

Royaume du Maroc

\*\*\*\*\*

Chef du Gouvernement

\*\*\*\*\*

Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement  
chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance



المملكة المغربية

\*\*\*\*\*

رئيس الحكومة

\*\*\*\*\*

الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة  
المكلفة بالشؤون العامة والحكامة

# MAPPING DE LA PROTECTION SOCIALE AU MAROC



الأمم المتحدة المغرب

لتعمل من أجل تنمية مستدامة وشاملة

NATIONS UNIES MAROC

Agissons pour un développement durable et inclusif

unicef 

pour chaque enfant



Année de production du Rapport : 2015.

Année d'édition du Rapport : 2018.



## TABLE DES MATIERES

Acronymes .....	7
<b>1.</b> Introduction .....	8
<b>2.</b> Méthodologie et structure du rapport .....	8
<b>3.</b> Un système de référence 1 : le cycle de vie, les risques, les personnes et groupes vulnérables .....	10
<b>4.</b> Un système de référence 2 : Un Benchmarking international.....	12
<b>5.</b> Le diagnostic systématique des composantes du système de protection sociale existantes au Maroc.....	12
<b>5.1</b> Etat des lieux du système de la protection sociale par secteur .....	13
a. Assurance sociale.....	13
b. Assistance sociale : Réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, et accès aux services et infrastructures de base ....	16
c. Santé.....	20
d. L'éducation.....	26
e. L'enseignement supérieur .....	30
f. L'Alphabétisation .....	31
g. Emploi, formation, autonomisation .....	32
h. Action sociale : Accompagnement, Hébergement, institutionnalisation.....	36
i. Sommaire des programmes de la protection sociale par secteur .....	37
j. Financement et dépenses par secteur .....	45
<b>5.2</b> Couverture de la protection sociale par groupe de risque .....	47
a. Enfants de 0 à 5 ans .....	47
b. Enfants en âge scolaire (6-15 ans) .....	50
c. Adolescents de 15 à 17 ans et adultes de 18 à 59 ans .....	51
d. Personnes âgées (60 ans et plus).....	53
e. Personnes en situation de handicap.....	53
f. Enfants en difficulté : orphelins, enfants des rues, et enfants sans structure familiale .....	56
g. Violence à l'égard des enfants et des femmes.....	57
h. Femmes en difficulté .....	57
i. Ménages /personnes pauvres et privés de services de base .....	58
<b>5.3</b> Programmes de la protection sociale par type de bénéfice et par groupe de risque ciblé.....	58
<b>6.</b> Conclusion.....	65
Références .....	66
<b>7.</b> ANNEXES :.....	69
Annexe I: Liste des personnes rencontrées .....	69
Annexe II : Programmes et financement par institution de gestion.....	70

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<b>Tableau 1.</b> Les éléments du mapping de la pratique actuelle de la protection sociale étudiés par programme .....	9
<b>Tableau 2.</b> Couverture des régimes de retraite en 2013.....	14
<b>Tableau 3.</b> Sommaire des programmes de la protection sociale par secteur .....	38
<b>Tableau 4.</b> Dépenses de protection sociale: dépenses du gouvernement pour l'assistance sociale et dépenses des caisses pour l'assurance sociale .....	45
<b>Tableau 5.</b> Programmes d'assurance sociale par type de bénéfice.....	59
<b>Tableau 6.</b> Programmes d'assistance sociale par type de bénéfice .....	60
-----	
<b>Figure 1.</b> Risques et programmes selon l'approche cycle de vie .....	11
<b>Figure 2.</b> Dépenses par secteur de la protection sociale, en % du budget de l'Etat .....	47



## Acronymes

<b>ADS</b>	Agence de Développement Social
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>ANAM</b>	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
<b>ANAPEC</b>	Agence Nationale de Promotion de l'Emploi et des Compétences
<b>ANHI</b>	Agence Nationale de lutte contre l'Habitat Insalubre
<b>BIT</b>	Bureau International du Travail
<b>CMB</b>	Couverture Médicale de Base
<b>CNOPS</b>	Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>EN</b>	Entraide Nationale
<b>FMI</b>	Fonds Monétaire International
<b>HCP</b>	Haut-Commissariat au Plan
<b>INDH</b>	Initiative Nationale pour le Développement Humain
<b>IRA</b>	Infections Respiratoires Aiguës
<b>MAGG</b>	Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance
<b>MAPM</b>	Ministère de l'Agriculture et de la Pêche Maritime
<b>MAESS</b>	Ministère de l'Artisanat, de l'Economie Sociale et Solidaire
<b>MSFFDS</b>	Ministère de la Solidarité, de la Femme de la Famille et du Développement Social
<b>MEF</b>	Ministère de l'Economie et des Finances
<b>MEAS</b>	Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales
<b>MENFP</b>	Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle
<b>MESRSFC</b>	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Formation des Cadres
<b>MHAI</b>	Ministère des Habous et des Affaires Islamiques
<b>MHPV</b>	Ministère de l'Habitat et de la Politique de la Ville
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>MUAT</b>	Ministère de l'Urbanisme et de l'Aménagement du Territoire
<b>OFPPT</b>	Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail
<b>ONDH</b>	Observatoire National du Développement Humain
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>PCD</b>	Plan Communal de Développement
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PME</b>	Petites et Moyennes Entreprises
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>RAMED</b>	Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis
<b>TMC</b>	Transferts Monétaires Conditionnels
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## 1. Introduction

Comme dans la plupart des pays du monde, les composantes du système de protection sociale au Maroc ont été développées de manière fragmentée sur une période très longue. Aujourd'hui le système au Maroc se compose d'un système de sécurité sociale qui est contributif (CMR, RCAR, CNSS, CNOPS, ...), d'un système de protection sociale partiellement contributif (RAMED), et d'un système de protection sociale non-contributif (Tayssir, Kafala, IINDH, établissements de protection sociale pour les personnes en difficulté...). Bien que nous parlions d'un système, ces composantes ont été introduites au fur et à mesure en réponse à des problèmes et questions spécifiques. L'ensemble de ces composantes n'a donc pas été conçu comme « un système ».

Des gains d'efficience et des gains d'efficacité peuvent être réalisés par une reformulation des composantes de la protection sociale marocaine dans un système plus intégré ; l'efficience croît lorsque le même résultat est délivré à moindre coût; l'efficacité est améliorée lorsque les résultats escomptés sont obtenus pour les familles, les enfants, les plus vulnérables et les bénéficiaires en général. Cette étude vise à réorganiser et à réformer les éléments existants dans le contexte de la réalité sociale, économique et politique du Maroc et proposer d'autres composantes destinées aux catégories sociales non couvertes.

Dans l'étude, une attention particulière sera accordée à la situation des enfants dans la société marocaine selon une approche axée sur l'équité. La situation des enfants est souvent indirectement influencée par les interventions politiques dans les systèmes de protection sociale

Dans le contexte d'un pays à revenu intermédiaire, le Maroc a l'opportunité de rétablir le fonctionnement de ses instruments de protection sociale afin de les rendre plus performants dans leurs objectifs sociaux et dans leur contribution à la croissance économique. La reformulation de la politique sociale devrait redéfinir ainsi la protection sociale d'une façon plus équitable et plus synergique. D'où le besoin de renforcer l'harmonisation et la convergence des politiques et programmes de protection sociale.

L'étude a donc pour objectif global l'élaboration d'une vision intégrée et harmonisée de la protection sociale au Maroc, à partir de l'analyse de l'état des lieux et à la lumière des bonnes pratiques internationales dans ce domaine.

## 2. Méthodologie et structure du rapport

En mars 2015, un atelier de lancement du processus d'élaboration d'une vision intégrée de la protection sociale au Maroc a été organisé par le Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement Chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance (MAGG) avec l'appui de l'UNICEF. L'atelier, qui était la première étape du processus, réunissait les principaux départements ministériels et organismes impliqués dans la protection sociale dans le Royaume. Cet atelier a été suivi en avril de la même année, d'une série d'entretiens<sup>1</sup> bilatéraux menés par l'équipe de consultants avec les responsables de la formulation et de la mise en œuvre des composantes de la protection sociale existantes. Les entretiens ont permis à l'équipe d'obtenir des informations très détaillées sur les programmes en cours (voir tableau 1 pour une description des composantes discutées).

Le présent rapport, la cartographie du système de protection sociale au Maroc (un Mapping), qui étudie les éléments de la pratique actuelle de la protection sociale au Maroc, a été élaboré sur la base de ces entretiens bilatéraux et d'une revue documentaire détaillée. Dans ce rapport, l'étude fait une analyse à trois niveaux : une analyse de l'intégration au niveau politique (analyse du système: objectifs et fonctions bien définis et accordés), une analyse de l'intégration au niveau programmatique (l'équilibre entre les composantes du système, les chevauchements, les

---

<sup>1</sup> La liste des personnes rencontrées se trouve en Annexe I.



duplications ou contradictions; les composantes harmonisées, pertinentes et consistantes) et enfin une analyse de l'intégration au niveau de la gouvernance et de l'administration (les bases de données coordonnées, les procédures harmonisées, les systèmes de suivi et évaluation).

La cartographie des initiatives de protection sociale est accompagnée d'un Benchmarking international qui présente les leçons et les bonnes pratiques dans des pays similaires au Maroc, ayant mis en place ou ayant entamé le processus de consolidation de leur système de protection sociale. L'élaboration d'une vision intégrée de la protection sociale se basera sur ces deux documents (Cartographie et Benchmarking) afin de formuler des idées pour passer d'un système fragmenté à une vision intégrée en donnant une place aux composantes existantes dans un système plus intégré dans le contexte de la réalité sociale, économique et politique du Maroc tout en portant une attention particulière à la situation des enfants.

Le rapport est organisé comme suit : Le chapitre 3, pose le cadre théorique en présentant l'approche de cycle de vie, les risques, les personnes et groupes vulnérables. Le chapitre 4, fait une synthèse du document de Benchmarking en présentant les principales leçons et les bonnes pratiques pertinentes pour le contexte marocain. Le chapitre 5, présente le diagnostic systématique des composantes du système de protection sociale au Maroc. Le chapitre 6, clôture le rapport par une synthèse des principaux messages du document de cartographie.

**Tableau 1. Les éléments du Mapping de la pratique actuelle de la protection sociale étudiés par programme**

ELEMENTS DU MAPPING	DESCRIPTION
Secteur	Santé, Education, appui au revenu...
Nom du Programme	
Objectifs du programme / Risques couverts	Risques couverts ; groupe d'âge / catégorie de la population couverte. Objectifs définis par programme
Type de bénéficiaire	Contributif/non-contributif ; transferts monétaires /non monétaires ; services
Capacité financière : Montant du transfert	Niveau de bénéfice absolu en % du revenu du groupe ciblé ; adéquat, abordable, acceptable ?
Ciblage	Groupe ciblé : universel, catégorique, richesse ? Critères et mécanismes (entrées et sorties)
Condition d'éligibilité	Conditions d'éligibilité ; conditionnalités
Nombre éligibles	Couverture potentielle : Nombre de personnes/ménages éligibles ; groupes ciblés
Nombre bénéficiaires	Couverture actuelle : nombre de bénéficiaires, nombre de personnes/ménages couverts
Financement	Sources (revenu général, impôts assignés, cotisations), reprogrammation informatique, réforme
Budget alloué et coûts réels	Budget alloué au programme
	Les dépenses réelles du programme par an
Mise en œuvre : administration et gouvernance	Ministère/agence en charge, externalisation du travail
Mécanisme de paiement	Pull/push/hybride ; destinataire ; fréquence ; durée
Cadre de suivi et d'évaluation	Suivi et le mécanisme du monitoring en place ; Evaluations des impacts Survie/prévention/promotion
Cadre juridique politique	Lois, intégration dans politiques et stratégies
Mesures d'accompagnement	Coordination avec d'autres outils et/ou d'autres formations

### 3. Un système de référence 1 : le cycle de vie, les risques, les personnes et groupes vulnérables

**Risque, vulnérabilité et capacités.** Les notions de risque, de vulnérabilité et de capacité sous-tendent l'idée de protection sociale. La vulnérabilité est définie comme un degré élevé d'exposition de la personne aux risques de perdre ou de ne pas atteindre une situation de bien-être en combinaison avec une capacité réduite de se protéger et de se défendre des adversités. Ces risques peuvent être des chocs covariants affectant toute la communauté ou le pays tels que des chocs climatiques, des crises alimentaires ou des crises économiques. Les risques peuvent être aussi des chocs idiosyncratiques au niveau de l'individu ou du ménage, liés à des périodes spécifiques de la vie de la personne, à des événements spécifiques à la vie de la personne, ou au problème de moyens de subsistance. Une relation inverse existe entre la vulnérabilité et la capacité de gérer les risques. Selon Rousseau (2003), cette relation peut se traduire par la formule suivante :

$$\text{Vulnérabilité} = \text{risque/capacités}$$

Un individu ou un ménage aura un niveau de vulnérabilité plus faible si, face aux mêmes risques, son stock de capacités lui permet de mieux résister au choc. En revanche, son niveau de vulnérabilité sera plus élevé si son stock de capacités est trop faible pour lui permettre de réaliser les ajustements nécessaires pour protéger son bien-être. L'analyse de la vulnérabilité porte autant sur la nature des forces agissant sur le bien-être d'une personne que sur son aptitude à se protéger des risques auxquels elle est exposée.

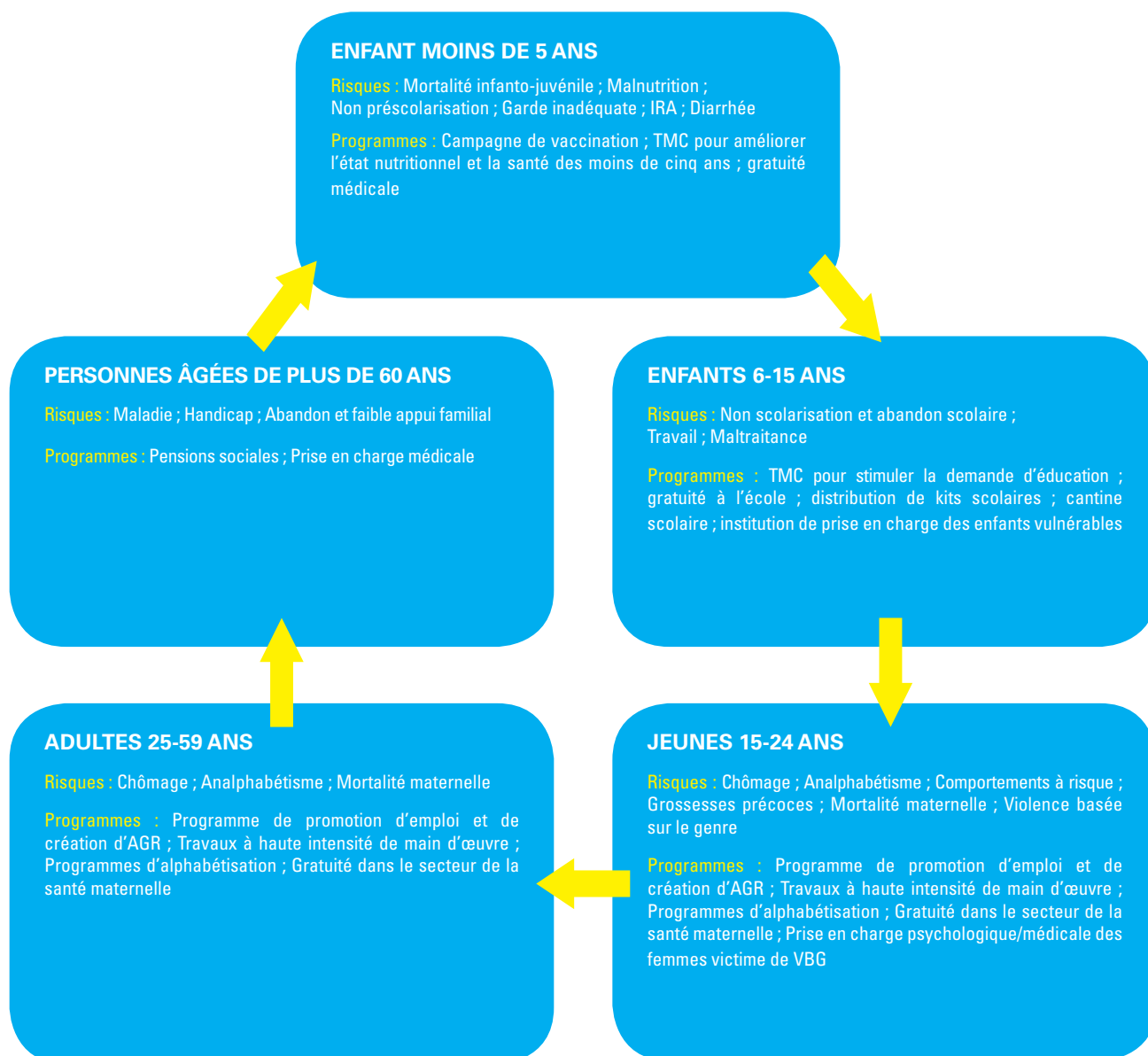
**L'approche cycle de vie :** Les risques au niveau du ménage varient en fonction du cycle de vie. Les individus sont plus ou moins vulnérables en fonction des étapes successives du cycle de vie, pendant lesquelles les risques auxquels ils sont confrontés changent en intensité et en nature. L'approche basée sur le cycle de vie permet de montrer la nécessité d'intervenir de façon holistique dans toutes les phases du cycle de vie pour une amélioration durable de la situation des populations pauvres et vulnérables. La figure 1 ci-après, illustre les différents risques à chaque étape du cycle de vie ainsi que des exemples de programmes pour adresser ces risques.

Certains facteurs de vulnérabilité contribuent aussi à amplifier les risques liés au cycle de vie. Parmi ces facteurs, se trouvent la pauvreté, le lieu de résidence, le genre, le niveau en capital humain et le handicap. Les ménages pauvres ainsi que ceux résidents en milieu rural sont plus vulnérables aux différents risques sociaux du fait de leur accès limité aux services de bases, tels que les services de santé, l'assainissement et l'éducation, d'où des risques de malnutrition, de mortalité et de morbidité, et de non scolarisation plus accrus comparé aux catégories les plus aisées vivant en milieu urbain. En plus des services sociaux de base, les ménages ruraux tendent à avoir moins accès aux infrastructures de base (routes, électricité, eau potable, etc...) ce qui contribue à les isoler d'avantage et à limiter leur développement.

Quant aux femmes et aux filles, du fait de la division traditionnelle du travail et des discriminations dont elles font l'objet, elles se trouvent être dans une situation désavantageuse par rapport aux hommes et garçons, ce qui les rend plus vulnérables face à un certain nombre de discriminations, dans l'éducation et la santé par exemple.

Le manque de capital humain, exprimé par le manque d'instruction, le faible niveau d'éducation, ou autres capacités accumulées par une personne, est une source de vulnérabilité car il la rend moins capable d'éviter, d'atténuer ou de s'adapter aux différents risques, qu'ils soient de nature économique, sanitaire ou socioculturelle. Quant aux personnes vivant avec un handicap, elles sont parmi les groupes les plus vulnérables du fait des discriminations à leur égard, limitant leur accès à l'éducation, aux services de santé, aux opportunités d'emploi ainsi que leur participation dans la vie sociale et culturelle.

Figure 1. Risques et programmes selon l'approche cycle de vie



(Source : Auteurs ; Hodges et al. (2012))

## 4. Un système de référence 2 : Un Benchmarking international<sup>2</sup>

Ce chapitre présente les principales leçons et les bonnes pratiques pertinentes pour le contexte marocain, tirées de l'évolution de la protection sociale dans un certain nombre de pays, dont certains avec une longue tradition de soutien de l'Etat pour la protection sociale et d'autres qui sont relativement nouveaux. Les pays les plus matures comme le Maroc, luttent plus contre la fragmentation de la gouvernance de la protection sociale que les nouveaux régimes. Les pays ayant moins d'antécédents au regard de la protection sociale ont plus de facilité à s'adapter quand les conditions nationales changent.

Des bonnes pratiques ont été observées lorsque les pays travaillent pour améliorer leurs politiques de protection sociale :

- Mettre un haut responsable politique à la présidence d'un comité chargé de l'examen et de la mise à jour du programme national de protection sociale. Entre autres, il assure un bon examen pour témoigner de ce qui fonctionne en termes d'efficacité et surtout en termes de résultats de développement. Ces réformes prennent également en compte l'examen des fondements juridiques de la protection sociale en commençant par la constitution et en mettant l'accent sur le fait que l'état est responsable d'assurer un accès à la protection sociale aux citoyens et sur l'identification des ressources sur lesquelles les responsables peuvent compter pour fournir un service de qualité.
- Assurer un dialogue approfondi avec la société civile sur la politique de protection sociale. Une forte stratégie de protection sociale signifie essentiellement taxer les parties productives de la société pour soutenir les plus pauvres. Discuter en détail des pratiques actuelles et des options d'amélioration aussi largement que possible pour s'assurer de la politique de buy-in.
- S'assurer que la collecte des recettes en proportion du PIB est d'au moins 20 pour cent, pour avoir des ressources suffisantes disponibles pour payer la participation de l'Etat dans la protection sociale. À cet égard, avec un chiffre de 35 pour cent, le Maroc est en très bonne position.
- Mettre en place un système d'enregistrement pour la protection sociale qui peut être utilisé par toutes les parties du gouvernement en lien avec la protection sociale. Les améliorations technologiques au cours de la dernière décennie ont rendu cela relativement facile. Actuellement, le Maroc vise à mettre en place un système de registre unique de la population.

## 5. Le diagnostic systématique des composantes du système de protection sociale existantes au Maroc

Cette section présente les résultats du diagnostic de manière systématique ainsi que par programme, en termes de groupe de risque couvert, de population couverte théoriquement et de population effectivement couverte, de type de prestations, d'effets distributifs, de budget, de gestion, de suivi et d'inégalités éventuelles observées géographiquement ou entre les groupes de population. Les synergies effectuées et possibles entre les différents programmes sont également étudiées. L'étude résume aussi les informations sur l'impact de chacun des éléments de la protection sociale existant sur la vie des bénéficiaires et des non-bénéficiaires, tout comme l'impact estimé par des études antérieures.

---

<sup>2</sup> Le chapitre résume le document de Benchmarking élaboré durant la préparation de la vision intégrée de la protection sociale au Maroc par l'institut EPRI.

## 5.1 Etat des lieux du système de la protection sociale

Les secteurs concernés par cette analyse sont : l'assurance sociale, l'assistance sociale, la santé, l'éducation, l'emploi, et l'action sociale. Cette section est conclue par une synthèse des programmes existants de la protection sociale dans chaque secteur, et par le financement de la protection sociale par secteur.

### a. Assurance sociale

L'assurance sociale, qui est la branche contributive de la protection sociale, est souvent associée à l'emploi dans le secteur formel, qui pourtant au Maroc n'emploie qu'à peine le un tiers de la population. L'assurance sociale couvre les risques de perte de revenus liée à la maladie, à la maternité, à l'invalidité, à la vieillesse, ou au décès, et sert les prestations familiales. L'assurance sociale au Maroc se caractérise par sa faible couverture ainsi que sa fragmentation en termes de financement, de prestation, de condition d'octroi et d'administration.

**L'assurance maladie :** Les risques de perte de revenus liés à la maladie sont couverts par l'assurance maladie, qui représente une des composantes fondamentales de la sécurité sociale. Au Maroc, la couverture médicale de base, traitée plus en détail dans la section santé, est composée du RAMED pour les personnes démunies qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base et remplissant les conditions pour être éligibles audit régime, et de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire), qui devrait couvrir à terme toute personne exerçant une activité lucrative, les titulaires de pension, les anciens résistants et membres de l'armée de libération, et les étudiants de l'enseignement supérieur public et privé dans la mesure où ils n'en bénéficient pas en vertu de l'article 5 de la loi 65-00 portant code la Couverture Médicale de Base. Tel que prévu par la législation en vigueur (Articles 59 et 60 de la loi 65-00), l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) a pour missions principales l'encadrement technique et la régulation du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), ainsi que la gestion des ressources du Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED). L'AMO des travailleurs du secteur privé et l'AMO des fonctionnaires se trouvent être gérés respectivement par la CNSS et la CNOPS. Selon les estimations, le RAMED devrait couvrir près de 26% de la population, et le reste serait couvert par l'AMO. Pour l'instant, du fait de la mise en œuvre progressive de l'assurance AMO, seuls les salariés et les titulaires de pensions du secteur privé et public et leurs ayants droit sont couverts, ainsi que les étudiants. L'AMO et le RAMED couvraient en 2014 seulement 50% de la population marocaine, soit 17,9 millions de personnes<sup>3</sup>. L'extension de la couverture, notamment celle des indépendants, reste donc un défi majeur pour le Royaume, et que le gouvernement est en train de discuter afin que ces indépendants et les personnes non-salariées exerçant une profession libérale puissent être couverts. Cela va permettre à environ 11 millions de Marocains, entre assurés et ayants droit, de bénéficier d'une couverture médicale, soit 30% additionnelle de la population.

**Les régimes de pension :** Le système des pensions couvre les risques de perte de revenus liée à la vieillesse, à l'invalidité (due à d'autres causes qu'un accident de travail, vue que l'invalidité causée par un accident de travail est gérée par les compagnies d'assurance<sup>4</sup>) ou au décès. La couverture du système de pension reste cependant limitée. Seulement 20% des personnes de plus de 60 ans touchent une pension de retraite (tableau 2). L'extension de la pension devrait se faire en même temps que l'extension de l'AMO aux indépendants, celle-ci étant associée à un régime de pension pour encourager les indépendants à déclarer leur revenu réel et afin d'assurer une continuité de la couverture maladie après l'âge de cessation d'activité professionnelle. Il n'y a à ce jour aucun programme de pension sociale non-contributive dans le Royaume.

---

<sup>3</sup> Rapport d'activités de l'ANAM, 2013/2014

<sup>4</sup> L'assurance pour les accidents de travail est obligatoire. Pour un meilleur contrôle, elle devrait être laissée à la gestion d'une des caisses existantes, telle que la CNSS.

**Tableau 2. Couverture des régimes de retraite en 2013**

Rubriques	CMR	CNSS	RCAR
Pensions de retraite			
Pension civil	272 156	447 192	107 886
Retraités	190 052	295456	64 100
Ayants-cause	82 104	151 736	43 786
Pension militaire	224 331	n/a	n/a
Retraités	73 611		
Ayants-cause	50 720		
Total retraités	263 663	295 456	64 100
Couverture des plus de 60 ans* : 20.2%	8.6%	9.6%	2%
* Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en 2013 : 3 066 000 ( <a href="http://www.hcp.ma">www.hcp.ma</a> )			
Source : Rapports d'activité de la CMR, la CNSS et le RCAR ; HCP ; calculs des auteurs			

Le système des retraites au Maroc se caractérise par sa fragmentation avec plusieurs régimes s'adressant à différentes catégories de travailleurs et avec différentes modalités en matière de financement, de calcul des prestations et de conditions d'octroi.

