

Royaume du Maroc



Ministère de l'Emploi
et des Affaires Sociales



Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes
et l'autonomisation des femmes

ÉTUDE POUR AMÉLIORER LA CONNAISSANCE SELON LE GENRE DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

SYNTHÈSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

L'étude pour « l'amélioration de la connaissance selon le genre de la protection sociale » a été réalisée pour le Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales¹ avec l'appui de l'ONU femmes. Elle a pour objet d'identifier en vue de leur élimination les discriminations qui affectent la protection sociale des femmes et de promouvoir son extension dans un processus d'autonomisation des femmes et d'exercice égalitaire du travail décent par tous. A cet effet, elle fixe 4 objectifs opérationnels principaux :

1. identifier les discriminations et les dysfonctionnements en matière de couverture sociale et médicale dans le secteur privé selon le genre ;
2. contribuer à l'intégration de l'égalité entre les sexes dans les politiques de l'emploi, de la formation professionnelle, de la protection sociale ainsi qu'à la promotion des valeurs égalitaires dans ce secteur ;
3. indiquer des mesures de correction des lois et réglementations relatives à la lutte contre les discriminations de genre dans le système de protection sociale en vigueur au Maroc ;
4. proposer le cas échéant d'autres mécanismes alternatifs centralisés et/ou décentralisés de couverture sociale des différentes catégories de travailleuses exclues du système de protection sociale en vigueur au Maroc.

Le champ de la sécurité sociale tel qu'il découle du dahir du 27 juillet 1972 et celui de la couverture médicale de base se trouvent ainsi explicitement désignés pour la recherche, selon le genre, des dysfonctionnements et des discriminations qu'ils pourraient véhiculer à l'encontre des femmes et pour la formulation de correctifs immédiats de nature à rétablir l'égalité. Mais l'objectif d'identification des sources des disparités entre les hommes et les femmes se trouve étendu à toutes les composantes du système de protection sociale et corrélé d'une part à la nécessité d'affirmer l'égalité des droits et d'autre part d'étendre leur exercice effectif en tenant compte des contraintes du genre et de la finalité d'assurer le travail décent à tous.

A cet effet, il est prévu de procéder non seulement à l'analyse rigoureuse des lois et réglementations en vigueur, mais aussi d'investir leur mise en œuvre effective et de mobiliser la connaissance pertinente nécessaire tant pour l'établissement de l'état des lieux de la protection sociale selon le genre que pour inscrire les propositions d'ajustements, de correction et d'extension égalitaire de la couverture à tous dans une vision stratégique nourrie des apports d'un benchmark ciblé et de l'évolution conceptuelle et normative récente de la question de la protection sociale.

Les termes de référence de l'étude prévoient sa réalisation en deux phases. La première est consacrée à l'établissement dans une démarche soucieuse du genre du diagnostic du système de la protection sociale en droit et dans la pratique. Le rapport qui l'a ponctué a procédé à l'analyse critique du dispositif juridique et institutionnel en vigueur et à la

¹ Dénommé au moment de son lancement Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

confrontation de son contenu à la réalité de la couverture sociale. Il a ainsi évalué sa portée effective et l'exclusion massive qui en découlent ainsi que l'impact que produisent ses prestations sur les hommes et les femmes.

Les conclusions de ce travail font apparaître le pluralisme normatif d'un système qui demeure limité au salariat formel, aveugle au genre dans ses normes et fonctionnement et fortement différencié dans ses procédés et ses standards. Les inégalités qu'il véhicule trouvent bien plus à s'exprimer dans les différences de droits que confèrent les régimes applicables aux secteurs publics et privé qu'entre le genre ainsi que dans l'exclusion massive de la majorité de la population. Les femmes sont davantage écartées des prestations sociales en raison de leur inactivité ou de la précarité de leur statut professionnel qu'à cause de discriminations légales du système. Celles-ci ne sont pas néanmoins inexistantes. Elles sont néanmoins pour la plupart corrélées au statut conjugal et de la famille qui donne la primauté à l'homme en le présumant chef de famille.

Les conclusions du rapport de diagnostic et les perspectives de correction du système qu'elles dégagent en matière de sécurité sociale, de couverture médicale de base, d'accidents de travail et de maladie professionnelle et de retraites ont été ensuite portées devant cinq séminaires thématiques pour en débattre avec les partenaires sociaux et les personnes ressources ciblées en vue de leur validation et de la concertation sur les voies alternatives d'extension égalitaire et inclusive du système. Les exposés, commentaires et réflexions ainsi recueillies ont donné lieu à l'établissement d'un rapport de restitution des travaux d'ateliers et fondé la recherche complémentaire d'une part sur les projets de réforme en cours en vue d'actualiser l'étude et d'autre part sur les solutions et les normes à dégager du benchmark et de l'évolution actuelle des concepts et des méthodes d'action en matière de protection sociale.

Le rapport final présente sous une forme exhaustive et une démarche progressive :

- l'analyse critique selon le genre du cadre juridique et institutionnel actuel et en devenir de la couverture sociale;
- l'évaluation de son impact selon le genre sur la couverture de la population et l'accès égalitaire effectif aux différentes prestations ;
- les perspectives d'évolution du système en visant les correctifs possibles à la sécurité sociale et l'inscription de son évolution égalitaire et intensive dans un processus d'extension inspiré du concept de « socle national de protection sociale.

