

Les Réformes de la Protection Sociale au Maroc : Bilan des Acquis Historiques et Défis Actuels de Pérennité

Social Protection Reforms in Morocco: Assessment of Historical Achievements and Current Sustainability Challenges

Naima ABA, (Enseignant-Chercheur, PES)

*Laboratoire Des Politiques Publiques
Faculté Des Sciences Juridiques Economiques Et Sociales Mohammedia,
Université Hassan II de Casablanca, Maroc*

Fatima Ezzahra SERBOUTI, (Doctorante)

*Laboratoire Des Politiques Publiques
Faculté Des Sciences Juridiques Economiques Et Sociales Mohammedia,
Université Hassan II de Casablanca, Maroc*

Ayoub BOURASS, (Doctorant)

*Laboratoire Des Politiques Publiques
Faculté Des Sciences Juridiques Economiques Et Sociales Mohammedia,
Université Hassan II de Casablanca, Maroc*

Adresse de correspondance :	Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales-Route de Rabat BP 145 20650 Mohammédia, Maroc Université Hassan II de Casablanca Téléphone : 05233-14682
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	ABA, N., SERBOUTI, F. E., & BOURASS, A. (2024). Les Réformes de la Protection Sociale au Maroc : Bilan des Acquis Historiques et Défis Actuels de Pérennité. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 5(12), 199-220. https://doi.org/10.5281/zenodo.14286178
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: November 05, 2024

Accepted: November December 06, 2024

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 5, Issue 12 (2024)

Les Réformes de la Protection Sociale au Maroc : Bilan des Acquis Historiques et Défis Actuels de Pérennité

Résumé :

Ancré dans les pratiques islamiques et communautaires traditionnelles, le système de protection sociale marocain s'est transformé au fil du temps, influencé par les dynamiques historiques ainsi que par les modèles bismarckien et keynésien. Depuis l'Indépendance, le Maroc s'attèle à réformer l'héritage inégalitaire de la période coloniale afin de favoriser un développement équilibré sur les plans social et économique. Cependant, les politiques d'ajustement structurel des années 1980 ont fragilisé le système, exacerbant les inégalités et laissant les non-salariés et les populations vulnérables en marge de la protection sociale. Au début des années 2000, des réformes majeures ont été introduites pour élargir la couverture sociale, notamment avec l'Assurance Maladie Obligatoire (2005) et le Régime d'Assistance Médicale (2011). Bien que ces initiatives aient permis des avancées notables, elles ont révélé des défis persistants en matière de financement et de gouvernance, compromettant la viabilité à long terme du système. L'objectif est d'évaluer dans quelle mesure ces réformes successives, ont permis de répondre aux besoins croissants de la population, tout en identifiant les limites de ces dispositifs en matière de financement, de gouvernance et d'équité. La méthodologie adoptée repose sur une recherche documentaire approfondie et une revue théorique servant de cadre analytique. Elle combine une analyse historique et critique des transformations du système de protection sociale marocain avec une évaluation des politiques publiques mises en œuvre. Cette approche mobilise des données qualitatives et quantitatives pour explorer les objectifs, les impacts et les limites des réformes, en mettant en lumière les interactions complexes entre les orientations politiques, les contraintes socio-économiques et les attentes des bénéficiaires.

Mots clés : Système de protection sociale, Théorie Bismarckienne, Théorie Bevergidienne, financement de la protection sociale

Classification JEL : H53, H55, I38.

Type du papier : Recherche Théorique

Abstract :

Rooted in traditional Islamic and community-based practices, the Moroccan social protection system has evolved over time, influenced by historical dynamics as well as the Bismarckian and Keynesian models. Since Independence, Morocco has sought to reform the unequal system inherited from the colonial period in order to foster balanced social and economic development. However, the structural adjustment policies of the 1980s weakened the system, exacerbating inequalities and leaving non-salaried workers and vulnerable populations on the fringes of social protection. In the early 2000s, major reforms were introduced to expand social coverage, notably with the creation of Mandatory Health Insurance (2005) and the Medical Assistance Scheme (2011). While these initiatives have led to significant progress, they have also revealed persistent challenges in terms of financing and governance, threatening the long-term viability of the system. The objective is to assess the extent to which these successive reforms have met the growing needs of the population, while identifying the limitations of these mechanisms in terms of financing, governance, and equity. The methodology adopted is based on in-depth documentary research and a theoretical review serving as an analytical framework. It combines historical and critical analysis of the transformations in Morocco's social protection system with an evaluation of the public policies implemented. This approach uses both qualitative and quantitative data to explore the goals, impacts, and limitations of the reforms, highlighting the complex interactions between political orientations, socio-economic constraints, and beneficiaries' expectations.

Keywords: Social protection system, Bismarckian theory, Beveridgean theory, social protection financing

JEL Classification : H53, H55, I38.

Paper type : Theoretical Research

1. Introduction

Le système de protection sociale au Maroc joue un rôle central dans la sécurisation des populations contre divers risques sociaux, tout en reflétant les dynamiques économiques, politiques et sociales du pays. Depuis ses premières formes de solidarité religieuse et communautaire, ce système a traversé plusieurs phases de réformes pour répondre aux besoins croissants et diversifiés de la population, tout en s'adaptant aux défis contemporains. Avant le protectorat, la protection sociale reposait sur des mécanismes d'entraide traditionnels, tels que la zakat, le waqf et le takaful, incarnant une solidarité religieuse et communautaire. Ces pratiques assuraient une forme de protection aux plus vulnérables avant l'introduction des modèles formels du protectorat. Cependant, durant cette période, des dispositifs discriminatoires ont été mis en place, favorisant les populations européennes tout en marginalisant les Marocains, creusant ainsi des inégalités structurelles durables. Ces déséquilibres ont compliqué l'unification et la réforme du système après l'indépendance. Face à ces inégalités, le Maroc a initié plusieurs programmes dès les années 1960 pour restructurer la protection sociale sur des bases plus inclusives. Cependant, les politiques d'ajustement structurel des années 1980 ont considérablement réduit les dépenses publiques, aggravant la précarité sociale. Cette période a également révélé les limites d'un modèle inspiré de l'approche bismarckienne, fondé sur l'emploi formel, en excluant les travailleurs non-salariés et les populations économiquement vulnérables.

Dans les années 2000, le Maroc a entrepris une réforme significative en introduisant l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les salariés et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les populations économiquement démunies, étendant ainsi la couverture médicale de 25 % en 2005 à plus de 60 % en 2016. Ces réformes, bien qu'inspirées des modèles théoriques classiques, n'ont pas totalement permis de surmonter les défis de financement et de gouvernance. La crise sanitaire de la COVID-19 a amplifié ces faiblesses, entraînant une augmentation du chômage et une baisse significative de la consommation des ménages, révélant l'urgence de réformes plus structurelles.

C'est dans ce contexte de fragilité que la loi-cadre 09.21 a été introduite pour restructurer profondément le système de protection sociale marocain. Cette réforme vise à généraliser l'assurance maladie obligatoire, élargir les allocations familiales, étendre la couverture retraite et introduire des indemnités pour perte d'emploi. Pour financer ces ambitions, la loi-cadre prévoit un système hybride, combinant les cotisations des bénéficiaires et les contributions de l'État. Cependant, des défis persistent en matière de pérennité des financements, d'équité dans l'accès aux prestations et de gouvernance efficace, posant des questions sur la viabilité et l'équilibre du système à long terme. Ces efforts s'inscrivent néanmoins dans des problématiques globales rencontrées par d'autres pays émergents, où les systèmes hybrides peinent souvent à répondre pleinement aux besoins croissants des populations tout en maintenant une viabilité financière.

En effet, plusieurs études ont analysé les défis et les performances des systèmes de protection sociale dans les pays émergents, mettant en lumière les limites des approches hybrides combinant mécanismes contributifs (assurance sociale) et non-contributifs (assistance sociale). Ces systèmes, bien qu'essentiels pour répondre à des besoins diversifiés, peinent à atteindre une inclusion universelle, particulièrement dans les contextes marqués par l'informalité économique et des ressources limitées (Holzmann & Jørgensen, 2001).