Le régime des pensions s'adressant aux fonctionnaires civils et militaires est géré par la Caisse Marocaine des Retraités (CMR), un établissement public jouissant de l'autonomie administrative et financière.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)<sup>5</sup>, établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de l'emploi et des affaires sociales, se charge de la gestion des pensions destinées aux travailleurs du secteur privé.

Le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR), institution dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière gère les pensions destinées aux salariés non titulaires de l'Etat et des collectivités territoriales et de tous les employés des établissements publics soumis au contrôle financier de l'Etat.

Enfin, la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) gérée par une association patronale, est un régime de pension facultatif ouvert aux adhérents de la CNSS.

En 2013, les trois caisses, la CMR, la CNSS et la RCAR avaient environ 3.7 millions d'affiliés, soit environ 32% de la population active âgée de plus de 15 ans. Les retraités étaient au nombre de 621 766, représentant environ 20% de la population de plus de 60 ans.

Aujourd'hui, les différentes caisses de retraites sont confrontées à des difficultés de financement qui remettent en cause leur viabilité et leur efficacité. La source première de ces difficultés est l'évolution démographique.

<sup>5</sup> Le Dahir portant loi n°1-72-184 du 15 jourmada II 1392 (27 juillet 1972) relatif au régime de sécurité sociale, tel qu'il a été modifié et complété pose le cadre juridique de la sécurité sociale. La CNSS, administrée par un conseil d'administration ayant une composition tripartite, composé de représentants de l'Etat, des employeurs et des salariés, est l'organisme en charge de la gestion de la sécurité sociale. Les prestations garanties sont les allocations familiales, les prestations à court terme et les prestations à long terme dont les pensions de retraite.

En effet, le vieillissement progressif de la population marocaine se répercute sur les régimes financiers, qui sont, à l'exception de la RCAR qui est un régime mixte (2/3 capitalisation, 1/3 répartition), des régimes par répartition, c'est-à-dire que les travailleurs et les employeurs paient pour la pension des retraités d'aujourd'hui. Entre 2000 et 2009, la population cotisante aux caisses de retraite a augmenté en moyenne d'environ 4,1%, tandis que celle des retraités touchant une pension a augmenté en moyenne de 6.6% par an (HCP 2012). Le rapport démographique s'est donc dégradé, passant de 15 actifs pour un retraité en 1980 à 3,9 actifs pour un retraité en 2009.

En plus de l'évolution démographique, d'autres éléments tels que la grande générosité du système notamment celui des fonctionnaires de l'Etat, l'absence d'une tutelle unique, l'absence de passerelles entre les régimes existants, et l'absence d'une loi-cadre portant organisation du secteur de la retraite, menacent l'efficacité et la viabilité des caisses. En 2014, la CMR a connu son 1er déficit. Si aucune mesure n'est prise, en 2021 elle touchera aux réserves, et aura des difficultés pour s'acquitter du paiement des retraites.

Le système des retraites est donc en pleine réforme. La première étape est la réforme paramétrique qui devrait augmenter l'horizon de viabilité des caisses, mais aussi à long terme faciliter l'intégration du système suite à une harmonisation des paramètres et des règles de fonctionnement. Les premières mesures concernent entre autres l'augmentation des taux de cotisation de l'Etat employeur et du fonctionnaire de deux points chacun en 2015 et en 2016, et l'augmentation de l'âge de la retraite, passant à 62 ans à partir de juillet 2015, et progressivement à 65 ans à partir de 2016, à raison d'un semestre supplémentaire par an. Devrait ensuite suivre une réforme systémique qui aboutirait à la création d'un pôle public (CMR et RCAR) et d'un pôle privé (CNSS et CIMR), avec un régime de base pour tous les affiliés. Deux autres régimes, un complémentaire, l'autre facultatif, conditionné par le niveau de salaire du cotisant, accompagneront le régime de base.

**Les allocations familiales :** Les allocations familiales sont exclusivement financées par l'employeur. Elles sont perçues par le salarié pour l'enfant jusqu'à 12 ans si l'enfant à charge réside au Maroc, 18 ans si l'enfant est placé en apprentissage, 21 ans si l'enfant a eu son baccalauréat, et poursuit ses études au Maroc ou à l'étranger, et pas de limite d'âge pour l'enfant handicapé ne disposant pas de revenu stable, à raison de 6 enfants à charge au maximum. Les allocations familiales sont versées par l'Etat et font partie de la rémunération pour ce qui concerne les salariés du secteur public, et correspondent à 8.1% du traitement du fonctionnaire. La CNSS paie les allocations pour les salariés du secteur privé à raison de 200 dirhams par enfant pour les 3 premiers enfants et 36 dirhams pour les 3 suivants. Les retraités ayant des enfants à charge reçoivent également ces allocations., qui sont reversées par les caisses de retraites respectives.

**Les prestations court-terme :** Les prestations court-terme, gérées par la CNSS, couvrent les risques de perte de revenu liée à :

- La maladie et la maternité par des indemnités journalières et le remboursement de congé de naissance pour les hommes (3 jours)
- Un décès par la remise à la famille d'une somme comprise entre 10 000 et 12 000 dirhams
- Le chômage en versant une indemnité de perte d'emploi (IPE) au chômeur pendant 6 mois maximum, plus un accompagnement fait par l'ANAPEC et l'OFPPPT pour l'aider à réintégrer le marché de l'emploi. L'IPE, entrée en vigueur depuis décembre 2014. Elle est octroyée pour une période limitée au chômeur ayant perdu son emploi de manière involontaire, et ayant travaillé au moins 780 jours pendant les 36 derniers mois précédant sa perte d'emploi. Le montant mensuel est égal à 70% du salaire de référence, sans excéder le montant du salaire minimum légal (SMIG). Pendant la période de 6 mois, le chômeur continue de recevoir les allocations familiales

et la couverture AMO. La période de 6 mois est aussi prise en compte pour la retraite. L'IPE est financée par le salarié et l'employeur, mais pour les trois premières années, un fond d'amorçage de l'Etat de 500 millions de dirhams aidera à le financer. Pour la première année, le programme devrait bénéficier à 34 000 chômeurs, soit environ 3% du volume global du chômage au niveau national<sup>6</sup>. A fin septembre 2015, seulement 6 037 personnes bénéficiaient du programme.

**Le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles :** Il protège le travailleur contre les accidents survenus et les maladies provoquées à l'occasion du travail. Ce régime, régi par les dispositions du dahir n° 1.60.223 du 6 février 1963 portant modification en la forme du dahir du 25 juin 1927, est obligatoire depuis 2002 pour tous et financé par les employeurs qui sont tenus de souscrire une police d'assurance pour le compte de leurs employés auprès de sociétés d'assurance privées. En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, l'assurance prend en charge la totalité des frais engagés pour les soins de la victime et l'indemnisation partielle de la perte du salaire ; en cas d'incapacité permanente du travail l'attribution d'une rente ; et en cas de décès du travailleur une pension aux enfants mineurs, au conjoint du travailleur décédé et aux ascendants à sa charge.

#### **b. Assistance sociale : Réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, et accès aux services et infrastructures de base**

Les taux de pauvreté et de vulnérabilité ont beaucoup baissé depuis le début des années 2000. La prévalence de la pauvreté est passée de 15,3% à 8,9% entre 2000-2001 et 2006-2007 puis à 4,2% en 2014. Quant à la vulnérabilité, elle est passée de 22,8% en 2000-2001 à 17,5% 2006-2007 puis à 11,5% en 2014. L'indice GINI qui est un indicateur d'inégalité, est resté stable entre 2001 et 2007 à environ 0,407 et ensuite il a connu une légère réduction en 2014 en passant à 0,388. Les risques sociaux sont fortement corrélés avec le niveau économique des ménages. Les ménages les plus pauvres ont un faible accès aux infrastructures et services sociaux de base, tels que les services de santé, d'assainissement et d'éducation, d'où des risques de malnutrition, de mortalité et de morbidité, et de non scolarisation accrus comparé aux catégories les plus aisées. Même si le taux de pauvreté est plus élevé en milieu rural (8,9% contre 1,1% en 2014), des poches de pauvreté persistent aussi en zone urbaine. En 2012, 5,9% de la population vivait dans des bidonvilles et habitats sommaires, caractérisés par la faible disponibilité des services et par l'insécurité.

**Les programmes de transfert monétaire pour réduire la vulnérabilité des enfants :** Le programme d'aide directe aux veuves en situation de précarité ayant en charge des enfants, et le fond d'entraide familiale sont deux des rares programmes de transfert monétaire au Maroc. Lancé en décembre 2014 après la publication du décret numéro 2-14-791 du 4 décembre 2014 par le ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme, et du Développement Social (MSFFDS), le programme d'aide directe aux veuves démunies octroie à la veuve pour chacun des orphelins ayant moins de 21 ans (pas de limite d'âge pour l'enfant handicapé) et scolarisés ou inscrits dans une filière de formation professionnelle, le montant de 350 dirhams, avec un plafond mensuel par famille de 1 050 dirhams, soit une limite de 3 enfants. Le paiement est assuré par la Caisse nationale de retraites et d'assurances (CNRA) qui envoie un premier mandat à la veuve, exigible au niveau de l'agence Al Barid (Poste Maroc) la plus proche de son domicile et dans laquelle elle est invitée à créer un compte bancaire pour recevoir les prestations ultérieures sous forme de virement. Les bénéficiaires de RAMED remplissant les conditions peuvent d'office bénéficier du programme.

---

<sup>6</sup> Le volume global au niveau national était de 1 167 000 personnes en 2014 selon le HCP.



Cependant, ce programme n'est cumulable avec aucune autre assistance financière y compris Tayssir, les bourses scolaires, les pensions, les allocations familiales, ou les aides directes payées par le budget de l'Etat ou par les budgets des collectivités territoriales, des établissements ou toutes autres institutions publiques. Cette mesure sert à éviter que les mêmes enfants bénéficient de plusieurs programmes à la fois.

A fin Octobre 2015, 17 453 veuves et 30 000 enfants bénéficiaires avaient reçu les premiers versements sur un total de 45 000 demandes, et 300 000 femmes éligibles. Le programme d'aide directe aux veuves démunies est financé par le fond d'appui à la cohésion sociale.

La réception des demandes d'aide au niveau provincial est supervisée par le ministère de l'intérieur via ses relais territoriaux (les Annexes Administratives et les Caidats) tandis que la décision finale d'attribuer ou non l'aide est prise par un comité composé de huit départements ministériels et dont la présidence est assurée par le MSFFDS. Le manque d'une parfaite coordination entre les deux ministères pourrait déboucher sur des dysfonctionnements, notamment des retards dans le traitement des dossiers. Les équipes au niveau local gagneraient probablement à être renforcées par des travailleurs sociaux pour améliorer les chances d'atteindre les cibles. La complexité du dossier à présenter pour bénéficier de l'aide combinée au taux élevé d'analphabétisme parmi les veuves, risque aussi d'augmenter les erreurs d'exclusion, et ainsi empêcher le programme d'atteindre ses objectifs.

Le fonds d'entraide familiale, créé depuis 2011 et ordonné par le Ministère de la justice et des libertés, octroie une pension alimentaire au profit de mères démunies divorcées et de leurs enfants auxquels une pension alimentaire est due, à la suite de la dissolution des liens du mariage, lorsque le père est absent ou insolvable. Comme le programme d'aide directe aux veuves démunies, un montant de 350 dirhams, avec un plafond mensuel par famille de 1 050 dirhams, est payé mensuellement aux bénéficiaires. Les bénéficiaires de RAMEL remplissant les conditions peuvent d'office bénéficier du programme. La pension est remboursable par le père dès que possible. La lourdeur administrative du programme le rend cependant difficile d'accès aux populations ciblées. Depuis sa création jusqu'en mai 2014, seulement 3 640 femmes divorcées démunies avaient pu bénéficier du transfert, pour un montant total de 28,51 millions de dirhams. Pour l'année 2015, le gouvernement prévoit l'amélioration de la gestion du Fonds à travers la simplification administrative et le renforcement de la communication auprès des populations ciblées afin d'en augmenter la couverture. Le budget annuel prévu pour le fonds est de 160 millions de dirhams, provenant entre autres des taxes judiciaires (20% du produit des taxes judiciaires) et des remboursements des avances du fonds.

Le programme d'aide directe aux veuves et le fonds d'entraide familiale sont deux programmes visant à améliorer les conditions de vie des enfants vivant dans des situations précaires. Un programme d'aide général en faveur des enfants vulnérables incluant, au-delà des enfants de veuves et de femmes divorcées, tous les enfants vivant dans des conditions similaires de précarité, aurait un impact plus significatif sur la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, et serait surtout plus équitable.

**Les allocations aux anciens résistants et anciens membres de l'Armée de Libération :** Les anciens résistants et anciens membres de l'Armée de Libération et leurs ayants droit bénéficient de la couverture maladie AMO, d'une pension d'invalidité et d'une allocation forfaitaire. Le régime de pension et d'allocation, non contributif et payé par l'Etat, est géré par la CMR. En 2013, le nombre de bénéficiaires s'élevait à 33 609 personnes, et la couverture du programme était de 100%. Les descendants d'anciens résistants et anciens membres de l'Armée de Libération bénéficient d'un appui (sensibilisation, formation, suivi et encadrement technique, appui financier) pour la création d'entreprise et leur insertion professionnelle.

**La caisse de compensation, une opportunité de refonte du système de protection sociale :** Le système de compensation a été créé dans les années 40 pour protéger le pouvoir d'achat de la population et lui permettre d'avoir accès aux produits de première nécessité. Jusqu'en 1973, la caisse de compensation jouait un vrai rôle de péréquation en finançant les subventions par ses propres ressources, provenant notamment du secteur pétrolier. Après 1973, la Caisse s'est trouvée dépourvue de revenus propres, dépendant entièrement du budget de l'Etat, la réduisant ainsi à une simple caisse de subvention. Une réforme du système de compensation s'est donc imposée naturellement du fait du poids financier exorbitant des subventions sur le budget de l'Etat et du constat que les subventions bénéficiaient plus aux classes aisées qu'aux classes défavorisées. Le déficit budgétaire par rapport au PIB est passé de 2,2% en 2009 à 7,3% en 2012. Sans compensation, le déficit budgétaire en 2012 aurait été de 0,7% d'après le rapport sur la compensation préparé pour le projet de loi de finance 2014.

La réforme progressive du système de compensation devrait permettre de libérer des ressources qui financeraient un système de protection sociale ciblant les populations qui en ont le plus besoin. Actuellement, seuls sont compensés le sucre, le gaz butane et la farine nationale de blé tendre, pour un budget de 23 milliards de dirham en 2015<sup>7</sup>, contre 33 milliards en 2014, 43 milliards en 2013 ou encore 56 milliards en 2012. Certaines mesures d'accompagnement ont été mises en place pour limiter l'impact de la décompensation du gasoil en particulier. C'est notamment le soutien au secteur du transport par l'octroi d'une aide financière aux professionnels du secteur (taxi et bus) trimestriellement sous forme de virement pour compenser l'impact en cas de hausse des prix du gasoil à la pompe<sup>8</sup>.

La décompensation du sucre et du gaz butane, à l'ordre du jour, reste cependant délicate. Le prix du gaz butane, utilisé dans la quasi-totalité des ménages marocains, les plus riches comme les plus pauvres, n'a pas augmenté depuis 2000 malgré la hausse des prix du marché. La bouteille de 12kg est vendue à 40 dirhams pour un coût de production de 120 dirhams. Quant au sucre, la décompensation pourrait avoir un impact négatif sur la filière sucrière, qui revêt une importance particulière dans l'économie agricole grâce à sa contribution à la sécurité alimentaire du pays en matière de sucre, à la création d'emplois et à la garantie des revenus de plus de 80.000 agriculteurs. La décompensation du sucre et du gaz butane devrait donc être accompagnée de mesures qui préserveraient le pouvoir d'achat des classes moyennes, et de la mise en place d'un système plus efficace d'appui aux revenus des plus pauvres et de réduction de la pauvreté. En ce sens, les missions de la Caisse de compensation devraient être revues. Au lieu d'être un organe de subvention, la Caisse pourrait jouer le rôle d'instance de coordination de tous les programmes de protection sociale existants.

**L'accès au logement décent :** L'accès au logement décent est une des priorités du gouvernement. Le déficit de logement qui était estimé à 1 240 000 en 2002, a été ramené à 624 000 en 2014, l'objectif étant 400 000 unités en 2016, grâce à une politique de l'habitat axée sur la résorption du logement insalubre (bidonvilles, constructions menaçant ruine, habitat non réglementaire) et la diversification de l'offre de logement destinés aux ménages pauvres et à la classe moyenne avec le programme de logements sociaux à 250 000 dirhams et à 140 000 dirhams. La politique publique de l'habitat est régie par quatre principes fondamentaux à savoir l'accès à la propriété et un faible recours à l'habitat locatif ; l'aménagement foncier via le lotissement d'habitat intégré ; l'auto-construction, plus adapté aux revenus des ménages ; et enfin la péréquation. En dépit d'un bilan plutôt positif, les politiques de l'habitat restent confrontées à certaines limites liées à l'absence d'une approche globale et intégrée au niveau des agglomérations urbaines, une croissance des bidonvilles plus importante que

<sup>7</sup> Le budget de 23 milliards comprend le soutien du pouvoir d'achat à travers l'allocation d'une enveloppe de près de 21 milliards de dirhams pour le soutien des prix à la consommation, et l'allocation d'une enveloppe de 2 milliards de dirhams pour le déploiement des mesures d'accompagnement (Rapport sur la Compensation dans le cadre du projet de loi de finance 2015).

<sup>8</sup> Un mécanisme qui devrait fonctionner sur une base déclarative, mais qui tarde à voir réellement le jour.

le rythme de résorption et une insuffisance des mesures d'accompagnement comme par exemple la réalisation des équipements sociaux et la création d'emploi.

Plusieurs programmes sont mis en œuvre dans le but d'améliorer l'accès au logement décent. Le plus important, le programme « Villes Sans Bidonvilles » (VSB), lancé en 2004, est mis en œuvre sur la base d'un contrat consensuel entre les collectivités territoriales, les opérateurs techniques et les populations concernées. Avec un budget de 25 milliards de dirhams dont 10 milliards couverts par l'Etat, le programme vise la résorption des bidonvilles à travers :

- La restructuration qui consiste au maintien des populations sur place, à la régularisation de leur statut foncier, et à la réalisation des infrastructures manquantes. La restructuration reste cependant limitée étant donné la densité élevée de la population dans les bidonvilles.
- Le relogement dans des habitats individuels évolutifs ou dans des immeubles d'habitat collectifs. Cette option ne correspond néanmoins pas en général au mode de vie des populations qui ont un revenu faible et qui ne peuvent se permettre d'avoir recours au crédit.
- Le recasement, qui est le plus utilisé, et qui consiste en l'attribution d'un lot de terrain équipé et l'encadrement de l'auto-construction par un architecte et un bureau d'étude. Cette option permet ainsi aux ménages pauvres/vulnérables de construire en fonction de leur revenu, mais donne l'impression d'un chantier permanent dans la ville.<sup>9</sup>

Les ménages bénéficiaires du programme sont accompagnés en vue de favoriser leur participation au montage du projet et faciliter leur installation dans les nouveaux locaux. Le programme comprend aussi un volet de prévention à travers la construction de logements sociaux. Le programme est financé par le Fonds de Solidarité Habitat (FSH) alimenté par une taxe parafiscale sur le ciment, par le fonds de garanti FOGARIM qui permet aux ménages d'accéder au crédit bancaire à hauteur de 80% du montant du prêt, et enfin par le microcrédit étendu aux logements.

Le bilan du programme VSB est plutôt positif. La population vivant dans les bidonvilles est passée de 8.2% en 2004 à moins de 3.9% en 2010. En mai 2014, 51 villes sur 85 étaient déclarées villes sans bidonvilles, et 231 100 ménages sur 376 022 ont eu leurs conditions de vie améliorées. Le programme reste cependant confronté à plusieurs contraintes qui ralentissent la réalisation de ses objectifs, à savoir la faible mobilisation de certains partenaires locaux, le retard dans la mobilisation du foncier public, un manque de synergie entre les différents intervenants, un accompagnement social insuffisant, l'insuffisance de contrôle et de sanction à l'encontre des contrevenants, la rareté des programmes de prévention et enfin le nombre croissant des ménages dans le besoin.

L'accès à l'eau potable : Le programme d'approvisionnement groupé en eau potable des populations rurales (PAGER), mis en place depuis 1995, a pour objectif de généraliser l'accès à l'eau potable aux populations rurales. Ainsi, en fin 2013, le taux d'accès à l'eau potable en milieu rural était de 94%, soit 12,6 millions d'habitants. L'objectif est d'atteindre 96,5% de couverture en 2017. Le programme est financé par les contributions des collectivités territoriales et des usagers bénéficiaires, le budget général de l'Etat, la surtaxe PAGER, les dons et prêts concessionnels. Le gouvernement prévoit un appui budgétaire au programme de 150 millions de dirhams. Une politique de tarification existe favorisant la péréquation, c'est-à-dire les plus riches paient une partie de la consommation des plus pauvres. Elle reste néanmoins mal ciblée, avec une tranche de tarif social bénéficiant aussi bien aux pauvres qu'aux populations plus aisées.

---

<sup>9</sup> Leçons du programme « Villes sans Bidonvilles » au Maroc, séminaire en ligne présenté par Najib Lahlou, Institut de la Banque Mondiale, février 2014

**L'accès à l'électricité :** Le programme d'électrification rurale global (PERG) a comme objectif la généralisation de l'électrification en milieu rural. Ce programme a permis un taux d'électrification de 98,73% en fin 2014, soit 12,2 millions d'habitants du milieu rural, contre un taux de 18% en 1995. Pour la seule année de 2014, un effectif de 1 390 villages, soit 39 989 foyers ruraux ont bénéficié de l'électrification. L'électrification des zones rurales a entraîné une redynamisation économique et un meilleur fonctionnement des services sociaux dans les régions concernées, ce qui s'est traduit par une régression d'environ 5% de l'exode rural et une augmentation du taux de retour d'environ 1.5% (ONE 2005).

**Le programme national des routes rurales :** Le désenclavement des zones rurales par la construction de routes vise le développement social et économique des zones concernées, à travers l'amélioration de l'accès des populations aux services sociaux de base et aux opportunités économiques. En 2014, 78% de la population rurale avaient accès au réseau routier contre 45% en 2002. Plusieurs études<sup>10</sup> ont montrées l'impact positif des routes rurales sur le développement rural, en particulier sur les transports (meilleur accès aux marchés, coût moins élevé des transports), sur l'utilisation et la qualité des services de santé et d'éducation, sur l'agriculture et sur la parité homme-femmes (à l'école et face aux opportunités économiques). L'objectif pour le gouvernement est d'atteindre 80% de taux d'accessibilité au terme du programme, en mettant l'accent sur les routes de proximité pour une meilleure équité territoriale et une convergence des actions en matière de développement humain. L'achèvement et l'évaluation de la deuxième phase du programme sont prévus pour 2015.

**L'appui de l'INDH pour l'accès aux infrastructures de base :** A travers son programme de mise à niveau territoriale, l'INDH a comme objectif de subvenir aux besoins des populations de certaines zones montagneuses ou enclavées, et de réduire les disparités en matière d'accès aux infrastructures de base, équipements et services de proximité. L'Initiative apporte son appui à l'électrification rurale, à l'accès à l'eau potable, à la construction de routes et de pistes rurales, et à l'accès aux services de santé et d'éducation. Le programme<sup>11</sup> cible 1 million de bénéficiaires vivant dans 3 300 douars relevant de 503 communes rurales situées dans 22 provinces montagneuses ou enclavées. En 2013, la construction de 684 km de routes et de pistes rurales et de 19 ouvrages d'art, l'abduction à l'eau potable de 94 douars et la construction de 252 points d'eau, ainsi que l'électrification de 1983 douars ont coutés au Maroc la somme de 542 071 400 millions de dirhams.

### **c. Santé**

#### **Accès aux soins de santé de base (couverture des soins hospitaliers et libéraux)**

L'article 31<sup>12</sup> de la Constitution de 2011 consacre le droit à la santé et à la couverture médicale. La loi cadre n° 34-09<sup>13</sup> relative au système de santé et à l'offre de soins stipule que les actions de l'Etat en matière de santé portent sur les domaines de prévention contre les risques menaçant la santé, d'éducation pour la santé, de promotion de modes de vie sains, de contrôle sanitaire et de prestation de soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de réhabilitation (Art.3). A cet effet, 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. Cependant, malgré la gratuité officielle des soins de santé de base, le Maroc accuse beaucoup de retard dans plusieurs domaines (mortalité, morbidité, accessibilité aux soins), avec des grandes inégalités de santé et de mortalité liées aux inégalités socio-économiques.

---

*10 Les études incluent celles faites par la Banque Mondiale en 1996 et la Direction des Routes et de la Circulation Routière (DRCR) à la fin des années 90.*

*11 Phase 2 de l'INDH 2011-2015 ;*

*12 L'article 31 de la constitution : « L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État ».*

*13 Dahir n° 1-11-83 du 2 juillet 2011 portant promulgation de la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.*

Certaines barrières à l'accès aux soins persistent, notamment les barrières financières, géographiques, et des problèmes de qualité. Un des problèmes dans le système de santé est le manque de personnels de santé et la non-adéquation aux besoins de la population. Le nombre des médecins en 2011 était de 18 508 dont 43% exerçaient dans le secteur privé. Face à ces déficits, le Ministère de la Santé a relancé l'initiative 3 300 médecins par an à l'horizon 2020, pour faire passer le nombre de médecins de 5 à 10 pour 10 000 habitants. Un autre défi du système de santé est l'insuffisance d'établissements de soins de santé et une inégale répartition géographique entre milieux et entre régions. Le Ministère de la Santé et l'INDH investissent dans la construction des infrastructures, et le nombre des établissements de Soins de Santé de Base a augmenté au cours des dernières années, mais ce fut aussi le cas pour la taille de la population au Maroc. Proportionnellement, le nombre d'habitants par établissement de Services de Santé de Base n'a pas changé entre 2008 et 2013<sup>14</sup>. La proportion du budget total du ministère de la Santé par rapport au budget général de l'Etat a diminué de 5,1% à 4,8% entre 2008 et 2013<sup>15</sup>. La part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé reste insuffisante, vu que ce sont les ménages qui continuent de financer la part la plus importante de la dépense totale de santé. Selon les données les plus récentes, 53,6% de la dépense globale de santé au Maroc est financée par le paiement direct des ménages (net des remboursements des assurances et mutuelles)<sup>16</sup>. Les dépenses en médicaments et biens médicaux constituent la moitié (50%) de ces dépenses (MS 2010). Il y a donc une dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins. Un des axes d'intervention notés dans la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016 est la diminution de la contribution des ménages dans le financement de la santé, visant à réduire les dépenses directes des ménages de 54% en 2010 à 25% en 2016<sup>17</sup>.