1. Le cadre légal et institutionnel de la protection sociale

Les termes de référence se fondent sur le postulat de l'édification du système national de sécurité sociale selon le modèle industriel d'assurance sociale qui présume que c'est l'homme qui doit en tant que chef de famille pourvoir aux besoins de son conjoint et ses enfants par un revenu provenant d'un travail permanent et des ressources additionnelles

ou de substitution sous forme de prestations sociales pour faire face notamment aux soins de santé, aux charges familiales et aux périodes d'inactivité. Ils pointent en conséquence les risques de traitement discriminatoire qu'un tel système peut réserver à la femme en tant qu'assurée sociale, mais également en tant qu'allocataire de prestations en qualité d'ayant-droit du son ou conjoint assuré. Ils dénoncent à ce sujet notamment l'exclusion persistante de la sécurité sociale de catégories professionnelles constituées principalement de travailleuses en l'occurrence les « gens de maison » et les travailleuses temporaires ou occasionnelles et les femmes qui exercent une activité économique pour le compte de leur mari, employeur.

L'évocation de cette exclusion qui est présentée par le dahir de 1972 sur la sécurité sociale comme étant temporaire est ponctuée par l'exigence de proposer des supports normatifs pour y mettre un terme, ce qui a pour effet méthodologique de mettre le régime de sécurité sociale en tête de l'analyse selon le genre de la couverture sociale, d'analyser la situation des travailleurs et des travailleuses qui en demeurent écartés et de comparer celle des assurés à la protection conférée aux personnes relevant d'autres couvertures sociales. L'analyse de la sécurité sociale selon le genre se conçoit dans ces conditions comme une première étape dans la quête généralisée des disparités et différenciations qu'on trouve :

- Dans chacun des régimes légaux constituant le système national de protection sociale ;
- Dans les disparités relatives aux conditions d'accès à la couverture et à la consistance des prestations assurées par les différentes composantes du système de protection sociale ;
- Dans l'exclusion partielle ou totale d'une partie de la population de la protection sociale.

La ségrégation qui en découle selon le genre peut être directe ou indirecte. Elle se manifeste dans le premier cas par le traitement défavorable qui est réservé à la personne assurée ou à ses ayants droit en raison de son genre. Elle est indirecte lorsque la loi garantit la même protection aux hommes et aux femmes dans l'accès à la couverture et l'exercice des droits qu'elle confère. Néanmoins le bénéfice qu'en tire un genre s'en trouve amoindri, neutralisé ou écarté en raison des conditions d'emploi, d'immatriculation ou de fonctionnement du système qui s'avèrent défavorables à sa situation réelle.

Dans cette optique la source première d'inégalité dans l'accès à la couverture sociale est constituée par l'exclusion légale de la majorité de la population de l'assurance sociale qui demeure l'apanage des seuls travailleurs salariés. Seul le régime de couverture médicale de base prétend à l'universalité. Mais d'une part après huit ans de l'entrée en vigueur de la loi l'assistance médicale (RAMED) se met difficilement en place autour des soins prodigués dans les structures sanitaires publiques ; d'autre part la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire (AMO), se déroule au moyen de dispositifs institutionnels autonomes,

dont deux sont confiés respectivement à la CNSS et au secteur mutualiste constitué autour de la CNOPS, tandis qu'un troisième est laissé aux établissements d'assurance agréés et demeure totalement ineffectif pour les travailleurs non salariés.

L'éclatement institutionnel de la gestion de la couverture médicale de base a ainsi eu raison de l'objectif de généralisation de la couverture des soins médicaux de base qui a présidé à la conception de la loi. La couverture installée a fini par reproduire l'architecture éclatée du système national de protection sociale en réservant des traitements différenciés aux fonctionnaires, aux salariés bénéficiant d'une couverture conventionnelle auprès des établissements privés d'assurance, aux salariés immatriculés auprès de la CNSS et aux sous catégories d'assurés que ces régimes peuvent générer.

Dans sa dimension assurancielle, ce régime ne fait pas de distinction entre les assurés masculins et féminins. Selon que la femme est salariée du secteur privé ou public elle relève obligatoirement pour son AMO soit de la CNSS ou d'une assurance de groupe à laquelle son employeur avait souscrit préalablement à l'entrée en vigueur de la loi 65-00, soit de la CNOPS et/ou d'une mutuelle autorisée. Les conditions de prise en charge par ces différents organismes respectent les planchers prévus par la loi, mais les prestations et les modalités de leur attribution sont nettement contrastées, tant entre la CNSS et le secteur mutualiste qu'à l'intérieur de celui-ci. Il en découle que les disparités formelles principales découlent bien plus de l'orientation obligatoire des salariés vers l'un ou l'autre des organismes gestionnaires de l'AMO que de leur genre. Néanmoins le statut familial ne manque pas de donner jour à des différences entre les droits des conjoints. Quand ils sont assujettis tous deux à l'AMO, chacun d'eux relève obligatoirement de l'organisme de son employeur et les enfants sont rattachés à la couverture du père, même lorsque son régime est moins favorable. Lorsque seule la mère est assurée, elle ne peut rattacher ses enfants à sa propre couverture que pour autant qu'elle en a la garde et/ou que son mari ne soit pas soumis à l'obligation de s'assurer, ce qui réduit singulièrement l'hypothèse. En revanche, la femme au foyer est de plein droit couverte par l'assurance du mari. Cette possibilité ouvre la voie à des pratiques tendant à étendre de fait la couverture gracieuse aux épouses qui exercent des activités indépendantes, informelles ou de faible rapport. En cas de divorce, le conjoint qui ne travaille pas se retrouve sans couverture au terme d'un délai de tolérance. De même, le veuf ou la veuve survivant inactif ne bénéficie de la couverture qu'en tant qu'accessoire à la pension de retraite ou d'ayant droit, ce qui suppose l'acquisition effective du droit de la percevoir. On conclut donc à ce sujet qu'au plan juridique le statut conjugal et le pluralisme institutionnel génèrent bien plus de différences de traitement entre les assurés que le genre. Mais sans doute, la myriade d'hypothèses envisageables invite à des recherches documentées plus poussées pour identifier les discriminations indirectes qui en résultent.