En Amérique latine, Barrientos (2013) a examiné les programmes de transferts sociaux conditionnels comme Progresa au Mexique et Bolsa Família au Brésil. Bien qu'ils aient permis de réduire la pauvreté et d'améliorer les conditions de vie des populations vulnérables, ces dispositifs restent insuffisants face aux inégalités structurelles. Barrientos plaide pour des

politiques sociales intégrées, combinant transferts sociaux, croissance économique et accès aux services de base, afin d'assurer un impact durable.

Devereux et Sabates-Wheeler (2004) proposent une approche transformative de la protection sociale, combinant mesures protectrices, préventives, promotrices et transformatrices. Cette vision dépasse les filets de sécurité traditionnels en s'attaquant aux inégalités structurelles et en renforçant l'équité sociale. Des exemples, comme les programmes alimentaires scolaires en Afrique, illustrent comment la protection sociale peut devenir un levier de transformation économique et sociale durable.

Enfin, en Afrique du Sud, Kaseke (2010) souligne le rôle central de la sécurité sociale dans la réduction de la pauvreté, tout en mettant en évidence les limites d'un système majoritairement basé sur l'assistance sociale. Les défis liés à l'économie informelle et à l'accès équitable aux prestations appellent des réformes structurelles axées sur la création d'emplois et l'élargissement des mécanismes universels.

Ces études convergent pour souligner les défis auxquels sont confrontés les systèmes hybrides dans les pays émergents, où les logiques bismarckiennes et béveridgiennes coexistent difficilement. Elles mettent en lumière l'importance de contextualiser ces approches dans des environnements marqués par des ressources limitées et des besoins croissants. Toutefois, la littérature reste insuffisante pour appréhender les spécificités du système marocain, justifiant ainsi une analyse approfondie de ses réformes.

C'est pour cela qu'il est essentiel de s'interroger sur la capacité des réformes successives à adapter un système hybride combinant les modèles bismarckien et béveridgien aux réalités du contexte marocain, en particulier en matière de gouvernance, de financement et d'équité dans l'accès aux prestations sociales.

Pour répondre à cette problématique, nous commencerons par mettre en lumière les origines historiques des fondements théoriques des systèmes de protection sociale, en retraçant leur évolution depuis l'ère préindustrielle jusqu'aux modèles bismarckien et beveridgien, tout en analysant leurs contributions et leurs limites. Ensuite, nous examinerons, dans un second temps, les mutations des réformes du système de protection sociale entreprises au Maroc au fil du temps et leur capacité à relever les défis spécifiques du pays, depuis un régime inspiré des valeurs religieuses jusqu'à la loi-cadre 09-21, afin d'en tirer des leçons de l'histoire.

2. Genèse et évolution théorique des Systèmes de Protection Sociale

Les systèmes de protection sociale reflètent les dynamiques sociales, économiques et politiques qui les façonnent. Comprendre leurs fondements théoriques est essentiel pour mieux appréhender les défis actuels et les perspectives d'avenir. Cette première partie se concentrera sur l'analyse des bases théoriques qui ont inspiré les systèmes de protection sociale à travers le monde.

2.1 Évolution Historique des systèmes de Protection Sociale

Le concept de sécurité sociale existait déjà depuis l'Antiquité. En effet, la Grèce antique possédait des sociétés de secours mutuels, tout comme Rome avait ses sociétés mutualistes (Delteil (n.d.)). Cependant, la réflexion systématique et structurée sur ce sujet ne s'est vraiment développée qu'à partir de la Révolution industrielle. Ainsi, nous allons brièvement analyser la question de la protection sociale à l'époque pré-industrielle, puis nous concentrer sur les réflexions révolutionnaires en matière de protection sociale."

2.1.1 La Protection Sociale avant l'Ère Industrielle : Entre Justice Distributive et Justice Commutative

Dans les sociétés préindustrielles, certains risques tels que le chômage ou les accidents de travail étaient relativement limités, à l'exception de certaines professions à risque comme la

charpenterie ou le travail dans les mines. Ceci s'explique par le caractère principalement rural de ces sociétés, l'utilisation d'outils rudimentaires et une faible spécialisation des tâches. Toutefois, d'autres risques sociaux, tels que la maladie ou la vieillesse, ont constamment représenté une menace pour les individus dans toutes les sociétés (Dupeyroux, 1966).

Face à ces risques sociaux, la protection des individus reposait sur deux thèmes essentiels dont l'un reflète des préoccupations de justice distributive et l'autre, des considérations de justice commutative, dans la mesure où :

- **Justice distributive** : Dans les sociétés préindustrielles, la justice distributive était incarnée par le pouvoir royal. En tant que chef suprême de la communauté, le roi, assumait des responsabilités envers les membres les plus vulnérables. Cette justice distributive intervient chaque fois qu'un bien commun est réparti entre les divers membres d'une communauté, en respectant les hiérarchies propres à cette communauté.
- **Justice commutative** : La justice commutative, aussi appelée justice corrective, trouve son origine dans la pensée aristotélicienne et vise à rétablir l'équilibre après une perte ou un dommage. Elle s'est manifestée dans des mesures spécifiques telles que l'édit d'Henri IV de 1604, qui organisait le prélèvement d'une portion des revenus des mines pour financer des soins médicaux gratuits pour les travailleurs miniers blessés. Ce type de mesure visait à garantir une juste rémunération et protection pour ceux engagés dans des travaux dangereux ou pénibles. Un autre exemple est le règlement de Colbert en 1675, qui imposait une retenue sur les salaires des officiers de marine pour créer un fonds de retraite, démontrant ainsi un effort pour compenser et sécuriser les conditions de vie des travailleurs après leur carrière (Dupeyroux, 1966). Ces mesures illustrent comment la justice corrective intervient pour rectifier les déséquilibres causés par les risques professionnels, assurant ainsi une compensation équitable.

Ces deux approches de la justice ont jeté les fondements des principes modernes de protection sociale, en mettant en évidence la nécessité d'une distribution équitable des ressources et d'une compensation adéquate pour les services rendus. Cependant, avec l'arrivée de l'industrialisation, les sociétés ont été confrontées à des défis nouveaux et plus complexes liés à des risques sociaux tels que le chômage et les conditions de travail dangereuses. L'évolution vers des sociétés industrielles a introduit des inégalités croissantes et des conditions de travail précaires, nécessitant des réformes substantielles dans les mécanismes de protection sociale. Cette transformation a non seulement redéfini la relation entre le travail et le bien-être, mais a également stimulé l'émergence de mouvements sociaux qui ont poussé à une réévaluation et à une expansion des systèmes de protection sociale, adaptant les anciens principes de justice aux nouvelles réalités du monde du travail.

2.1.2 L'impact de la révolution industrielle sur les risques sociaux

La Révolution industrielle, amorcée à la fin du 18^{ème} siècle au Royaume-Uni, a marqué un tournant décisif dans l'histoire sociétale en introduisant des changements rapides et profonds. Initialement concentrée en Angleterre avec des innovations majeures dans les secteurs du textile, du charbon et de la métallurgie, elle s'est ensuite propagée à travers l'Europe comme l'a souligné Dupeyroux (1966). En France, cette transformation a accentué le conflit entre les aspirations de la bourgeoisie pour une liberté économique et les structures rigides de l'ancien régime, contribuant ainsi à la Révolution française de 1789.

Les répercussions de la Révolution industrielle ont été majeures : elle a conduit au triomphe des doctrines individualistes en Angleterre et en France, bien que ces idées aient eu moins d'impact en Allemagne (Dupeyroux, 1966). Par ailleurs, elle a engendré la formation d'une nouvelle classe sociale, le prolétariat ou classe ouvrière, modifiant ainsi la structure socio-économique et nécessitant l'élaboration de nouvelles formes de protection sociale pour répondre aux défis posés par les conditions de travail et l'urbanisation.

2.1.2.1. Théories Individualistes et son influence sur le Droit et l'économie post-révolutionnaire

Les théories individualistes ont profondément transformé les cadres législatifs et économiques des sociétés post-révolutionnaires. Ces transformations sont principalement observées à travers la théorie de l'autonomie de la volonté et la théorie de l'identité des intérêts.