Les produits pharmaceutiques occupent une place considérable dans le système de santé marocain. En effet, les médicaments et biens médicaux absorbent à eux seuls 31,7% de la dépense globale de santé<sup>18</sup>. En 2014, basé sur le Décret n° 2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation des prix des médicaments, la révision des prix visait à permettre aux citoyens un meilleur accès aux médicaments (WB 2015). Le budget pour les médicaments était de 1.4 Milliards DHS.

En 2012-2013, le Ministère de la Santé a réalisé une large consultation publique. Les résultats de cette consultation ont abouti à l'élaboration d'un Livre Blanc intitulé « Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la Santé », présenté lors de la 2ème conférence nationale sur la santé en juillet 2013. Conformément aux dispositions de la nouvelle Constitution, la Stratégie Sectorielle de Santé 2012 - 2016 s'inscrit dans une approche de droits humains et de démocratie sanitaire. Cette stratégie sectorielle comprend sept axes stratégiques : (1) L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services, notamment dans le monde rural ; (2) Le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant ; (3) La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques ; (4) Le renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires ; (5) Le développement du contrôle des maladies non transmissibles ; (6) Le développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé ; et (7) L'amélioration de la gouvernance du système de santé.

Pour la réalisation de ces axes, le programme qui a pour résultats l'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales a été introduit, avec l'objectif d'étendre l'accès aux soins de santé primaires aux populations

---

<sup>14</sup> Santé en Chiffres 2013, Edition 2014.

<sup>15</sup> Budget général de l'Etat en 2013 : 258 165 000 000 de DH (Santé en Chiffres 2013, Edition 2014).

<sup>16</sup> Le reste est représenté par ressources fiscales (25,2%), la couverture médicale (18,8%), la coopération internationale (1,1%), et les employeurs (0,9%).

<sup>17</sup> Données officielles du MS sur la proportion des dépenses publics/privés de santé après 2010 ne sont pas disponibles. Selon les données de la Banque Mondiale, dépenses totales de santé en 2011-2013 constituaient 6% du PIB, duquel 34% représentaient dépenses publics et 66% dépenses privées (WB databank 2015).

<sup>18</sup> Comptes Nationaux de la Santé 2010 (CNS 2010).

vivant dans des communes rurales défavorisées, ayant un accès insuffisant aux soins de santé primaire. Par exemple, conformément au Décret n° 2-14-562 du 5 novembre 2014, relatif à l'organisation de l'offre de soins, les prestations dispensées en mode mobile constituent une composante importante de l'offre de soins. Elles sont dispensées aux populations qui ont un accès difficile aux soins de santé, notamment dans les zones enclavées du milieu rural. Elles intègrent les Unités Médicales mobiles, les caravanes médicales spécialisées, l'hôpital mobile, et les visites à domicile. Les unités Médicales Mobiles sont des extensions des Etablissements de Soins de Santé Primaires en milieu rural qui offrent un paquet de prestations intégrées aux populations habitant à 6 km et plus de la formation sanitaire la plus proche. Ces prestations sont dispensées par une équipe médicalisée, assurant au moins un passage par trimestre au niveau des points de rassemblement de proximité.

En 2014, ces unités mobiles ont offert 462 150 consultations médicales, 137 465 prestations préventives au profit des femmes, 125 985 prestations préventives pour enfants, et 130 698 visites médicales systématiques au profit des élèves. En plus, les caravanes médicales spécialisées visent à offrir des prestations de consultation spécialisée, de diagnostic, d'exploitation et des soins chirurgicaux au profit des populations démunies et éloignées. Jusqu'à fin 2014, 287 caravanes médicales spécialisées ont été organisées, ayant permis la réalisation de 265 917 consultations médicales. Par ailleurs, un hôpital mobile a été acquis en vue de fournir des soins hospitaliers de haut niveau et de proximité au profit des populations habitant les Provinces à caractère rural selon un calendrier préétabli.

Conformément au même Décret, le réseau des établissements médico-sociaux constitue un des quatre réseaux d'établissements de santé composant l'offre publique de soins en mode fixe. Ce réseau est destiné à la prise en charge médicale avec un accompagnement social des personnes à besoins spécifiques. Le réseau des établissements médico-sociaux est composé des Espaces Santé-Jeunes, des Centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie, des Centres d'appareillage orthopédique, et des Centres médico-universitaires.

De plus, le Ministère de la Santé procède à l'institutionnalisation d'un programme pour la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence. Actuellement, il existe 96 unités de prise en charge intégrées des femmes et des enfants victimes de violence, avec la gratuité médicale, psychologique, sociale, et médico-légale dans les établissements publics de santé.

Un autre acteur qui investit dans l'amélioration des soins de santé est l'INDH, contribuant à travers la construction des centres de santé, l'acquisition de matériel, de kits médicaux, d'ambulances et unités mobiles équipées, de médicaments, les actions de sensibilisation, le renforcement de capacités des acteurs paramédicaux, parmi d'autres. Depuis le lancement de l'INDH en 2005 et jusqu'à 2014, l'INDH a réalisé 3058 projets et actions dans le secteur de la santé, d'un montant global de 2 300 millions de dirhams et une contribution de l'INDH à hauteur de 1 200 millions de dirhams. Ses axes majeurs d'intervention sont essentiellement : (i) le renforcement de l'offre en infrastructures de soins par, notamment, des projets d'extension, d'aménagement ou d'équipement des structures déjà existantes et la création de nouvelles structures ; (ii) le rapprochement des services de santé des couches les plus défavorisées ; (iii) la prévention contre la mortalité maternelle et prénatale ; et (iv) la dotation des populations éloignées de moyens d'accès aux infrastructures de santé.

### **Accès à la couverture médicale de base**

Afin de concrétiser l'engagement de l'État sur le principe du droit à la santé, le gouvernement a élaboré en 2002 et mis en œuvre, en 2005, la loi 65-00 portant sur le code de la couverture universelle de l'assurance maladie de base. Le gouvernement du Maroc travaille progressivement pour atteindre l'objectif de la couverture universelle, avec environ 60% de la population couverte par l'assurance maladie de base en 2013/2014.

Environ 8 millions d'actifs et pensionnés du secteur public et privé (et leurs ayants droit) étaient couverts en 2013 par l'assurance médicale de base (AMO – Assurance maladie obligatoire gérée par la CNOPS et la CNSS), soit 24% de la population et 9 millions de personnes, identifiées comme pauvres ou vulnérables, étaient couvertes par l'assistance médicale au plus démunis, RAMED au titre de 2015, soit 26% de la population. Les anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération (constituant environ 0,1% de la population) ont un régime d'assurance médicale séparé. En plus, en 2015 un régime d'assurance médicale de base dédié aux étudiants a été mis en place pour les étudiants post baccalauréat des établissements publics/privés qui ne sont pas couverts par d'autres régimes d'assurance médicale de base, couvrant 288 000 soit 29% de tous les étudiants. Il existe aussi d'autres régimes, mutuelles, et caisses internes, couvrant moins de 10% de la population.

La population non-couverte en 2015 s'estime donc à près de 40%. Elle est composée de personnes qui travaillent dans le secteur non-formel, les indépendants, et leurs ayants droit, et qui ne sont pas identifiés comme pauvres ou vulnérables selon la méthodologie établie par le RAMED. En plus, les personnes âgées ne sont pas couvertes s'ils/elles n'ont pas travaillé dans le secteur formel le nombre de jours nécessaires pour bénéficier de leurs pensions. Les institutions en charge de l'assurance maladie de base travaillent progressivement sur l'extension de la couverture médicale. Un régime pour les indépendants, pour les personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée est en train d'être établi, avec une nouvelle loi sur l'assurance maladie de base pour les indépendants.

La progressivité dans les adhésions des différentes catégories socioprofessionnelles constitue un principe important de réussite de la couverture de cette population. Certains professionnels sont déjà organisés et identifiés et disposent des organes représentatifs (ex. pharmaciens, prestataires de soins, architectes, avocats, notaires, professionnels du transport, autoentrepreneurs...), tandis que d'autres ne le sont pas encore et nécessitent un effort d'organisation de manière à disposer de représentations professionnelles ou autres entités pour faciliter leur identification.

Ainsi, selon la CNSS, la démarche consiste à commencer par intégrer immédiatement la totalité des catégories identifiées et organisées et à chaque fois qu'une catégorie socioprofessionnelle est organisée (identifiée, modalités de gestion de l'obligation et du recouvrement définies), il sera procédé à l'intégration de la totalité de ses membres. Cependant, actuellement une grande partie de la population vulnérable, telle que les personnes âgées et les enfants des familles ou personnes ne travaillant pas dans le secteur formel, et qui ne remplissent pas les conditions pour être éligible au RAMED, reste toujours sans couverture médicale de base.

## Encadré 1 : Couverture médicale contributive

### Assurance maladie obligatoire (AMO)

Mis en place en 2005, fondée sur les principes de l'assurance pour les salariés des secteurs public et privé, pour les étudiants, et pour les indépendants et professions libérales.

**Le régime des salariés et retraités du secteur privé**, géré par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) couvre les salariés et retraités du secteur privé et leurs ayants droit (conjoint, enfants de l'assuré, enfants handicapés à charge). Le taux de couverture des prestations est fixé à 70% de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à 90% pour les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, et peut atteindre 100% pour certaines d'Affection de Longue Durée (ALD). Le taux de cotisation pour les actifs est de 5,5% (2% à la charge de l'assuré et 3,5% à la charge de l'employeur). Le taux de cotisation pour les pensionnés est de 4% (à la charge de l'assuré).

**Le régime des employés et titulaires de pension du secteur public**, géré par la Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale (CNOPS), couvre les employés et titulaires de pension du secteur public et leurs ayants droit (conjoint, enfants de l'assuré, enfants handicapés à charge). Selon la loi 65-00 portant code de la CMB, le taux de couverture des prestations est fixé à 80%-90% de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à 100% pour les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux. Le taux de cotisation du secteur public : Salariés 5% des rémunérations (50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié, dans la limite d'un montant mensuel minimum de 70 dirhams et d'un plafond mensuel de 400 dirhams chacune des parts) ; Retraités 2,5% du montant global des pensions de base (dans la limite d'un montant mensuel de 70 dirhams et d'un plafond mensuel de 400 dirhams).

**Le régime des étudiants** est entré en vigueur en 2015. La population est estimée en 2015 à 288 000 soit 29% de tous les étudiants (étudiants post baccalauréat des établissements publics/privés qui ne sont pas couverts par d'autres régimes d'assurance médicale de base, et qui ont l'âge inférieur à 30 ans au moment de l'inscription).

**Le régime des indépendants et professions libérales** n'est pas encore entré en vigueur quoique sa conception soit avancée.

L'AMO a un excédent financier considérable qui augmente chaque année, particulièrement pour le secteur privé.

Au titre de l'année 2013, l'excédent d'exploitation annuel était de 2,3 milliards pour le secteur privé contre 729 millions pour le secteur public. La part restant à la charge de l'assuré était de 32,5% en 2013. Au titre de l'année 2013, les dépenses engagées en soins de santé sont financées à hauteur de 139,6% par les assurés AMO. Ce ratio correspond à la somme des cotisations et du reste à charge rapporté au total des dépenses médicales engagées. Ce taux est plus important dans le secteur privé où il est de 176% contre 119% pour le secteur public. Le régime AMO pour le secteur privé n'a pas encore atteint sa maturité du fait que l'entrée en vigueur a été opérée en 2005. Le régime privé est caractérisé par une consommation plus faible comparativement avec le régime public. Le panier des soins est plus généreux pour le secteur public, l'âge moyen de la population (facteur déterminant de la consommation médicale) est plus élevé dans le secteur public que dans le privé, et le nombre moyen d'ayants droit par assuré est plus important chez les assurés du secteur public où il est de 1,43 contre 1,14 du secteur privé (Rapport Annuel Global de l'AMO 2013). Le panier de soins serait le même avec l'introduction prévue du dentaire dans le secteur privé à partir de 2026.

La cherté des traitements des ALD et des ALC (Affections lourdes et coûteuses) due notamment à la cherté des prix des médicaments, constitue un frein à l'accès aux soins pour la population marocaine. 2,8% des assurés AMO au titre de 2013 atteints d'ALD, s'accaparent presque 50% des dépenses totales (ANAM 2014 : Feuille de Route 2014-2018 ; Bilan AMO 2013).



## Encadré 2 : Couverture médicale non contributive

### Régime d'Assistance Médicale aux économiquement Démunis (RAMED)

Mis en place en 2011, le RAMED est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie. Le RAMED fournit une couverture médicale de base fondée sur la gratuité des soins et des prestations médicalement disponibles dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat aussi bien en cas d'urgence ou lors de l'hospitalisation. Le RAMED fournit aux bénéficiaires un panier de soins et de services de santé identique à celui de l'AMO (en outre, les évacuations sanitaires inter-hospitalières au niveau du panier de soins du RAMED) ; il comprend les consultations médicales, les bilans, les interventions chirurgicales complexes dont la transplantation d'organes, les ALD et les ALC, et ce tant au niveau des centres hospitaliers publics qu'au niveau des hôpitaux universitaires. Ce panier des soins est accessible aux bénéficiaires du RAMED gratuitement à condition de respecter la filière des soins qui doit commencer par le centre de santé de rattachement et éventuellement se terminer par le centre hospitalier universitaire (CHU). L'admission aux établissements de santé a lieu au vu de la carte RAMED, du carnet de santé et du document qui réfère le patient au centre de santé de rattachement.

Les bénéficiaires sont les personnes identifiées comme pauvres ou vulnérables, leurs conjoints, leurs enfants à charge non-salariés, leurs enfants handicapés quel que soit leur âge, et les enfants qui vivent sous le même toit que les personnes bénéficiaires citées ci-dessus. Autres groupes de bénéficiaires : les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ; les pensionnaires des établissements pénitentiaires ; les personnes sans domicile fixe.

Dans le cadre de l'accès au régime d'assistance médicale (RAMED), l'éligibilité des bénéficiaires est statuée à travers des critères spécifiques au milieu urbain et au milieu rural selon l'arrêté conjoint n° 836-08 du 29 septembre 2008.

#### Critères d'éligibilité, résidant en milieu urbain :

(1) Disposer d'un revenu annuel inférieur à 5 650 DH par personne composant le ménage après pondération du revenu déclaré, y compris les transferts, par des variables socio-économiques du ménage. Classifiées en situation de pauvreté si le revenu pondéré est inférieur ou égal à 3.767 DH par personne par an. Classifiées en situation de vulnérabilité si le revenu pondéré est supérieur à 3.767 DH et inférieur ou égal à 5.650 DH par personne par an. (2) Avoir un score des conditions socio-économiques, calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 11.

#### Critères d'éligibilité, résidant en milieu rural :

(1) Avoir un score patrimonial inférieur ou égal à 70.

Classifiées en situation de pauvreté si le score patrimonial est inférieur ou égal à 28 ; Classifiées en situation de vulnérabilité si le score patrimonial est supérieur à 28 et inférieur ou égal à 70. (2) Avoir un score des conditions socioéconomiques, calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 6.

Le plan de couverture était initialement de couvrir environ 8 millions de personnes, dont 2.7 millions (30%) en situation de pauvreté et 5.3 (70%) millions en situation de vulnérabilité (taux de pauvreté et vulnérabilité établis par le Haut-Commissariat au Plan en 2007). A fin 2014, cependant, la population bénéficiaire étiquetée comme « pauvre » représente 84%, tandis que seulement 16% sont classés comme « vulnérables ». Cela pose un problème financier puisque le financement du RAMED a été estimé au démarrage à 3 milliards de dirhams dont 75% à la charge de l'État, 19% à la charge des personnes en situation de vulnérabilité qui contribuent au financement du RAMED à raison de 120,00 dhs/ personne chaque année avec un plafond de 600 DHs/foyer, et 6% à la charge des collectivités territoriales qui contribuent annuellement à hauteur de 40 DHs/personne en situation de pauvreté. La répartition de la population du RAMED a compromis l'apport des contributions des collectivités territoriales et celles des personnes en situation de vulnérabilité (Feuille de route 2014-18).

## Contraintes principales pour la Couverture Médicale de Base

Le défi principal auquel le système de la santé est confronté est celui de la réduction de la part des dépenses directes des ménages, ce qui fait du Maroc un des pays dont la population continue de supporter plus de 50% des dépenses globales de santé. C'est pourquoi le défi du Ministère de la Santé et l'ANAM, aujourd'hui, est la généralisation de la couverture médicale de base aux autres catégories notamment les indépendants et les professions libérales tout en accompagnant ce chantier par le renforcement des investissements en matière

de santé principalement dans le monde rural et en se dotant de mécanismes efficaces pour bien réguler et encadrer ce système (ANAM 2015<sup>19</sup>). Le secteur de la santé doit résoudre les déficits en ressources humaines, en financement et en accessibilité aux médicaments, face à une demande de soins et une consommation médicale croissante, aggravée par l'augmentation des prestations liées aux maladies chroniques. Il faudrait aussi l'amélioration de la gouvernance du secteur en termes de transparence, de système d'information, de partenariat et de mutualisation des efforts de l'ensemble des acteurs du système de santé (Feuille de route 2014-2018).

La principale contrainte de la gestion est la tendance à la multiplicité des régimes et leur cloisonnement. Pour l'instant, plusieurs institutions et caisses sont en charge de la gestion de l'assurance et assistance médicale de base : l'AMO est géré par la CNOPS pour le secteur public, et par la CNSS pour le secteur privé, tandis que l'ANAM assure l'encadrement technique et la régulation de l'AMO ; le régime pour les anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération est géré par SAHAM Assurances ; et le RAMED est géré par le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de l'Economie et des Finances, et l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) qui se charge de l'immatriculation des cartes et de la collecte des contributions financières des vulnérables et la gestion des ressources du RAMED. Suite à la circulaire n°13/2013 du Chef du Gouvernement visant la réforme de la gouvernance de la couverture médicale de base, une décision a été prise pour créer un organe de gestion pour le RAMED en vue de mettre fin aux irrégularités relatives à l'utilisation des crédits de la contribution des vulnérables dont dispose l'ANAM selon l'article 25 du Décret n° 2-08-177 du 29 septembre 2008.

Le manque de la solidarité et la mutualisation des risques pourrait mettre en difficulté tous les régimes notamment celui des indépendants dont les mécanismes de recouvrement des cotisations posent des problèmes. Les différents régimes ont différents paramètres, à savoir des paniers de soins disparates, des taux de couverture différents, des taux de cotisation inéquitables, ainsi que l'existence d'une population ayant les droits fermés (les affiliés ayant cotisé mais n'ayant pas obtenu l'ouverture des droits : 10,6% de la population immatriculée dans le secteur privé (AMO 2013)). Enfin, la gouvernance du système de la couverture médicale de base souffre de diverses faiblesses, surtout l'absence d'un système de gestion et d'information intégré, et les difficultés dans la gouvernance du RAMED puisque le financement, la gestion et le contrôle ne sont pas confiés à une seule entité.

Pour réduire le recours aux paiements directs par les ménages pour les services de la santé, le gouvernement est conscient qu'il faudrait étendre l'assurance maladie à toute la population active (à ce jour, environ 60% de la population marocaine est couverte), et qu'il faudrait atteindre la mutualisation du risque avec l'instauration d'une solidarité entre les différentes caisses en charge (Feuille de route 2014-2018).

#### **d. L'éducation**

L'éducation représente une des préoccupations majeures du gouvernement marocain. La volonté de l'Etat de réformer le système éducatif à travers des programmes d'urgence s'est traduite par une forte augmentation du budget depuis 2009 et il ne cesse de croître. Le budget du Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle en 2015 est de 46,3 Milliard de Dirhams (+ 0,75%).

---

19 ANAM (2015) : [http://www.anam.ma/anam.php?id\\_espace=1&id\\_srub=2](http://www.anam.ma/anam.php?id_espace=1&id_srub=2)

Les analyses montrent que la pauvreté est souvent liée au manque ou à la faible éducation. Pour éviter la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, le Maroc a fait des progrès notables en matière de scolarisation notamment au niveau du primaire. L'un des principes fondamentaux de la nouvelle constitution de 2011 est l'institution de l'enseignement fondamental comme un droit pour l'enfant et un devoir pour la famille et l'état. Cependant des inégalités persistent selon le genre des enfants, et entre les enfants issus du milieu urbain et ceux issus du milieu rural, notamment au niveau préscolaire et secondaire.

**L'éducation préscolaire :** Avec une offre quasiment privée, l'accès généralisé au préscolaire représente un des grands défis du système public de l'éducation. L'éducation préscolaire représente un enjeu déterminant pour le futur de l'enfant, il est une étape essentielle et décisive à l'intégration et à la réussite à l'école primaire et secondaire. Etant une aide substantielle à la réduction de la déperdition et de l'échec scolaire, il y a une vraie prise de conscience nationale dans la nécessité d'une généralisation de l'enseignement préscolaire, qui donnera un accès aux enfants de 4 à 5 ans à un développement intellectuel, affectif et social. Cependant, pour l'année scolaire 2013/14, le Maroc compte seulement 41 184 classes de préscolaires (contre 46 000 en 2006/07) et seulement 3 111 d'entre elles sont publiques. Le taux net de préscolarisation nationale est de 53,8%. Le défi principal se trouve en milieu rural (35,6%) notamment pour les filles (23,6%).

Il existe différentes structures accueillant les enfants de 0-5 ans : écoles maternelles, jardins d'enfants, établissements préscolaires modernes, écoles coraniques, cependant un vrai problème subsiste : aucune coordination entre les différents acteurs du préscolaire. L'offre de l'enseignement préscolaire devrait être généralisée et uniformisée selon des normes et des standards de qualité.

**Jardins d'enfants (garderie, clubs d'enfants ou encore crèches) :** Ils relèvent de départements ministériels tels que le MJS, et le Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales, d'instances publiques ou semi-publiques, ou encore d'ONG<sup>20</sup>. Placée sous la tutelle du ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social, l'Entraide Nationale (avec un important soutien associatif) intervient dans l'enseignement préscolaire à travers un programme de jardins d'enfants qui permet d'offrir une égalité des chances aux enfants âgés de 4 à 5 ans issus de familles pauvres. En 2014, ce programme comptait 833 centres de jardins d'enfants, permettant à 35 819 enfants de bénéficier de ces structures (dont 16 497 dans le milieu rural).

**Les écoles maternelles :** Implantées dans les grandes villes, elles relèvent des différentes ambassades, et sont fréquentées par les enfants des étrangers et accueillent également des enfants marocains. Elles ont une grande autonomie et enseignent les programmes des pays respectifs des enfants<sup>21</sup>.

**Les écoles coraniques :** Il existe deux catégories d'écoles coraniques, les m'sid qui sont des structures traditionnelles sous la directive du Ministère des Habous et des Affaires Islamiques (MHAI) et les Koutabb qui sont à mi-chemin entre les m'Sid et les jardins d'enfants sous la tutelle aussi du MHAI mais avec l'appui éducatif du MENFP<sup>22</sup>. A travers un programme de développement du préscolaire le Ministère de l'éducation Nationale a couvert 745 991 enfants âgés de 4 à 5 ans au cours de l'année scolaire 2012-2013 (dont 488 250 dans le traditionnel, 187 437 dans le moderne et 70 304 dans le public).

Le coût du préscolaire majoritairement en secteur privé est très élevé, son accès est souvent réservé aux enfants issus des milieux les plus aisés, les ménages les plus pauvres et les plus éloignés ayant un faible accès à l'éducation se voient d'autant plus isolés. Cette situation creuse l'écart, et renforce les inégalités dès le plus jeune âge. C'est pourquoi la généralisation de l'enseignement préscolaire avec une stratégie officielle est plus

---

<sup>20</sup> La situation des enfants et des femmes au Maroc 2015, ONDE-UNICEF

<sup>21</sup> La situation des enfants et des femmes au Maroc 2015, ONDE-UNICEF

<sup>22</sup> La situation des enfants et des femmes au Maroc 2015, ONDE-UNICEF

que jamais un axe majeur dans la politique de rénovation du système éducatif. Une sensibilisation des parents sur l'importance du préscolaire ainsi qu'une loi d'obligation du préscolaire qu'une meilleure offre en quantité, principalement dans le milieu rural, sont nécessaires.

**Enseignement Primaire et secondaire :** L'enseignement est gratuit et obligatoire pour les enfants âgés de 6 à 15 ans<sup>23</sup>. Dans le rapport du MENFP de 2012, un des objectifs du Ministère est d'assurer l'enseignement primaire universel. Le Maroc a fait des progrès notoires en matière de scolarisation primaire. La généralisation de la scolarisation au primaire est quasi atteinte avec une nette réduction des disparités entre les milieux et les sexes des enfants. En 2013 le taux net de scolarisation atteint 98,4 %, celui des filles dans le milieu rural représente 97,4%, avec un taux de réussite en fin de cycle primaire de 89,9%. Le taux moyen d'abandon de l'enseignement primaire est de 1,5% (2,7% dans le milieu rural). Au niveau primaire, le taux de parité fille/garçon (F/G) s'élève à 0,95 (95 filles scolarisées contre 100 garçons, et le taux de parité rural/ urbain (R/U) est à 1,07.

L'extension du réseau des établissements du secondaire se poursuit également avec l'ouverture de 114 collèges et 64 lycées. Cependant avec un taux net de scolarisation de 57,4% dans l'enseignement du collège (et un taux d'abandon moyen de 9,3%) en 2013, la transition du primaire au collège représente un défi majeur. Le taux net de scolarisation des filles dans le milieu rural au collège n'atteint que 27,2% en 2013. Les disparités sont nettement plus prononcées dans l'enseignement collégial, le taux F/G est 0,82, et le taux de parité R/U est de 0,43. Tandis que le taux net de scolarisation pour l'enseignement qualifiant n'atteint que 31,7%.

**Programmes d'appui social à l'éducation :** L'objectif du MENFP est de lever les barrières socio-économiques (manque de moyens financiers chez les familles) et géographiques (la distance aux écoles et le manque de transport) pour assurer l'accès à l'enseignement obligatoire. Pour ce grand défi de généralisation, le Gouvernement poursuit et multiplie ses efforts afin de remédier aux disparités existantes (genre et milieu), à travers un plan d'action intégré qui met en place un ensemble de prestations (différents programmes) d'appui social à la scolarisation, dont le budget a grimpé à 1,9 milliards de Dirhams en 2011-2012. Beaucoup d'entre eux ciblent alors les élèves pauvres dans le milieu rural.

