dans le système de l'action sociale et leur organisation modifiées par la nouvelle politique publique. Opérateurs dans le dispositif, elles se sont révélées facilement mobilisables. Mais, l'esprit du partenariat n'est pas encore ancré dans la pratique. Les associations qui participent aux actions contre l'exclusion doivent être mieux reconnues et entendues par les autorités politico-administratives. A défaut de redresser ces dysfonctionnements, l'INDH apparaît comme une adjonction de structures nouvelles à l'appareil traditionnel sans veiller à une évolution cohérente de l'ensemble du paysage institutionnel et social. Certes, on ne peut pas produire de l'efficacité en un délai si court.

Pertinente en soi, l'Initiative gagnerait en efficacité en s'inscrivant dans une tendance lourde au renforcement de la décentralisation et de la déconcentration.

En dépit des difficultés de mise en œuvre de cette stratégie de développement social intégré, les indicateurs sociaux se sont améliorés mais les avancées n'ont pas été accomplies au rythme souhaité et les déficits sociaux sont encore importants. Il est certain que dans le domaine de la lutte contre la pauvreté, la politique sociale de l'Etat doit jouer un rôle accru. Mais si l'augmentation des crédits budgétaires affectés à la réalisation des différentes dépenses sociales peut améliorer la couverture des besoins sociaux de la population, les résultats en termes d'impact sur la situation des pauvres ne sont pas seulement liés à la hauteur de l'effort financier mais aux choix de priorités et au ciblage de la dépense. La politique de lutte contre la pauvreté ne devrait pas non plus se limiter à une politique purement sociale qui risquerait vite de perdre de son impact. Elle devrait être associée aux politiques plus globales situées en amont (emploi, production...) et inspirer l'ensemble des politiques sectorielles. A l'avenir, la stratégie de réduction de la pauvreté dépendra de plusieurs facteurs, notamment du niveau et de la régularité du taux de croissance, de la composition sectorielle de la croissance, du volume et de la répartition des dépenses publiques ainsi que de la nature des programmes d'assistance sociale.

3.5 Les programmes de micro-crédit

L'activité du micro-crédit (MC) au Maroc occupe une place importante dans la politique sociale par l'importance de son impact sur l'exclusion, par le rythme de sa progression et, surtout, par les perspectives qu'elle offre. Cette activité a fait son apparition au Maroc dans la seconde moitié de la décennie 90. Marquée par le volontarisme de ses promoteurs (AMSEDE, Zakoura, Amana) elle a pu mobiliser les appuis locaux (banques, entreprises publiques et privées, administrations...) et accumuler une expérience qui l'a amenée notamment à satisfaire des milliers de bénéficiaires. Elle se concentre actuellement sur les femmes et le monde rural.

Globalement, en 2005, le secteur du micro-crédit détenait un portefeuille de près de 400 000 clients actifs dont 70% de femmes. L'encours total de prêts était de 500 millions DH. Le secteur compte aujourd'hui une douzaine d'opérateurs. Cependant, à elles seules, Zakoura et Al Amana réalisent aujourd'hui près des quatre cinquièmes de l'activité. Si on y ajoute la Fondation Banque Populaire (FBP) et le FONDEP, respectivement troisième et quatrième en importance, on peut dire que ces quatre entités assurent la quasi-totalité de l'activité (97%).

Evolution des principaux indicateurs de l'activité MC d'Al Amana

Encours	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de clients actifs	1 495	8 335	20 310	37 195	61 260	78 114	101 565
Encours (millions Dh)	3	12	30	65	108	154	248
Encours moyen	2 098	1 439	1 480	1 751	1 765	1 979	2 440
Prêts déboursés							
Cumuls historiques	1	11	44 820	104	197 850	313 760	460 788

	880	985		795			
dont Femmes	306	5 273	22 858	55 514	107 358	175 842	263 334
% femmes	16	44	51	53	54	56	57

Source : Al Amana

L'activité du secteur s'est accrue à un rythme extrêmement rapide. Les données attestent également de la part croissante prise par les femmes dans le micro-crédit : la part des femmes frôle les 80%. Les performances globales du micro-crédit peuvent être appréciées à travers les chiffres suivants arrêtés en 2004 : 2,02 millions de prêts pour 5 milliards de DH ; 403.000 clients dont 71,31% de femmes ; encours global de près de 722 millions de DH ; taux de remboursement de 99,7% ; taux de couverture par milieu : 66% dans l'urbain et 28% dans le rural.

La motivation première de la plupart des promoteurs des associations marocaines de micro-crédit est de lutter contre la pauvreté des personnes les plus démunies des milieux urbain et rural, en priorité les femmes, qui ne bénéficient d'aucun programme d'aide, ni d'aucun accès aux sources de financement traditionnelles. Il s'agit d'aider les bénéficiaires à créer ou développer un projet en relation avec leur savoir-faire. Ces opérateurs entendent également apporter des changements significatifs dans la qualité de vie de leurs clients en combattant l'analphabétisme et en développant et enracinant le civisme et la responsabilité

L'impact du micro-crédit sur les bénéficiaires est sensible : les études d'enquête réalisées par les associations de micro-crédit montrent que : i) une large majorité des clients (63%) ont enregistré une augmentation de revenu; ii) la participation au programme favorise aussi une diversification des activités, soit par les financements qu'il permet, soit par l'émancipation (réseau) des femmes qui y participent ; iii) face aux aléas de la conjoncture, les clients semblent moins vulnérables que les non clients ; iv) quelle que soit la zone géographique considérée, la proportion des clients ayant accru leurs dépenses d'éducation demeure supérieure de 10 points en moyenne à celle des non clientes ; v) les clientes sont, proportionnellement, plus nombreuses à prendre seules, davantage de décisions et semblent être plus à l'affût des opportunités et d'une rentabilité meilleure de leur activité.