➤ La théorie de l'Autonomie de la volonté et son Influence législative

La notion d'autonomie de la volonté, prédominante depuis la Révolution de 1789, a remis en cause la conception traditionnelle où le pouvoir royal dictait les lois. Cette théorie stipule que les individus ont la liberté de former des contrats selon leur volonté, sans contrainte externe. Cette approche a octroyé à la bourgeoisie un outil puissant contre la classe ouvrière émergente, en lui fournissant des moyens légaux pour contrer le prolétariat naissant, illustré par la loi le Chapelier de 1791, qui interdisait les coalitions ouvrières et patronales (Ranouil, 1980). Ces doctrines ont également reflété les intérêts et les aspirations économiques libérales de la bourgeoisie, accentuant la réduction de l'intervention de l'État dans les affaires économiques et sociales.

➤ La théorie de l'identité de l'intérêt et son Influence sur l'économie

Étant considéré comme un concept clé qui a façonné la pensée économique depuis le 19^{ème} siècle, la théorie de l'identité des intérêts exerce une influence profonde sur le libéralisme économique. En effet, l'idée centrale de cette théorie est que les intérêts individuels et les intérêts sociaux sont alignés. En d'autres termes, en poursuivant leurs propres intérêts, les individus contribuent au bien-être général de la société (Smith, 1843). C'est le principe sous-jacent des marchés libres, où la concurrence est considérée comme le mécanisme qui conduit à l'équilibre économique optimal.

Les économistes libéraux comme Smith, Ricardo, soutenaient que les aptitudes naturelles de chaque individu suffisaient pour organiser l'économie, et que toute intervention publique pourrait perturber cet équilibre naturel. Dans ce cadre idéologique, le rôle de l'État est strictement limité à assurer la sécurité et à supprimer les obstacles à la libre concurrence. Ceci implique que le libéralisme économique, fondé sur cette théorie, s'oppose à l'idée d'un droit à l'assistance ou à l'intervention de l'État dans le domaine économique ou social. Bentham, Ricardo, Malthus surtout (Premier essai sur le principe de population, 1798) ont rejeté l'idée d'un droit au travail ou à l'assistance sociale, favorisant plutôt le principe de la libre concurrence. Selon eux, le marché libre est le mécanisme le plus efficace pour garantir le progrès économique, et toute intervention de l'État, comme le soutien aux démunis, risquerait de fausser cet équilibre.

De là, on constate que les deux théories soutiennent que les individus devraient pouvoir prendre des décisions librement, sans contraintes excessives. Juridiquement, l'autonomie de la volonté affirme que les contrats doivent être respectés. Économiquement, l'identité des intérêts favorise une concurrence libre et restreint les interventions publiques, suggérant que le marché libre atteint naturellement un équilibre.

Les théories individualistes, qu'elles soient juridiques ou économiques, sont souvent présentées comme ayant des avantages significatifs, mais la réalité de la condition prolétarienne au 19^{ème} siècle révèle un fossé entre les promesses de ces théories et les réalités vécues par la classe ouvrière. En effet, la réalité de la classe ouvrière au 19^{ème} siècle montre un contraste frappant avec les avantages proclamés des théories individualistes, surtout en matière de Protection Sociale.

2.1.2.2. La Condition Ouvrière : révélatrice d'une crise sociale

Au 19^{ème} siècle, l'introduction du machinisme a conduit à la formation d'une classe ouvrière dépendante de la location de sa force de travail aux entrepreneurs. Les théories individualistes,

ont justifié cette transformation du travail en simple marchandise. Sous cette approche, les travailleurs étaient censés entrer dans des contrats de travail selon leur propre volonté, sans ingérence des pouvoirs publics. Cependant, cette vision libérale a conduit à des situations où les salaires pouvaient baisser sous l'effet de facteurs démographiques, techniques et économiques, sans avoir les mécanismes de protection sociale nécessaires pour soutenir la classe ouvrière. Les pressions démographiques, dues à des migrations massives des zones rurales vers les villes, ont accru l'offre de main-d'œuvre non qualifiée, entraînant une concurrence féroce pour les emplois et des salaires à la baisse. Les avancées techniques ont permis aux entrepreneurs d'employer une main-d'œuvre sous-payée, incluant des femmes et des enfants. Comme l'indique Dupeyroux (1966), la classe ouvrière s'est trouvée donc embarrassée entre deux contraintes majeures :

- **Contraintes Législatives** : Les lois en vigueur interdisaient la formation de coalitions ouvrières, rendant illégales les grèves ou les rassemblements visant à négocier de meilleures conditions de travail.
- **Contraintes Institutionnelles** : La responsabilité civile, fondée sur la faute, s'est montrée inadaptée pour couvrir les accidents du travail liés au machinisme, souvent anonymes et non imputables à un individu spécifique. Parallèlement, la fragilité des structures d'assistance traditionnelles s'est exacerbée dans les zones industrielles, où l'emploi des femmes et des enfants, ainsi que la nature nomade du prolétariat, ont affaibli la cellule familiale, autrefois pilier d'entraide sociale. En outre, la désagrégation des corporations et la laïcisation des institutions ont réduit l'efficacité de l'assistance extra-familiale à répondre aux besoins des ouvriers.

En bref, les défis rencontrés par la condition ouvrière au 19^{ème} siècle ont montré les limites de la pensée libérale dans le domaine de la protection sociale, ouvrant la voie à des approches comme la théorie bismarckienne, qui proposait un rôle plus central pour l'État dans la régulation de l'économie et la protection des travailleurs.

2.2 De la Pensée Libérale aux Réformes Sociales : Entre les Modèles Bismarckien et Beveridgien

La transition des idéaux libéraux vers des systèmes de protection sociale institutionnalisés reflète les réponses stratégiques aux bouleversements économiques et sociaux du XIX^e siècle. Parmi ces réponses, les modèles Bismarckien et Beveridgien se démarquent par leurs approches distinctes en matière de régulation étatique et de justice sociale, jetant les bases de cadres modernes de sécurité sociale. Le modèle Bismarckien, initié en Allemagne, représente une première tentative de concilier stabilité politique et justice redistributive, comme en témoignent les réformes mises en place par Otto von Bismarck. De son côté, le modèle Beveridgien, élaboré dans le contexte de l'après-guerre, a introduit une vision centrée sur l'universalité et la centralisation de la protection sociale, renforçant les principes d'équité et de solidarité.

2.2.1 Le Modèle Assuranciel Bismarckien : Apports et Limites

L'émergence du modèle Bismarckien illustre une tentative significative de répondre aux tensions sociales et aux revendications de la classe ouvrière, en introduisant des réformes sociales structurées. Ce modèle se distingue tant par ses apports que par les limites qu'il révèle dans son application.

2.2.1.1. Les apports du modèle Bismarckien

Au lendemain de sa victoire, l'Empire allemand a été confronté à une montée significative du mouvement socialiste et à l'essor du syndicalisme, qui posait des menaces sérieuses à la stabilité politique nouvellement créée. Cette période d'après-guerre était marquée par des transformations industrielles rapides, des tensions sociales croissantes et une classe ouvrière de plus en plus

organisée. Parallèlement à cette transformation économique, le mouvement socialiste a connu une croissance significative, dominée par la pensée de Karl Marx, comme exprimé dans le *Manifeste du Parti Communiste* (Marx & Engels, 1848). Ces idées, axées sur la lutte des classes et l'émancipation du prolétariat par l'abolition de la propriété privée des moyens de production, ont jeté les bases théoriques du socialisme scientifique et influencé l'organisation politique des travailleurs.