Le budget de la Stratégie Nationale de soutien social aux enfants scolarisés et à leurs familles est donc réparti à travers plusieurs prestations :

**Initiative Royale un million de cartables :** En accord avec sa lutte contre la déperdition scolaire et les inégalités, le souverain, permet à travers cette initiative lancée en 2008 d'alléger les frais de scolarité pour les familles de millions d'enfants scolarisés au primaire (milieu rural et urbain) et au collège (milieu rural). Cette Initiative Royale vise à donner une forte impulsion à la généralisation de l'enseignement fondamental et à l'affirmation de son caractère obligatoire. Le MENFP distribue des kits de cartables variés (cartable, livres, livrets, fourniture scolaire) selon le niveau scolaire et le milieu : le primaire rural a un cartable garni, le primaire urbain des livres, le secondaire rural des fournitures scolaires. Les cartables sont remis à tous les enfants en 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> année du primaire et 1<sup>ère</sup> année du collège, avec la mise en place d'un système de prêts pour les livres (récupérés en fin d'année).

---

<sup>23</sup> Dahir n° 1-63-071 du 25 Joumada II 1383 (13 novembre 1963) relatif à l'obligation de l'enseignement. Article 1 : L'enseignement est obligatoire pour les enfants marocains des deux sexes depuis l'année où ils atteignent l'âge de sept ans jusqu'à treize ans révolus. Et depuis 2009 jusqu'à 15 ans.

Avec un budget annuel de 400 millions de Dirhams en 2013-2014, cette initiative a bénéficié à 3.897.542 enfants âgés de 6 à 15 ans, dont 2.401.432 issus du milieu rural (dont 1.638.153 filles entre 6 et 12 ans). Cette initiative est financée principalement par le ministère de l'intérieur à travers l'INDH et le fond de cohésion sociale, mais aussi avec le soutien d'autres partenaires dont le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF).

**Le programme Tayssir :** Dans le contexte de lutte contre la déperdition scolaire au Maroc et de la concrétisation de l'objectif de l'égalité des chances d'accès à l'enseignement obligatoire, notamment les enfants issus de familles pauvres, le MENFP soutient le programme Tayssir qui est un transfert monétaire conditionnel visant la promotion de la scolarisation en milieu rural et plus particulièrement dans les communes les plus pauvres. Ce programme lutte contre un abandon scolaire lié aux facteurs socio-économiques. Les conditions du transfert sont l'assiduité de l'élève à l'école (avec un seuil d'absentéisme toléré inférieur à 4 absences par mois au cycle primaire et 6 séances au cycle collégial). Le nombre maximum d'enfants bénéficiaires par ménage est fixé à 3. Le programme offre un soutien financier tous les 2 mois pendant les 10 mois de l'année scolaire directement aux familles des enfants assidus : 60 dirhams tous les deux mois par élève de première et deuxième année de primaire, 80 dirhams tous les deux mois par élève de troisième et quatrième année, 100 dirhams pour les élèves de cinquième et sixième année, et 140 dirhams tous les deux mois par élève assidu au collège. L'extension au collégial s'est révélée bénéfique et a notamment évité le redoublement désiré au primaire pour continuer à jouir des prestations. Avec un budget annuel toujours croissant, (713 millions de dirhams en 2013-2014, et 778 millions pour 2014-2015), le programme couvre 493133 ménages ruraux pauvres en 2014/15, soit 805746 élèves (dont 360 162 filles, et 197 023 élèves inscrit au cycle collégial).

L'évaluation<sup>24</sup> du programme Tayssir, a démontré que le programme a l'impact recherché : le taux d'abandon scolaire est réduit particulièrement dans les niveaux supérieurs, la réinsertion des élèves ayant abandonnés est facilitée grâce aux transferts monétaires. Cependant cette évaluation révèle que la conditionnalité des transferts monétaires ne semble pas avoir d'impact additionnel sur la participation scolaire. Le MENFP a cependant décidé de garder la conditionnalité car le contrôle de la conditionnalité ne crée pas de coûts administratifs plus élevés et peut avoir un impact positif, comme l'implication des familles dans la scolarisation de leurs enfants. A long terme, le programme a pour perspective de s'étendre aux zones urbaines défavorisées.

Les internats (hébergement et restauration) et les cantines scolaires (1 repas par jour) : Le but de ce programme implémenté en 2007 est de lutter contre l'abandon scolaire. Le budget annuel alloué aux internats et cantines scolaires est passé d'environ 561 millions en 2008/09 à 941 millions de Dirhams (uniquement l'achat des produits alimentaires) en 2013/14. A travers les internats, le MENFP avec le soutien constant de l'INDH accueille des élèves âgés de 6 à 15 issus de familles démunies en milieu rural. Sur l'année scolaire 2013/14 les internats ont hébergé et nourri (au nombre de trois repas par jour) 71 011 boursiers de 6 à 15 ans (dont 28 432 filles âgées de 13 à 15 ans) et 61 333 âgés de 16 à 18 ans (dont 24 049 filles). Toujours dans le but d'améliorer le taux d'inscription, le MENFP a mis en place les cantines scolaires primaires et collégiales qui fournissent un repas par jour pendant les 180 jours de l'année à respectivement 1 212 628 élèves (6-12 ans), et 54 481 élèves (13-15 ans), avec une quasi égalité entre les filles et les garçons. Le MENFP travaille actuellement avec le Ministère de la Santé dans le but d'améliorer la nutrition au sein des écoles.

**Les transports scolaires :** Grâce à un budget de 65 millions de dirhams (2014/2015) et au soutien considérable d'autres partenaires (comme l'INDH qui a acquis 622 moyens de transport), le MENFP facilite l'accès aux transports scolaires aux enfants les plus démunis en milieu rural en leur fournissant des vélos VTT, ou en proposant un service de bus scolaire à 89 216 élèves âgés de 6 à 15 ans (2013-2014).

---

<sup>24</sup> Evaluation de l'impact du programme Tayssir – Décembre 2010 – MENFP & Banque Mondiale

**Les établissements de protection sociale (EPS) :** La loi 14-05 régissant les conditions d'ouverture et de gestion des EPS et son décret d'application publiés respectivement en décembre 2006 et en juillet 2007, ont pour objectif de réglementer le champ des EPS à travers un système normatif lié aux conditions d'ouverture, d'infrastructure, d'encadrement et des types de prestations et ce, en vue d'améliorer les conditions de prise en charge au sein des EPS. Cette loi concerne un ensemble d'établissement de protection sociale (EPS) : Dar Al Atfal, Dar Taliba, Dar Talib, Centres pour jeunes mineurs défavorisés. La prise en charge de l'enfant est totale (hébergement, nourriture, encadrement). Les 103 544 élèves hébergés en 2014 par des structures soutenues par l'EN sont issus de familles à faible revenu principalement du milieu rural. L'EN appuie financièrement notamment les associations en charge de la gestion de ces centres, à hauteur de 115 millions de dirhams en 2011.

**L'éducation non formelle et l'école de la deuxième chance :** En 2012 le nombre d'enfants âgés de 9-15 ans qui se trouvaient hors système scolaire était estimé à 800 000. Auquel vient s'ajouter 100 000 enfants qui quittent annuellement l'école avant la fin du cycle fondamental. A cet effet, l'éducation non formelle a pour but de réintégrer dans le système formel ou dans la formation professionnelle, les enfants non scolarisés ou déscolarisés de moins de 16 ans. Pour répondre à cette problématique le MENFP a mis en place une stratégie qui s'articule en 2 approches : une approche préventive qui lutte contre l'abandon scolaire à travers la veille éducative, et une curative avec l'école de la seconde chance. Le programme de l'école de la deuxième chance et du dispositif de l'accompagnement pédagogique, compte 46.500 enfants pour l'année 2013/14 et devrait atteindre 52.000 en 2014/15.

#### **e. Enseignement supérieur**

**Cités Universitaires :** Les 20 cités réparties sur le territoire du Royaume du Maroc assurent, en 2014-2015, l'hébergement de 44 460 étudiants en situation défavorisée et dont les parents ne résident pas dans la même ville que le lieu de poursuite des études supérieures. Le loyer est symbolique : 40 dirhams par mois. Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et recherche Scientifique (MESRS) avec son Office Nationale des Œuvres Universitaires, Sociales et Culturelle (ONOUSC) assure des conditions de logement satisfaisantes au sein de ces cités et œuvrent pour augmenter la capacité de logement à travers des constructions nouvelles mais aussi à travers des extensions de cités existantes. C'est ainsi que le taux de satisfaction des demandes de logement atteindra en 2016 un niveau fort satisfaisant de 70%.

Des partenariats avec le secteur privé sont encouragés en vue de la construction de résidences estudiantines et contribuer à résorber le grand déficit en logement des étudiants enregistré dans toutes les villes universitaires marocaines.

Le budget annuel alloué en 2014/15 s'élève à 155 millions de dirhams.

**Restaurants Universitaires (RU) :** 15 restaurants universitaires existent en 2015 au niveau du Royaume. Ils ont servi, en 2014-2015 près de 8 millions de repas. Le budget alloué pour ces RU est près de 250 millions de dirhams. En 2017, sept nouveaux restaurants seront opérationnels. En 2017 aussi, la restauration sera externalisée sur tous les sites du Royaume. Aujourd'hui, seuls 7 sur 15 restaurants connaissent une restauration externalisée.

Le budget annuel alloué en 2014-2015 pour l'hébergement et la restauration des étudiants s'élève à près de 400 millions de dirhams

**Octroi de bourses :** Le budget alloué aux bourses est passé de 718 millions, en 2011-2012, à 1 628 millions en 2015-2016 soit une augmentation considérable de 127%. Le nombre de boursiers est passé de 182 500 en 2011-2012 à 319 102 en 2015-2016 soit une hausse importante de 75%.

Il convient de noter aussi qu'après une stagnation de plusieurs décennies, le montant de chaque bourse a aussi augmenté : de 200 DH/mois pour les étudiants en cycle Licence et de 300 DH/mois pour les étudiants en cycle Master et Doctorat. Les boursiers sont sélectionnés selon le critère principal du revenu des parents et ils touchent leur bourse grâce à un système de carte prépayée. Face au nombre toujours en hausse des bacheliers, le système de prêts aux étudiants est envisagé.

**Couverture médicale pour les étudiants :** Le régime d'assurance maladie obligatoire de base, instituée par la loi n° 116-12, permettra aux étudiants de bénéficier de prestations de soins. L'État a instauré, en 2015, un système d'Assurance Maladie Obligatoire pour les étudiants, couvrant 288 000 étudiants des secteurs public et privé, non couverts par un autre système. Le budget total alloué à cette opération d'envergure est de 100 millions de dirhams.

#### **f. Alphabétisation**

Selon l'enquête sur l'analphabétisme de 2012, les efforts mis en place dans la lutte contre l'analphabétisme ont permis de réaliser de gros progrès et de ramener le taux d'analphabétisme à 28% en fin 2012 contre 43% en 2004. Les 1 180 conventions avec les différentes associations partenaires ont permis de couvrir quelques 558 138 bénéficiaires du programme d'alphabetisation. Dans l'objectif Gouvernemental, le but est de ramener le taux d'analphabétisme à 20% à l'horizon 2016. Le taux actuel reste élevé, notamment chez les femmes, les personnes âgées et les habitants des zones rurales, ce qui constitue un obstacle important au développement socio-économique du Maroc.

En 2004, le Maroc a adopté une stratégie nationale d'alphabetisation à travers quatre types d'opérateurs<sup>1</sup> (quatre programmes) selon les spécificités des groupes cibles.

Le programme général (de l'Education Nationale) : C'est un programme réalisé dans les structures d'accueil du MENFP et par ses ressources humaines, et qui est destiné à l'ensemble des populations analphabètes âgées de plus de 15 ans

- **Le programme des opérateurs publics :** réalisé en collaboration avec les ministères et institutions publiques au profit de leurs personnels ou des populations analphabètes bénéficiant de leurs services (Entraide Nationale, Ministère de la Jeunesse et des Sports, Affaires Islamiques, Agriculture, Pêche Maritime, Justice, Forces Armées Royales, Forces Auxiliaires, Artisanat, collectivités territoriales).

Le programme des associations : C'est un programme qui est réalisé dans le cadre d'un partenariat avec les Organisations Non Gouvernementales (ONG)

- **Le programme des entreprises :** C'est un programme de formation destiné aux salariés des entreprises

Cette stratégie (révisée en 2009) se décline en 10 axes : (1) le système d'information, (2) le partenariat, (3) le parrainage, (4) les curricula, (5) la formation des intervenants, (6) la coopération internationale, (7) la mobilisation et la communication, (8) le suivi, (9) le contrôle et (10) l'évaluation et le développement social intégré .

Conformément aux Hautes instructions de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, contenues dans le discours royal du 20 août 2000, le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques (MHAI) a lancé en Octobre 2000 des cours d'alphabetisation et d'éducation religieuse, civique et sanitaire, en suivant un programme bien élaboré. A travers un programme de lutte contre l'analphabétisme à la télévision et Internet, le MHAI souhaite étendre et diversifier les moyens d'apprentissages retenus par le programme de lutte contre l'analphabétisme dans les mosquées. Ces deux programmes complémentaires ciblent les personnes âgées de plus de 15 ans vivant en

milieux urbain et rural. Entre 2000/2015 le programme de lutte contre l'analphabétisme dans les mosquées a atteint 2 059 839 bénéficiaires dont 84% sont des femmes, et 34% sont des personnes issues du milieu urbain. Le programme des programmes télévisés de lutte contre l'analphabétisme touche 286 751 bénéficiaires y compris ceux qui bénéficient du programme de lutte contre l'analphabétisme dans les mosquées, 87% des bénéficiaires sont des femmes et 41% de la totalité des bénéficiaires sont issus du milieu rural. Le budget total alloué pour ces deux programmes s'élève à 17 400 900 DH.

Ce fléau, l'analphabétisme, est l'une des préoccupations majeures du gouvernement marocain. Ainsi grâce à la mise en place de la nouvelle Agence Nationale de Lutte contre l'Analphabétisme (qui dressera un état des lieux de la situation actuelle, et examinera l'avancée du programme d'alphabétisation sur la base d'indicateur et de rapport annuel), et à la poursuite de la mobilisation des différents partenaires publics privés et ONG, le gouvernement espère augmenter le nombre de bénéficiaires annuel à 800 000 personnes. Le budget alloué à ce secteur s'élevait à plus de 210 millions de Dirhams en 2012. Il est estimé que pour arriver à ramener le taux d'analphabétisme à 20%, le budget devrait atteindre 400 millions de Dirhams.

### **g. Emploi, formation, autonomisation**

Le taux de chômage était en 2014 de 9.9%, correspondant à 1.167.000 chômeurs selon le HCP. Le chômage est plus important en milieu urbain (14,8%) et il touche surtout les jeunes de 15 à 24 ans (20,1%). Plus de 50% des demandeurs d'emploi sont des primo-demandeurs d'emploi, et les périodes de chômage sont longues : 64% des chômeurs étaient sans emploi depuis au moins 12 mois, réduisant ainsi leurs chances de trouver un emploi étant donné la perte de leurs compétences. Le faible niveau de capital humain, traduit par le fort taux d'analphabétisme et l'inadéquation formation-marché du travail, contribue à réduire les chances d'acquies un emploi de qualité.

Les risques liés à l'emploi sont amplifiés quand il s'agit des femmes. Les femmes ont un faible taux d'activité économique rémunérée, l'activité féminine étant essentiellement non rémunérée. En 2013, le taux d'activité était de 25,1% contre 73% pour les hommes. La population féminine qui travaille n'est en majorité que pas ou peu qualifiée avec plus de six femmes actives occupées sur dix qui sont analphabètes.

Pour lutter contre le chômage et le sous-emploi et améliorer les chances d'obtenir un emploi, plusieurs programmes existent : les activités génératrices de revenus (AGR), les programmes de promotion de l'emploi, les travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO), et les programmes de formation professionnelle pour améliorer l'employabilité et favoriser l'insertion professionnelle.

**Les Activités Génératrices de Revenus (AGR) :** De nombreux ministères tels que le ministère de l'agriculture et de la pêche maritime et le ministère de l'artisanat et de l'économie sociale et solidaire, interviennent dans la création d'activités génératrices de revenus, souvent en partenariat avec d'autres intervenants tels que les associations de microcrédit, les collectivités territoriales et les agences régionales de développement<sup>25</sup>. L'ADS, sous la tutelle du ministère du développement social, et l'INDH, sous la tutelle du ministère de l'intérieur, soutiennent la création d'AGR ciblant plus particulièrement les populations pauvres et vulnérables.

Selon l'article 3 de la Loi n° 12-99 portant création de l'ADS, l'Agence a pour mission d'initier et de soutenir les actions et programmes destinés à améliorer durablement les conditions de vie des populations les plus vulnérables. L'ADS accomplit cette mission notamment au travers de son axe d'insertion sociale par l'économique, où elle soutient les initiatives économiques s'articulant autour de l'accompagnement de petits producteurs et le développement de filières de production.

---

<sup>25</sup> Banque Mondiale, *Ciblage et Protection Sociale, Note d'Orientation Stratégique, 2012*



Ces initiatives ont pour but la création d'emplois directs ou indirects pour contribuer à l'amélioration des revenus des plus pauvres. En plus du financement, l'Agence intervient dans l'accompagnement technique et la formation des porteurs de projets. Entre 2001 et 2013, l'ADS a appuyé 891 projets et 151 761 bénéficiaires dont 50% de femmes, pour un coût global de 310,34 millions de dirhams, dont 170,21 millions de dirham déboursés par l'Agence. Certaines de ces initiatives visent des catégories particulièrement vulnérables telles que les personnes vivant avec un handicap et les personnes infectées par le VIH/SIDA. Le programme AMALI par exemple cherche à réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA des personnes infectées et affectées par la maladie à travers la mise en œuvre d'AGR et le renforcement de leurs capacités. A fin 2013, 146 projets AGR ont été financés dont 76 portés par des femmes. Ces projets ont bénéficié d'un accompagnement de proximité. Le Fond Régional de Promotion de l'Emploi (FREPE) réalisé en partenariat entre la Région de Marrakech-Tensift-Al Haouz, le MSFFDS, l'ADS et le PNUD intervient dans la promotion des AGR et la formation qualifiante et s'adresse particulièrement aux femmes, aux jeunes et aux personnes vivant avec un handicap, mais reste limité à la Région de Marrakech-Tensift-Al Haouz. Ce projet a touché 4 904 micro-entrepreneurs, dont 55,9% de femmes pour une enveloppe de 25,09 millions de dirhams et une contribution du Fonds de l'ordre de 15,99 millions de dirhams. Aucune évaluation du programme d'AGR de l'ADS, notamment en termes de viabilité économique des AGR et de qualité de l'accompagnement n'existe.

Quant aux AGR de l'INDH, leur objectif est de favoriser l'insertion des populations pauvres et vulnérables dans le tissu économique et social du pays tout en contribuant à la promotion des produits de terroir. Le programme cible les couches sociales les plus défavorisées, auxquelles il propose un accompagnement financier et technique. En 2013, 17 475 personnes, dont 47% de femmes et 42% de jeunes, ont bénéficié du programme pour une enveloppe globale de 457,5 millions de dirhams et une contribution de l'INDH de 335,2 millions de dirhams, essentiellement dans le secteur agricole (49% des projets), du commerce et des métiers (22% des projets) et de l'artisanat (15% des projets). Près de la moitié des AGR est située au niveau de cinq régions, Souss-Massa-Draa (11%), Oriental (11%), Grand-Casablanca (11%), Guelmim-Es-Semara (8%) et Fès-Boulemane (7%).

En 2013, les AGR ont représenté environ 15% des dépenses engagées par l'Initiative et 25% du nombre de projets, pourcentages en nette progression, comparé à la première phase de l'Initiative où les AGR ne représentaient que 8,6% des dépenses engagées et 16,3% du nombre de projets selon l'évaluation de l'ONDH. Ces chiffres restent cependant faibles par rapport aux objectifs fixés dans le cadrage budgétaire de l'Initiative, qui prévoit au moins 40% de l'allocation annuelle globale exclusivement consacrée aux AGR. En outre, selon l'évaluation de la première phase de l'Initiative (2005-2010) faite par l'ONDH, la viabilité économique des AGR créées reste incertaine due d'une part au manque d'intégration aux chaînes de valeurs et aux programmes sectoriels et communaux, et d'autre part au déficit d'accompagnement et d'encadrement des associations et coopératives qui les mettent en œuvre.

**Les programmes de promotion de l'emploi :** Pour faciliter l'accès à l'emploi dans le secteur privé et encourager l'auto-emploi, les pouvoirs publics ont mis en place trois grands programmes d'insertion, Idmaj, Taehil et Moukawalati. Ces trois programmes sont gérés par l'Agence Nationale de Promotion de l'Emploi et des Compétences (ANAPEC), organisme sous tutelle du Ministère de l'emploi et des affaires sociales.

Le programme Idmaj a pour objectif l'amélioration de l'employabilité des chercheurs d'emploi à travers des stages au sein d'entreprises qui bénéficient en contrepartie d'exonérations fiscales. Depuis sa création en 2006 jusqu'en 2013, le programme a permis la réinsertion de 423 072 chercheurs d'emploi.

Le programme Taehil, quant à lui, cherche à améliorer l'employabilité à travers des formations pour des emplois identifiés au préalable ou des emplois potentiels. Depuis sa création en 2007 jusqu'en 2013, le nombre de bénéficiaires de Taehil était a atteint 105 442 chercheurs d'emploi.

Le Programme national d'appui à la création d'entreprises Moukawalati encourage la création d'entreprises à travers l'accompagnement des porteurs de projets, avant et 12 mois après la création de l'entreprise, et l'appui pour l'obtention de crédit. Ce programme est le seul qui cible aussi bien les diplômés que les non diplômés. Ses résultats sont toutefois mitigés. En effet, seulement 15 000 emplois ont été créés entre 2007 et 2013 à travers la création de 5 473 entreprises, avec trois fois plus d'hommes que de femmes, porteurs de projet. Ce programme se trouve confronté à diverses difficultés sur le terrain telles que des difficultés foncières, techniques et financières, une faible culture de l'entrepreneuriat chez les jeunes et une absence de couverture sociale de l'entrepreneur.

A côté de ces trois grands programmes, se trouve le programme « Maroc Moubadarates », qui est un programme de partenariat public-privé, soutenant les initiatives de création de toute petite entreprise (TPE). Il est mis en œuvre par l'ADS en partenariat avec des institutions locales et régionales ainsi que le ministère de l'emploi et l'ANAPEC. Ce sont des associations pilotées par des entrepreneurs privés bénévoles, qui jouent un rôle dans le financement et le parrainage des projets sélectionnés. L'initiative reste cependant limitée seulement à 5 villes (Agadir, Laayoune, Rabat, Casablanca et Oujda) où elle a permis la création de 200 petites entreprises générant 662 emplois pour une contribution de l'ADS de l'ordre de 3,5 millions de dirham sous forme de prêts d'honneur.

Ces programmes ont des résultats globalement positifs, mais restent très coûteux. Aussi, des améliorations restent à apporter notamment en matière de ciblage des bénéficiaires et de couverture géographique. Les jeunes chômeurs diplômés restent la principale cible des programmes, les jeunes désavantagés et non diplômés étant insuffisamment visés. De plus, les programmes ont bénéficié surtout aux entreprises du secteur formel, occultant les PME qui pourtant représentent l'essentiel du tissu économique. Les disparités dans l'emploi en termes de genre, de régions et de secteurs d'activités, ainsi que les difficultés liées à l'emploi précaire et/ou informel devraient être mieux adressées. L'évaluation en termes de durée d'insertion dans l'emploi, de couverture sociale, et de ciblage des régions défavorisées des programmes reste quasi inexistante. L'Observatoire de l'Emploi, mis en place en 2015, aura pour mission le suivi et l'évaluation des programmes de l'emploi.

Dans la loi de finance 2015, le gouvernement prévoyait d'atteindre 60 000 insertions pour Idmaj, 18 000 pour Taehil, et 1 500 porteurs de projets pour les programmes Moukawalati et AGR. Il est prévu aussi l'extension de la couverture maladie aux travailleurs indépendants. Toujours dans l'optique de favoriser la (ré)insertion professionnelle, une indemnité pour la perte d'emploi (IPE) a été instaurée depuis décembre 2014. En plus de recevoir une indemnité, le chômeur est accompagné par l'ANAPEC et l'OFPPPT pour l'aider à sa réinsertion. Ainsi, 34 000 chômeurs devraient bénéficier de l'IPE la première année.

Par ailleurs, une nouvelle Stratégie Nationale de l'Emploi à l'horizon 2025 (SNE 2015-2025) a été élaborée. Elle met l'accent sur la prise en compte de l'emploi dans les politiques transversales et sectorielles nationales, le renforcement de la création d'emploi, la valorisation du capital humain, l'amélioration du marché du travail, et l'institutionnalisation de la Stratégie qui devrait permettre une meilleure prise en compte des aspects transversaux, territoriaux et de genre.

**Les travaux publics à HIMO :** Les travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre ou THIMO font partie des mesures visant à améliorer l'offre d'emploi. Les THIMO sont des emplois non qualifiés dans des travaux d'utilité collective, qui sont en général à durée limitée. En échange, le travailleur reçoit une rémunération qui a une fonction de protection sociale. Le ciblage pour les THIMO se fait en général par une auto-sélection, étant donné que seules les personnes pauvres et vulnérables seront incitées à postuler à ce type d'emplois.

Au Maroc, depuis 1961, la Promotion Nationale (PN) met en œuvre un programme THIMO dont l'objectif est l'amélioration des revenus et des conditions de vie des populations les plus pauvres, notamment en milieu rural. Environ 50 000 personnes sont employées par an, mais seulement 20% d'entre elles sont des femmes. En milieu rural, la PN intervient dans la construction et le développement d'infrastructures, tandis qu'en milieu urbain, elle appuie la communauté en recrutant du personnel pour les centres spécialisés tels que les centres pour personnes vivant avec un handicap ou pour orphelins<sup>26</sup>. Les projets sont mis en œuvre au niveau local, mais sélectionnés au niveau provincial tandis que la décision finale est prise au niveau central.

Il existe peu d'évaluation du programme. L'une des rares évaluations, faite par la Banque Mondiale, révèle un mauvais ciblage. L'analyse des dépenses au niveau provincial de 1994 à 2002, montrait que les dépenses par tête dans certaines provinces n'étant pas parmi les plus pauvres étaient beaucoup plus élevées que les dépenses par tête dans les provinces pauvres. Au lieu de cibler les régions rurales les plus pauvres, le programme atteignait surtout les zones urbaines non pauvres. Environ 40% du budget de la PN était dirigé vers les ménages urbains qui ne sont pas toujours les plus pauvres, à travers des programmes d'emploi permanent<sup>27</sup>.

La formation professionnelle (FP) : La FP est un des leviers essentiels pour la promotion et l'insertion des jeunes dans la vie professionnelle. Elle est constituée de la formation initiale, la formation en cours d'emploi et la formation au profit des personnes à besoins spécifiques telles que les détenus, les personnes en situation de handicap y compris les handicaps mentaux, moteurs et visuels.