Les études d'impact révèlent que donc des résultats positifs. Toutefois quelques les observations montrent que : le micro-crédit sert essentiellement en tant que fonds de roulement ; ii) Les candidats au micro-crédit doivent avoir une activité ou un projet ; ces caractéristiques ne correspondent pas souvent à celles des plus démunies, lesquels n'ont pas toujours les compétences physiques et mentales requises ; iii) le secteur ne vise pas particulièrement les poches de pauvreté ; iv) Il n'y a pas d'indications précises sur la sortie de la pauvreté., iv) Le profil socio-démographique de la femme bénéficiaire du micro-crédit ne correspond pas à celui de la femme pauvre.

Avec près de 400 000 clients actifs, le secteur du micro-crédit dans son ensemble sert environ 20 % de la population cible des villes. Il est quasiment absent du monde rural. La population potentielle du secteur du MC est estimée à 3 millions. Compte tenu d'un coefficient de pénétration de 25 à 30% du micro-crédit au sein de cette population le secteur devrait servir, raisonnablement, un million de personnes. La mobilisation des ressources financières pour

l'expansion du crédit ne semble pas poser de problème du fait des taux exceptionnels de remboursement des prêts. Le cadre réglementaire permet de financer aujourd'hui le logement. Un plus grand déploiement consistant à compléter rapidement la couverture territoriale des régions urbaines, à investir rapidement le monde rural concentré (agglomérations ou zones de plus de 10.000 habitants), à s'adresser au monde rural à faible concentration humaine;

Le facteur limitant de cette très forte expansion du secteur est celui relatif à la compétence organisationnelle du secteur pour pouvoir répondre aux besoins (prêts plus importants, individualisés). Le principal défi des associations de MC est celui de pérenniser leur activité, par l'autonomisation de leur action par rapport aux bailleurs de fonds. Pour arriver aux objectifs (un million clients actifs) il faudra mettre un système de refinancement adéquat en créant notamment un fonds de garantie. Il faudra également réviser les contraintes de rentabilité prévues par la loi. Celle ci impose aux associations un délai de 5 ans pour assurer la pérennité de leur activité (autonomie financière et fonctionnelle), cette contrainte constitue un véritable danger car elle pousse ces structures à s'éloigner du champ socio-économique dans lequel elles se positionnaient pour éradiquer la pauvreté et à devenir des sociétés de financement à part entière.

4 Le chômage et la précarité du travail

La situation du marché du travail s'est dégradée au cours de la dernière décennie. Gonflé dans une large mesure par les flux migratoires en provenance du milieu rural, la force de travail urbaine s'est accrue à un rythme rapide alors que son profil de qualification est demeuré faible empêchant ainsi la recherche de gains de productivité à long terme. Le niveau de chômage est plus élevé que par le passé. Alors que la grande majorité de chômeurs sont des jeunes sans expérience de travail, le chômage s'étend parmi les chefs de ménages et s'accroît auprès des diplômés du système éducatif.

4.1 Population active en chômage : niveau de chômage

Le taux de chômage est à 11,2% en 2004. Le nombre de personnes au chômage se situe à 1300 000. Le taux de chômage cache de grandes disparités aussi bien entre les deux milieux de résidence qu'entre les deux sexes et les niveaux d'instruction. Les deux dernières décennies ont été marquées par la montée et la persistance du chômage urbain, notamment celui des diplômés, et une forte hausse du chômage de longue durée (+ 12 mois) et de très longue durée (+ de trois ans) plus particulièrement chez les nouveaux entrants sur le marché du travail.

- La montée et la persistance du chômage en milieu urbain. Bien que le taux de chômage en milieu rural soit relativement peu élevé, il s'explique en partie par l'exode rural, l'emploi demeure la principale motivation de la migration rurale-urbaine avec une plus grande intensité pendant les années de sécheresse
- La composition du chômage s'est fondamentalement transformée depuis le début des années 80. Entre 1984 et 2003, on relève une chute de la part des actifs sans diplômes dans le chômage, de 65,2% à 27,5%, avec une augmentation significative de celle des actifs ayant un niveau de diplôme de 30,7% à 45,4% sur la même période.
- Le chômage se concentre toujours sur les jeunes, même s'il l'est de moins en moins. Il a varié entre 30% et 38% de 1984 à 2003. En 2004, le taux de chômage est au plus

- haut dans le groupe des jeunes et des jeunes adultes (15-24 ans) atteignant 34,5%, soit quatorze points de pourcentage de plus que celui (20,2%) des adultes (25-44ans).
- L'incidence du chômage est plus élevée chez les femmes (25,8%) que chez les hommes (17,4%) en 2003 ; le ratio du taux de chômage des femmes par rapport aux hommes est resté autour de 1,5 entre 1984 et 2003.
 - Le chômage de longue durée devient un problème majeur, comme en témoigne l'augmentation considérable de la part des chômeurs de plus de douze mois en passant de 54,7% en 1984 à 74,8% e 2003. L'incidence du chômage de longue durée est plus élevée parmi les primo-demandeurs d'emploi que les chômeurs ayant déjà travaillé : la part des chômeurs n'ayant jamais travaillé passe de 43,4% à 54,4% entre 1984 et 2003.