La mise en œuvre du RAMED désigne de manière plus flagrante encore le statut familial en tant que source principale de ségrégation selon le genre dans la mesure où c'est le mari présumé chef du foyer qui est l'attributaire du droit à l'assistance sociale, son épouse et ses enfants prenant la place d'ayants-droit. Sa passivité à l'occasion du déroulement des

procédures d'enregistrement et de retrait de la carte, la séparation du couple, la condition des enfants et collatéraux adultes vivant sous son toit, constituent autant de zones grises du droit qui appellent une connaissance fine dans l'avenir. Ses contours actuels ne sont pas définitivement établis.

Le deuxième régime de couverture sociale est celui de sécurité sociale institué par le dahir de 1972. Il a été étendu aux salariés agricoles en 1981, puis à ceux de l'artisanat en 1993. La création du RCAR en 1977 a eu pour effet d'écarter de son champ d'application certains travailleurs et employeurs du secteur public. Celui-ci s'en trouve délimité en droit par les rapports salariés relevant de la législation du travail, à l'exception des trois catégories de travailleurs précitées dont l'intégration au régime est suspendue depuis 1959 à l'adoption de décrets d'application. Mais en réalité, l'affiliation des employeurs est largement délimitée au tour des activités formelles et l'immatriculation des travailleurs comme le versement des cotisations y afférentes éliminent les travailleurs précaires notamment ceux qui ne travaillèrent pas à plein temps, les occasionnels, temporaires et autres préposés atypiques.

Tous ceux qui n'exécutent pas un travail subordonné se trouvent ainsi écartés de la sécurité sociale : employeurs, membres des professions libérales, agriculteurs, commerçants, rentiers...etc. Il en va de même de tous ceux qui collaborent à leur activité économique sans être salariés : conjoints, enfants, associés, membres des coopératives...etc. Dans la mesure où la gestion de l'AMO par la CNSS s'effectue de manière connexe à celle des prestations de son régime de base, la privation de l'immatriculation à la CNSS ou au versement régulier des cotisations, entraîne non seulement la non jouissance des prestations de sécurité sociale, mais également de la couverture médicale.

Les prestations de sécurité sociale sont constituées par les allocations familiales, les indemnités naissance, de maladie et de maternité et par les pensions de vieillesse, d'invalidité et d'ayants droit. Les règles qui les régissent sont toutes conçues et formulées de manière aveugle au genre, hormis les différenciations relatives respectivement à l'indemnité de naissance que le père reçoit à l'occasion de toute naissance dans son foyer (montant équivalent au salaire référence de 3 jours) et à l'indemnité de maternité versée à la mère à l'occasion de l'accouchement (montant équivalent au salaire de référence de 14 semaines). Les allocations familiales dont le financement est assuré par la cotisation patronale exclusivement sont versées prioritairement au père présumé chef de foyer. Pour les percevoir, l'assuré doit remplir des conditions de stage qui incluent la perception d'un salaire mensuel équivalent à 60% du revenu du travailleur à plein temps payé au salaire minimum. En cas de divorce, elles sont versées à celui des parents qui a la garde des enfants. La mère peut aussi y prétendre lorsque le régime de travail de l'époux ne lui en donne pas droit. La même préférence donnée au mari s'applique en cas d'admission à la retraite, ce qui suspend leur versement à l'acquisition du droit à la pension. La femme peut bien se substituer à la défaillance du mari dans cette situation tant auprès de la CNSS que de l'employeur public. Mais le transfert de ce droit à son profit est largement méconnu et peu opérationnel, notamment lorsque son salaire comme celui de son conjoint sont irréguliers.

Le versement des indemnités journalières de maladie et de maternité est aussi conditionné par l'acquiescement de 54 jours continus ou discontinus de cotisation pendant une période de six mois civils qui précède la maladie et 10 mois avant l'accouchement. Un délai de carence est prévu pour le premier arrêt de travail occasionné par la maladie et entre deux congés de maladie, sans que la période totale d'indemnisation dépasse 52 semaines au cours des 24 mois qui suivent le premier arrêt de travail. Le taux est égal à 100% du salaire de référence pour la maladie et à ses 2/3 pour l'indemnité de maternité. Ces conditions semblent souples pour les travailleurs réguliers à plein temps. En revanche, pour les travailleurs irréguliers et ceux qui relèvent de petites entreprises mal gérées, elles constituent un obstacle difficile à franchir.