Le secteur de la FP est caractérisé par la participation de plusieurs intervenants. Le département de la formation professionnelle au sein du MENFP est l'organe en charge de l'élaboration de la politique gouvernementale en matière de FP, ainsi que de la mise en œuvre et de l'évaluation des stratégies dans le secteur. La mise en œuvre de la politique en la matière se fait à travers l'Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail (OFPPT) et divers départements ministériels (ministères de l'agriculture et de la pêche maritime ; de l'artisanat ; de la santé ; ...), ayant développé des formations relevant de leurs domaines de compétences respectifs. L'OFPPT est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est le principal intervenant dans la FP initiale. Contrairement à ce qui est inscrit dans le dahir portant loi n° 1-72-183 l'instituant, l'OFPPT est placé sous la tutelle du MENFP et non celle du ministère chargé du travail, la FP ayant été rattachée à l'éducation nationale afin d'améliorer la coordination entre les deux secteurs et de créer des passerelles plus que nécessaires entre les deux secteurs. L'OFPPT a pour mission l'exécution de la politique de l'Etat dans le domaine de la FP. Outre l'Etat, les établissements de formation professionnelle privés ainsi que d'autres intervenants et organismes (la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, la Fondation Mohammed VI pour la Réinsertion des Détenus, les Entreprises, les ONG, les Chambres et Associations Professionnelles) participent à l'offre de FP.

Certains programmes visent plus particulièrement les couches défavorisées et vulnérables. Les Centres de Formation Professionnelle mis en œuvre par l'EN s'adressent aux jeunes adolescents en situation difficile pour leur apporter une formation adaptée à leur profil dans le but de promouvoir leur insertion dans le monde du travail. Ce programme vise les jeunes en situation difficile, déscolarisés ou en rupture de scolarisation âgés de 15 ans et plus et comprend l'apprentissage des métiers adaptés à la capacité des différents groupes de jeunes et ce, selon l'approche de formation par alternance entre le centre (à raison de 20%) et l'entreprise (à raison de 80%). Le programme concerne les métiers de l'artisanat de service et de production, de l'hôtellerie, de la restauration, de l'informatique et du secteur du bâtiment, et autres. En 2013, il y avait 80 Centres de Formation Professionnelle et 6961 bénéficiaires.

---

<sup>26</sup> Hind Jalal, *Promotion Nationale: Forty-five years of experience of public works in Morocco, 2007*

<sup>27</sup> *Ibid.*

Les Centres d'éducation et de formation (1 388 au total en 2013) proposent des formations qualifiantes, des cours d'alphabétisation et un accompagnement pour l'insertion professionnelle. Ces centres ciblent les femmes issues des couches sociales démunies et les jeunes filles et garçons déscolarisés ou non scolarisés issus des familles nécessiteuses. En 2013, il y avait 105 145 bénéficiaires dont 89% femmes (81% au milieu urbain, 19% au milieu rural<sup>28</sup>). Le MJS est aussi impliqué dans la FP à travers des formations au profit de jeunes filles à partir de 10 ans. Le nombre de bénéficiaires n'était néanmoins que de 12 674 en 2011, et essentiellement en milieu urbain.

Une évaluation de la FP menée dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie Nationale de l'Emploi<sup>29</sup> en 2012 a montré plusieurs déficiences dans le système de la FP dont entre autres :

Une offre de formation initiale insuffisante, et qui profite plus aux garçons qu'aux filles, et plus aux zones urbaines qu'aux zones rurales, avec seulement 22% des stagiaires qui sont des filles en zones rurales en 2013. L'offre de FP ne répond qu'à 44% des demandes d'inscription. De plus, l'offre ne répond pas aux besoins des moins de 15 ans qui quittent prématurément l'enseignement général (stock estimé à 3 millions d'enfants) et sont insuffisamment pris en charge par l'éducation non formelle.

Une faible articulation entre les composantes du système d'éducation et de formation, et à l'intérieur des composantes, entre opérateurs publics et privés et les différents acteurs de la formation, laissant les enfants de moins de 15 ans non couverts par les programmes de formation ou d'enseignement.

Une faible adéquation formation emploi et une absence de dispositif de veille, résultant à un taux de chômage plus élevé parmi les diplômés que les non diplômés.

Pour pallier à toutes ces déficiences, le secteur de la FP, est en pleine réforme, avec comme but ultime la valorisation du capital humain et l'adéquation entre ce capital humain et les besoins économiques et sociaux du pays. Le baccalauréat professionnel, lancé en 2014/2015 dans les secteurs de l'automobile, de l'aéronautique et de l'agriculture, l'instauration de passerelles entre les systèmes de FP et de l'enseignement supérieur, la refonte de la formation continue<sup>30</sup> sont certaines des résultantes de cette réforme. De plus, une stratégie nationale de la formation professionnelle (FP) à l'horizon 2021 a été approuvée par le gouvernement. La Stratégie se fixe quatre priorités, à savoir l'adéquation de l'offre de formation qui fait toujours défaut, la formation continue, la gouvernance et le financement de la FP. Le secteur de la FP dispose de 1 934 établissements dont 517 relevant du secteur public. Au cours de l'année 2013-2014, le nombre des stagiaires a atteint 319 586 et le nombre de lauréats en 2013 s'est établi à 133 576<sup>31</sup>.

#### **h. Action sociale : Accompagnement, Hébergement, Institutionnalisation**

Les programmes d'action sociale au Maroc prennent une place importante dans la protection sociale. L'Etat aide les personnes en besoin à travers la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, offrant les services d'accueil, d'écoute et orientation, d'assistance psychosociale, de prise en charge provisoire ou permanente (logement et restauration), d'habillement, d'hygiène, de soins sanitaires de base, activités de loisirs, de rééducation, et de formation. Les bénéficiaires de ces programmes sont les personnes en situation de handicap, les enfants et les femmes en situation difficile, les femmes et enfants victimes de violence, et les personnes âgées.

---

<sup>28</sup> Source : EN en chiffres, 2013

<sup>29</sup> Atelier « Valorisation du capital humain », Note thématique, document de travail dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie Nationale de l'Emploi

<sup>30</sup> La refonte se fait dans le cadre du projet de loi n°74 -13 approuvé par le conseil de gouvernement en juin 2014

<sup>31</sup> Ces chiffres proviennent de la loi de finance 2015.

Selon le Dahir n°1-06-154 (22 novembre 2006) portant promulgation de la loi n° 14-05 relative aux conditions d'ouverture et de gestion des Etablissements de Protection Sociale (EPS), il existe les catégories d'établissements suivants :

- Maison de prise en charge des enfants abandonnés (kafala<sup>32</sup>) ;
- Maison d'enfants ;
- Maison de l'étudiant (Dar Attalib) ;
- Maison de l'étudiante (Dar Attaliba) ;
- Maison pour les personnes âgées ;
- Etablissement de protection, de rééducation ou de requalification des personnes handicapées ;
- Centre social de lutte contre le vagabondage et la mendicité ;
- Etablissement de réinsertion des personnes en situation difficile.

Les institutions en charge de ces programmes sont les suivantes : le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social (MSFDS), l'Entraide National (EN), l'Agence du Développement Social (ADS), le Ministère de la Santé (MS), le Ministère de l'Education Nationale, l'INDH et les associations responsables de la gestion des centres et établissements d'action sociale. La plupart des établissements de protection sociale sont gérés par des associations de bienfaisance, et l'Entraide Nationale contribue par un appui financier au profit de ces EPS. En plus, le Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS) offre l'hébergement et d'autres programmes d'action sociale pour certains groupes de risque : les foyers féminins pour l'autonomisation sociale et économique des femmes en situation difficile, et l'hébergement et accueil dans des centres de Sauvegarde de l'Enfance pour les enfants de 12-17 ans ayant commis des délits ou des infractions pénales, basé sur une décision judiciaire.

La couverture de ces programmes pour chaque groupe de risque reste est basse, en plus, les critères d'éligibilité (ex. la définition de situation difficile et de grande précarité) pour la plupart des programmes de l'action sociale, ne sont pas clairs. Le mode de sélection est basé sur l'auto-sélection et la plupart des bénéficiaires de chaque groupe de risque viennent des milieux urbains. A ce jour il n'existe pas un mécanisme de compensation des personnes en situation de précarité et des familles qui s'occupent des personnes en situation de précarité. Plus précisément, il n'existe pas d'allocations de revenu minimum de subsistance pour les personnes en précarité, telles que les personnes en situation de handicap, ou les enfants qui ont perdu leur(s) parent(s). A part de l'aide directe aux veuves en situation de précarité avec enfants à charge, il n'existe pas d'allocations de compensation en faveur des familles nécessiteuses, ayant à charge des personnes en situation de handicap et des enfants sans parent(s), destinée à couvrir les surcoûts liés aux besoins spécifiques des enfants/adultes.

#### **i. Sommaire des programmes de la protection sociale par secteur**

Le tableau 3 montre les secteurs de la protection sociale et les programmes existants pour chaque secteur, les institutions responsables de leur gestion et la couverture des bénéficiaires pour chaque programme. Comme présenté dans le tableau, le système de protection sociale au Maroc connaît la participation d'une multitude d'intervenants (Etat, départements ministériels, agences publiques, ONG, secteur privé, etc.) et la mise en œuvre de nombreuses initiatives de protection sociale. En dépit du nombre élevé de programmes, une large tranche de la population reste exclue de la protection sociale du fait de la couverture limitée d'un bon nombre de programmes.

---

<sup>32</sup> La Kafala est le système de protection de l'enfance reconnue au Maroc (ainsi que dans tous les autres pays de confession musulmane). En droit marocain, la kafala est réglemantée par la loi n° 15-01 relative à la prise en charge des enfants abandonnés, promulguée par Dahir n° 1-02-172 du 13.06.2002.

L'assurance sociale reste limitée au secteur formel et se caractérise par sa fragmentation en termes de prestation et d'administration. Les transferts monétaires directs pour la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité restent rares et ciblés vers les enfants laissés à la seule charge de leur mère, critère excluant de facto les enfants pauvres et vulnérables, mais vivant avec leurs deux parents, et les orphelins des deux parents.

Malgré des améliorations notables, les programmes de création et de promotion de l'emploi ont une couverture limitée et couvrent insuffisamment les jeunes non diplômés, tandis que les programmes de création d'emploi directe de type THIMO ne ciblent pas toujours les communes les plus pauvres. Il existe aussi une multitude de programmes de l'action sociale, mais la couverture de la population éligible reste également basse.

**Tableau 3. Sommaire des programmes de la protection sociale par secteur**

PROGRAMME	GOVERNANCE	COUVERTURE
<b>ASSURANCE SOCIALE : APPUI AU REVENU</b>		
Prestations familiales	CMR/CNSS/RCAR/Etat employer	32% (couverture de la sécurité sociale à défaut de la couverture réelle des programmes)
Prestations court terme : maladie, maternité, congé de naissance, allocation décès a la famille	CNSS	32% (couverture de la sécurité sociale à défaut de la couverture réelle des programmes)
Prestations court terme : Indemnité de Perte d'Emploi	CNSS	3%*
Pension de retraite	CMR/CNSS/RCAR/CIMR	20%
Pension d'invalidité	CMR/CNSS/RCAR	n.d
Pension de survivant	CMR/CNSS/RCAR	n.d
Régime des accidents du travail et des maladies professionnelles	Assurances privées	n.d
<b>ASSISTANCE SOCIALE : REDUCTION DE LA PAUVRETE ET DE LA VULNERABILITE, ET ACCES AUX SERVICES ET INFRASTRUCTURES DE BASE</b>		
Aide directe aux veuves en situation de précarité avec enfants à charge	MSFFDS/Ministère de l'Intérieur	n.d
Fond d'entraide familiale	MJL	n.d
Subvention du gaz butane et du sucre	MAGG	100%
Programme villes sans bidonville	Ministère de l'habitat et des politiques de la ville, Ministère de l'intérieur, Al Omrane, collectivités territoriales, d'autres établissements publics d'aménagement urbain	66% en fin Juillet 2015 (taux de réalisation)
PAGER	Collectivité locales, Office Nationale de l'Eau Potable, INDH	94% (2013—PLF 2015)
PERG	Office Nationale d'Electricité	99% (mai 2014—PLF 2015)

Programme National de Routes Rurales	Ministère de l'Équipement et du Transport	78% (2014 – PLF 2015)
Allocation forfaitaire et pension d'invalidité pour les anciens combattants et anciens membres de l'Armée de Libération	CMR	100%
<b>SANTE : ACCES AUX SOINS DE SANTE DE BASE</b>		
Programme pour la santé de la mère et de l'enfant - Programme National de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA)	MS	Couverture en théorie : 100%. En 2011: Accouchements assistés qualifiés – 73.6% (92% urbain, 55% rural ; 38% pour le quintile le plus pauvre, 96% pour le quintile le plus riche)
Programme Nationale d'Immunisation	MS	Couverture vaccinale complète : 87,7% (93,5% milieu urbain, 82,6% milieu rural) (2011)
Programme Nationale de la Nutrition	MS	Sensibilisation de toute la population. Indicateurs de malnutrition : en 2011, retard de croissance des enfants de moins de 5 ans était de 15%, l'insuffisance pondérale 3.1%, et l'émaciation 2.3%. De plus, 8.8% des filles et 12.5% des garçons avaient surpoids (ENSPF 2011).
Programme de la Santé Scolaire	MS, MENFP	En 2013/2014 : Visites médicales systématiques : couverture 81% (population cible : 1,320,602 ; population examinée : 1,063,841). Contrôle de l'acuité visuelle : couverture 76% (population cible : 1,320,602 ; population contrôlée : 1,005,139). Visites des classes par l'infirmier : 55% (Population Cible : 6,382,965 ; Nombre de visites effectuées : 3,530,375)
Programme de Santé Universitaire	MS, MENFP	En 2013/2014 : Consultations médicales à la demande : couverture 85%. Visites médicales systématiques : couverture 93%. Contrôle de l'hygiène des établissements : couverture 91%
Remboursement et subvention (baisse des prix ou la gratuite) des couts des médicaments	MS	
Gratuité des médicaments pour traitement antirétroviral	MS	21% des personnes vivant avec HIV/SIDA (39% des femmes enceintes) (2013, BM)

Unités médicales Mobiles – extensions des Etablissements de Soins de Santé Primaires en milieu rural	MS	5,500 sorties en 2009 ; 12,032 sorties en 2014
Caravanes médicales spécialisées	MS	287 caravanes médicales spécialisées ; dispense de 265,917 consultations médicales (parmi lesquels 124,852 consultations médicales spécialisées, 37,468 examens biologiques, radiologiques et fonctionnels, et 6,484 actes de chirurgie)
Dar Al Oumouma - Salles et maisons d'accouchement : accès aux soins de santé 3-7 jours qui précèdent l'accouchement, et ambulance pour porter à l'hôpital	INDH	5,300 bénéficiaires, correspondant à environ 2% des naissances attendues en milieu rural en 2013
Contribution de l'INDH : provision des ambulances, centres de santé, matériel, équipement pour les hôpitaux, unités mobiles, dispensaires, lunettes, médicaments, campagnes)	INDH	70 953 bénéficiaires en 2013 (0.2% de la population)
<b>SANTE : ASSURANCE/ASSISTANCE MEDICALE DE BASE</b>		
Assurance médicale de base AMO - Assurance Maladie Obligatoire	MS, ANAM, CNSS, CNOPS	En 2013, couverture totale par CNOPS et CNSS: 24.4% de la population  (9% par CNOPS-secteur public, 15.3% par CNSS-secteur privé).  Couverture des enfants âgées de 0-14 ans: 25%; couverture des personnes âgées 15-59: 24%; couverture des personnes de 60 ans et plus: 29%.
Régime d'assurance médicale de base AMO - Assurance Maladie Obligatoire dédié aux étudiants	MS, ANAM/ CNOPS	Population estimée en 2015 à 288 000 soit 29% de tous les étudiants (étudiants post baccalauréat des établissements publics/ privés qui ne sont pas couverts par des autres régimes d'assurance médicale de base, et qui sont à l'âge inférieur à 30 ans au moment de l'inscription ; à commencer en Septembre 2015)



Régime d'assurance médicale de base dédié aux Anciens Résistants et Anciens membres de l'Armée de Libération	SAHAM assurances/ MEF	Le taux de couverture est de 100% des Anciens Résistants et Anciens Membres de l'Armée de libération et leurs ayants droit (22 413 au janvier 2015 soit 0,1% de la population)
Régime d'assistance médicale RAMED au profit de la population démunie en situation de pauvreté et vulnérabilité	MS, ANAM	<p>Les bénéficiaires du RAMED à la date la plus récente (23/10/2015) étaient de 9 049 795, soit 106% de la population cible (et 26% de la population totale). D'eux, 84% sont identifiés comme pauvres et 16% comme vulnérables.</p> <p>Les bénéficiaires sont ceux qui ont fait la demande pour avoir la carte de RAMED et répondent aux critères pour être classifié en situation de la pauvreté ou vulnérabilité ; il est difficile à dire si c'est la population cible. 53% de la population des immatriculés RAMED habitent en milieu urbain, et 47% en milieu rural (à noter que : 59% de la population totale habite en milieu urbain, 41% en milieu rural selon le recensement du HCP de 2014).</p>
<b>EDUCATION</b>		
Initiative «1 millions de cartable»	MENFP/ MEF/ Partenaires institutionnels	2013/2014 : tranche d'âge 6-12 : 3 437 858 dont 1 638 153 filles ; tranche d'âge 13-15 : 459 684 (rural) dont 185 389 filles; total rural: 2 401 432; total urbain: 1 496 110;
Tayssir	MENFP	En 2014/2015 : 493133 ménages et 805746 élèves dont 360162 filles. 197023 élèves inscrits au cycle collégial
Internats	MENFP	2013/2014 : tranche d'âge 6-12: 4 201 dont 1 739 filles; tranche d'âge 13-15: 66 810 dont 28 432
Cantines scolaire	MENFP	2013/2014 : tranche d'âge 6-12: 1 212 628 dont 594 113 filles; tranche d'âge 13-15: 54 481 dont 21 740
Transport scolaire en milieu rural	MENFP/ partenaires	2013/2014 : Tranche d'âge 6-12: 7 189 dont 3 177 filles; Tranche d'âge 13-15: 81 121 dont 36 692

Education Non Formelle		2013/2014 : Tranche d'âge 6-12: 7 189 dont 3 177 filles; Tranche d'âge 13-15: 81 121 dont 36 692
Cités universitaire	ONOUCS	43597 SUR 90 000 demande soit 48%
Restaurants universitaires	ONOUCS	100% (7 500 000 repas)
Octroi des bourses.	MESRS/ ONOUCS	279266 boursiers taux de couverture 80% ; Pour les provinces du sud et certaines désignées comme pauvres par le haut-commissariat sont satisfaite à 100%.
<b>EMPLOI, FORMATION, AUTONOMISATION</b>		
AGR de l'INDH	INDH	1%*
AGR de l'ADS	ADS	1%*
Idmaj	Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales/ ANAPEC	5%*
Taehil	Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales/ ANAPEC	2%*
Moukawalati	Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales/ ANAPEC	0%*
Maroc Moubadarates	Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales/ ANAPEC/Secteur Privé/ ADS	0%*
Travaux publics à HIMO	La Promotion Nationale, Ministère de l'Intérieur	4%*
Formation professionnelle	OFPPT, établissements privés, départements ministériels avec leurs propres programmes, EN, MJS, la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, la Fondation Mohammed VI pour la Réinsertion des Détenus, les Entreprises, les ONG, les Chambres et Associations Professionnelles	56% (L'offre de FP ne répond qu'à 44% des demandes d'inscription-- Résumé du diagnostic du système de la FP réalisée dans le cadre de l'étude de l'élaboration d'une vision stratégique de développement de la Formation Professionnelle à l'horizon 2020)
<b>ACTION SOCIALE : ACCOMPAGNEMENT, HEBERGEMENT, INSTITUTIONALISATION</b>		
Etablissements de protection sociale pour personnes en situation difficile ; Centres multifonctionnels (enfants en situation difficile; femmes et enfants victimes de violence; la prise en charge des personnes âgées)	EN et associations	13 953 bénéficiaires des Etablissements de Protection sociale ; 20 478 bénéficiaires des centres multifonctionnels (en 2014).

Etablissements de Protection Sociale (EPS) pour les enfants, Maisons d'enfants, Dar Attalib (maisons de l'étudiant) et Dar Attaliba (maisons de l'étudiante) : Hébergement, accueil, et programme d'appui et de renforcement des capacités scolaires et sociales)	MSFFDS et EN en partenariat avec l'INDH, Associations et Communes, MEN	2014 : 1010 Centres, 103 544 enfants
Kafala : maisons de prise en charge des enfants abandonnés	EN	
Centres de Sauvegarde de l'Enfance (hébergement et accueil des enfants de l'âge 12-17 ayant commis des délits ou des infractions pénales)	Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS)	Enfants de l'âge 12-17 ayant commis des délits ou des infractions pénales, basé sur la décision judiciaire
Programme de promotion des services de médiation familiale (gestion des conflits familiaux afin d'alléger la charge pesante sur les parties en conflit et sur les sections de justice de famille)	MSFFDS et les associations de la société civile	15 Associations au titre de l'année 2014
Etablissements médico-sociaux	MS	Prise en charge médicale avec un accompagnement social des personnes à besoins spécifiques. Etablissements médico-sociaux disponibles : Espaces Santé-Jeunes (25 en 2014) ; Centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie et centres d'appareillage orthopédique (17), unités de kinésithérapie (94), d'orthophonie (40), d'orthoptie (23), et de psychomotricité (21) ; Centres médico-universitaires (5).
Etablissements de protection sociale pour personnes avec handicap	L'Entraide Nationale (EN) et associations	6 154 bénéficiaires (personnes avec handicap) en 2014. Rural 53%, urbain 47%.
Centres pour Personnes Handicapées	EN et associations	5 038 bénéficiaires (personnes avec handicap) en 2014. 8% en milieu rural, 92% en milieu urbain.
Coopératives et Associations des Handicapés (Aide alimentaire)	EN et associations	5 584 bénéficiaires (personnes avec handicap). Rural 10%, Urbain 90%.
Programme d'appui à l'inclusion des personnes en situation de handicap (bourses pour études)	MSFFDS	112 bénéficiaires en 2013

Centres pour Personnes âgées; Mise à niveau et qualification des établissements de protection sociale des personnes âgées	MSFFDS, l'Entraide Nationale, les associations, Fondation Mohammed VI	62 centres/ établissements de protection sociale pour personnes âgées : 5029 bénéficiaires - 2419 hommes et 2610 femmes (Personnes âgées non handicapées, sans domicile et vivant dans la précarité) identifiés par le diagnostic de 2012 et 2014 effectué par le MSFFDS)
Centres de gériatrie des personnes âgées malades/fragiles et personnes âgées nécessiteuses des prothèses auditives et des lunettes	MS	
Formation des ressources humaines des établissements de protection sociale pour personnes âgées	MSFFDS / EN /ADS ; Association gérontologie espoir	Formation des ressources humaines (558) des établissements de protection sociale des personnes âgées ; Formation des 100 médecins et infirmières des établissements de protection sociale des personnes âgées
Campagne nationale de sensibilisation au profit des personnes âgées 2013 et 2014: «personnes âgées trésor dans tout foyer»	MSFFDS / EN /ADS	Une large campagne de communication dans toutes les chaînes audiovisuelles : des supports de communication : Spot TV et Radio, Affiches, Flyers, chemises, CD, des activités de sensibilisations organisées dans toutes les régions
Appel pour la protection des personnes âgées hiver 2014	MSFFDS / EN	Aide aux personnes âgées sans abri pendant l'hiver, mettant à leur disposition des espaces d'accueil et d'hébergement pour leur permettre de faire face aux conditions climatiques difficiles, mobilisation de tous les acteurs de la société pour une prise en charge globale et intégrée des personnes âgées. 2014: 1162 personnes âgées (24% femmes, 76% hommes). 2015: 1092 personnes âgées (208 femmes, 884 hommes).
La lutte contre la violence à l'égard des femmes et les enfants : Centres d'accueil, protection, sensibilisation	Ministère de l'Intérieur, INDH	
Lutte contre la violence à l'égard des femmes et des enfants : la prise en charge médicale intégrée et gratuite, psychologique, sociale et médico-légale dans les établissements publics de santé	MS	96 unités de prise en charge, et sont toutes opérationnelles
Autonomisation social et économique des femmes : foyers féminins pour renforcer les capacités des jeunes filles et femmes en vue de faciliter leur insertion économique	MJS	409 foyers féminins. Activités de rayonnement : 73,462 bénéficiaires
Programme Dar AlMouwaten: Autonomisation sociale et économique des femmes (l'écoute, conseil et orientation, l'éducation et sensibilisation, encadrement et animation)	EN	Femmes en situation difficile, en précarité. La population des quartiers, les associations locales. 76 819 bénéficiaires en 2014.

\*Calcul des auteurs utilisant un stock de chômeurs de 1 167 000 en 2014 selon le HCP et le nombre de bénéficiaires par an.

## j. Financement et dépenses par secteur

Le tableau 4 et la figure 2 présentent les dépenses de protection sociale par secteur. Il est difficile de déterminer la somme dépensée pour la protection sociale parce qu'il n'existe pas de composante protection sociale dans la structure du budget. Il existe certes un ministère chargé de la Solidarité, de la Femme de la Famille et du Développement Social (MSFFDS), mais d'autres éléments importants sont sous la responsabilité d'autres ministères. Le MSFFDS exécute même une part infime du budget de l'Etat réservé à la protection sociale. A l'opposé, les subventions du gaz butane et du sucre, suivies de la contribution de l'Etat dans la sécurité sociale, représentent les plus grosses dépenses de protection sociale (12,53% et 6,11% respectivement), deux programmes qui pourtant ne ciblent pas ceux qui en ont le plus besoin. La réforme en cours de la compensation représente donc une opportunité de financement de programmes ciblant les plus pauvres et les plus vulnérables. L'annexe II montre les programmes et financements par institution de gestion en détail.