4.2 Les insuffisances du dispositif de lutte contre le chômage

Il n'existe pas de dispositif passif de lutte contre le chômage au Maroc. En revanche, les indemnités de licenciement et les systèmes de préretraites qui y existent participent des politiques passives. Ces indemnités de licenciement et préretraites sont des systèmes hybrides à mi-chemin de l'assistance et de l'assurance chômage. Les indemnités de licenciement et préretraites peuvent être considérées comme participant des politiques passives en ce sens où chacune de ces mesures donnent lieu à des versements de revenus en l'absence de toute contrepartie sous forme de travail ou de participation à un dispositif de formation. Il existe cependant une différence fondamentale entre les deux qui est que la retraite anticipée consiste en un retrait de l'activité et donc agit sur le volume de l'offre de travail, alors que les indemnités de licenciement n'ont aucun effet dans ce domaine. On peut d'ailleurs fort bien soutenir l'idée que le versement d'indemnités de licenciements est une opération ponctuelle, ne donnant pas lieu au versement périodique de revenus à la différence des allocations chômage et des pensions de préretraites, et ne figure donc pas dans la panoplie des politiques passives. Etant donné la quasi-inexistence de l'assistance chômage il a paru préférable dans le cadre de cette étude d'assimiler les indemnités de licenciements à des politiques passives.

Lors des premières assises de l'emploi tenues en 1998, les pouvoirs publics avaient envisagé la création d'un système d'assurance avec des conditions d'éligibilité et des modes de rémunération qui, à ce stade de la réflexion, auraient pu être intéressantes, si le projet avait été mené à bien. Les dernières décisions annoncées lors des journées «initiatives emploi» ne comportent plus de projet de cette nature, le Maroc ayant choisi de mobiliser ses ressources exclusivement en faveur de mesures actives.

Destinées à faciliter l'accès à l'emploi, les politiques actives participent de la création d'activité au travers de leurs programmes en même temps qu'elles influent sur la composition de la population active au travail par la sélection pour ces programmes de personnes prises dans des catégories cibles de la population active. L'examen de ces politiques actives demande donc de croiser l'étude des mesures elles-mêmes et celle des publics auxquels elles sont réservées. En outre, l'appréciation de leur efficacité nécessite l'analyse de la cohérence externe (l'adéquation à la situation du marché du travail) et interne des différents dispositifs, leur cohérence entre eux et les conditions de leur mise en oeuvre, ainsi que d'en mesurer l'impact au regard des objectifs qui sont les leurs.

Dans le cadre de la lutte contre le chômage et l'élaboration des stratégies de l'emploi, l'Etat a cherché à renforcer les actions destinées à améliorer l'environnement de l'entreprise en vue d'affermir la confiance des investisseurs. Ainsi le dispositif juridique en matière commerciale a été rénové et les réformes économiques et financières ont été poursuivies (adoption du nouveau Code de commerce et des lois relatives aux sociétés). L'Etat s'est engagé à lever les obstacles fonciers à l'investissement en mettant à la disposition des communes une réserve foncière pour réaliser des zones d'activités et des infrastructures d'accueil favorisant les emplois de proximité. Par ailleurs, le soutien à la PME/PMI au moyen de dispositifs divers a été renforcé (lignes de crédits spécifiques, système de garantie...). Une structure nationale chargée de la création et du développement des PME/PMI a été mise en place avec pour principales missions d'assister, former et informer les jeunes sur la création d'entreprise ; de mettre en œuvre des programmes de parrainage au profit des jeunes promoteurs et améliorer l'environnement de création d'entreprises en préconisant toutes mesures susceptibles d'y contribuer.

Dans le cadre de cette approche, d'importants efforts ont été déployés au cours des dernières années pour donner un contenu pratique à ces orientations. Il s'agit en particulier de l'encouragement des jeunes à créer leurs propres entreprises, de l'appui à l'auto-emploi, de l'aide à la formation – insertion des jeunes diplômés dans la vie active.

Le bilan des mesures de l'emploi n'est pas particulièrement satisfaisant

- Ainsi, pour les stages de formation insertion, depuis 1993, à peine 29000 stages ont été réalisés dont près de 60% des bénéficiaires ont été insérés définitivement à l'issue de leur stage.
- Le programme action-emploi n'enregistre pas de performance meilleures: l'insertion n'a concerné que 66000 jeunes diplômés dans 37000 entreprises d'accueil dont plus de 90 de PME de moins de 50 salariés, celles de moins de 10 salariés ont accueilli 60% des bénéficiaires du PAE, 48% des insertions sont dans le secteur des services. 70% des insérés ont bénéficié d'une formation complémentaire.
- L'exécution des Contrats spéciaux d'insertion n'a débuté que récemment. On a recensé à peine 1176 contrats d'accès à l'emploi, 163 contrats de développement de l'emploi et 105 contrats d'emploi d'utilité sociale
- L'effectif des bénéficiaires des programmes de formation qualifiante ne dépasse pas 1591 jeunes, 839 ont été insérés, dont 180 recrutés sur des postes budgétaires, soit un taux d'insertion de 67%.
- Le programme d'appui à l'auto-emploi a permis la création de quelque 730 entreprises en 2002 générant plus de 2670 emplois. Les dispositions de ce programme ont été intégrées dans la nouvelle loi no 53/00 formant charte des petites et moyennes entreprises (Fonds de garantie jusqu'à 85% des prêts octroyés par les banques).