L'inégalité dans l'exercice effectif du droit aux prestations familiales et aux indemnités à court terme se manifeste surtout dans la comparaison des indemnités de sécurité sociale et les prestations équivalentes qui sont servies dans le secteur public à titre non contributif. En effet, pour les fonctionnaires et assimilés, les allocations familiales constituent des compléments de salaires. De même, le régime des maladies à court, moyen et long termes permet le maintien de l'intégralité du salaire de l'agent respectivement pendant 3 mois, 2 ans et trois et de sa moitié pour la période restante, fixée respectivement à 3 mois, un an et deux ans selon la catégorie de la maladie. L'indemnisation tant de la maternité que de la maladie assure largement son rôle de revenu de substitution et son versement n'est suspendu à aucune cotisation. La perception de ce revenu de substitution intégrale, permet en outre de maintenir le versement des cotisations à l'AMO et au régime de retraite et de conserver ainsi les droits correspondants.

La comparaison des régimes de pensions civiles avec celles du RCAR et de la CNSS, est également à l'avantage de celui de la fonction publique et à un degré moindre du régime mixte des employés contractuels au service de l'Etat et de ses démembrements. Le premier repose sur des taux de cotisation élevés qui s'appliquent au salaire réel et permettent la liquidation de la pension sur la base du salaire de la dernière année activité au taux annuel de 2,5%, permettant ainsi à la majorité des fonctionnaires de prétendre à une pension qui assure sa fonction de revenu de substitution. Un régime de retraite anticipée leur permet aussi d'arrêter tôt l'activité publique ou de se reconvertir au plan professionnel en bénéficiant d'une pension avant l'âge de retraite. Ce départ est autorisé pour les femmes dès l'accomplissement de 15 ans de service et devient un droit au terme de 30 ans de service. En revanche, dans le RCAR, il faut attendre l'âge de 60 ans et la durée de 30 ans de service donne droit à une pension équivalente à 60% du salaire moyen de carrière, majorée de 2% par année d'activité supplémentaire dans la limite de 75%. Le salaire servant de base à la cotisation est lui-même plafonné à quatre fois la valeur du salaire moyen du système, ce qui ne permet pas aux titulaires de revenus élevés de se couvrir en conséquence. Mais face à ces deux régimes, celui de la sécurité sociale paraît nettement le moins avantageux. Non seulement les droits à la retraite sont constitués sur la base d'un salaire plafond actuellement fixé à 6000 dh, mais le mode de calcul de la pension n'autorise sa perception à

l'âge légal que pour les travailleurs qui ont cumulé au moins 3240 jours. Le taux de base est fixé à 50% du salaire moyen de cotisation pendant les 8 dernières années. Le surplus donne lieu à une majoration d'un point pour 216 jours de cotisation complémentaire sans que le taux maximum dépasse 70%, soit une pension maximum de 4200 dh. En fait, l'irrégularité du versement des cotisations et le changement de statut dans la profession des travailleurs constituent ici aussi, une cause importante de privation de la pension ou de la modicité de sa valeur, bien plus qu'une ségrégation selon le genre. L'analyse des systèmes de réversion de la pension en cas décès de l'assurance, confirme également que les régimes de retraite demeurent aveugles au genre, sous réserve de règles mineures afférentes à la condition de remariage et au transfert des droits à l'époux et aux enfants par leur mère en ce qui concerne le régime des pensions civiles.

La dernière composante de la couverture sociale est constituée par le régime de réparation des accidents du travail et de maladies professionnelles. Institué depuis 1927 sur la base de la responsabilité sans faute de l'employeur, il a fait l'objet en 2002-2003 d'une réforme visant à obliger les employeurs relevant de la sécurité sociale à souscrire une assurance contre ce risque. Son application en dehors des rapports privés s'effectue de manière combinée avec le régime de maladie de la fonction publique et celui des pensions. Limité à l'emploi salarié et assorti des dispositions du droit administratif, ce régime donne lieu à des prestations différentes selon les secteurs. Comme les autres, il est aveugle au genre et la principale différenciation qu'il recèle à ce titre est combinée à l'âge de la veuve titulaire de rente.

La première partie du rapport a procédé également à l'analyse de plusieurs projets de lois en vue de circonscrire leurs avancées en matière d'égalité de genre de manière générale et de protection sociale en particulier : travailleurs domestiques, code de la mutualité, réparation des accidents du travail, travailleurs au service d'un employeur qui exerce un travail manuel traditionnel. Elle a conclu qu'en règle générale, leur orientation demeure cantonnée au pluralisme normatif actuel et ne manifeste pas un intérêt clair pour l'approche genre. Les projets de lois relatifs aux travailleurs domestiques et au travail d'un employeur occupé à une activité manuelle traditionnelle ne hissent pas la protection qu'ils prévoient au niveau de celle du code du travail notamment en ce qui concerne la santé au travail et la protection de la maternité. Le code de la mutualité semble restreindre l'action du mouvement mutualiste aux soins de santé dans la sphère de l'AMO en écartant ainsi les possibilités de l'ériger en levier de solutions alternatives à la protection sociale. La réforme de la réparation des accidents de travail exclut les maladies professionnelles et réaménage surtout les procédures afin de promouvoir la transaction entre l'établissement d'assurance et la victime.