Conscient de la déstabilisation politique qui pouvait résulter de la montée du mouvement socialiste, Bismarck a mis en place une série de réformes visant à atténuer l'impact de la montée du socialisme et à consolider le soutien de la classe ouvrière à l'Empire (Brasseul, 2012). Pour cela, il a adopté une approche de redistribution des ressources afin de répondre aux besoins des travailleurs tout en maintenant la stabilité de l'État. Cette stratégie, influencée par la théorie de redistribution développée par Adolph Wagner, suggérait que l'État pouvait redistribuer les richesses pour assurer une plus grande équité sociale. Bismarck a utilisé la redistribution comme un mécanisme central pour apaiser les tensions et prévenir des désordres sociaux. Trois lois clés, visant à soutenir les ouvriers de l'industrie les plus mal payés, ont été adoptées pour garantir des avantages sociaux et une sécurité économique (Brasseul, 2012) :

- **En 1883, la loi sur l'assurance maladie** a établi un système d'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs, financé par des cotisations partagées entre employeurs et employés.
- **En 1884, la loi sur l'assurance accidents** a transféré la charge des accidents du travail aux organisations patronales, qui assument intégralement le coût de cette branche, protégeant les travailleurs contre les conséquences financières des accidents survenus sur le lieu de travail.
- **En 1889, la loi sur l'assurance vieillesse-invalidité** a introduit une administration tripartite, où employeurs, ouvriers, et l'État contribuent conjointement au financement. Ce système garantit à chaque travailleur une pension minimale uniforme, complétée par des suppléments variables selon les cotisations versées par l'intéressé et ses employeurs, fournissant une sécurité économique aux travailleurs âgés et invalides.

En combinant ces mesures de redistribution, Bismarck a réussi à créer un système de protection sociale qui visait à réduire les inégalités, à fournir une sécurité économique, et à atténuer le risque de déstabilisation politique. Néanmoins, malgré son rôle pionnier, ce modèle présente plusieurs problèmes, soulignant la nécessité de réformes pour garantir des systèmes de protection sociale plus inclusifs, équitables, et adaptables aux réalités changeantes du marché du travail. Cette approche a été adoptée par l'Autriche en 1888, le Danemark en 1891 et la Belgique en 1894, puis par la France en 1930.

2.2.1.2.Limites du Modèle Bismarckien

Le modèle bismarckien de protection sociale, souvent considéré comme ayant instauré des bases solides pour le système de sécurité sociale moderne, présente en réalité plusieurs limites significatives. Selon le rapport de Boyer et al (12), loin d'être un système universel et équitable, il se caractérise par des aspects inégalitaires, corporatistes, régressifs, et impose aux assurés une part importante des dépenses de santé.

- **Inégalitaire** : L'assurance-maladie de 1945 ne couvrait pas les non-salariés, excluant ainsi une partie importante de la population, comme les travailleurs indépendants et les agriculteurs. Cette inégalité dans la couverture a créé des disparités dans l'accès aux soins de santé, contribuant à des écarts entre différentes catégories professionnelles.
- **Corporatiste** : Le maintien de régimes spéciaux qui accordaient des prestations spécifiques à certains groupes professionnels a renforcé les divisions entre les différents segments du marché du travail, créant des niveaux de couverture différents selon le régime auquel appartenait l'assuré.

- **Régressif** : En fonctionnant sur une base de cotisations proportionnelles aux salaires, ce modèle impose une charge proportionnellement plus élevée aux revenus modestes. Les travailleurs à faible revenu se retrouvent désavantagés par rapport à ceux à revenu plus élevé, aggravant les inégalités socio-économiques.
- **Part Importante des Dépenses à la Charge de l'Assuré** : Enfin, l'assurance-maladie de 1945 laissait à la charge des assurés une part importante des dépenses de santé. Les tickets modérateurs et les franchises faisaient en sorte que les assurés devaient payer de leur poche une partie des coûts médicaux, ce qui pouvait être un fardeau financier pour les moins privilégiés.

En conclusion, bien que l'approche bismarckienne ait posé les fondements d'un système de protection sociale, elle révèle des limites importantes en termes d'inégalités et de couverture. Ces insuffisances ont souligné la nécessité de réformes pour un modèle plus inclusif. Cela nous amène à explorer l'approche beveridgienne, qui propose une alternative universelle et équitable.

2.2.2 L'Approche Beveridgienne : Vers un Système de Protection Sociale Universel

Face aux limites du modèle bismarckien, le modèle élaboré par Sir William Beveridge¹ dans le contexte de l'après-guerre se présente comme une réponse innovante et prometteuse. Fondé sur trois grands principes : l'universalité, l'unité et l'uniformité, le plan Beveridge a mis en place un modèle de protection sociale essentiellement pris en charge par l'État et financé en bonne partie, mais pas totalement, par l'impôt. Contrairement au modèle bismarckien, l'État administre de façon centralisée la protection sociale, qui est accessible à toute la population.

Profondément influencées par la pensée de John Maynard Keynes, les idées de Beveridge visaient à étendre l'impact social des théories économiques keynésiennes. Ces idées posaient comme principe que l'état de détresse matérielle dans lequel se trouvaient de nombreux Anglais ne devait pas être toléré dans un pays prospère. Beveridge soutenait que la collectivité devait mobiliser les ressources nécessaires pour lutter contre l'indigence.

Convaincu que la prospérité d'une nation réside dans le plein-emploi plutôt que l'inverse, Beveridge défendait le droit de chacun à une protection sociale unique, universelle et uniforme contre les aléas de la vie tels que la perte d'emploi, l'invalidité, et la maladie. Cette politique s'appuyait principalement sur la réduction du chômage et, en cas d'insuffisance, sur l'intervention de l'État, soutenue par le recours à l'emprunt public. Beveridge considérait cet emprunt comme une forme de transfert de revenus.

Cependant, la responsabilité individuelle doit rester au cœur de la protection sociale, et donc une coopération des citoyens sera indispensable. Les propositions de Beveridge prévoient l'épargne personnelle et l'assurance volontaire pour des risques spécifiques, tout en veillant à ce que l'aide au chômage ne soit pas plus attractive que les revenus d'un emploi. Plutôt que d'offrir une véritable intégration, Beveridge se concentre sur la gestion de la pauvreté créée par la société industrielle.

2.2.2.1. Les apports du modèle Beveridgien

Le plan Beveridge, a intégré certains principes du modèle bismarckien, tout en proposant une extension systémique de ses idées. Il a introduit des mesures visant à instaurer une protection sociale universelle, dépourvue de stigmatisation (Paquy, 2004). Les réformes beveridgiennes, mises en œuvre par le gouvernement travailliste de Clement Attlee, ont ainsi constitué une rupture fondamentale avec le passé, posant les bases d'un État-providence moderne.

¹ Sir William Beveridge (1879-1963) était un économiste britannique et un réformateur social. Il est surtout connu pour son rapport de 1942, intitulé "Social Insurance and Allied Services", qui a jeté les bases de l'État-providence moderne au Royaume-Uni. Ce rapport recommandait la création d'un système de sécurité sociale complet pour lutter contre la pauvreté et le chômage, en prônant des principes d'universalité, d'unité et d'uniformité.

Les propositions de W. Beveridge sont rapidement appliquées par le gouvernement travailliste de Clement Atlee (1945-1951) (Beveridge, 1942) :

- **1946 - National Insurance Act** : Unification de tous les régimes d'assurance existants en un système unique géré par l'État, couvrant la maladie, le chômage, et la retraite pour tous les travailleurs.
- **1948 : Création du National Health Service (NHS)** : Établissement d'un accès gratuit et universel aux soins de santé, financé par les impôts, garantissant des soins médicaux sans frais au point de service pour tous les citoyens ; **Introduction des allocations familiales** : Mise en place d'allocations régulières pour chaque enfant. **Abolition des Poor Laws et introduction du National Assistance Act** : Remplacement des anciennes lois sur la pauvreté par un système unifié d'assistance, offrant un soutien à ceux sans ressources suffisantes sans stigmatisation. **Officialisation du Welfare State** : Instauration de nouveaux impôts pour financer ces réformes sociales, consolidant le rôle de l'État dans la sécurité sociale.

Les réformes beveridgiennes s'inscrivent dans le cadre d'une politique sociale plus globale, visant à mettre en place un système national de santé, à promouvoir le plein emploi et à créer des prestations familiales. Cependant, à partir des années 1970, la montée persistante du chômage a mis à mal ces ambitieuses certitudes keynésiennes (Guillaume, 2001).