4.3 La réforme du code du travail : apports et limites

Les perspectives d'évolution du marché du travail ont pris de l'importance dans le débat public, notamment à travers la réforme du code du travail et ce, pour deux raisons.

Premièrement, la dureté de la concurrence internationale et les chocs de l'ouverture et des démantèlements tarifaires ont accentué les pressions auxquelles les entreprises sont soumises

pour s'adapter à la situation nouvelle des marchés des produits et des facteurs de production, et ont créé un climat d'incertitude économique où de brusques variations de l'environnement international et une grande volatilité de la demande obligent les entreprises à trouver des moyens de faire face constamment et rapidement aux conditions nouvelles.

Deuxièmement, devant l'évolution de l'environnement de l'économie nationale on s'accorde en général à penser que le code de travail était de moins en moins adapté aux changements structurels majeurs. Si ce code doit être remis au rang des accessoires, le nouveau code se doit d'être un instrument de rénovation des relations sociales plutôt qu'un simple texte de codification de la réglementation du travail.

Le nouveau code de travail a modifié certaines dispositions de la réglementation du travail (délai de temps pour approuver une fermeture d'usine, responsabilisation des délégations régionales du ministère du travail, fixation des barèmes des indemnités etc..). Mais d'un autre côté, il accroît le coût de recrutement des travailleurs permanents et renforce les conditions requises pour la soumission d'une requête de licenciement.

Enfin, ont été formalisés et institutionnalisés les modes de règlement des conflits collectifs, c'est-à-dire notamment la conciliation, instituée à plusieurs niveaux, et l'arbitrage. Ces deux modes alternatifs de résolution des conflits étant volontaires. La réforme du code du travail, en instituant une nouvelle configuration des relations professionnelles fondée sur les procédures de négociation collective et d'arrangement entre les partenaires sociaux, favorise les arbitrages entre droit du travail et droit au travail, entre productivité et salaires, entre effort des salariés et qualité des produits. Dès lors les partenaires sociaux peuvent trouver dans les nouvelles règles de gestion des relations professionnelles une base pour l'élaboration d'alternatives spécifiques et appropriées au chômage.

Le processus d'élaboration et de négociation de ce nouveau code s'est étalé sur environ trois décennies². Le contenu de ce nouveau cadre juridico-institutionnel de la gestion des relations du travail s'est largement inspiré des conventions internationales du travail ratifiées par le Maroc et plus particulièrement celles afférentes aux droits fondamentaux du travail.

Les apports du code du travail précisent les droits et les obligations des parties à la relation du travail et portent sur : les relations individuelles du travail, les rapports collectifs du travail, la négociation collective, les conditions du travail, l'hygiène et la sécurité du travail, la protection des femmes et des enfants, l'institutionnalisation des modes de règlement des conflits du travail, l'emploi.

De surcroît, il confie à l'agent chargé de l'inspection du travail une fonction de pré-conciliation des conflits individuels du travail selon des procédures préétablies. L'inspection du travail joue un certain rôle dans la défense des droits économiques et sociaux des travailleurs. Le droit de travail attribue aux agents chargés de l'inspection du travail des pouvoirs étendus (droit de visites des entreprises, examen des registres dont la tenue est prescrite par la loi, établissement des infractions...). Un reprofilage des missions de cette

² C'est au cours du dernier round du dialogue social entamé au premier trimestre de 2003 que le projet du code dans sa version de 1995 (dont certains articles constituaient des points de discorde) a été réexaminé dans une sous-commission tripartite. Un consensus a été obtenu sur sa nouvelle mouture.

assurer ce contrôle et sont parfois victimes de mesures de représailles (L'inspecteur Qacha Zine-Alâbidyne de Marrakech a été condamné à 10 ans de prison pour avoir rédigé un PV d'infraction de fermeture illégale d'une boulangerie)

4.4 La précarité de l'informel

Le phénomène de précarité est consolidé par l'expansion du secteur non structuré lié, non seulement à la situation de crise de l'emploi qui sévit au niveau de l'économie mais également, à la nature de l'activité économique dans son ensemble. L'absence de contrôle et la flexibilité qui le caractérise ont fait que le secteur informel occupe une place prépondérante dans la régulation du marché du travail et donc, des salaires.