L'analyse du cadre institutionnel et légal de la protection sociale confirme qu'il ne constitue pas une source directe de ségrégation selon le genre et que son pluralisme consacre en revanche des différenciations notables entre les salariés des deux sexes, selon qu'ils relèvent de la fonction publique, des organismes et collectivités relevant de l'Etat et de ses démembrés ou des employeurs de droit privé. Les quelques différenciations dégagées

sont corrélées au lien conjugal qui confère la primauté à l'époux. C'est donc essentiellement les discriminations indirectes découlant de l'exclusion des non salariés de la protection légale et de la précarité qui affecte la majorité des travailleurs qui affectent l'égalité du genre, le confirme la seconde partie du rapport qui évalue l'impact de la protection sociale sur la population.

2. L'évaluation de l'impact de la protection sociale

Le marché du travail marocain est caractérisé par le faible taux d'activité des femmes et son recul régulier depuis les années 2000. A l'échelle nationale le taux d'activité des hommes est près de 3 fois supérieures à celui des femmes et avoisine 4 fois en milieu urbain contre 2,2 en milieu rural. Le premier groupe d'exclus de la protection sociale est en conséquence constituée de la population inactive.

La seconde catégorie des exclus de la protection sociale est celle des travailleurs non-salariés. Ils sont largement dominants parmi les actifs occupés au Maroc. Ils relèvent de statuts socioprofessionnels distincts qui se déclinent à leur tour en une grande variété de situations dans la profession de travail et de revenus. Ils n'ont en commun que leur exclusion du champ de la protection sociale institutionnelle dans la mesure où elle est limitée dans toutes ses composantes au salariat public et privé. La faible prévalence du salariat affecte davantage les femmes que les hommes, en particulier en milieu rural. La forte salarisation du travail des femmes en ville ne doit pas néanmoins occulter la faiblesse des effectifs concernés (0,83 millions). Le taux de féminisation de l'emploi urbain est par contre bien plus faible qu'en milieu rural (19,6% contre 33,1%).

L'effectif des non-salariés est largement dominé par les deux sous-catégories constituées des « travailleurs pour leur propre compte » et des « aides-familiaux », lesquelles recueillent à l'échelle nationale, 92,1% des actifs occupés sous un statut autre que le salariat, représentant 81,5% en milieu urbain et 97% en milieu rural. L'importance des principaux groupes qui structurent l'emploi non-salarié permet de prendre la mesure de la précarité qui affecte la plupart des travailleurs concernés et des femmes en particulier.

Les artisans et leurs aides comptent aussi largement parmi les exclus de la protection sociale. La profession est dominée par les hommes, à hauteur de 85%, ce taux passant à 88,7% en milieu rural. Enfin, les membres et associés des coopératives sont dans la même situation. Ce statut professionnel concerne essentiellement les hommes qui y contribuent à hauteur de 91,8% de l'effectif global.

La troisième catégorie est constituée des salariés exclus de droit ou de fait de la protection sociale en totalité ou en partie. L'une des formes d'exclusion les plus injustes est celle des assujettis immatriculés à la CNSS qui y cotisent de manière irrégulière en fonction de l'exercice d'un emploi salarié sans satisfaire aux conditions de stage requises pour accéder aux prestations. Il s'agirait principalement de travailleurs précaires condamnés à accepter

des emplois instables qui excluent la régularisation de leur situation à l'égard de la CNSS ou qui sont victimes de fraudes.

La majorité écrasante de la population se trouve ainsi exclue du champ de la protection sociale en raison de la discordance entre un modèle de protection sociale axé sur le salariat formel et la situation de la plupart de ceux qui sont en âge de travailler.

La part des femmes inactives qui se consacrent aux activités non marchandes à caractère familial (éducation des enfants, soins aux personnes âgées ou ayant des besoins spécifiques, travaux ménagers) demeure considérable, ainsi que celle des aides-familiaux qui participent à l'activité économique dans le cadre de la famille sans accéder à une rémunération en contrepartie. De manière générale, les responsabilités familiales continuent de peser principalement sur les femmes et d'entraver leur carrière professionnelle, ce qui se reflète sur leurs salaires et sur la constitution et le bénéfice effectif des droits auprès des organismes de couverture sociale

L'analyse des données afférentes aux pensions, à l'immatriculation à la CNSS, aux allocations familiales et aux indemnités à court terme conforte l'idée qu'abstraction faite des niveaux différents de prestations conférées par les régimes obligatoires en vigueur, les inégalités de chance et de traitement en matière de protection sociale découlent surtout de l'inégal accès à l'emploi protégé au cantonnement des femmes dans des activités à faible qualification et à valorisation réduite. La poursuite de cette situation soulève le défi majeur de la retraite compte tenu des transformations démographiques et sociales et du faible accès des femmes à la couverture sociale. Or, en plus de l'exiguïté du champ de la couverture, toutes les caisses de retraite sont affectées par la détérioration du rapport démographique entre cotisants et pensionnés, engendrant de ce fait un déficit qui a tendance à s'aggraver sous l'effet d'une transition démographique où la part des personnes âgées est en constante augmentation. Cette situation est d'autant plus dommageable que le dispositif de retraite, dans sa globalité, ne couvre que quelques 3,4 millions d'assurés sociaux sur une population active totale estimée à plus de 10,5 millions. Un nombre considérable d'assurés à la CNSS figurent parmi les assurés « dormants » qui ont atteint l'âge de retraite sans accéder à la pension de vieillesse.