2.2.2.2. Le Modèle « Bevergidien » : Echecs et Défis

Jusqu'à la fin des années 1940, le modèle beveridgien a été largement reconnu pour avoir réussi à réduire de manière significative la pauvreté : « la dernière des enquêtes menées par Rowntree à York, en 1951, vint confirmer apparemment cette affirmation. Elle révéla, en effet, qu'au sein de la population ouvrière, l'indigence avait décliné de 31% en 1936 à 3% en 1950 ; 20% de la baisse de ce taux était mis à l'actif de la récente législation en matière de « welfare » (Zöllner et al., 1982)).

Cependant, malgré ces succès, ce modèle a également rencontré, à partir des années 1970, des échecs et des défis importants, notamment les coûts croissants des réformes sociales ont mis à mal les principes d'universalité et de solidarité du modèle Beveridge, révélant les limitations des politiques keynésiennes (Zöllner et al. (1982)). La persistance du chômage a souligné les faiblesses des stratégies économiques mises en place, nécessitant une réévaluation constante des politiques sociales pour maintenir leur efficacité. Les inégalités sociales et économiques persistent, malgré les efforts pour les réduire, indiquant que les réformes initiales n'ont pas réussi à éradiquer complètement les disparités au sein de la société britannique.

Toutefois, on tient à souligner que ces échecs ont touché tous les pays européens, que ce soit les pays qui ont opté pour un modèle de sécurité sociale caractérisé par une couverture universelle et généralement financé par des impôts, ou les pays qui ont opté pour un système d'assurance sociale. La tendance est à l'augmentation des contributions publiques (+5,1 points entre 1991 et 1998) et à la diminution des cotisations sociales, principalement en raison de politiques de lutte contre le chômage par la baisse des prélèvements sur le travail. En effet, les systèmes de protection sociale européens sont aujourd'hui confrontés aux mêmes défis : vieillissement démographique, montée des inégalités et de l'exclusion, et des problèmes de financement (Paquy, 2003).

De là, et vu que les différents pays européens ont été confrontés à des défis communs, chaque pays a entamé ses propres réformes pour pouvoir adapter leurs systèmes de protection sociale à leurs traditions politiques, économiques et sociales.

Alors que nous avons exploré les fondements des systèmes de protection sociale contemporains à travers les théories bismarckienne et beveridgienne, les pays en développement se sont également inspirés de ces modèles pour mettre en place leurs propres systèmes de protection sociale. L'expérience marocaine se distingue par ses efforts pour intégrer ces théories dans le contexte de ses propres enjeux socio-économiques. En poursuivant cette analyse, nous allons

examiner comment le processus de construction du système de protection sociale marocain tire des leçons des modèles historiques tout en forgeant une voie qui lui est propre.

3. Le Système de protection sociale Marocain : Une quête incessante de réformes

Avant l'ajustement structurel, la protection sociale marocaine reposait sur des mécanismes traditionnels profondément enracinés dans les valeurs religieuses et communautaires. Ces formes d'entraide, telles que le « *takaful* », « la *zakat* » et « le *waqf* », constituaient des réponses aux besoins sociaux en l'absence d'un cadre institutionnalisé. En s'adaptant aux réalités culturelles et sociales du Maroc précolonial, ces pratiques ont jeté les bases des logiques assurantielles et assistancielles qui influenceront les évolutions futures du système de protection sociale.

3.1 La Protection Sociale Marocaine : Avant l'ajustement structurel

Avant l'instauration d'un cadre institutionnel moderne, la protection sociale au Maroc reposait sur des formes d'entraide inspirées par les valeurs religieuses et communautaires, qui répondaient aux besoins sociaux de manière organique et informelle. L'analyse de ces pratiques précoloniales permet de mieux comprendre les fondements des systèmes contemporains.

3.1.1. La protection sociale avant le protectorat

Avant le protectorat, « une certaine solidarité familiale, tribale, voire d'ordre religieux, dispensait les autorités d'antan de mettre sur pied un système de prévoyance sociale ou d'assistance publique. En outre la pérennité d'un droit musulman légal ou coutumier, suivant le rite malékite, impliquait que cette solidarité n'avait pas dé péri. Bien au contraire, elle était restée vivace quoi qu'inorganisée » (Boudahrain, 1989). Et vu l'implantation de l'Islam au Maroc, depuis le VIII^e siècle, la Chariaa Islamique constituait la source de Protection sociale qui a pris différentes formes de soutiens telles que : « le *takaful*, la *zakat* et le *waqf* », orchestrées par des chefs de tribus chorfa et autres leaders avec qui l'État doit composer (Lemligui, 2017).

- **Takaful** : un système d'assurance islamique basé sur la charia où les risques sont partagés entre les membres d'un groupe mutuel ou d'une communauté, respectant les principes éthiques islamiques, tels que l'absence d'intérêt (*riba*) et la prohibition de l'incertitude (*gharar*).
- **Zakat** : En tant que troisième pilier de l'Islam, la *zakat* constitue une obligation religieuse pour tous les musulmans disposant d'un seuil minimum de richesse (*nissab*). Le Coran insiste à plusieurs reprises sur cette obligation, présentant la *zakat* comme un mécanisme efficace pour réduire les inégalités sociales et soutenir les musulmans en situation de détresse. Le Coran rappelle à plusieurs reprises l'obligation de la *zakat* et en fait un moyen efficace pour réguler les inégalités sociales et aider les autres musulmans à faire face aux situations de détresse « La *zakat* est destinée aux pauvres, aux indigents, à ceux qui y travaillent, à ceux dont les cœurs sont à gagner [à l'Islam], à l'affranchissement des jougs, à ceux qui sont lourdement endettés, dans le sentier d'Allah, et pour le voyageur (en détresse). » (Coran : Sourate Attawba).
- **Waqf** : une forme de dotations philanthropiques où une propriété est maintenue pour des œuvres de charité ou d'utilité publique, avec les revenus utilisés pour financer cette cause de manière perpétuelle.

En plus du droit musulman, le droit coutumier mettait en place des pratiques d'entraide à différents niveaux de la vie sociale : la *touiza* dans le travail de la terre, l'*akouk* dans l'irrigation, l'*agadir* dans le stockage des récoltes, et l'*ouziâa* dans la répartition de la consommation.

Ces pratiques d'entraide, d'origines religieuses et communautaires, influencent clairement l'organisation des formes de solidarité contemporaines : la logique assurantielle (takaful, l'agadir, l'ouziâa) et la logique assistancielle (zakat, waqf, touiza, l'akouk), visant à réguler les inégalités et offrir une sécurité à long terme.

En résumé, bien que les mécanismes de protection sociale d'origine religieuse et communautaire soient insuffisamment organisés, ils restaient la source d'inspiration principale du système de protection sociale contemporain.

3.1.2. L'Institutionnalisation de la protection sociale à l'ère coloniale : une Forte discrimination

Durant la période du protectorat, les autorités coloniales ont modifié les solidarités traditionnelles tout en préservant les préceptes islamiques. En 1927, la société musulmane de bienfaisance a été créée pour contrôler les actions de solidarité. Cela a entraîné une discrimination entre « indigènes » et « Européens ». Les Européens bénéficiaient d'une aide organisée par l'office des familles nombreuses françaises dès 1928, avec des primes et allocations financées par des subventions du protectorat et des dons privés. Des assistantes sociales étaient disponibles pour les accompagner dans leurs démarches. En revanche, peu de Marocains bénéficiaient de ces aides (Lemligui, 2017). En 1930, une caisse de retraites pour les fonctionnaires européens a été mise en place pour gérer les pensions civiles et militaires, il s'agit d'un établissement public chargé de gérer un régime de pensions civiles et militaires en faveur du personnel titulaire de l'Etat, des collectivités locales et des organismes publics dépendant financièrement de l'Etat (Catuss, 2010).

Le système de protection sociale sous le protectorat marocain oscillait entre contribution volontaire et assistance étatique. Les sociétés de bienfaisance musulmanes, reposaient sur des donations et, à partir de 1934, sur une surtaxe sur la viande abattue, représentant une ressource majeure pour ces organisations. Cependant, cette taxe a été supprimée en 1936 en raison de la méfiance des autorités coloniales (Perrier, 2022). Après 1945, une étatisation progressive du financement s'est opérée, soutenue par des subventions nationales et l'entraide française.