Le secteur informel emploie 20,3% de l'emploi total. L'Enquête Nationale sur le Secteur Informel non agricole (ENSI) réalisée au cours de la période 99/2000 par la Direction de la Statistique, a permis de recenser près de 1,2 millions d'unités de production informelles situées pour l'essentiel en milieu urbain (71,6%). Le rôle des femmes dans ce secteur se révèle être fort réduit et très peu efficace. On dénombre 12,4% de l'ensemble des unités de production informelles dirigées par des femmes, qui ne contribuent que pour moins de 3,5% au CA global

Au Maroc, le secteur informel est une réalité très complexe à la fois dans son fonctionnement interne et dans ses rapports de cohabitation avec le secteur structuré. Aussi, l'analyse du marché du travail, pour être pertinente, doit elle faire une place non négligeable au phénomène du travail informel, révélateur des déséquilibres et autres dysfonctionnements entre l'offre et la demande de main d'œuvre. L'ENSI révèle que : i) le secteur informel englobe 39% de l'ensemble de l'emploi non agricole, ce qui correspond à 20,3% de l'emploi total. (ii) Les formes d'emploi font une large place à l'auto emploi (69%) et aux unités de production n'employant qu'une seule personne (70,5%) ; iii) le salariat y reste très peu répandu et ne dépasse guère 14,2% de l'ensemble de l'emploi informel non agricole ; iv) le commerce et la réparation y constituent un secteur d'activité prépondérant avec 48,2% des actifs occupés informels alors que l'industrie et l'artisanat n'occupent que 25% des travailleurs informels ; v) l'informel reste un cadre de prédilection de la précarité et de l'absence de protection : on y dénombre 2% seulement de travailleurs sous contrats pendant que 66,1% acceptent d'être engagés sur la base d'un simple accord verbal et 31,8% opèrent sans accord et sont donc davantage exposés à l'arbitraire et à l'humeur de l'employeur.

Du point de vue des conditions de travail, le secteur informel se caractérise par une certaine précarité. Le degré de connaissance de la réglementation relative aux horaires de travail est relativement important (60 % des unités). Les conditions de travail sont déplorables dans la plupart des unités. Un grand nombre d'unités n'est pas soumis aux normes réglementaires relatives à la durée de travail, tant quotidienne qu'hebdomadaire, (80 % des unités travaillent plus de huit heures par jour et en particulier dans les unités de taille trois (6 à 10 actifs). Quand aux salaires perçus par les ouvriers du secteur informel, leur niveau est à la fois inférieur au salaire moyen et au SMIG

Les motifs d'insertion sont révélateurs de ces niveaux de rémunération. Pour la grande majorité, le secteur informel constitue la seule alternative possible d'accès à l'emploi, puisque

83% invoquent comme motif principal, un problème de survie. La précarité de la main d'œuvre et des revenus du secteur informel s'explique par l'instabilité et la fragilité de l'environnement économique dans lequel évoluent ces unités. 91% ne sont pas inscrites à une caisse de sécurité sociale et 41% ne sont pas enregistrées au registre du commerce.

Près de la moitié des unités ignorent la réglementation du travail (46.8%) et 61% des unités versent des salaires inférieurs au SMIG (dans l'industrie et le commerce en particulier). Ce sont essentiellement des contraintes d'ordre économique qui sont à l'origine des bas salaires, puisque la grande majorité des unités invoquent soit l'insuffisance des rendements, soit l'insuffisance des ressources. Ces unités se caractérisent par un faible degré d'affiliation à la CNSS (9% des unités). Une entreprise sur cinq ignore les dispositions destinées à assurer l'hygiène et la santé des travailleurs et des locaux. Un peu plus de la moitié des unités estiment respecter ces normes.

La perspective d'étendre l'activité apparaît comme la première éventualité envisagée en cas de disponibilités financières. Alors que dans le bâtiment, l'industrie et le commerce, la perspective d'étendre l'activité actuelle est envisagée par une majorité des unités, dans les services, les micro- entrepreneurs sont nettement moins nombreux à envisager une telle éventualité. L'éventualité de créer une unité similaire n'arrive qu'au troisième rang.

Par ailleurs, à cause de son mode d'organisation, le secteur informel fait employer des travailleurs sans respecter les dispositions légales conséquentes. Une frange importante des personnes employées n'est pas reconnue en tant que telles, par l'employeur, ce qui implique l'absence de contrats d'embauche, de congés payés, de rémunération régulière, de règles de licenciement, etc... En fait les règles qui régissent ce secteur diffèrent énormément de celles pratiquées dans le secteur formel.

L'une des caractéristiques essentielles des unités informelles est l'emploi de la main d'œuvre salariale sans recours à des actes contractuels garantissant la protection des salariés contre les abus de pouvoir de la part des employeurs informels comme le licenciement sans motifs d'objectifs. En effet, le recours à des contrats d'embauche n'est pratiqué que par 22,0% des unités qui emploient des salariés. Cela montre que les relations de travail dans le secteur informel se tissent en marge du cadre légal du travail. Sachant que 41,7% des salariés sont des travailleurs non permanents, la main d'œuvre salariale demeure, en l'absence de contrats écrits, vulnérable tantôt aux abus de l'employeur, tantôt aux chocs du marché.

Les normes régissant le mode de rémunération des salariés sont en marge des règles institutionnalisées. La majorité des chefs d'unités informelles fixent le montant du salaire par voie de négociation avec les recrutés, soit 51,1%. Mais, la législation sur le salaire minimum garanti (SMIG) est totalement ignorée dans la détermination des salaires. Très peu d'unités (0,2%) paient leur main d'œuvre en tenant compte du salaire minimum garanti. L'absence de syndicat dans les unités informelles renforce cette tendance et affaiblit davantage la position des salariés.