L'examen des dépenses de l'AMO illustre clairement la contribution que doit apporter la couverture sociale à l'accès égalitaire aux soins. Quand bien même les assurés sont très majoritairement des hommes en raison du volume de l'emploi salarié structuré qu'ils accaparent, les dépenses de soins aussi bien ambulatoires qu'hospitaliers révèlent une égalité d'accès entre les hommes et les femmes, même lorsque fait abstraction des dépenses liées à la maternité. Les disparités notables au plan territorial témoignent au contraire de la concentration de l'emploi formel et des discriminations indirectes qui en découlent. Les données disponibles invitent à une analyse plus poussée des discriminations qui ne manquent pas de découler de l'exposition des femmes à des risques et des pathologies spécifiques en l'absence d'une politique de prévention.

Dans son opération d'auto-évaluation, le Ministère s'estime plutôt satisfait des résultats enregistrés au cours de la première année de généralisation RAMED. Il impute les défaillances constatées à la pénurie des ressources humaines et matérielles, et aux défis que pose la mise en œuvre de cette assistance en ciblant 8,5 millions de personnes. Le programme pilote du RAMED a démarré en 2008 en se basant sur l'évaluation des ressources du ménage par le test d'éligibilité multidimensionnel (TEMD). L'analyse de la pratique actuelle de ciblage laisse apparaître un recours fréquent à la décision discrétionnaire dans l'identification finale des bénéficiaires. Elle n'a pas fait encore l'objet d'évaluation rigoureuse.

Malgré des dépenses, comparables à celles d'autres pays de la région, et même si la pauvreté dans sa forme la plus aiguë a diminué depuis le début des années 2000, l'accès aux services de soins est largement conditionné par le lieu de résidence (urbain/rural) et le niveau de revenus. L'analyse de l'inégalité d'accès aux services de santé de base (Banque mondiale, 2007 et UNICEF, 2007) montre que les barrières liées à la demande (coûts de transport, nécessité de la permission du mari, mobilité réduite des femmes et pauvreté) sont un facteur important de la demande latente insatisfaite de soins de santé de base.

La gestion du RAMED est encore imprécise. La loi 65-00 prescrit que la gestion financière du régime d'assistance médicale revient à l'Agence nationale de l'assurance maladie qui est également investie de la mission de régulation du régime de couverture médicale, l'agence ne peut-être à la fois juge et partie. Le ministère de la santé étant prestataire de soins ne peut pas non plus s'occuper de la gestion. Le Ministère précise que « pour dépasser ce problème, il est prévu la création d'une entité autonome qui gérerait le RAMED et s'occuperait donc de son volet financier. En attendant, l'Agence et le ministère de la santé s'occupent tous deux de la gestion du RAMED durant cette phase de démarrage ».

3. Les perspectives d'amélioration des connaissances et de l'action en matière de protection sociale égalitaire.

L'étude devait apporter d'abord des solutions juridiques permettant d'intégrer au système de sécurité sociale les « gens de maison », « les travailleurs temporaires et occasionnels » et « les membres de la famille de l'employeur travaillant pour son compte » dont l'admission est prévue depuis l'institution du régime, comme cela a été relaté précédemment. Leur désignation explicite par le dahir de 1972 tend à les présenter comme une catégorie résiduelle dont l'inclusion est suspendue à l'adoption d'un texte réglementaire permettant de répondre à la spécificité de leurs conditions. Dans le silence du législateur et en l'absence de toute étude en la matière, il n'est guère possible de dégager les éléments constitutifs de cette spécificité et encore moins de se prononcer sur la faisabilité financière et sociale des solutions potentielles. Au plan de la qualification juridique, les gens de maison sont des salariés comme les autres. Après maintes hésitations, le législateur a écarté de l'application du code du travail ceux d'entre eux qui sont employés directement par le chef de foyer es-qualité. Le projet de loi qui leur est consacré accuse la dualité normative en matière

d'inspection, de durée de travail, de santé au travail et de salaire. On peut en déduire que ses rédacteurs estiment que le cout de la législation du travail n'est pas supportable par une grande partie des employeurs et aménagent en conséquence une protection moindre et de faible teneur juridique. Dans ces conditions, l'extension de la sécurité sociale à ces travailleurs se heurte davantage encore à l'obstacle de la soutenabilité de sa charge par les employeurs et de sa gestion par la CNSS compte tenu de la volatilité de ce type d'emploi et de l'opacité qui entoure les revenus qu'il procure. L'assujettissement des travailleuses risque dans ces conditions de leur faire supporter les cotisations sans leur garantir les prestations correspondantes.