En résumé, le système de protection sociale protectoral était marqué par une discrimination nette entre Européens et indigènes. Les Européens bénéficiaient de systèmes subventionnés et bien organisés, tandis que les Marocains dépendaient de structures de bienfaisance sous-financées et fluctuantes (Perrier, 2022). Cette période a vu une évolution vers une étatisation progressive du financement, mais les mesures restaient insuffisantes. La période post-indépendance tentera de corriger ces inégalités en unifiant et centralisant les systèmes d'aide sociale.

3.1.3. Evolution du système de protection sociale du Maroc indépendant : entre rupture et continuité

Conscient des inégalités héritées de la période coloniale, le Maroc a manifesté dès son indépendance une volonté de rupture avec le capitalisme colonial, notamment à travers deux programmes économiques majeurs : le premier, mis en œuvre entre 1958-1960 sous le gouvernement d'Abdallah Ibrahim, et le deuxième, un plan quinquennal couvrant la période 1960-1964. Ces programmes reflétaient une intention claire de privilégier le développement social parallèlement à la croissance économique, avec des dépenses à caractère social représentant 21% du budget, surpassant celles à caractère économique, qui s'élevaient à 14% (Aba, 2002).

Durant cette période, le Maroc a non seulement maintenu le caractère bismarckien de son système de protection sociale, mais l'a également renforcé à travers l'adoption de mesures macro-économiques inspirées des théories keynésiennes et kaleckiennes. Ces mesures incluaient des politiques monétaires, des politiques de plein emploi, ainsi que des actions axées sur le social, telles que l'indexation des salaires et la mise en place de conventions collectives

de sécurité sociale. Entre 1960 et 1964, les investissements ont atteint 660 millions de dirhams, principalement en raison des dépenses de personnel liées aux recrutements massifs dans les administrations, en particulier dans les services à caractère sécuritaire. Par conséquent, la rubrique « traitements et salaires » a augmenté, passant de 634 millions de dirhams en 1957 à 1240 millions de dirhams en 1964 (Aba, 2002).

Toutefois, un tournant majeur a été amorcé avec l'intervention des organismes internationaux tels que la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, ainsi que l'adoption croissante d'options économiques libérales. En effet, à partir de 1965, les pouvoirs publics ont rejeté les objectifs jugés « non réalistes » du plan 1960-1964 et ont réorienté la régulation étatique, réduisant ainsi la marge de manœuvre de l'État. Le plan de développement économique et social de 1968-1972 a clairement établi cette nouvelle orientation, en accordant la priorité au développement économique par rapport au développement social. Cette réorientation s'est traduite par une répartition des investissements favorisant l'agriculture et les barrages (22%), suivis par le tourisme (15%), tandis que les secteurs sociaux ne recevaient que 14,7% des fonds (Aba, 2002). En réponse, le plan de développement (1973-1977) a réservé une place importante au volet social, en augmentant significativement les crédits pour les services sociaux : 2,12 Milliards de Dhs a été consacrée aux services sociaux, c'est-à-dire trois fois et demi les crédits qui leur ont été accordés lors du plan 1968-1972 (596 Millions de Dirhams). Néanmoins, dès 1975, les dépenses sociales ont commencé à décliner au profit des dépenses économiques et de défense. La politique budgétaire, orientée vers la stimulation de l'investissement, a restreint l'épargne nationale, entraînant une augmentation rapide de la dette et rendant le Maroc insolvable, ce qui a nécessité l'application d'un ajustement structurel. Ce contexte a révélé les limites et les défis de l'adaptation du modèle bismarckien dans un environnement post-colonial marocain, où les tensions entre les objectifs économiques et les besoins sociaux ont fréquemment conduit à des compromis difficiles.

3.2 L'impact de l'ajustement structurel sur la protection sociale : exacerbation de la situation sociale

Jusqu'aux années 80, la protection sociale au Maroc était principalement destinée aux salariés avec un contrat de travail, laissant peu de possibilités pour les non-salariés d'accéder aux régimes existants. Les institutions publiques d'assistance et de solidarité étaient modestes. En effet, jusqu'à la fin des années 1990, les politiques d'assistance publique étaient balbutiantes, comprenant principalement des subventions alimentaires (1,3 % du PIB en 2007), le programme de travaux publics "promotion nationale", et "l'entraide nationale". Face à cette situation et devant les impositions engendrées par le programme d'ajustement structurel, mis en place durant cette période, la situation sociale des Marocains s'est davantage aggravée. En effet, le désengagement de l'État a conduit à une baisse rapide de l'emploi public : les effectifs recrutés ont diminué de 80 % entre 1985 et 1994 (Akesbi, 2003), et le taux de chômage est passé rapidement de 9,3 % de la population active en 1986 à 12,1 % en 1990 (Clément, 1995). Les effets négatifs des politiques d'ajustement sur le plan économique remettent en question l'efficacité réelle de ces programmes et le lien entre croissance et développement humain.

Le travail, censé offrir une protection aux individus, a vu cette capacité se réduire avec l'ajustement structurel et les réformes néo-libérales. L'investissement, souvent détourné vers l'économie spéculative et les produits financiers, n'a pas toujours été productif, ce qui a eu des répercussions directes sur le marché du travail. En conséquence, les taux de chômage ont augmenté, les relations de travail se sont précarisées, et l'emploi public, autrefois garant d'une certaine sécurité, s'est considérablement réduit. Dans ce contexte, le système de protection sociale de type bismarckien a été mis à rude épreuve : d'une part, une augmentation de la pauvreté parmi les salariés, et d'autre part, une tendance croissante au travail non déclaré, non réglementé et dépourvu de protections sociales (Catuss, 2010).

Ces transformations ont directement impacté la couverture sociale au Maroc, affaiblissant le modèle bismarckien qui dépend principalement des cotisations des travailleurs et des employeurs. En 1999, environ 50 % seulement de la population active urbaine étaient salariées, et un faible pourcentage de ces salariés était immatriculé à la CNSS, avec environ 900 000 salariés déclarés, soit environ 20 % de l'emploi urbain total (Aoufi, 2000).

Cette situation a été aggravée par le fait que plusieurs entreprises affiliées à la CNSS avaient une forte tendance à ne pas s'acquitter de leurs charges sociales, favorisant ainsi la désaffiliation et l'informatisation des relations salariales (Aoufi, 2000). Ces pratiques ont exposé les limites des réformes néo-libérales et révélé l'impact négatif de l'ajustement structurel sur la capacité du système de protection sociale marocain à répondre efficacement aux besoins des travailleurs. Ce modèle bismarckien, fondé sur la stabilité de l'emploi salarié et le respect des contributions sociales, s'est trouvé gravement affaibli dans un environnement où l'emploi formel décline et la flexibilité du travail se généralise.

Cette situation illustre les limites du modèle libéral et l'incapacité du secteur privé marocain à répondre aux défis sociaux. Le désengagement de l'État, la flexibilité du travail et la réduction de l'emploi public ont affaibli le système de protection sociale de type bismarckien, qui dépend principalement des cotisations des travailleurs. Ces changements ont accentué la pression sur les mécanismes de redistribution, révélant une crise du modèle conventionnel de protection sociale, qui suppose une croissance continue de l'emploi salarié, une capacité de prélèvement sur tous les revenus, des mécanismes actifs et ciblés de redistribution des ressources, et enfin un État régulateur et des partenaires sociaux légitimes (Kaddar, 2003).

3.3 Au-delà de l'ajustement structurel : un système de protection sociale hybride en quête d'efficacité

En réponse aux effets néfastes du programme d'ajustement structurel sur la protection sociale, un ensemble important de réformes législatives a été adopté pour pallier les défaillances et poser les bases d'un système hybride combinant les approches bismarckienne et beveridgienne.