5 Enjeu et avenir de la protection sociale au Maroc

Le système de protection sociale du Maroc constitue un ensemble assez complexe dont les principaux éléments ont été introduits après l'indépendance. Des différents régimes en

vigueur, celui de la sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale est de beaucoup le plus important. Quant aux autres institutions, qu'elles concernent les mutuelles ou les caisses de retraite, elles ont pour champ d'application, les unes le secteur privé ; les autres, le secteur public ou parapublic. La CNSS a été créée en vue d'accompagner le développement par des mécanismes de redistribution inspirés des normes universelles du travail. Le régime organise, sous forme de prestations en espèces et en nature financées par des cotisations conjointes des travailleurs et des employeurs, une solidarité en faveur des familles, ainsi qu'une solidarité entre les générations de salariés, les actifs et inactifs et entre les hauts et les faibles revenus

Le régime géré par la Caisse nationale de sécurité sociale couvre les salariés des secteurs de l'industrie, du commerce, des professions libérales, de l'artisanat et de l'agriculture, à l'exception de ceux des entreprises publiques qui disposent de régimes spéciaux. Les statistiques disponibles font apparaître un effectif de près de 120000 salariés immatriculés à la CNSS qui ont été déclarés au moins une fois. Bien que la population des entreprises affiliées soit en croissance, un grand nombre d'unités échappent encore à l'immatriculation au régime pourtant obligatoire. On dénombre actuellement 80000 entreprises en activité affiliées mais plus de 67% des unités affiliées ont une taille de micro-entreprise, puisque elles ne rassemblent pas plus de cinq salariés chacune et elles ne font que 9% du total des effectifs. Par contre, les grandes entreprises de plus de 500 travailleurs, qui constituent moins de 1% du total, regroupent plus de 25% des salariés.

La structure de la population active du secteur formel lui même est segmentée en deux catégories: la première concerne environ 40% des travailleurs, qui sont déclarés régulièrement à la Caisse, bénéficiant d'un emploi et d'une rémunération stables sur une base mensuelle. La seconde concerne les emplois à temps partiel, le travail temporaire, occasionnel, intérimaire ou saisonnier et d'une manière générale les formes d'emplois à rémunération horaire.

Ainsi, à peine de 38% des déclarés effectuent les 12 mois de travail de l'année et 25% des salariés travaillent moins de six mois par an. Ces formes de travail précaires sont de plus en plus répandues et constituent à côté des bas salaires le principal problème de financement du régime. Cette réalité est suffisamment préoccupante en soi pour imposer une réflexion sur une nouvelle définition des liens des assurés avec le travail garantissant le droit à une protection pérenne et sur un ajustement des prestations que le législateur avait à l'origine imaginées pour un monde de plein - emploi stable qui n'a en fait jamais existé.

La composante la plus importantes des salariés cotisants (75%) appartient à la tranche d'âge de 25 à 55 ans. Les jeunes de moins de 25 ans représentent le quart de l'effectif. Les salariés femmes représentent près 30% de l'effectif des assurés et 22,60% de la masse salariale globale. Un peu plus de la moitié des salariés sont localisés dans la région du Centre (53,6%), les villes du Nord concentrent près de 20% des cotisants, le reste des effectifs est dispersé dans les cinq autres grandes régions du territoire.

5.1 Des effets redistributifs limités

Les prélèvements sociaux dans le secteur privé assujetti à la CNSS représentent 1,6% de la richesse intérieure produite, 2% de la consommation des ménages et 16,2% de la masse salariale déclarée par ce secteur à la CNSS. Le volume des transferts sociaux obligatoires

dans le secteur privé peut sembler relativement modeste. Ce caractère n'est pas imputable aux mécanismes de solidarité organisés entre les assurés sociaux par le régime de sécurité sociale. Il est directement lié à la contribution que le secteur privé apporte au produit intérieur sous forme de masse salariale déclarée. Même ainsi limités en termes macro-économiques, les transferts réalisés par la CNSS constituent pour les assurés sociaux de ce régime, notamment ceux qui ont un faible salaire, une part sensible dans leurs revenus. Dans ces transferts interviennent des effets de redistribution prononcés entre les revenus élevés et les revenus faibles.

Les prestations servies par la CNSS s'organisent en trois branches distinctes: les prestations familiales (allocations familiales, aide sanitaire familiale), les prestations dites à court terme (indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité, allocation au décès, remboursement du congé de naissance); les prestations dites à long terme (pension d'invalidité, de vieillesse, de survivants).

Les allocations familiales ne jouent pas vraiment un rôle de redistribution sociale. D'une part, les allocataires ne représentent qu'une partie de la population active insérée dans l'économie moderne (administration, secteur privé organisé). Sont exclues du bénéfice des prestations familiales tous les ménages qui ne sont pas salariés du secteur formel et qui ne relèvent pas du champs de couverture de la sécurité sociale. Soit la grande majorité des familles marocaines. D'autre part le taux de compensation du coût des enfants à charge s'amenuise avec la perte de pouvoir d'achat des allocations qui n'a pas suivi la progression des salaires. Enfin l'égalité qu'introduit les prestations est purement formelle: les coûts associés à la présence d'un enfant varient sensiblement en fonction du rang et du revenu familial.