La condition de la plupart d'entre elles correspond d'ailleurs à celles des travailleurs occasionnels. Pour le législateur, il s'agit dans ce cas de personnes travaillant moins de 10 heures par semaine pour un même employeur ou groupe d'employeur. L'obstacle semble résider ici dans les difficultés d'identification de ces employeurs et de gestion de modestes cotisations tant par ces derniers que par l'Organisme. L'instabilité de l'emploi et les difficultés de suivi de la gestion des immatriculations y afférentes se conjuguent à la modicité des cotisations en cause pour poser les mêmes types d'entraves et d'interrogations.

Les personnes employées par leur conjoint soulèvent des commentaires similaires. S'il s'agit d'un emploi salarié, la relation conjugale ne doit être prise en considération. En revanche, si par la formulation du dahir de 1972 on évoque la situation des aides-familiales, on sort forcément du cadre du salariat qui a délimité jusqu'à présent les attributions et les modalités de fonctionnement de la CNSS, pour s'ouvrir aux titulaires d'autres revenus voire à des travailleurs dépourvus de revenu identifiable. Pour toutes ces situations les solutions normatives ne manquent pas, mais le problème réside davantage dans leur viabilité financière et faisabilité administrative. En cela il n'est pas différent de la condition des 2,4 millions de personnes qui travaillent sous le statut d'aides-familiaux, qui sont majoritairement pauvres et aux trois quarts constitués de femmes dont la plupart sont rurales. La perspective d'intégration ainsi évoquée concerne en réalité près du double de la population couverte (5,5 millions de travailleurs).

En fait, l'extension du régime de sécurité sociale tant aux catégories désignées expressément dans le dahir de 1972 qu'aux autres travailleurs qui en sont exclus en raison de leur statut d'indépendants ou d'employeurs ne peut faire l'économie de la conception de solutions alternatives au modèle institué et rejoint en conséquence l'objectif général de l'étude portant sur le développement de la connaissance pour une extension égalitaire et inclusive de la protection sociale.

C'est la surreprésentation des femmes parmi les travailleurs non-salariés notamment comme aides-familiales ou inactives qui les expose davantage que les hommes à l'exclusion de la couverture sociale. Leur sort n'est pas différent de celui de près de 80% de la population mondiale qui se trouve privée de sécurité sociale. Ils ont en commun hérité d'un modèle de sécurité sociale de type industriel qui escomptait une évolution historique

générale vers le salariat, mais qui est démenti par les réalités contemporaines qui appellent partout une approche nouvelle de la protection sociale qui doit capitaliser sur les acquis de la sécurité sociale.

En effet, la notion de protection sociale a éprouvé des difficultés constantes à trouver ses marques, depuis sa conceptualisation par le rapport Beveridge comme une couverture universelle visant la sécurité économique de tous. Le champ de la protection sociale a été tantôt restreint par la doctrine et les lois au domaine de l'assistance sociale, tantôt à l'inverse étendu à l'extrême pour englober la protection légale des travailleurs et toutes les mesures visant à assurer à la population les conditions essentielles de vie, notamment par le soutien des prix, le logement, l'éducation, la santé et le travail. Plus récemment, la notion a été réservée plutôt aux mesures qui s'adressent aux populations vulnérables et à la lutte contre la pauvreté, notamment au moyen de « filets sociaux » qui ont accompagné les plans d'ajustements structurels puis les politiques de développement humain au titre desquels s'inscrivent les OMD. L'ambivalence de la formule s'exprime implicitement dans les normes internationales du travail où elle s'est illustrée récemment avec un contenu et des objectifs nouveaux sous la dénomination de « socles nationaux de protection sociale ».

Le processus a été lancé en 2009 par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes du système des Nations-Unies. Son initiative fait partie des neuf mesures conjointes retenues pour faire face à la crise financière qui a éclaté en 2008. Partant du constat que quatre personnes sur cinq à travers le monde n'accèdent pas aux services de base (éducation, logement, eau potable, assainissement, santé) et ne jouissaient pas des autres droits humains leur permettant de participer à la vie culturelle et de partager les connaissances et les idées, il a été décidé d'instituer comme objectif prioritaire commun un socle de protection sociale visant à « garantir un niveau de base de protection sociale et une vie décente pour ces personnes – parmi lesquelles beaucoup luttent pour survivre – en tant que priorité et obligation en vertu des instruments des droits de l'homme ».

Cette initiative internationale retient essentiellement quatre options pour étendre la sécurité sociale :

- Se concentrer sur l'extension et l'adaptation des régimes légaux d'assurance sociale ;
- Encourager la couverture volontaire à travers les régimes contributifs ;
- Instaurer des prestations ou services universels (comme les soins de santé) financés par l'impôt ;
- Etablir ou étendre des prestations ou des services sous condition de ressources (assistance sociale) avec également un financement par l'impôt

En somme, la réussite d'une extension de la protection sociale, doit impérativement prendre en considération toute une série de questions, d'acteurs et d'instruments. Bien que parfois combinées, les stratégies employées par les différents pays pour élargir la couverture de sécurité sociale peuvent être résumées comme suit :

- Se concentrer sur la couverture des travailleurs du secteur structuré, avec une participation volontaire des travailleurs indépendants (généralement à un faible niveau) ;
- Supposer que le développement économique facilitera progressivement la couverture de ceux qui travaillent pour les petits employeurs exclus ;
- Etendre progressivement la couverture aux travailleurs indépendants et concevoir le cas échéant des dispositifs spéciaux dans les limites des capacités administratives ;
- **Assurer une couverture universelle par une législation sur l'assurance sociale de base mais reconnaître que les niveaux futurs de recouvrement seront ;**
- Encourager le développement de régimes de protection décentralisés et à base communautaire comme les organismes de micro-assurance et les mutuelles : le cas échéant, avec l'établissement de liens avec les systèmes publics de sécurité sociale dans le cadre desquels, par exemple, les régimes communautaires pourraient fonctionner comme agents pour le compte des régimes publics.