**Tableau 4. Dépenses de protection sociale : dépenses du gouvernement pour l'assistance sociale, et dépenses des caisses pour l'assurance sociale**

		Budget alloué, 2015, en million	% budget total
Assurance sociale : appui au revenu	Contribution de l'Etat comme employeur dans les régimes de retraite et de la couverture médicale	15 200	6,11%
	IPE	250	0,10%
Assistance sociale : Réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, et accès aux services et infrastructures de base	Aide directe aux veuves en situation de précarité avec enfants à charge	n.d	n.d
	Fond d'entraide familiale	160	0,06%
	Logement décent et diversification de l'offre de logement	2 996	1,20%
	PAGER	150	0,06%
	PERG	n.d	n.d
	Programme de Routes Rurales	80	0,03%
	INDH	2 200 [en 2013]	0,9%
	Subvention du gaz butane et du sucre		31 1901
Emploi, formation, autonomisation	Fonds pour la Promotion de l'emploi jeune	680	0,27%
	Travaux publics à HIMO	n.d	n.d

	Formation Professionnelle	n.d	n.d
Education	Initiative «1 millions de cartable»	400	0,16%
	Tayssir	778	0,31%
	Internats	941	0,37%
	Cantines scolaires		
	Transport scolaire	65	0,03%
	Ecole non formelle		
	Etablissement de protection Sociale		
	Cités Universitaires	155	0,06%
	Restaurants Universitaires	255	0,1%
	Octroi des bourses	1328	0,53%

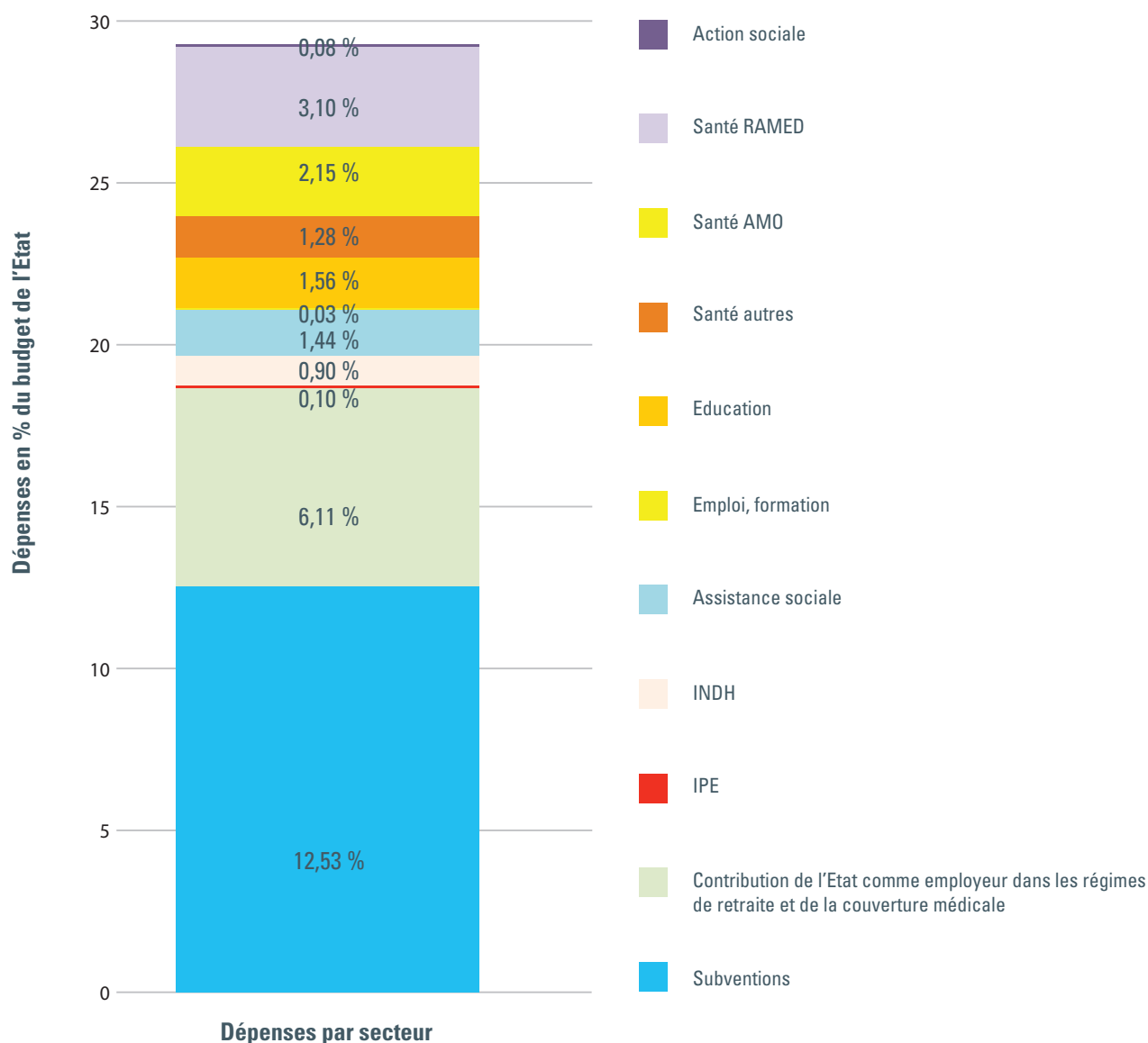
	En million de DH (2013)	En % du PIB2	En % du budget général de l'Etat 3
<b>Santé</b>			
Budget global du MS	12 372	1.42%	4.79%
Programme pour la santé de la mère et de l'enfant (2010)	1 700	0.19%	0.66%
Gratuité de l'accouchement et de la césarienne (2014)	74	0.01%	0.03%
Médicaments	1 400	0.16%	0.54%
RAMED (assistance médicale de base)	8 000	0.92%	3.10%
AMO (assurance médicale de base)	5 500	0.63%	2.13%
AMO dédié aux Anciens Résistants et Anciens membres de l'Armée de Libération	56	0.01%	0.02%
INDH (lié à la santé)	135	0.02%	0.05%
<b>Action Sociale</b>			
Etablissements de Protection Sociale (EPS) pour les enfants	123	0.014%	0.048%
Programme de promotion des services de médiation familiale	2,5	0.000%	0.001%
Etablissements de Protection Sociale (EPS) pour personnes avec handicap	7,5	0.001%	0.003%
Coopératives et Associations des Handicapés	10	0.001%	0.004%
Centres pour Personnes âgées	37	0.004%	0.014%
Programme Dar AIMouwaten: Empotement social et économique des femmes	26	0.003%	0.010%

1 Soutien des prix: 20,9 milliards de dirhams, mesures d'accompagnements : 2 milliards de dirhams, financement des arriérés au titre des années précédentes : 7,49 milliards de dirhams, fonds de Soutien des Prix de certains Produits Alimentaires : 800 millions dirhams (Rapport sur la décompensation 2015).

2 PIB en 2013: 872 791 000 000 de DH (source : Banque Mondiale).

3 Budget général de l'Etat en 2013 : 258 165 000 000 de DH (Source : Santé en chiffres 2014)

Figure 2. Dépenses par secteur de la protection sociale, en % du budget de l'Etat



## 5.2 Couverture de la protection sociale par groupe de risque

### a. Enfants de 0 à 5 ans

#### Transferts monétaires

Les enfants dont les parents travaillent dans le secteur formel (public et privé) bénéficient d'une allocation familiale d'un montant de 200 dirhams par enfant par mois pour les 3 premiers enfants, et de 36 dirhams par mois pour les 3 suivants, et ce jusqu'à 12 ans si l'enfant à charge réside au Maroc, 18 ans si l'enfant est placé en apprentissage, 21 ans si l'enfant a eu son baccalauréat et poursuit ses études au Maroc ou à l'étranger, et sans limite d'âge pour l'enfant en situation de handicap ne disposant pas de revenu stable. En plus des allocations familiales, les ayants-droit de pensionnés (invalidité, retraite, survivant) touchent une pension quand ils sont/ étaient à la charge du pensionné.

En plus des transferts faits par la sécurité sociale, l'aide directe aux femmes veuves en situation de précarité et le fond d'entraide familiale pour les femmes démunies et divorcées avec enfants à charge, visent à réduire les vulnérabilités de ces femmes et de leurs enfants, et leur assurer un minimum d'accès aux services sociaux de base. Le montant du transfert est de 350 dirhams par enfant et par mois, avec un plafond par famille de 1 050 dirhams, soit une limite de 3 enfants.

La couverture des transferts monétaires reste limitée, et une large majorité d'enfants vulnérables ne sont couverts par aucun programme. En effet, les enfants dont aucun parent ne travaille dans le secteur formel (l'emploi informel représentait 37,3% dans l'emploi non-agricole, 34% en zones urbaines et jusqu'à 49,4% en milieu rural<sup>33</sup>) ne perçoivent aucune allocation familiale de la sécurité sociale. Quant au programme d'aide directe aux veuves, fort est à parier que le taux de couverture sera limité, vu que le critère principal d'éligibilité est d'avoir une mère veuve.

### **Santé maternelle et infanto-juvénile**

Les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile restent inquiétant notamment en milieu rural. Le taux de mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an) est passé de 40 pour mille naissances vivantes en 2003 à 28,8 pour mille naissances vivantes en 2011 : 33,5 en milieu rural contre 23,6 en milieu urbain (ENSPF 2011). Concernant la mortalité néonatale, le ministère cible une proportion de 12 décès pour 1.000 naissances en 2016, au lieu de 19 enregistrés en 2011 (MS 2012). Le taux de mortalité maternelle en 2011 était de 112 décès pour 100 000 naissances vivantes, mais en milieu rural il était deux fois plus haut qu'en milieu urbain (148 contre 73 décès pour 100000 Naissances Vivantes). Un des objectifs du « Plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale » était de réduire la mortalité maternelle à 50 décès pour 100 000 NV en 2016. En 2011, la proportion des femmes ayant reçu des soins prénataux d'un personnel qualifié était de 77.1% (92% en milieu urbain et 63% en milieu rural) (ENSPF 2011). Cependant, seulement 55% des femmes ont fait au moins quatre visites de soins prénataux qualifiés. En 2011, 72,7% des naissances ont eu lieu dans un établissement sanitaire, et 73,6% des accouchements ont été assistés par un personnel qualifié en dehors ou dans les structures de soins (38% du quintile de bien-être le plus pauvre, 96% du quintile le plus riche).

Pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile, le ministère de la Santé a introduit un programme de la grossesse et de l'accouchement, qui prévoit la gratuité des soins prénataux, l'accouchement surveillé qualifié et la césarienne. Le ministère espère réduire les disparités et augmenter les accouchements surveillés en milieu rural de 55% enregistrés en 2011 à 75% en 2016.

La consultation post-natale est, à son tour, loin d'être généralisée parmi les femmes. En effet, seulement 22% des femmes ont déclaré avoir bénéficié de soins postnataux qualifiés suite à leur dernier accouchement. Cette proportion tombe à 7,5% lorsqu'il s'agit des femmes s'identifiant au 20% des ménages les plus pauvres selon l'indice de bien-être (ENSPF 2011).

Une des causes de la mortalité néonatale notée par le ministère de la Santé est l'inaccessibilité géographique aux centres spécialisés et l'insuffisance de leur capacité d'accueil (Plan d'Action 2012-2016). Le plan d'action du ministère de la Santé vise à améliorer les conditions d'accouchement, à mieux suivre les femmes enceintes et ayant accouché, ainsi que les nouveau-nés.



Ce plan repose sur la consolidation des acquis, le renforcement de la gestion de proximité et de ciblage des actions pour le milieu rural et les zones couvertes, y compris l'exemption des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, le renforcement de la surveillance de la grossesse (gratuité des examens biologiques des femmes enceintes), le renforcement de la surveillance de l'accouchement (médicalisation des consultations prénatales et la première consultation du post-partum), et les visites à domicile en milieu rural avant le 8ème jour du post-partum pour le suivi des parturientes (Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016). Pour les populations qui ont un accès difficile aux soins de santé, notamment dans les zones enclavées du milieu rural, le Ministère de la Santé offre des soins dispensés en mode mobile, intégrant les Unités Médicales mobiles, les caravanes médicales spécialisées, l'hôpital mobile, et les visites à domicile, avec la dispense d'une gamme diversifiée de prestations aux enfants, femmes en âge de procréer, élèves et malades chroniques.

Au titre de l'année 2010, les dépenses du MS consacrées aux activités liées à la santé de la mère et de l'enfant s'élevées à près de 1,7 milliards de Dirhams. Les dépenses du MS ont connu une augmentation en 2014 en lien avec l'instauration de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne dans les hôpitaux publics (dépenses de 75 millions DHS en 2014), et à l'acquisition des ambulances équipées nécessaires. De plus, certaines interventions de l'INDH sont ciblées sur l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Par exemple, «Dar Al Oumouma » est une initiative communautaire pour l'amélioration de l'accès aux soins maternels et néonataux en milieu rural, offrant les établissements d'hébergement les 3-7 jours qui précèdent l'accouchement, et l'ambulance pour le transport à l'hôpital.

### Malnutrition

Selon les données de l'ENPSF de 2011, le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans a diminué de 18% en 2004 à 15% en 2011. Selon la même source l'insuffisance pondérale atteint 3,1%, et l'émaciation 2,3%. Afin de palier à cette situation, le Ministère de la Santé mis en œuvre un Programme National de la Nutrition, visant l'amélioration de l'état nutritionnel des populations vulnérables. Certaines des actions menées sont la surveillance de la croissance, la promotion de la pratique de l'allaitement maternel, la supplémentation en vitamines et en sels minéraux des enfants et des femmes durant la grossesse et en post-partum ainsi que la promotion de la consommation des aliments fortifiés en micronutriments. Cependant, la causalité complexe des problèmes nutritionnels et leurs liens très étroits avec les facteurs socio-économiques, environnementaux et la gestion des ressources, appellent à dépasser l'approche biomédicale classique et les solutions isolées<sup>34</sup>. Un autre type de malnutrition qui existe au Maroc est le surpoids, dans la mesure où, 8,4% des filles et 11,4% des garçons de moins de cinq ans, étaient en situation de surpoids en 2011 (ENSPF 2011).

Dans ce sens, parmi les actions importantes de la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016 on trouve le développement et la mise en œuvre d'un plan de mobilisation sociale en faveur de l'allaitement maternel et de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la participation à la révision de la législation protégeant l'allaitement maternel, l'amélioration des modalités de gestion et d'approvisionnement en micronutriments, et la promotion de la nutrition en milieu scolaire et universitaire (en coopération avec le Ministère de l'Education Nationale et de la formation professionnelle) avec l'instauration de normes pour améliorer la qualité des aliments au niveau des cantines scolaires et universitaires, y compris la mise en place d'une stratégie nationale de réduction de la consommation du sel, et de lutte contre l'obésité.

---

<sup>34</sup> La Stratégie Nationale de la Nutrition 2011-2019

## Maladies et l'accès aux médicaments

Pour réduire les maladies transmissibles et assurer la couverture vaccinale, le ministère de la Santé gère le Programme National d'Immunisation pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de reproduction. Ce programme offre la gratuité pour quelques vaccins, mais cette gratuité est limitée à une liste incomplète, car il y a certains vaccins importants qui sont exclus de ce programme. La couverture de vaccins les plus importants n'est pas complète. En 2011, 87,7% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins nécessaires (BCG, DTCOQ/POLIO, VAR).

Quant à la couverture médicale, selon l'annuaire statistique de l'AMO 2013, 25% des enfants de moins de 15 ans sont couverts par l'assurance médicale de base. Environ 22% sont couverts par l'assistance médicale de base (RAMED). L'effectif des 'Ramediste' à fin 2014, âgés de moins de 15 ans, était de 2 028 244. Selon ces chiffres, 53% des enfants de moins de 15 ans n'ont pas de couverture médicale de base.

## Exclusion scolaire, redoublement et décrochage scolaire :

Le préscolaire n'étant pas obligatoire comme le primaire et le collège, les enfants en âge d'être préscolarisés, et qui ne sont pas pris en charge par le préscolaire restent nombreux. Quoiqu'il existe des établissements de la petite enfance sous la tutelle du Ministère de la Jeunesse et des Sports et des jardins d'enfants gérés par l'Entraide National, le préscolaire relève quasi exclusivement du secteur privé, et une fois de plus ce sont les enfants des milieux défavorisés, habitant en milieu rural qui sont le plus touchés par l'exclusion scolaire. Pour le cycle préscolaire, le taux d'exclusion atteint 54,5% des enfants en milieu rural (66,4% pour les filles issues du même milieu), contre 21% en milieu urbain. Une situation qui creuse l'écart et renforce les inégalités. Les enfants n'ayant pas été inscrits au cycle préscolaire, accèdent au cycle primaire avec un an de retard (16% et 22% en milieu rural)<sup>35</sup>, et ont un taux de redoublement supérieur à ceux qui ont reçu un enseignement préscolaire (le taux de redoublement de la première année du cycle primaire en milieu rural est de 15,2%). La généralisation et l'uniformisation du préscolaire sont alors essentielles pour couvrir les enfants âgés de 4 à 5 ans.

## b. Enfants en âge scolaire (6-15 ans)

### Transferts monétaires

Les enfants de cette tranche d'âge bénéficient des mêmes transferts monétaires que ceux de 0 à 5 ans : les allocations familiales, les pensions, l'aide directe aux veuves en situation de précarité et le fond d'entraide familiale.

### Soins de santé

Dans le secteur de la santé, le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire offre les visites médicales systématiques (81% des étudiants examinés en 2013/2014), le contrôle de l'acuité visuelle (76% contrôlés en 2013/2014), et les visites des classes par l'infirmier (taux de réalisation 55%).

Cependant, environ 53% des enfants de moins de 15 ans n'ont pas de couverture médicale de base (AMO et RAMED).

---

<sup>35</sup> La situation des enfants et des femmes au Maroc 2015, ONDE-UNICEF

### **Exclusion scolaire, redoublement et décrochage scolaire**

Plusieurs programmes, destinés à améliorer l'accès et la rétention scolaire, sont mis en œuvre à travers le Royaume. Pour tous les enfants âgés de 6 à 11, l'initiative 1 millions de cartables distribue des fournitures scolaires et des cartables à tous les enfants du cycle primaire.

Les programmes qui ciblent les enfants de 6-15 ans du milieu rural sont les suivants : l'initiative 1 millions de cartables, Tayssir, les internats et cantines scolaires et le transport scolaire. Le Programme d'appui social à la scolarisation, à travers les différents programmes susmentionnés, intervient afin de soutenir la scolarisation des enfants en milieu rural. Des améliorations importantes ont été enregistrées suite à la mise en œuvre de ce programme d'appui social notamment sur la rétention et la lutte contre l'abandon scolaire, mais malgré ces efforts, il reste encore des déficits importants dont notamment le taux net de scolarisation au collège pour les enfants en milieu rural qui était seulement de 30,6% contre 80,7% dans le milieu urbain en 2013.

Pour les enfants 9-15 ans, il existe l'école de la deuxième chance qui leur permet d'intégrer le cursus éducatif formel.

Concernant les enfants 6-11 ans, le taux net de scolarisation est de 98,4%. C'est à l'âge de 11 ans, lors du passage du primaire au secondaire, que l'exclusion scolaire commence à apparaître (taux d'exclusion 9%, et 11% pour les filles). Le taux d'exclusion au cycle collégial est de 69,4%. Également, 21% des filles en milieu rural ne sont pas inscrites en 1ère année du cycle collégial (contre 4,2% des garçons en milieu urbain). En effet à partir de cet âge-là, les enfants et souvent ceux issus du milieu rural sont exposés au travail.

### **c. Adolescents de 15 à 17 ans et adultes de 18 à 59 ans**

#### **Sécurité sociale**

Les adolescents de cette tranche d'âge bénéficient des mêmes transferts monétaires que ceux de 0 à 14 ans : les allocations familiales, les pensions, l'aide directe aux veuves en situation de précarité et le fond d'entraide familiale.

Les 16-18 ans issus de familles démunies en milieu rural bénéficient des internats.

Les personnes âgées de plus de 15 ans qui sont analphabètes ont accès au programme de lutte contre l'analphabétisme.

Les travailleurs du secteur formel bénéficient de la sécurité sociale, qui leur fournit un appui au revenu en cas de nouvelle naissance, d'invalidité, d'accident ou de maladie professionnelle, et de décès. Ces travailleurs sont en bénéficiaires de la couverture maladie. Cependant, la sécurité sociale couvre à peine le tiers de la population.

#### **Santé**

Le Ministère de la Santé a mis en place plusieurs services pour améliorer les conditions de santé parmi les jeunes, offrant des établissements médico-sociaux. Les Centres médico-universitaires sont responsables de la mise en œuvre du Programme National de la Santé Universitaire pour les étudiants. En 2014, les visites médicales systématiques ont été accessibles pour 93% des étudiants, et les consultations médicales à la demande ont été disponibles pour 85% des étudiants. En plus, les Espaces Santé-Jeunes (ESJ), en tant que centres médico-sociaux, ont pour mission de contribuer à la promotion de la santé des jeunes en leur offrant des services accessibles et adaptés en matière d'écoute, de conseil, d'accompagnement psycho-social,

de prise en charge et orientation médicale et psychologique, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et la lutte contre les addictions. Les ESJ offrent des prestations d'accueil, d'écoute et de consultation psychologique, des consultations médicales y compris des consultations spécialisées, ainsi que des prestations d'Information, Education et Communication. En 2015, le nombre des ESJ a atteint 25 établissements fonctionnels.

Presque tous les étudiants sont couverts par l'assurance médicale de base : soit par l'AMO des parents, soit par le nouveau régime de l'assurance médicale de base pour les étudiants non-couverts, qui est introduit en 2015 et couvre 29% des étudiants, ou soit par le RAMED.

L'effectif des bénéficiaires du RAMED, âgées entre 15 et 59 ans, est de 4.917.043 à fin 2014 (soit 23% de la population âgée de 15 à 59 ans). L'effectif des bénéficiaires de la population AMO, gérée par la CNOPS et la CNSS, au titre de 2013, est de 5.014.970 (soit 24% de la population âgée de 15 à 59 ans). Ainsi, en se basant sur ces chiffres, environ 53% des adultes n'ont pas de couverture médicale de base<sup>36</sup> : Ce sont les personnes qui travaillent dans le secteur non-formel, les indépendants, et ceux qui ne sont pas identifiés comme pauvres ou vulnérables selon la méthodologie établie par le RAMED.

### **Emploi, formation, autonomisation**

Les jeunes en quête d'emploi bénéficient d'un certain nombre de projets d'autonomisation (AGR de l'ADS et de l'INDH), de formation et d'insertion professionnelle (programmes de promotion de l'emploi du Gouvernement), de création d'entreprises (Maroc Moubadarates) et de travaux à HIMO. Ces projets visent les diplômés comme les non diplômés. Leur couverture reste néanmoins limitée (environ 15% des chômeurs).

L'Entraide Nationale a mis en œuvre les Centres d'Education et de Formation pour les femmes issues des couches sociales démunies et les jeunes filles et garçons déscolarisés ou non scolarisés issus des familles nécessiteuses. En 2013, il y avait 1 388 Centres d'Education et de Formation avec 105 145 bénéficiaires dont 89% de femmes (81% au milieu urbain, 19% au milieu rural). L'EN a aussi établi des Centres de Formation Professionnelle (80 Centres et 6 961 bénéficiaires en 2013) pour les jeunes en situation difficile, déscolarisés ou en rupture de scolarisation âgés de 15 ans et plus dans le but de promouvoir leur insertion dans le monde du travail (EN en chiffres, 2013).

L'IPE, nouvellement mise en place, donne une indemnité au chômeur et l'accompagne dans sa réinsertion professionnelle. L'IPE reste cependant limitée au secteur formel et a une durée limitée à 6 mois. Sont exclus, ou très peu couverts, par ces programmes d'emploi les jeunes peu ou pas diplômés, et les zones rurales notamment en ce qui concerne la disponibilité de la FP.

### **Education**

Pour les étudiants boursiers les programmes suivants sont à disposition : cités universitaires, restaurants universitaires et octroi de bourses. Les adultes âgées de plus de 15 qui sont analphabètes ont accès au programme de lutte contre l'analphabétisme.

---

<sup>36</sup> La population âgée de 15 à 59 ans en 2013 était de 21 226 398 (World Bank Databank 2013).

#### **d. Personnes âgées (60 ans et plus)**

##### **Sécurité sociale**

Les plus de 59 ans représentait 7,8% de la population soit 2 574 636 personnes en 2013.

La sécurité sociale fournit aux personnes retraitées du secteur formel une pension de retraite, qui ne couvre qu'environ 20% des plus de 60 ans.

Environ 29% des personnes de 60 ans et plus sont couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Les personnes âgées ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de base s'ils/elles n'ont pas travaillé dans le secteur formel pendant un certain nombre de jours nécessaire pour être qualifier pour la sécurité sociale. Les personnes de 60 ans et plus identifiées comme pauvres ou vulnérables bénéficient de l'assistance maladie de base RAMED. En 2014, il y avait 945 654 bénéficiaires de RAMED de cette tranche d'âge, soit 37% de toute la population de 60 ans et plus. Selon ces chiffres, 34% des personnes de 60 ans et plus n'ont pas de couverture médicale de base.

##### **Services d'action sociale**

Le ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social, en collaboration avec l'Entraide Nationale, ont établi 62 établissements de protection sociale pour personnes âgées en situation difficile identifiées par le diagnostic de 2012 et 2014 (personnes âgées sans domicile et vivant dans la précarité).

En 2014, il y avait 5 029 bénéficiaires (2 419 hommes et 2 610 femmes). Ces établissements sont gérés par des associations. Le ministère est responsable de l'élaboration du cahier des charges pour normaliser les prestations des centres des personnes âgées et pour mieux régler le partenariat entre le ministère et les différentes entités. Le ministère a élaboré un plan de formation des ressources humaines des établissements de protection sociale des personnes âgées, et mis en œuvre ce plan à travers la formation de 100 médecins et infirmiers effectuée par le ministère, l'Entraide Nationale, et l'Agence de Développement Social, avec l'appui de l'association gérontologie espoir.

Trois centres sociaux de gériatrie gérés par le ministère de la Santé offrent la prise en charge globale et intégrée (médicale, psychologique, et rééducation) des personnes âgées fragiles et la mise à disposition de prothèses auditives et de lunettes. En plus, deux unités de gériatrie d'hospitalisation de courte durée ont été créées à Kénitra et à Fès. Une stratégie de prise en charge de la santé des personnes âgées est projetée dans un avenir proche.

Le pôle social (le ministère, l'EN, et l'ADS) a organisé une campagne nationale de sensibilisation au profit des personnes âgées en 2013 et 2014 : «personnes âgées trésor dans tout foyer». De plus, le ministère et l'EN ont organisé un appel pour venir en aide aux personnes âgées sans abri pendant l'hiver, mettant à leur disposition des espaces d'accueil et d'hébergement pour leur permettre de faire face aux conditions climatiques difficiles. Ce fut une mobilisation de tous les acteurs de la société pour une prise en charge globale et intégrée des personnes âgées : 1,162 personnes âgées ont bénéficié en 2014, et 1,092 en 2015.

#### **e. Personnes en situation de handicap**

L'enquête de 2004 montre que plus de 1,5 millions de personnes étaient en situation de handicap au Maroc, soit 5,12% de l'ensemble de la population<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Une proportion similaire à la prévalence identifiée par le recensement général de la population et de l'habitat de 2014, et qui est à 5.1% - HCP

Les premières causes déclarées du handicap sont les maladies acquises (les maladies qui viennent après la naissance), puis les accidents tels que celles de la route, les complications liées à un traitement médical ou une opération et les violences sociales et familiales. L'enquête indique que la majorité de la population en situation d'handicap est en âge d'activité (56%) mais seulement 10,1% des personnes en situation de handicap sont des actifs occupés.

S'agissant de l'accès à la scolarisation, seuls 32% des enfants d'âge 4-15 ans en situation de handicap, étaient scolarisés, contre 96% des enfants non handicapés. Deux enfants donc en situation de handicap sur trois ne bénéficient pas de leur droit à l'éducation. Mais il est à noter qu'une deuxième enquête nationale sur la prévalence du handicap au Maroc a été réalisée en 2014 et les résultats seront publiés incessamment.