La répartition des pensions de vieillesse selon le montant de la pension et le salaire de référence montre que 14,51% des pensionnés ont une pension de 500 dhs, 90% de ces pensionnés ont un salaire de référence inférieur à 750 dhs. 12,3% des pensionnés ont une pension comprise entre 1500 et 2000 dhs. Plus de 73% des pensionnés ont une pension inférieure au SMIG. Le taux de remplacement du dernier salaire, calculé par la pension moyenne rapportée au salaire moyen plafonné, varie entre 64,1% et 139,9%. Le taux de remplacement pour toutes les tranches de salaires est de 78%. Les assurés de la tranche de salaire inférieure à 500 dhs bénéficient d'une retraite d'un montant supérieur à leur salaire de référence.

Le régime de sécurité sociale a pour mission première d'assurer les revenus du travail contre un certain nombre de risques dits sociaux. Les missions et les objectifs assignés à ce régime comportaient la protection du revenu salarial contre des pertes dues à des risques spécifiques tels que l'accident, la maladie, la maternité, l'invalidité, et le vieillissement, la redistribution du revenu entre salariés en fonction de besoins spécifiques (charges familiales notamment), la redistribution du revenu sur le cycle de vie (retraites et pensions), le maintien de la stabilité sociale.

Cinquante ans après la naissance de la sécurité sociale, peut-on dire que les objectifs pour lesquels elle a été créée ont été atteints? Certes, l'apport de cette institution à la sécurité matérielle des travailleurs, à la cohésion sociale, à l'état des relations professionnelles et au climat social dans l'entreprise n'est pas négligeable. Mais, les conditions dans lesquelles la sécurité sociale accompli son rôle ne sont pas optimales. La modicité de certaines prestations

est le reflet de la modicité des revenus primaires déclarés à la Caisse, le problème des bas salaires constituant aussi une entrave à l'accomplissement des fonctions pour tout organisme de sécurité sociale. Le volume des ressources financières mises en circulation par le régime de sécurité sociale du secteur privé reste limité par rapport à la richesse nationale. La raison de cet état de choses tient à la part relative de la masse salariale déclarée, au taux et au plafond des cotisations apportées au régime ainsi qu'à l'effectif relatif des salariés du secteur privé dans la population active (moins de 10%).

Pour autant, les transferts de ressources assurés par le régime de sécurité sociale du secteur privé marocain réalisent une certaine solidarité car ils correspondent à une redistribution effective des revenus entre plusieurs catégories de salariés : des salaires élevés vers les faibles salaires ; des salariés sans enfants en faveur des salariés chef de famille; des actifs en faveur des inactifs (retraités, invalides) et en faveur des veufs et orphelins ; des biens portants en faveur des salariés en rupture de revenu pour cause de maladie ou de maternité.

La Caisse rempli en partie ses missions redistributives et assurancielles en même temps qu'elle canalise une épargne salariale longue, utile à l'effort de développement. Au niveau de la gestion, le laxisme qui a prévalu longtemps n'ont pas favorisé une image de marque de la CNSS. Les efforts de redressement menés depuis quelques années tendent à instaurer progressivement une plus grande rigueur administrative et financière en vue de rendre à la Caisse sa crédibilité. Une démarche qui, si elle est maintenue, permettra de réconcilier la Caisse avec sa vocation première et la rendre à même de relever les défis qui l'attendent.

Vue sur la trajectoire de son parcours, le régime de sécurité sociale est resté figé sur des bases socioprofessionnelles étroites. La difficulté à pénétrer le monde rural ou celui de l'artisanat, sans parler du travail indépendant non salarié témoignent de l'insuffisance de sa dynamique. Des prestations telles que l'assurance contre les accidents de travail et les maladies professionnelles ou l'assurance maladie restent facultatives et tributaires d'initiatives de l'employeur. Depuis sa création, le contexte démographique, économique et social du Maroc a évolué. Des changements économiques ont affecté la structure du tissu productif et le marché du travail. Des mutations sociales modifient la configuration de la société. La combinaison du chômage, du vieillissement progressif de la population active et de l'entrée de plus en plus tardive sur le marché du travail risque d'être une source de crise de financement de la sécurité sociale.

Déjà, le rapport des prestations aux cotisations montre des signes d'inquiétudes. La part des prestations dans la masse salariale a considérablement progressé alors que celle des cotisations est restée sensiblement la même sur la longue durée. D'où un ensemble d'interrogations sur l'avenir du régime. Comment concilier à la fois l'impératif de compétitivité des entreprises exposées à une plus grande concurrence internationale et la satisfaction d'une protection sociale plus efficiente?

La viabilité à long terme du système de sécurité sociale doit tenir compte de l'évolution et de la composition de la population protégée, de la nature des risques assurés, et du degré de solidarité que le régime se propose d'atteindre. La nature des prestations servies impose l'adoption d'une organisation financière spécifique permettant de mobiliser les ressources pour faire face aux engagements et en même temps de concevoir un traitement séparé des branches. Les principes énoncés par la loi imposent d'établir une autonomie financière qui

doit se traduire dans des gestions distinctes de l'administration des réserves, de la comptabilité et, partant, de la détermination et de l'analyse annuelle des taux de cotisation.

En l'absence d'instrument macrocompatible des politiques sociales permettant une vision synthétique des financements et des dépenses, il est difficile d'évaluer le montant global des prélèvements sociaux et des prestations. Une évaluation approximative de ces dernières donne un prélèvement de 4,6% du PIB. De cet éclairage global on peut penser non sans raison que le Maroc est encore loin des taux de 13-15% que l'on rencontre dans certains pays développés et que les cotisations qui représenteraient moins du quart du prélèvement fiscal de l'Etat ont encore une importance limitée. Vue sous l'angle de l'entreprise, les prélèvements sociaux ont été estimés à 39% de la masse salariale. Un tel taux serait d'autant plus pesant que le système de financement des prestations sociales de la sécurité sociale, assuré pour l'essentiel par des cotisations patronales est effectivement inéquitable et peu efficace sur au plan social et économique.