C'est donc en bonne conscience de l'importance des déficits sociaux à combler et des difficultés de conduire les politiques publiques, que les participants aux ateliers ont considéré qu'il est primordial de formuler une stratégie nationale inclusive de protection sociale articulée autour d'une politique de promotion du travail décent dont les fondements seraient constitués par des acquis en matière d'emploi, de formation et de sécurité sociale avec un souci d'harmonisation et d'extension progressive autour des « socles nationaux de protection sociale ». Pour ce faire, la démarche doit prendre en compte non seulement l'Agenda de l'égalité et les objectifs du PSMT tels qu'ils doivent être actualisés, mais également toutes les stratégies et programmes sectoriels qui se mettent en place en matière de stratégie nationale de l'emploi et de formation professionnelle. Elle doit faire converger aussi, dans une même vision, les mesures qui sont abordées de manière éclatée en matière de formation continue, d'indemnité pour perte d'emploi, de consolidation des régimes de retraite, de révision de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et d'adaptation du cadre institutionnel du RAMED et de l'AMO. À *fortiori*, cette vision globale doit servir l'objectif de santé au travail dans les secteurs publics et privés et l'adaptation de la législation du travail et de la couverture sociale aux catégories qu'elle marginalise comme les travailleurs domestiques et les aides-familiaux.

Par ailleurs, l'épreuve de la réforme des caisses des retraites qui se poursuit confirme la nécessité d'élargir la réflexion au-delà des solutions paramétriques et de définir par le dialogue social les alliances les plus larges pour faire adhérer les groupes cibles au projet inclusif sur le long terme marquant ainsi le départ d'une nouvelle gouvernance de la protection sociale. Les besoins financiers constituent certainement la plus grande contrainte comme le révèle la crise des régimes de retraite et l'extension de la sécurité sociale. Leur traitement soulève de manière systématique la question du contrôle des capacités

contributives et des prestations sociales en vue de l'extension verticale et horizontale de la couverture institutionnelle. À cet effet, les charges sociales et fiscales doivent conjointement être prises en compte pour encourager la transition vers le marché formel. En se référant, par exemple, au projet de loi sur l'auto-emploi et aux mesures visant le soutien des « Très Petites Entreprises », la transition vers la sortie de l'informel serait tributaire à la fois de la simplification des formalités administratives et fiscales, de l'adaptation du recouvrement aux cycles des activités et des revenus, qu'à la pertinence du contrôle et au poids relatif des charges sociales. Le financement de la couverture sociale devrait ainsi encourager la contribution du conjoint en tant qu'assuré pour réduire les effectifs des ayants-droit en activité et la prendre en considération dans la fiscalité des revenus et des activités professionnelles.

En s'inspirant de la Convention 102 et de la recommandation 202 de l'OIT portant respectivement sur la sécurité sociale (norme minima, 1952) et les « socles nationaux de protection sociale », il est possible de concevoir avec les organismes publics ou privés de couverture sociale des prestations groupées contributives qui varient selon l'âge de l'assuré, ses risques professionnels, son statut dans la profession et la couverture de son conjoint. À *fortiori*, les régimes en vigueur devraient concevoir des formules de couverture volontaire à proposer à leurs assuré (es) en cas de changement de statut dans la profession ou de non satisfaction aux durées de stage.

L'objectif de renforcement de la couverture sociale institutionnelle et de son extension vers l'universalité encourage à développer le secteur mutualiste et la micro-assurance non seulement dans le domaine de l'assurance maladie, mais également dans l'exercice des métiers de santé comme alternative à la médecine publique et libérale, dans la couverture du chômage et de la vieillesse et dans les différentes couvertures complémentaires de soin de santé et de vieillesse. Enfin, la préparation du diagnostic de cette étude fait le constat du déficit de données, de connaissances et d'études en matière de couverture sociale. Non seulement, l'accès à l'information est rendu difficile en raison de l'insuffisance des sources documentaires « gendérisées », à l'exception remarquée de la CNSS et de la CNOPS, mais également, et bien souvent les systèmes d'information recourent à des critères et à des définitions divergents et ne permettent pas d'agrèger les données. L'éclatement du système de couverture sociale en plusieurs régimes relevant d'acteurs et de tuteurs différents ne facilitent pas non plus des actions intégrées ni une réflexion propice à une évolution inclusive et coordonnée des régimes. La mise en place d'un observatoire ou de toute autre structure chargée de recueillir les données sur la couverture sociale, de les traiter et d'impulser les actions en direction de la convergence des systèmes et de l'extension des « socles nationaux de protection sociale » s'avère ainsi être indéniable.