Une nouvelle loi cadre 97.13 relative à la protection et la promotion des droits des personnes handicapées a été initiée par le gouvernement en 2013 pour entre autres la mise en place d'un système d'appui sociale aux personnes en situation de handicap afin de renforcer leurs droits. Le Maroc avait ratifié la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées en avril 2009. Cette ratification a été renforcé par la nouvelle constitution de 2011 qui interpellent les pouvoirs publics pour honorer les obligations constitutionnelles pour combattre la discrimination fondée sur le handicap, en mettant en œuvre des mesures positives pour l'inclusion des personnes en situation de handicap. Cependant, l'analyse par le Conseil Economique et Social (2012) montre que le modèle conceptuel adopté contribue à la persistance de barrières culturelles, sociales et économiques, qui empêchent la mise en place d'un environnement propice à la participation sociale des personnes en situation de handicap. Le Conseil identifie les limites suivantes : (i) la double mission confiée aux départements spécifiques qui se sont succédés, à savoir la coordination de l'action gouvernementale et la prestation des services, s'est avérée difficilement réalisable, (ii) les autres ministères ne disposent pas de points focaux chargés de la question du handicap suffisamment armés pour assurer leur mission, (iii) les commissions interministérielles créées en 1998 et 2010 n'ont pas été opérantes. Le Conseil recommande la mise en place d'une stratégie nationale globale et intégrée, à partir d'une approche fondée sur le droit, et conçue avec la participation de toutes les parties prenantes.

Les droits fondamentaux prioritaires des personnes en situation de handicap sont l'accessibilité en tant que thème transversal, l'accès à l'éducation, à l'emploi et au travail et l'accès à la santé et à la couverture médicale, ainsi que l'instauration d'un mécanisme de compensation du coût du handicap.

En effet, s'agissant de l'éducation, le système national de l'enseignement public n'assure pas les mêmes chances à la scolarisation des enfants en situation de handicap; les établissements ordinaires ne sont pas accessibles et ne disposent pas d'aménagements adéquats ; les ressources humaines qualifiées sont en nombre très limité, et les programmes scolaires ne sont pas adaptés.

Par ailleurs, le cadre juridique ne garantit pas suffisamment le droit des personnes en situation de handicap d'avoir un emploi. En effet, selon la loi de protection sociale des personnes handicapées de 1993, il existe un quota de 7% de postes d'emploi dans le secteur public mais qui n'est pas appliqué. Le quota dans le secteur privé n'est pas fixé. L'accès à l'emploi protégé, à l'auto-emploi et aux activités génératrices de revenus (AGR) est très limité à cause de la discrimination pour l'octroi des crédits et des financements.

L'accès à la couverture médicale, par contre, s'est amélioré, notamment grâce à la généralisation du Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED).

A ce jour il n'existe pas de mécanisme de compensation des personnes en situation de handicap au Maroc. Il y a un manque d'allocations de revenu minimum de subsistance pour les adultes en situation de handicap, et il y a un manque d'allocations de compensation en faveur des familles nécessiteuses, ayant à charge des personnes en situation de handicap, destinées à couvrir les surcoûts liés au handicap de l'enfant/adulte. Le Maroc a adopté une stratégie nationale de prévention du handicap pour la période 2009-2015, visant à mettre en synergie les efforts de tous les acteurs. Mais, selon le Conseil Economique, Social et Environnemental, son efficacité reste à démontrer.

Le Ministère de Santé et le MSFFDS avec l'Entraide Nationale s'occupent des services et de la prise en charge des personnes avec handicap. Une des actions de la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016, est l'acquisition des prothèses auditives et des lunettes pour les personnes en situation de handicap. En plus, le Ministère de la Santé a œuvré depuis les années 60 pour la mise en place des ateliers d'appareillage et de rééducation au niveau des hôpitaux. Actuellement, ils existent 9 centres intégrés régionaux et 2 centres intégrés provinciaux de rééducation et d'appareillage orthopédique, 6 unités régionales d'appareillage orthopédique, 94 unités de kinésithérapie, 40 d'orthophonie, 23 d'orthoptie et 21 de psychomotricité, et ce, au niveau des établissements hospitaliers, ainsi que des services de rééducation au niveau des hôpitaux universitaires. Le Ministère de la Santé a lancé un Plan National sur la Santé et le Handicap 2015-2021<sup>38</sup> qui vise à assurer l'accès des personnes en situation de handicap à des services de santé promotionnels, préventifs, de prise en charge et de réadaptation, de proximité et de qualité. Ce plan intégrant 20 mesures, s'articule autour de 6 axes : (1) le renforcement des programmes et des actions de prévention et de dépistage précoce des pathologies à l'origine du handicap, (2) l'amélioration de la prise en charge des besoins des personnes en situation de handicap, (3) le renforcement de la formation de base et de la formation continue, (4) le renforcement du cadre réglementaire et de partenariat, (5) la mobilisation sociale et la lutte contre la stigmatisation, (6) le suivi-évaluation et la recherche.

L'Entraide Nationale, en coopération avec des associations, offre des établissements de protection sociale et des centres pour personnes avec handicap. Les établissements de protection sociale pour personnes avec handicap s'occupent de leur prise en charge quand ils sont en situation de grande précarité (personnes avec handicap vivant dans une extrême pauvreté avec une absence totale d'autonomie). En 2014, il y avait 6 154 bénéficiaires : 53% en milieu rural, 47% en milieu urbain. En 2014, le budget alloué était de 7 500 000 Dhs. Le nouveau programme «Fonds de Cohésion Sociale» (convention 2015) met à disposition 50 000 000 dhs additionnels.

L'EN s'occupe aussi des Centres pour Personnes Handicapées, offrant les services suivants : accueil, écoute et orientation ; assistance psychosociale ; prise en charge provisoire ou permanente (logement et restauration) ; habillement, hygiène ; soins sanitaires de base ; activités de loisirs ; rééducation ; formation. Les bénéficiaires sont les personnes avec handicap en situation de grande précarité. En 2014, il y avait 5 038 bénéficiaires (8% en milieu rural, 92% en milieu urbain). Les Coopératives et Associations des Handicapés (ex. l'Organisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc, et la Fédération Youssoufia des associations des personnes handicapées moteurs) offrent une aide alimentaire permanente aux personnes avec handicap visuel ou moteur en situation de précarité. En 2014, il y avait 5 584 bénéficiaires (10% en milieu rural, 90% en milieu urbain), avec un budget de 10 millions dhs.

La couverture des personnes avec handicap par ces programmes d'action sociale est limitée. Au total, le nombre de bénéficiaires des centres gérés par l'EN est égal à 1% des personnes avec handicap.

---

<sup>38</sup> Ce plan a été présenté à Rabat le 21 oct. 2015 lors du Forum national sur la Santé et le Handicap organisé par le Ministère de la santé en partenariat avec le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, et la Fondation Mohammed V pour la Solidarité.

Le MSFFDS offre un programme d'appui à l'inclusion des personnes en situation de handicap offrant des bourses d'études. Le nombre de bénéficiaires est très bas (112 bénéficiaires en 2013). Afin d'améliorer la scolarisation des enfants en situation de handicap, le MSFFDS offre aussi un appui financier aux associations œuvrant dans le domaine de la scolarisation des enfants en situation de handicap. En 2015, le montant global des subventions a atteint 25 millions de dirhams au profit de 3 000 enfants.

#### **f. Enfants en difficulté : orphelins, enfants des rues, et enfants sans structure familiale**

La loi 14/05 de 2006 est conçue pour la réglementation et la gestion de tout type d'établissement de protection sociale des enfants.

Plusieurs structures d'accueil des enfants existent :

- Les établissements de protection sociale (EPS) pour les personnes en situation difficile, y compris les enfants, gérés par l'Entraide Nationale ou par des associations ;
- Les Maisons d'Enfants (Dar Atfal) pour les enfants issus de familles démunies ou en situation difficile, organisés par l'EN, pour la plupart gérées par des associations de la société civile ;
- Les centres mis à disposition par l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH), gérés par des associations ;
- Dar Attalib (maisons de l'étudiant) et Dar Attaliba (maisons de l'étudiante), travaillant sur le renforcement des capacités scolaires et sociales, l'hébergement et alimentation, programmes socioéducatifs, soins, habillement, et hygiène ;
- Les Maisons de prise en charge des enfants abandonnées (Kafala), gérés par le MSFFDS, l'Entraide Nationale et les associations de la société civile ;
- Les Centres de Protection de l'Enfance (CPE), sous la responsabilité du Ministère de la Jeunesse et des Sports offrant l'hébergement et l'accueil dans des centres de Sauvegarde de l'Enfance pour les enfants de 12-17 ans ayant commis des délits ou des infractions pénales, basé sur une décision judiciaire.

Il existe 45 centres pour enfants en situation difficile, 58 Dar Atfal et seulement 49 établissements pour enfants abandonnés. En 2014, il y avait 1 010 centres de protection sociale au total, et 103 544 enfants en ont bénéficié. Il est donc impossible d'héberger tous les enfants en besoin de protection, ni de respecter la spécialisation des centres préconisée par la loi. Selon les rapports périodiques du Maroc sur la Convention des droits de l'enfant, 60% des enfants sans protection familiale âgés de 0 à 6 ans sont entièrement à la charge de la société civile<sup>39</sup>. Les associations considèrent que la loi ne prévoit pas une ligne budgétaire claire et durable.

En 2014, le CRC<sup>40</sup> a exprimé ses préoccupations par rapport à l'adoption de la loi 14.05 indiquant que :

- le nombre d'enfants privés de leur environnement familial augmente comme en témoigne le nombre d'établissements où sont placés les enfants, qui aurait doublé depuis 2005 ;
- deux tiers des enfants sont placés dans des établissements uniquement pour cause de pauvreté ;

---

*39 Rapport alternatif relatif à la mise en œuvre de la Convention internationale des droits de l'enfant. Commentaires des associations marocaines sur les réponses du Gouvernement du Royaume du Maroc sollicités par le Comité des droits de l'enfant suite aux troisième et quatrième rapports périodiques du Maroc sur la Convention des droits de l'enfant (07.2014)*

*40 Comité des Droits de l'Enfant (CRC). Observations finales concernant les troisième et quatrième rapports périodiques du Maroc. 14 octobre 2014.*



- les ressources financières allouées par la Mutuelle nationale aux établissements de protection sociale ne couvrent même pas les besoins essentiels des bénéficiaires, et deux tiers des enfants abandonnés sont pris en charge par des associations de la société civile ;
- le manque de personnel qualifié et l'absence de contrôle au sein de ces établissements font que la situation des enfants, qui y sont placés, sont de plus en plus soumis à des violences et à des abus, et reste sans surveillance ;
- les centres étant spécialisés selon différents groupes d'âge, les enfants sont déplacés d'un établissement à un autre tous les trois ou quatre ans, ils vivent alors des ruptures répétées et sont séparés de leurs frères et sœurs, avec pour conséquence une aggravation des troubles dont ils souffrent ;
- certains enfants abandonnés vivent dans des hôpitaux dans des situations extrêmement précaires ».

### Médiation familiale

Le MSFFDS vient en aide aux associations de la société civile ayant des centres de médiation familiale désirant un appui financier. Il y avait 15 associations au titre de l'année 2014, offrant des services de médiation familiale aidant à gérer les conflits familiaux.

### **g. Violence à l'égard des enfants et des femmes**

Comme noté dans la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016, la situation des violences à l'égard des enfants et des femmes est alarmante. S'agissant des enfants, les statistiques des différents centres d'écoute montrent que durant l'année 2005, sur 1092 cas de violences rapportés, 28% étaient des cas de violences sexuelles.

La prise en charge intégrée médicale, psychologique, sociale et médico-légale des femmes et des enfants victimes de violences dans le système de santé s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (SNLCVF). A ce jour, sont mises en œuvre 96 Unités de prise en charge qui sont toutes opérationnelles. L'effectif des femmes victimes de violence prises en charge au niveau des centres hospitaliers (hors CHU) est passé de 8 355 en 2012 à 13 012 en 2014. L'effectif des enfants victimes de violence pris en charge est passé de 1 814 en 2012 à 4 590 en 2014<sup>41</sup>. Le Ministère de la Santé procède actuellement à l'institutionnalisation d'un programme pour la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence.

L'INDH est aussi impliquée dans la création des centres d'accueil, protection, et sensibilisation des femmes et des enfants victimes de violence. L'Entraide Nationale, en partenariat avec des associations, gère également les établissements de protection sociale et les centres multifonctionnels pour les personnes en situation difficile y compris pour les femmes et enfants victimes de violence.

### **h. Femmes en difficulté**

#### **Transferts monétaires**

L'aide directe aux veuves en situation de précarité et le fond d'entraide familiale ciblent indirectement les enfants, mais perçus par les mères. Ces transferts réduisent la vulnérabilité des femmes bénéficiaires et par la suite celle de leurs enfants.

---

<sup>41</sup> Source : Ministère de la Santé, Unité de lutte contre la violence fondée sur le genre, Division de Santé Maternelle et Infantile, Direction de la Population.

## Autonomisation/rayonnement des femmes

Le Ministère de la Jeunesse et des Sports s'occupe des foyers féminins pour l'autonomisation sociale et économique des femmes en situation difficile. Ce sont les établissements éducatifs et sociaux dont les prestations visent à renforcer les capacités des jeunes filles et femmes en vue de faciliter leur insertion économique. A ce jour, il y a 409 foyers féminins avec 73 462 bénéficiaires. De plus, l'Entraide Nationale en coopération avec des associations locales gère le programme Dar AlMouwaten pour l'autonomisation sociale et économique des femmes en précarité, offrant un nombre de services, notamment l'écoute, le conseil et l'orientation, l'éducation et la sensibilisation, les locaux et les moyens logistiques mis à la disposition du tissu associatif local, et service itinérant d'éducation, d'encadrement et d'animation. En 2014, 76 819 de femmes ont bénéficié de ce programme, avec un budget de 26 millions de dhs.

En plus, les Centres d'Education et de Formation (1 388 au total en 2013) ciblent les femmes issues des couches sociales démunies (aussi bien que les jeunes filles et garçons déscolarisés ou non scolarisés issus des familles nécessiteuses). Ils leur permettent d'apprendre des métiers de production et de services, coupe couture traditionnelle et moderne : broderie, tricotage, informatique, arts ménagers, coiffure et esthétique, guides de montagnes, et autres. Le cursus de formation est défini en fonction des spécificités locales et des exigences du marché de l'emploi. Il assure aussi l'accompagnement pour l'insertion socioprofessionnelle (ex. création de microprojets, création de très petites entreprises). En 2013, il y avait 105 145 bénéficiaires dont 89% femmes (81% au milieu urbain, 19% au milieu rural)<sup>42</sup>.

### i. Ménages /personnes pauvres et privés de services de base

Des programmes d'accès aux infrastructures et services de base pour les ménages pauvres et/ou vulnérables sont mis en place à travers le Royaume. Ce sont notamment le programme d'accès à l'électricité en milieu rural (PERG), le programme d'accès à l'eau potable (PAGER), et le programme de désenclavement à travers le programme nationale des routes rurales. Egalement, plusieurs programmes d'accès au logement décent sont mis en œuvre : Le plus important est le programme Villes Sans Bidonvilles, dans les poches de pauvreté en milieu urbain.

En termes d'aide financière, pour l'instant il n'existe aucun programme de transferts aux familles pauvres.

### 5.3 Programmes de la protection sociale par type de bénéfice et par groupe de risque ciblé

Les tableaux 5 et 6 présentent les programmes d'assurance et d'assistance sociale par type de bénéfice, ainsi que les groupes de risque ciblés. L'assurance sociale inclut les transferts monétaires et l'accès aux services notamment les services de santé. Quant à l'assistance sociale, elle fournit une multitude de bénéfices allant des transferts monétaires à l'accès aux services d'action sociale, en passant par des transferts non monétaires dans le secteur de l'éducation et l'accès aux services dans les secteurs de l'emploi, de la santé, de l'éducation et des infrastructures de base.

---

<sup>42</sup> Source : L'Entraide Nationale en Chiffres, 2013.

## Assurance sociale

**Tableau 5. Programmes d'assurance sociale par type de bénéficiaire et par groupe de risque ciblé**

<b>ASSURANCE SOCIALE</b>			
Secteur et Objectif	Programme	Gouvernance	Groupe de risque ciblé
<b>TRANSFERTS MONÉTAIRES</b>			
Appui au revenu	Prestations familiales	CMR/CNSS/ RCAR/État employeur	Enfants des travailleurs assurés (secteur public/ privé)
Appui au revenu	Prestations court terme (maladie, maternité, allocation décès à la famille)	CNSS	Travailleurs assurés (secteur privé) et leurs familles
Appui au revenu	Prestation court terme : Indemnité de Perte d'Emploi	CNSS	Travailleurs assurés (secteur privé) qui ont au moins 780 jours déclarés durant les 36 derniers mois précédant la date de perte d'emploi, dont 260 jours déclarés pendant les 12 mois précédant la date de perte d'emploi, et qui ont perdu leur emploi involontairement
Appui au revenu	Pension de retraite	CMR/CNSS/ RCAR/CIMR	Retraités qui ont contribué pendant au moins 3240 jours (CNSS)
Appui au revenu	Pension d'invalidité	CMR/CNSS/ RCAR	Travailleurs assurés invalides
Appui au revenu	Pension de survivant	CMR/CNSS/ RCAR	Famille des travailleurs assurés (secteur public/privé) décédés
Appui au revenu	Régime des accidents du travail et des maladies professionnelles	Assurances privées	Travailleur ayant souscrit à une police s'assurance, payée par l'employeur
<b>ACCESS AUX SERVICES</b>			
Santé : assurance médicale de base	Assurance médicale de base AMO - Assurance Maladie Obligatoire	MS, ANAM, CNSS, CNOPS	Salariés et retraités du secteur privé, et leurs ayants droit (conjoint, enfants de l'assuré, enfants handicapés à charge).  Employés et titulaires de pension du secteur public, et leurs ayants droit (conjoint, enfants de l'assuré, enfants handicapés à charge). 7,9 millions à fin 2013.
	Régime d'assurance médicale de base AMO - Assurance Maladie Obligatoire dédié aux étudiants	MS, ANAM/ CNOPS	Étudiants post baccalauréat des établissements publics/privés qui ne sont pas couverts par des autres régimes d'assurance médicale de base, à l'âge inférieur à 30 ans au moment de l'inscription (288,000 en 2015)
	Régime d'assurance médicale de base dédié aux Anciens Résistants et Anciens membres de l'Armée de Libération	SAHAM assurances/ MEF	Anciens Résistants et Anciens Membres de l'Armée de libération et leurs ayants droit (22 413 au janvier 2015).

## Assistance sociale

**Tableau 6. Programmes d'assistance sociale par type de bénéficiaire et par groupe de risque ciblé**

<b>ASSISTANCE SOCIALE</b>			
Secteur et Objectif	Programme	Gouvernance	Groupe de risque ciblé
<b>TRANSFERTS MONÉTAIRES</b>			
Education	Tayssir	MEFP (AMAS)	Ciblage géographique : les communes rurales les plus pauvres (taux de pauvreté $\geq 30\%$ ), taux d'abandon au primaire $\geq 5\%$ . Conditionnalité du transfert : Assiduité des élèves au primaire et au collégial.
Education	Octroi de Bourses	MESRS/ONOUSC	Etudiants remplissant les conditions d'octroi des bourses
Réduction de la vulnérabilité	Aide directe aux veuves en situation de précarité avec enfants à charge	MSFFDS/Ministère de l'Intérieur/MEF	Femmes veuves dans une situation précaire ayant à charge des enfants scolarisés/n'ayant pas encore l'âge d'aller à l'école ou des enfants en situation de handicap
Réduction de la vulnérabilité	Fond d'entraide familiale	Ministère de la Justice et des Libertés	Mères démunies divorcées et de leurs enfants auxquels une pension alimentaire est due
Réduction de la vulnérabilité	Allocation forfaitaire et pension d'invalidité pour les anciens combattants et anciens membres de l'Armée de Libération	CMR	Les anciens combattants et anciens membres de l'Armée de Libération
<b>TRANSFERTS NON-MONÉTAIRES, EN NATURE</b>			
Education	1M cartables	MENFP (AMAS)	Enfants 6-15 ans : universelle pour le cycle primaire, et ciblage géographique pour le cycle collégial (rural)
Education	Internats	MENFP	Enfants en âge de scolarisation (6-18 ans), issus de familles démunies en milieu rural
Education	Cantines scolaire	MENFP	Enfants en âge de scolarisation (6-15 ans), issus de familles démunies en milieu rural
Appui au revenu	Subventions du sucre et du gaz butane	MAGG	Universelle
<b>ACCESS AUX SERVICES</b>			
Education	Transport scolaire	MENFP	Enfants en âge de scolarisation (6-15 ans), issus de familles démunies en milieu rural
Education	« école de la deuxième chance » - éducation informelle	MENFP	Enfants en âge de scolarisation (9-15 ans) ayant abandonné le système scolaire
Emploi	AGR de l'INDH	INDH	Jeunes peu ou pas diplômés

	AGR de l'ADS	ADS	Jeunes peu ou pas diplômés issus de familles défavorisées
	Idmaj	MEAS/ ANAPEC	Jeunes chômeurs diplômés
	Taehil	MEAS/ ANAPEC	Jeunes chômeurs diplômés
	Moukawalati	MEAS/ ANAPEC	Jeunes chômeurs diplômés/non diplômés
	Maroc Moubadarates	MEAS/ ANAPEC/ Secteur Privé/ADS	Jeunes chômeurs diplômés
Emploi	Travaux publics à HIMO	La Promotion Nationale, Ministère de l'Intérieur	Jeunes peu ou pas diplômés
Formation Professionnelle	Formation initiale, formation continue, formation au profit des personnes à besoins spécifiques	OFPPT, établissements privés, départements ministériels, EN, MJS, la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, la Fondation Mohammed VI pour la Réinsertion des Détenus, les Entreprises, les ONG, les Chambres et Associations Professionnelles	Jeunes hors du système scolaire, jeunes en situation difficile, jeunes filles à partir de 10 ans en difficulté, travailleurs, personnes à besoins spécifiques telles que les détenus, les personnes en situation de handicap y compris les handicaps mentaux, moteurs et visuels
Logement décent	Programme villes sans bidonville	ANHI	Populations vivant dans des bidonvilles
Accès à l'eau potable	PAGER	Collectivités territoriales, Office Nationale de l'Eau Potable	Populations rurales
Accès à l'électricité	PERG	Office Nationale d'Electricité	Populations rurales
Accès aux infrastructures routières	Programme National de Routes Rurales	Ministère de l'Equipement et du Transport	Populations rurales
Santé : Access à l'assurance/ assistance médicale de base	RAMED – Régime d'assistance médicale au profit de la population démunie en situation de pauvreté et vulnérabilité	MS, ANAM	Population démunie en pauvreté ou vulnérabilité. En 23/10/2015 : 9 049 795 bénéficiaires (soit 106% de la population cible de 8,5 millions)
Santé : Access aux soins de santé de base	Programme pour la santé de la mère et de l'enfant - Programme de la grossesse et de l'accouchement	MS	Femmes enceintes
	Programme National d'Immunisation	MS	Enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de reproduction
	Programme National de la Nutrition	MS	Toute la population et durant tout le cycle de vie
	Programme de Santé Scolaire	MS, MENFP	Enfants à l'école
	Programme de Santé Universitaire	MS, MENFP	Étudiants aux établissements universitaires

	Remboursement et subvention (baisse des prix ou la gratuité) des couts des médicaments	MS	Toute la population
	Unités Médicales mobiles	MS	Population en milieu rural habitant a plus de 6 km de la formation sanitaire la plus proche
	Caravanes médicales spécialisées	MS	Population démunie et éloignée
	Dar Al Oumouma - Salles et maisons d'accouchement : accès aux soins de santé 3-7 jours qui précèdent l'accouchement, et ambulance pour porter à l'hôpital	INDH	Femmes enceintes en milieu rural
Santé : Access aux médicaments	Gratuité des médicaments pour traitement antirétroviral	MS	Personnes vivant avec HIV/SIDA
<b>SERVICES SOCIAUX, ACTION SOCIALE</b>			
Education	Internats	MEFP	Enfants en âge de scolarisation
Santé	Etablissements médico-sociaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaces Santé-Jeunes ;</li> <li>• Centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie ;</li> <li>• Centres d'appareillage orthopédique ;</li> <li>• Centres médico-universitaires</li> </ul>	MS	Prise en charge médicale avec un accompagnement social des personnes à besoins spécifiques
Prise en charge des personnes en situation difficile	Etablissements de protection sociale pour personnes en situation difficile ; Centres multifonctionnels (enfants en situation difficile ; femmes et enfants victimes de violence; la prise en charge des personnes âgées)	EN et associations	Personnes en situation difficile (enfants en situation difficile ; femmes et enfants victimes de violence ; la prise en charge des personnes âgées)

Prise en charge des enfants en situation difficile	Etablissements de Protection Sociale (EPS) pour les enfants, Maisons d'enfants, Dar Attalib (maisons de l'étudiant) et Dar Attaliba (maisons de l'étudiante) : Hébergement, accueil, et programme d'appui et de renforcement des capacités scolaires et sociales)	MSFFDS et EN en partenariat avec l'INDH, Associations et Communes, MEN	Enfants en situation difficile
Prise en charge des enfants abandonnés	Kafala : maisons de prise en charge des enfants abandonnés	EN	Orphelins, enfants des rues, et enfants sans structure familiale
Prise en charge des enfants ayant commis des délits ou des infractions pénales	Centres de Sauvegarde de l'Enfance (hébergement et accueil des enfants de l'âge 12-17 ayant commis des délits ou des infractions pénales)	MJS	Enfants de l'âge 12-17 ayant commis des délits ou des infractions pénales, basé sur la décision judiciaire
Médiation familiale	Programme de promotion des services de médiation familiale (gestion des conflits familiaux afin d'alléger la charge pesante sur les parties en conflit et sur les sections de justice de famille)	MSFFDS et les associations de la société civile	Conflits familiaux
Prise en charge des personnes avec handicap	Etablissements de protection sociale pour personnes avec handicap	EN et associations	Personnes avec handicap en situation de grande précarité : personnes avec handicap vivant une Extrême pauvreté avec une absence totale d'autonomie.
Prise en charge des personnes avec handicap	Centres pour Personnes Handicapées	EN et associations	Personnes avec handicap en situation de grande précarité
Nutrition pour les personnes avec handicap	Coopératives et Associations des Handicapés (Aide alimentaire)	EN et associations	Personnes avec handicap visuel ou moteur adhérant à l'Organisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc ou à la Fédération Youssoufia des associations des personnes handicapées moteurs
Education pour les personnes avec handicap	Programme d'appui à l'inclusion des personnes en situation de handicap (bourses pour études)	ADS	Personnes avec handicap qui veulent étudier
Prise en charge des personnes âgées	Centres pour Personnes âgées; Mise à niveau et qualification des établissements de protection sociale des personnes âgées	MSFFDS, EN, les associations, Fondation Mohamed VI	Personnes âgées non handicapées, sans domicile et vivant dans la précarité, identifiées par le diagnostic de 2012 et 2014 effectué par le MSFFDS

Prise en charge des personnes âgées	Centres de gériatrie des personnes âgées malades/ fragiles et personnes âgées nécessiteuses des prothèses auditives et des lunettes	MS	Personnes âgées fragiles, et personnes âgées nécessiteuses des prothèses auditives et des lunettes
Prise en charge des personnes âgées	Formation des ressources humaines des établissements des personnes âgées	MSFFDS / EN / ADS ; Association gérontologie espoir	Formation des ressources humaines, des médecins et infirmières des établissements de protection sociale des personnes âgées
Sensibilisation au profit des personnes âgées	Campagne nationale de sensibilisation au profit des personnes âgées 2013 et 2014: «personnes âgées trésor dans tout foyer»	MSFFDS / EN /ADS	Intérêts des personnes âgées toutes les régions
Sensibilisation au profit des personnes âgées	Appel pour la protection des personnes âgées hiver 2014	MSFFDS / EN	Aide aux personnes âgées sans abri pendant l'hiver
Accueil, protection, sensibilisation (victimes de violence)	La lutte contre la violence contre les femmes et les enfants : Centres d'accueil, protection, sensibilisation	Ministère de l'Intérieur, INDH	Femmes et enfants victimes de violence (auto-sélection)
Prise en charge des femmes et enfants victimes de violence	Lutte contre la violence à l'égard des femmes et des enfants : la prise en charge intégrée et gratuite médicale, psychologique, sociale et médico-légale dans les établissements publics de santé	MS	Femmes et enfants victimes de violence
Empowerment socio-économique des femmes	Empowerment social et économique des femmes : foyers féminins pour renforcer les capacités des jeunes filles et femmes en vue de faciliter leur insertion économique	MJS	Femmes en précarité
Empowerment socio-économique des femmes	Programme Dar AlMouwaten: Empowerment social et économique des femmes (l'écoute, conseil et orientation, l'éducation et sensibilisation, encadrement et animation)	EN	Femmes en situation difficile, en précarité
Protection des vulnérables	Accompagnement et réinsertion	EN	Vulnérables en difficulté : prostitution des petites filles; femmes souffrant de la violence domestique
Indépendance, autonomie, emploi	Alphabétisation et entrepreneuriat pour les femmes	EN	Femmes sans travail, sans profession ; femmes en difficulté
Education	Formation des éducateurs en établissements préscolaire	EN	Petite enfance



## 6. Conclusion

Ce rapport dresse un état des lieux du système de protection sociale au Maroc dans les secteurs de l'assurance sociale, l'assistance sociale, la santé, l'éducation, l'emploi et l'action sociale. Les initiatives de protection sociale sont présentées de manière systématique et par programme dans le but d'analyser l'intégration du système au niveau politique, au niveau programmatique et au niveau de la gouvernance et de l'administration.