3.3.1 Les réformes législatives comme socle d'un système hybride de protection sociale

Les réformes législatives ont constitué un levier essentiel pour structurer un système de protection sociale hybride, combinant les approches bismarckienne et beveridgienne. Parmi celles-ci figurent la nouvelle loi sur les accidents du travail en 2001, un nouveau code du travail en 2003, et une loi sur l'assurance maladie obligatoire en 2005. Dans le sillage de ces textes législatifs vient la nouvelle constitution de 2011 qui confirme à travers les dispositions de son article 31, le droit à la protection sociale et à la couverture médicale, assurant un accès égal pour toutes et tous à ces droits. Elle reconnaît également un droit spécifique à une assistance sociale en faveur des citoyens les plus vulnérables.

Pour mieux comprendre les transformations des systèmes de protection sociale, il est crucial d'intégrer les changements induits par les politiques publiques. On va donc essayer d'utiliser l'approche de Peter Hall² qui distingue trois niveaux de changements (Des changements de 1er et de 2ème ordre, et des changements de 3ème ordre ou paradigmatiques). À la lumière de ces trois niveaux de changements, nous analyserons les réponses apportées par l'État marocain pour remédier aux problèmes sociaux engendrés par l'ajustement structurel. Le tableau (N°01) ci-dessous illustre ces différentes réformes en les classant selon les trois niveaux de changements définis par Peter Hall.

² Peter Hall (1993) distingue trois ordres de changements dans les politiques publiques : les changements de 1er ordre concernent les ajustements des instruments de politique sans modification des objectifs, les changements de 2ème ordre impliquent des modifications dans les instruments et les techniques utilisés pour atteindre les objectifs, tandis que les changements de 3ème ordre, ou paradigmatiques, représentent une transformation radicale des objectifs, des instruments et des techniques.

Tableau N°01 : Classification des Réformes Législatives selon l'Approche de Peter Hall

Niveau de changement	Texte législatif	Description
Changements de 1er ordre	Loi n° 65-99, adoptée en 2003	Le nouveau Code du Travail, adopté par la loi n° 65-99 en 2003, a conservé le caractère assurantiel du système de protection sociale marocain, en se concentrant principalement sur les bénéficiaires existants. Les modifications apportées étaient essentiellement des ajustements financiers et réglementaires, sans changement des instruments de base. Ce code a établi de nouvelles normes pour les relations professionnelles et réorganisé les dispositifs de protection sociale (relevant l'âge légal du travail de 12 à 15 ans), le travail des femmes (prolongeant la durée des congés de maternité)...., le niveau du SMIG a été augmenté de 10 %, comme cela avait été fait en 1996 et 2000.
Changements de 2ème ordre	Loi n° 65-99 et Loi n° 18-01, adoptées en 2003	Le nouveau Code du Travail de 2003 a également introduit des changements de 2ème ordre, apportant des nouveautés et améliorations concernant le licenciement. Il a formalisé et clarifié les conditions et modalités de calcul des indemnités de licenciement, introduit des barèmes et des plafonds, et reconnu les licenciements pour raisons économiques, techniques ou structurelles avec une indemnité spécifique. Par ailleurs, l'extension des droits sociaux inclut la création de la préretraite à 55 ans et le paiement des allocations familiales jusqu'à 16 ans. De même, la nouvelle loi sur les accidents de travail (Loi n° 18-01), promulguée en 2003, a instauré un nouveau régime d'indemnisation pour les accidents entraînant une incapacité de plus de 30 %, tandis que les cas moins graves continuent d'être gérés par l'ancienne formule.
Changements paradigmatiques	Loi n° 65-00, adoptée en 2002 et appliquée en 2006	L'adoption de la loi n° 65-00 sur l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) votée en 2002 et appliquée en 2006 a marqué un véritable changement paradigmatique dans le système de santé marocain. La nouvelle loi a instauré une approche mixte combinant les modèles bismarckien et beveridgien. Le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) s'appuie sur les cotisations des salariés et des employeurs tandis que le régime d'assistance médicale (RAMED) est financé par la fiscalité pour soutenir les économiquement démunis. Cette transformation a significativement étendu la couverture médicale et instauré un système de solidarité nationale dont l'objectif consiste à garantir un accès plus équitable aux soins de santé pour tous les Marocains.

Source : Auteurs

Le Maroc a adopté donc, pour la première fois, un système de protection sociale combinant deux approches distinctes en matière de protection de la santé : l'approche bismarckienne, concrétisée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui repose sur les cotisations des salariés et des employeurs, et l'approche beveridgienne, incarnée par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), dont le financement est principalement assuré par l'État, les collectivités territoriales, et les bénéficiaires classés en situation de vulnérabilité. Ce choix stratégique a permis au Maroc de faire un grand pas en avant en matière de protection de la santé, avec une couverture passant de 25 % en 2005 à plus de 60 % en 2016 (Moustatraf & Taoufik, 2018). Cependant, malgré les avancées apportées par ces deux régimes, l'AMO et le RAMED, le système de protection sociale au Maroc a rapidement révélé plusieurs limites significatives. Ces limites, bien que diverses, sont principalement d'ordre financier, affectant la viabilité à long terme et l'efficacité de la couverture pour tous les citoyens.

3.3.2 Les insuffisances et les défis du modèle hybride de protection sociale

Les réformes mises en œuvre au Maroc après l'ajustement structurel, ont certes permis des avancées notables en matière de protection sociale. Cependant, le système a continué de montrer des vulnérabilités structurelles, particulièrement visibles dans le fonctionnement des régimes AMO et RAMED. En ce qui concerne l'AMO, bien que les recettes des régimes aient

augmenté pour atteindre 8,3 milliards de dirhams en 2016, cette hausse est restée inférieure à celle des prestations, qui ont enregistré une croissance annuelle moyenne de 13,2 %. Ce déséquilibre croissant a exercé une pression financière sur le système, menaçant sa viabilité à long terme. Bien que les réserves financières aient augmenté, passant de 2,5 milliards de dirhams en 2012 à 3,7 milliards en 2016, cela n'a pas suffi à compenser les disparités entre les recettes et les dépenses (CESE, 2018).

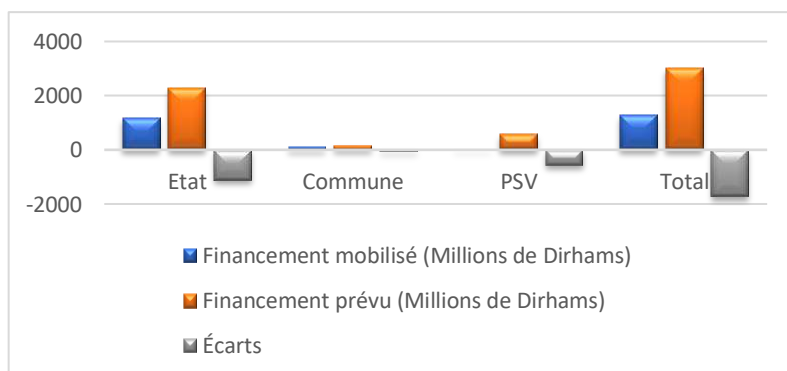
L'excédent global de 3,3 milliards de dirhams enregistré en 2016 dont 3,2 Milliards provient du Régime AMO-CNSS, masque des disparités profondes entre les différents régimes. En effet, le régime AMO-CNSS pour le secteur privé a maintenu une performance financière relativement stable, tandis que le régime AMO-CNOPS pour le secteur public a commencé à montrer des signes de fragilité dès 2016, enregistrant un premier déficit technique de 225 millions de dirhams. Ce déficit était principalement dû à la stagnation des cotisations, plafonnées à 400 dirhams par mois, et à une augmentation des dépenses liées au vieillissement de la population assurée, ainsi qu'aux départs massifs à la retraite (CESE, 2018).

En plus des contraintes financières, le Régime AMO a révélé des limites importantes en termes d'accès équitable aux soins et d'efficacité de la couverture. Un facteur clé de ces inégalités est le recours croissant aux assurances privées par les entreprises, qui représentent 36 % des cotisations versées via la CNSS. Cela signifie qu'une part significative des entreprises choisit de compléter la couverture de base de l'AMO par des assurances privées, offrant ainsi une meilleure protection à leurs employés (26). Cependant, toutes les entreprises ne peuvent pas se permettre de fournir ces avantages, ce qui crée des disparités entre les travailleurs qui bénéficient de ces assurances complémentaires et ceux qui n'y ont pas accès.