En effet, l'assiette actuelle du prélèvement présente de graves inconvénients du point de vue de l'équité. Une des raisons de l'iniquité du système tient au fait que la participation aux cotisations n'est pas étendue à toutes les entreprises potentiellement assujetties. Une autre raison tient à l'hétérogénéité des taux selon que les entreprises souscrivent à des couvertures maladies et des retraites complémentaires ou non. La troisième raison de l'iniquité relève des différences notables sur les taux de cotisation et leur répartition entre "part salariale" et part "patronale" selon les branches de la sécurité sociale. La quatrième raison tient à l'existence d'un plafond qui donne au prélèvement social un caractère dégressif: seule la partie de l'assiette (salaire ou revenu) située en deçà du plafond supporte le taux plein, la partie située au delà ne supporte pas de charge.

L'hétérogénéité de l'assiette et des taux n'est pas la seule cause de l'iniquité du système actuel. En effet l'extension du système de protection actuel doit avoir pour contrepartie une généralisation de la taxation des différentes catégories de revenus: tel n'est pas le cas. La solidarité et l'équité s'accommodent mal aujourd'hui d'une telle situation. Il conviendrait de faire participer les revenus non professionnels (revenus fonciers, revenus de valeurs mobilières) au financement de la protection sociale.

Une augmentation des cotisations comporte telle que des effets pervers? Certes pesant par principe sur le partage de la valeur ajoutée, tout relèvement des cotisations employeurs contribue, de ce fait, à la dégradation du résultat brut d'exploitation des entreprises sauf bien sûr celles qui peuvent répercuter cette charge dans leurs prix; le régalement des cotisations constitue alors un facteur de soutien de la course poursuite entre les prix et les salaires. Par ailleurs, il est clair que la hausse des charges et la crainte de hausses futures exercent des effets dissuasifs sur l'embauche des entreprises de main d'oeuvre et constituent une entrave à la réalisation de la politique de l'emploi; il conduit les entreprises à préférer l'allongement de la durée du travail, le recours à l'emploi temporaire. Enfin il est un obstacle à la réalisation de l'objectif de revalorisation des bas salaires.

La marge d'action des entreprises nationales est-elle vraiment restreinte? Une réponse affirmative n'est pas pour autant évidente. Le coût total de la main d'oeuvre au Maroc se situe encore à un niveau en deçà de celui de nos partenaires et concurrents de niveau de

- les attitudes des associations, des ONG, du gouvernement, de partis politiques sont en train de changer. Elles évoluent d'une tendance imprégnée d'une méfiance mutuelle vers la recherche d'un terrain commun et la reconnaissance d'une synergie possible de coopération.

- une importance croissante est accordée aux réalisations concrètes plutôt qu'à l'élaboration de stratégies ou prises de positions abstraites.

- l'opinion publique devient de plus en plus intéressée aussi bien par la consolidation de la société civile que par les objectifs multiples poursuivis par les ONG individuellement. La tradition du multipartisme au Maroc et la tolérance de la diversité constituent les fondements culturels pour une démocratie pluraliste et sont particulièrement favorables à une société civile dynamique.

Des initiatives conjointes ont impliqué l'Administration et les acteurs de la société civile en vue de trouver des solutions aux problèmes de la pauvreté et aux besoins publics au niveau local. Les ONG ont aidé l'administration à réduire les décalages de développement sur le plan local et à mobiliser la participation de la base. L'un des arguments forts de ces partenariats de développement est celui de garantir la durabilité des initiatives associatives de développement. Enfin, la participation des ONG et des groupements de base au développement est de plus en plus favorisée par les bailleurs de fonds internationaux.

Afin d'assurer le succès des partenariats de développement impliquant les ONG, il serait très important de minimiser les contraintes de la participation de la société civile. Parmi celles-ci on peut citer:

- i) le manque de confiance de la part de quelques décideurs publics à l'égard des ONG et de leur capacité et leur volonté de s'engager dans le processus de développement d'une façon qui complète les contributions du secteur public au lieu de les saper;
- ii) la faiblesse des capacités institutionnelles des ONG, en particulier au niveau des groupes défavorisés;
- iii) un environnement lourd d'héritages politiques et juridiques et des incertitudes qui empêchent la maturité institutionnelle des ONG. Afin de minimiser ces contraintes, le nouveau cadre de développement de partenariats cherche à inclure les domaines suivants de soutien à la société civile: un programme de renforcement institutionnel pour le développement des capacités des ONG marocaines, le soutien à un environnement propice à travers un dialogue politique avec le gouvernement, les acteurs de la société civile et les bailleurs de fonds.

Il existe, certes, des potentialités considérables pour la durabilité du cadre de partenariat de développement, cependant toutes les parties ont besoin, comme catalyseur, d'une vision cohérente et partagée du rôle que les ONG pourraient jouer dans le processus de réduction de la pauvreté et du développement démocratique et des relations qu'elles pourraient entretenir avec l'Etat.

Larabi JAIDI