L'étude montre que, malgré de grands progrès dans la mise en œuvre de programmes de protection, l'efficacité et l'efficience du système de protection sociale restent limitées du fait d'un manque d'intégration dans l'élaboration des politiques, un manque d'intégration au niveau programmatique avec un nombre pléthorique d'initiatives de protection sociale, et un manque d'intégration au niveau institutionnel avec environ 50 organismes intervenants dans la protection sociale donnant lieu à un environnement institutionnel complexe.

La coordination entre intervenants sur le terrain et la recherche de synergies, qui ne sont pas toujours présentes dans la pratique, sont nécessaires pour améliorer l'efficacité et la couverture des programmes. Une approche holistique, centrée sur le ménage au lieu d'une approche par groupe vulnérable, ainsi que la mise en place d'outils opérationnels communs tels qu'un système de ciblage commun, un registre unique (actuellement en cours avec la Banque Mondiale), et un système commun d'information et de gestion permettraient de réduire la fragmentation du système et ainsi d'améliorer l'allocation des ressources et de réduire les erreurs d'inclusion et d'exclusion.

La fragmentation du système, résultant du manque d'intégration aux niveaux politique, programmatique et institutionnel, donne lieu à une couverture limitée et à l'exclusion, ou à une prise en charge insuffisante de certaines catégories vulnérables, telles que la petite enfance, les enfants de moins de 18 ans hors système scolaire, les chômeurs, les travailleurs du secteur informel, les jeunes peu ou pas qualifiés, ou encore les personnes âgées sans historique de travail dans le secteur formel. En outre, il est à souligner que tous ces déficits de couverture sont accentués en milieu rural.

Le Maroc, tout comme de nombreux pays à un stade de développement similaire, aspire aujourd'hui à une réduction importante et durable des disparités pour une société plus équitable, ceci passe inévitablement par la construction d'un système national de protection sociale intégré couvrant toutes les couches de la population et capable de former les ressources humaines nécessaires au développement économique et social du pays.

## Références

- ADS (2014b). Bilan cumulé des réalisations de l'ADS 2001-2013.
- ADS (2014). Rapport d'activités 2013.
- ADS (2014). Bilan cumulé des réalisations de l'ADS 2001 – 2013.
- ADS (2011). Stratégie 2011-2013.
- Agence Française de Développement. (s.d.). Villes sans Bidonvilles.
- Agence du Développement Social (2014). Rapport d'Activités 2013.
- Agence Nationale de l'Assurance Maladie (2014). Rapport d'activités 2013/2014.
- Ahmed Imzel (s.d.). Les routes de désenclavement du monde rural au Maroc.
- AMO (2014). Rapport Annuel Global de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de l'année 2013.
- ANAM (2012). Stratégie de la couverture médicale universelle. Enjeux de la généralisation du RAMED.
- Chakib Tazi-DG ANAM.
- ANAM (2006). Dispositif de la Couverture Médicale de Base.
- ANAM (2014). Feuille de Route 2014-2018.
- ANAM RAMED (2014). Rapport Global annuel 2013 et plan d'action 2014-2016 Relatif au Régime d'Assistance Médicale.
- ANAM AMO (2014). Rapport Annuel Global de l'Assurance Maladie Obligatoire Au titre de l'année 2013.
- Banque Mondiale, Ciblage et Protection Sociale, Note d'Orientation Stratégique, 2012.
- Caisse Marocaine des Retraites (2013). Rapport d'activité 2013.
- CMR-HCP (2005). Changement démographique et ses répercussions à long terme sur les charges de protection sociale : cas des retraites.
- Caisse Nationale de Sécurité Sociale (2013). Rapport annuel 2013.
- Cour des Comptes (2013). Rapport sur le système de retraite au Maroc : Diagnostic et propositions de réformes.
- Conseil Economique et Social (2012). 'Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap'. Auto-saisine AS n° 5/2012.
- Comité des Droits de l'Enfant (CRC). Observations finales concernant les troisième et quatrième rapports périodiques du Maroc. 14 octobre 2014.
- Dahir n° 1-02-296 du 25 Rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65- 00 portant Code de la couverture médicale de base.
- Dahir n° 1-11-83 du 2 juillet 2011 portant promulgation de la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.
- Dahir n° 1-04-22 du 12 hijra 1424 (3 février 2004) portant promulgation de la loi n° 70-03 portant code de la famille. Code de la Famille. Version consolidée en date du 5 aout 2010.
- Dahir n° 1-63-071 du 25 jourmada II 1383 (13 novembre 1963) relatif à l'obligation de l'enseignement. Article 1 : L'enseignement est obligatoire pour les enfants marocains des deux sexes depuis l'année où ils atteignent l'âge de sept ans jusqu'à treize ans révolus. Et depuis 2009 jusqu'à 15 ans.
- Dahir portant loi n° 1-72-183 (28 rebia II 1394) instituant l'Office de la formation professionnelle et de la promotion du travail (B.O. 29 mai 1974).

- Décret n° 2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation des prix des médicaments du 18 décembre 2013, Bulletin officiel 6214 -15 Safar 1435 (19 décembre 2013).
- Direction de la stratégie, des statistiques et de la planification, Recueil Statistique de l'éducation 2013-2014 :
- Discours inaugural du Professeur El Houssaine Louardi, Ministre de la Santé du Royaume du Maroc, a l'occasion du 3<sup>ème</sup> Anniversaire de la Généralisation du RAMED, le 3 Mars 2015.
- L'Entraide Nationale En Chiffres : Annuaire Statistique 2014
- L'Entraide Nationale en Chiffres : Annuaire statistique 2013
- Haut Commissariat au Plan (2011). Vieillesse de la Population Marocaine : Effets sur la situation financière du système de retraite et sur l'évolution macroéconomique.
- HCP, (2014). Note d'information du Haut Commissariat au Plan au sujet de la situation du marché du travail en 2014.
- HCP, (2008). Enquête nationale sur le secteur informel 2006-2007 : Rapport de synthèse.
- Hind Jalal (2007). Promotion Nationale: Forty-five years of experience of public works in Morocco.
- La Constitution du Maroc, 2011
- Les cahiers du Plan. Inégalité pauvreté et Bien être en Afrique : synergie d'ensemble et facteurs de contrôle. N°40 Juin-juillet 2012
- Loi N° 10-95 du 15-07-1995 relative à la gestion de l'eau
- Loi N°14-05 du 22-11-2006 relative aux conditions d'ouverture et de gestion des établissements de protection sociale
- MENFP (2012) Rapport National EPT – Education Pour Tous.
- MENFP (2014). Rapport d'activités 2014, Département de la Formation Professionnelle.
- Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales (s.d.). Le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- Ministère de la Santé (2013). Comptes Nationaux de la Santé 2010.
- Ministère de la Santé (2014). Santé en Chiffres 2013.
- Ministère de la Santé (2012). Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016.
- Ministère de la Santé et PAPFAM (2012). Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF-2011).
- Ministère de la Santé (2011). Guide de la Prise en Charge Intégrée de l'Enfant
- Ministère de la Santé (2012). Plan d'Action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
- Ministère de la Santé et UNICEF (2011). La Stratégie Nationale de la Nutrition 2011-2019.
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche scientifique et de la Formation des Cadres, Direction des Stratégies et des Systèmes d'Information : Données sur les bourses dans les universités, services sociaux aux étudiants
- Ministère de la Jeunesse et Sports en collaboration avec le Comité Interministériel de la Jeunesse, Stratégie Nationale Intégrée de la Jeunesse 2015-20130, 2014
- Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, Présentation Tayssir : Programmes des transferts monétaires conditionnels, Bilan des réalisations durant la période du PU 2009-2012

- Ministère de l'Intérieur (2014). Bilan des réalisations de l'INDH- Exercice 2013.
- Ministère de l'Economie et des Finances (2007). Le système de retraite au Maroc. Al Maliya #40, mars 2007
- MEF, (2014). Rapport sur la Compensation, Projet de loi de finances pour l'année budgétaire 2015.
- MEF, (2014). Projet de loi de finance 2015.
- Ministère de l'Équipement et du Transport (2013). Routes Rurales, Flash Info-2013
- Ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme et de la Politique de la Ville, ONU Habitat (2012). Sortir des bidonvilles : un défi mondial pour 2020.
- MJL : Fonds d'entraide familiale. Bulletin Officiel n° 5904 bis du 24 moharrem 1432 (30 décembre 2010); p. 2232. DAHIR N° 1-10-191 du 7 moharrem 1432 (13 décembre 2010) portant promulgation de la loi n° 41-10 fixant les conditions et procédures pour bénéficier des prestations du fonds d'entraide familiale.
- MJL : Enfants Abandonnés – Prise en charge (la kafala). Dahir n° 1-02-172 du 1er rabii II 1423 (13 juin 2002) portant promulgation de la loi n° 15-01 relative à la prise en charge (la kafala) des enfants abandonnés.
- MJL (2012). Statistiques des activités des sections de la justice de la famille Année 2011 - Ministère de la Justice et des Libertés.
- MS (2013). Financement public de santé au Maroc entre les contraintes et opportunités. Présentation par Mme. Benali Nadia, Chef de la Division des Secteurs Sociaux, Direction du Budget, Ministère de l'Economie et des Finances, Marrakech, 2 Juillet 2013.
- Ministère de l'emploi et des affaires sociales (2014). Etude de diagnostic sur la situation de l'emploi au Maroc : Préalable à la formulation de la Stratégie Nationale de l'emploi.
- Najib Lahlou (2014). Leçons du programme « Villes sans Bidonvilles » au Maroc, séminaire en ligne, Institut de la Banque Mondiale, février 2014
- Observatoire National du Développement Humain (2011). Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc, études de cas.
- Office National de l'Electricité (2005). Rapport annuel 2005.
- Rapport d'évaluation de Tayssir, 13 juillet 2013
- Régime Collectif d'Allocation de Retraite (2013). Rapport d'activité 2013.
- Unesco : Alphabétisation au Maroc Plan d'action 2012-2015, <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Maroc.pdf>
- ONDE-UNICEF, La situation des enfants et des femmes au Maroc 2015
- World Bank Databank (2015).

## ANNEXES :

### Annexe I : Liste des personnes rencontrées

<b>Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle</b>	
Mohammed Frirah	Chef de Division
Elhabib Kinan	Chargé de la Direction du Programme Tayssir
Mohammed Laafar	Ingénieur en Chef
<b>Ministère de l'Intérieur</b>	
Soulaiman El Hajam	Coordinateur National Adjoint de l'INDH
Hania Lamrani Alaoui	Chef de Projet Précarité
<b>Ministère de la Santé</b>	
Abderrahman Alaoui	Direction de la Planification et des Ressources Financières
<b>Agence Nationale Assurance Maladie</b>	
Hicham Mouhdi	Directeur des Études Economiques et Actuarielles
Mohamed Abdeljabbar Boughaleb	Chef de Division Décisionnel et Analyse de Données
<b>Agence du Développement Social</b>	
Abdellatif Bouazza	Directeur de l'Agence
<b>Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance</b>	
Hassan Boussemame	Directeur de la Concurrence, des Prix et de la Proposition des Investissements
Latifa Boudouma	Chargée d'Études Auprès du Chef du Gouvernement
<b>Entraide Nationale</b>	
Abdelmounime El Madani	Directeur
<b>Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales</b>	
Ahmed Drawat	Division du Système d'Information et d'Analyses, Observatoire National du Marché du Travail
<b>Caisse Nationale de Sécurité Sociale</b>	
Omar Souabni	Directeur des Études, Communication et Développement
Karima Hadrya	Chef de Division
<b>Banque Mondiale</b>	
Diego Angel Urdinola	Economiste Senior
<b>Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social</b>	
Layla Al Bosdogui	Cadre à la Direction de la Protection de la Famille de l'Enfance et des Personnes Âgées
Abdessamad Lamrani	Directeur Du Développement Social
Mohammed El Bouzaoui	Chef de Division Ingénierie
<b>Ministère de la Jeunesse et des Sports</b>	
Jamal Shaimi	Chef de Division de l'Enfance
Chada Abounacer	
<b>Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et de la Formation des Cadres</b>	
Afifa Hakam	Directrice des Stratégies
Abderrahman Otmani	Division de la Prospective et de la Planification

## Annexe II : Programmes et financement par institution de gestion

INSTITUTION	PROGRAMMES	FINANCEMENT
CMR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestations familiales</li> <li>• Pensions</li> <li>• Allocations forfaitaires et pensions d'invalidité pour les anciens combattants et anciens membres de l'Armée de Libération</li> </ul>	22, 13 milliards dirhams (Rapport d'activités 2013)
RCAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestations familiales</li> <li>• Pensions</li> </ul>	2,3 milliards de dirhams (Rapport d'activités 2013)
CNSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestations familiales</li> <li>• Pensions</li> <li>• Prestations court terme (maladie, maternité, congé de naissance, allocation décès à la famille)</li> <li>• IPE</li> <li>• AMO – Assurance Maladie Obligatoire (salariés et retraités du secteur privé, et leurs ayants droit)</li> </ul>	14,6 milliards de dirhams (Rapport d'activités 2013)  (Recettes du régime AMO par CNSS : 4.115 milliards en 2013) (ANAM 2014 : Rapport Global AMO)
Assurances privées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime des accidents du travail et des maladies professionnelles</li> </ul>	n.d
ANAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime d'assistance médicale RAMED au profit de la population démunie en situation de pauvreté et vulnérabilité</li> <li>• L'encadrement et la régulation du système de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) gérée par CNSS et CNOPS</li> </ul>	4.9 milliards dhs (2013). Financé principalement par l'Etat (4.6 milliards) et les collectivités territoriales (193 millions en 2013) ainsi que par une participation des bénéficiaires (contribution annuelle des personnes en vulnérabilité : 44 millions en 2013). (ANAM RAMED 2014)
CNOPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMO – Assurance Maladie Obligatoire (employés et titulaires de pension du secteur public, et leurs ayants droit), y compris maternité</li> <li>• AMO – Assurance Maladie Obligatoire dédié aux étudiants</li> </ul>	Recettes du régime AMO par CNOPS : 4.476 milliards en 2013 (ANAM 2014 : Rapport Global AMO)
SAHAM assurances	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMO dédié aux Anciens Résistants et Anciens membres de l'Armée de Libération et leurs ayants droit</li> </ul>	56 millions de dirhams annuel (source : ministère)

MS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme pour la santé de la mère et de l'enfant (programme de la grossesse et de l'accouchement)</li> <li>• Programme Nationale d'Immunisation</li> <li>• Programme Nationale de la Nutrition</li> <li>• Programme de Santé Scolaire</li> <li>• Programme de Santé Universitaire</li> <li>• Remboursement et subvention (baisse des prix ou la gratuite) des couts des médicaments</li> <li>• Gratuité des médicaments pour traitement antirétroviral</li> <li>• Lutte contre la violence à l'égard des femmes et des enfants : la prise en charge intégrée et gratuité médicale, psychologique, sociale et médico-légale dans les établissements publics de santé</li> <li>• Centres Médico-sociaux destinés à la prise en charge médicale avec un accompagnement social des personnes à besoins spécifiques</li> <li>• Unités Médicales Mobiles</li> <li>• Caravanes médicales spécialisées</li> </ul>	<p>Budget global du MS en 2014 (sans RAMED): 4.9 milliards de dirhams.  (Budget global du MS en 2014 : 12.9 milliards de dirhams; RAMED: 8 milliards de dirhams; une grande partie du financement du MS (32%) est consacrée aux médicaments: Remboursement des couts des médicaments: 1.4 milliards.)</p> <p>(Loi de Finances 2015)</p>
MSFFDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La famille (politique familiale intégrée, promotion de l'enfance)</li> <li>• Promotion de la situation des femmes (promotion des droits des femmes, de l'approche genre et de l'égalité des chances)</li> <li>• Aide directe aux veuves en situation de précarité avec enfants à charge</li> <li>• Droits et protection des enfants ;</li> <li>• Prise en charge et aide aux personnes aux besoins spécifiques (politique de développement inclusif des personnes en situation de handicap)</li> <li>• Le développement social (la réforme du système des établissements de protection sociale et sa mise à niveau conformément au cadre juridique).</li> </ul>	

INSTITUTION	PROGRAMMES	FINANCEMENT
ADS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertion Sociale par l'Economique : Programmes de la promotion des activités génératrices d'emplois et de revenus (AGR) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Tatmine femmes (appui à l'entreprise féminine)</li> <li>- Programme Maroc Moubadarates (programme d'empowerment social et économique : petits prêts pour initiatives créatrices de très petites entreprises)</li> <li>- Programme de promotion des microentreprises rurales dans le Nord du Maroc</li> </ul> </li> <li>• Appui Local aux Programmes sociaux nationaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui aux femmes élues : institutionnalisation de l'égalité de genre</li> <li>- Programme AMALI pour l'amélioration d'accès à la santé des personnes vivant avec le VIH/SIDA</li> <li>- Renforcement des occasions d'accès aux domaines d'éducation et de santé pour les personnes en situation d'handicap (intégration des personnes avec handicap)</li> <li>- Programmes d'appui à l'amélioration de l'accès à l'éducation (Programme de Renforcement du Préscolaire ; Programme de l'Ecole Citoyenne ; Intégration socio-éducative des jeunes et des enfants à travers la pratique du sport</li> </ul> </li> <li>• Le renforcement des capacités des associations qui œuvrent dans les domaines d'intervention du pôle social <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Takwia pour la qualification des associations</li> <li>- Programme d'appui à la Planification Communale (PAPCO)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Dépenses de l'ADS : 99,62 millions de dirhams en 2010 (ADS 2011 : Stratégie 2011-2013).</p> <p>En parallèle aux subventions accordées aux partenaires pour la réalisation des projets/programmes, l'ADS a innové en développant d'autres mécanismes de financement : les Fonds de développement local, les Caisses Solidaires de Développement, et les Caisses villageoises. (ADS 2014).</p>



<p>Entraide Nationale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertion Sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jardins d'Enfants</li> <li>- Espaces Alphabétisation</li> <li>- Etablissements de Protection Sociale d'appui à la scolarisation</li> <li>- Centres de Formation Professionnelle</li> <li>- Centres d'Education et de Formation</li> </ul> </li> <li>• Assistance Sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de Protection Sociale pour personnes handicapées</li> <li>- Etablissements de Protection Sociale pour personnes en situation difficile</li> <li>- Coopératives et Associations des Handicapés</li> <li>- Centres pour Personnes Handicapées</li> <li>- Centres multifonctionnels</li> </ul> </li> <li>• Animation Sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecoute et Orientation</li> </ul> </li> <li>• Animation Sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Dar AlMouwatan: Autonomisation sociale et économique des femmes (l'écoute, conseil et orientation, l'éducation et sensibilisation, encadrement et animation)</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Nombre de centres en 2013: 3 529</i></p> <p><i>Nombre total des bénéficiaires en 2013: 323 418</i></p>	<p>(Subventions alloués aux établissements par l'EN : 69 millions de dirhams en 2008 (MSFFDS, Bilan 2008))</p> <p>Les ressources de l'Entraide Nationale sont constituées essentiellement des subventions annuelles de l'Etat et des taxes parafiscales instituées à son profit. (EN, 2014)</p>
<p>INDH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutte contre la pauvreté en milieu rural</li> <li>• Lutte contre l'exclusion sociale en milieu urbain</li> <li>• Lutte contre la précarité</li> <li>• Programme transversal (accompagnement des acteurs en charge du développement humain)</li> <li>• AGR <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centres d'accueil, protection, sensibilisation ; construction des logements pour le personnel médical et les enseignants de l'éducation nationale ; achat des ambulances et la technologie ; construction des routes et pistes dans les milieux ruraux, l'électrification et l'adduction en eau potable</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Formation et renforcement des capacités</i></p>	<p>Contribution de l'INDH : 2,2 milliards de dirhams en 2013 (Loi de Finances 2015). (Investissement global en collaboration avec des autres institutions était de 3,9 milliards de dirhams en 2013 pour des projets et actions de développement)</p>

INSTITUTION	PROGRAMMES	FINANCEMENT
MJL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fond d'entraide familiale (prestations – pension alimentaire pour la mère démunie divorcée, et les enfants auxquels une pension alimentaire est due, à la suite de la dissolution des liens du mariage. Note : besoin d'avoir la carte RAMED pour montrer que la mère est démunie)</li> <li>Pension alimentaire (NAFAQA)</li> <li>Prise en charge des enfants abandonnés (la kafala) – l'engagement de prendre en charge la protection, l'éducation et l'entretien d'un enfant abandonné</li> </ul>	Entraide Familiale : 160 millions de dirhams chaque année (350 dirhams par bénéficiaire par mois, sans que le total des avances versées aux membres d'une même famille ne puisse dépasser 1050 dirhams)
MENFP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initiative «1 millions de cartable»</li> <li>Tayssir</li> <li>Internats</li> <li>Cantines scolaire</li> <li>Transport scolaire en milieu rural</li> </ul>	Budget de fonctionnement du MENFP : 39,23 milliards DH en 2012 (MENFP 2012 : Rapport National EPT)
MESRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bourses</li> </ul>	1,328 millions DH en 2015
ONOUSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cités universitaires</li> <li>Restaurants universitaires</li> </ul>	
MJS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centres de Sauvegarde de l'Enfance (hébergement et accueil des enfants de l'âge 12-17 ayant commis des délits ou des infractions pénales)</li> <li>Autonomisation social et économique des femmes: foyers féminins pour renforcer les capacités des jeunes filles et femmes en vue de faciliter leur insertion économique</li> </ul>	
MAGG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subvention du gaz butane et du sucre</li> </ul>	33 milliards de dirhams (Rapport sur la Compensation PLF 2014)
Ministère de l'Équipement et du Transport	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme National de Routes Rurales (PNRR2)</li> </ul>	
Ministère de l'Habitat et de la politique de la ville	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme villes sans bidonville</li> <li>Réhabilitation des constructions menaçant ruine</li> <li>Restructuration des quartiers d'habitat non réglementaire et de mise à niveau urbaine</li> <li>Programme d'habitat social dans les provinces du sud du Royaume</li> <li>Programme de logements sociaux à 250.000 DH</li> <li>Programme de logements sociaux à faible valeur immobilière</li> <li>Programme de logements destinés à la classe moyenne</li> </ul>	

ONEP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAGER (approvisionnement groupé en eau potable des populations rurales)</li> </ul>	Fonds pour le Développement Rural et des Zones de Montagne. Investissement de 10 milliards de dirhams depuis 1995 (Loi de Finances 2015). En 2015, un appui du budget de l'Etat de 150 millions de dirhams.
ONEE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PERG (électrification rurale global)</li> </ul>	Fonds pour le Développement Rural et des Zones de Montagne. Investissement de l'ordre de 21,4 milliards de dirhams depuis 1995 (Loi de Finances 2015)
MEAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idmaj</li> <li>• Taehil</li> <li>• Moukawalati</li> <li>• Maroc Moubadarates</li> </ul>	
La Promotion Nationale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaux publics à HIMO</li> </ul>	

Source: Différents rapports d'activités





the fact that the *de novo* synthesis of cholesterol is inhibited by the presence of dietary cholesterol.

There is a strong correlation between the amount of cholesterol in the diet and the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of physical activity.

Physical activity increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of stress.

Stress increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of sleep.

Less sleep is associated with higher levels of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of alcohol consumption.

Alcohol consumption increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of smoking.

Smoking increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of caffeine consumption.

Caffeine consumption increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of sugar consumption.

Sugar consumption increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of fat consumption.

Fat consumption increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of protein consumption.

Protein consumption increases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of fiber consumption.

Fiber consumption decreases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of vitamin consumption.

Vitamin consumption decreases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of mineral consumption.

Mineral consumption decreases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of phytochemical consumption.

Phytochemical consumption decreases the amount of cholesterol in the blood.

The amount of cholesterol in the blood is also affected by the amount of water consumption.

Water consumption decreases the amount of cholesterol in the blood.