Cette inégalité se reflète directement dans l'augmentation des dépenses restant à la charge des assurés. Par exemple, la part des frais de santé que les assurés doivent payer de leur propre poche a augmenté de manière significative, passant de 28 % en 2010 à 35,2 % en 2016 (CESE, 2018).

Quant au RAMED, il a révélé des contraintes financières majeures. Initialement, le financement du RAMED était estimé à 3 000 Millions de dirhams par an, ce qui équivaut à un coût annuel moyen de 352 dirhams par personne, mais les fonds réellement collectés n'ont atteint qu'environ la moitié de ce montant, soit 1 278 Millions de dirhams, avec un besoin réévalué à 4 370 Millions de dirhams par an (Moustatraf & Taoufik, 2018). Cette collecte partielle des ressources a créé un écart significatif entre les prévisions et la réalité, menaçant la pérennité du régime (Figure 1).

Figure 1 : Écart entre les Fonds Mobilisés et le financement prévu pour la RAMED (2013)



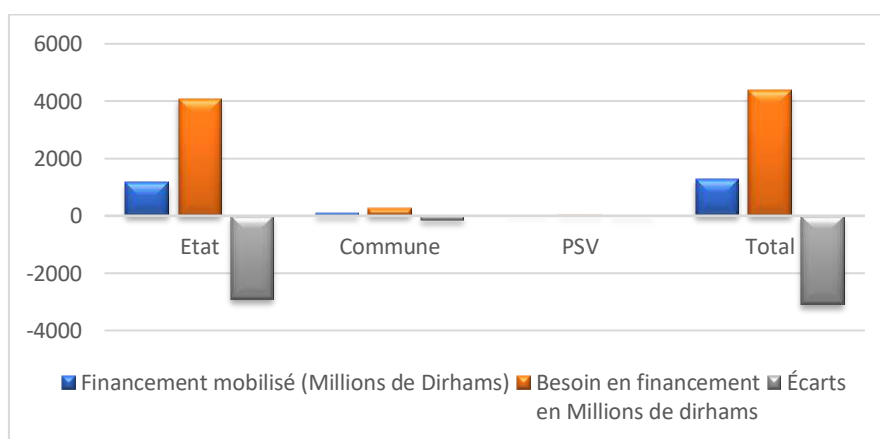
Élaboré par nos soins à partir des données de : A. Moustatraf, J. Taoufik, Santé publique, 2018

L'insuffisance des fonds alloués constituait une contrainte majeure. La contribution de l'État, bien qu'importante, manquait de transparence et de critères clairs pour la répartition des ressources, en contradiction avec les dispositions de l'article 126 de la loi 65-00 (Moustatraf & Taoufik, 2018). Cet article stipule que la contribution de l'État doit être clairement inscrite dans la loi de finances pour garantir une gestion transparente et prévisible des fonds. Or, dans la

pratique, ces contributions étaient intégrées globalement au sein du Fonds d'appui à la cohésion sociale (FACS), sans identification précise des montants destinés spécifiquement au RAMED. Par ailleurs, la contribution des communes restait très limitée. En effet, en plus des difficultés qu'elles rencontraient pour s'acquitter de leurs contributions, se posait la question de pourquoi le décret d'application avait exclu les régions et les provinces du financement du régime, malgré que la loi 65-00 incluait l'ensemble des collectivités territoriales. Cette exclusion privait le régime d'un financement significatif qui aurait pu émaner surtout des régions, permettant ainsi de bénéficier des fonds de péréquation régionale.

En outre, les contributions des bénéficiaires en situation de vulnérabilité restaient limitées, avec seulement 30 % des fonds attendus collectés. Le processus de collecte s'avérait coûteux et inefficace, et son faible rendement posait la question de la pertinence de cette contribution. Par ailleurs, cette contribution devenait également un obstacle à l'accès aux soins, comme en témoigne le fait que 500 000 bénéficiaires n'avaient pas pu retirer leurs cartes RAMED, les privant ainsi de la couverture (Moustatraf & Taoufik, 2018). Par conséquent, les bénéficiaires du RAMED continuaient de supporter des dépenses directes importantes en raison des limites du système, qui ne couvrait que les soins réalisés dans le secteur public (Heikel, 2020). En 2013, ces dépenses représentaient environ 4,58 milliards de dirhams (graphique 2), un fardeau financier qui compromettait l'accès aux soins des plus vulnérables.

Figure 2 : Écart entre les Fonds Mobilisés et le Besoin pour la RAMED (2013)



Élaboré par nos soins à partir des données de : A. Moustatraf, J. Taoufik, Santé publique, 2018

Outre les dysfonctionnements liés au financement, le RAMED était également entravé par des problèmes de gouvernance. L'une des principales failles résidait dans la confusion des rôles entre la prestation des soins et la gestion des ressources, toutes deux confiées au Ministère de la Santé, créant ainsi un conflit d'intérêts. Le RAMED souffrait de l'absence d'un régulateur indépendant, ce qui empêchait une régulation cohérente et centralisée du régime (Moustatraf & Taoufik, 2018). De plus, les fonctions de gestion étaient partagées entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Économie et des Finances, sans une répartition claire des responsabilités, ce qui aboutissait à une gouvernance fragmentée et inefficace. La gestion des fonds manquait de transparence et de traçabilité, les ressources du RAMED étant intégrées dans les budgets des hôpitaux sans comptabilité spécifique, rendant ainsi l'identification et le suivi des dépenses particulièrement difficiles.

Paradoxalement, au lieu d'assurer la gratuité des soins médicaux et donc une protection financière contre les risques maladies, les dépenses directes en santé des bénéficiaires en 2013 s'élevaient à 4,58 milliards de dirhams, soit une dépense moyenne de 757 dirhams (Moustatraf & Taoufik, 2018). En comparaison, les personnes ayant une assurance maladie payaient en moyenne 543 dirhams. De plus, le recours fréquent des bénéficiaires du RAMED au secteur

privé, en raison de l'incapacité du secteur public à répondre à tous leurs besoins médicaux, a aggravé leur accessibilité financière.

En parallèle, plusieurs programmes non contributifs tels que « Tayssir », « DAAM » et « Maroc Moubadarat », mis en place pour pallier les lacunes du système, ont rapidement révélé des lacunes importantes en matière de couverture. En 2019, 98 % des personnes en situation de handicap, 80 % des personnes âgées, 37,3 % de la population en général, 52 % des enfants et 60 % des actifs ne bénéficiaient toujours pas d'une protection sociale adéquate (Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille, 2019).

Ainsi, le Maroc se trouve à un tournant critique de son système de protection sociale. Pour répondre aux besoins de sa population de manière durable et équitable, il est impératif de repenser la gouvernance, de sécuriser un financement stable, et d'améliorer l'intégration et la coordination des différentes initiatives de protection sociale. Ces réformes sont cruciales pour garantir une couverture sociale plus inclusive et résiliente, capable de s'adapter aux défis économiques et sociaux contemporains.

En résumé, bien que le Maroc ait réalisé des progrès significatifs en matière de protection sociale avec l'introduction de l'AMO et du RAMED, les limites actuelles du système, principalement financières, en font un cas d'école pour les réformes à venir. Les déséquilibres persistants entre les recettes et les dépenses, l'insuffisance de fonds et le déphasage réglementaire soulignent la nécessité de tirer des enseignements de ces expériences pour concevoir un modèle plus durable et équitable, tout en assurant une protection financière adéquate aux bénéficiaires. En repensant la gouvernance et en renforçant le financement des régimes de santé, le Maroc a l'opportunité de transformer ces défis en leviers pour une réforme ambitieuse et efficace de son système de protection sociale.

3.4 La crise sanitaire Covid 19 : Révélatrice d'une nouvelle ère de réformes sociales

Face aux limites structurelles du système de protection sociale, le Royaume s'était engagé dans un processus de réforme visant à améliorer son financement et sa gouvernance en particulier en matière de couverture médicale, comme en témoigne le plan d'action « Santé 2025 ». Cependant, l'émergence de la crise sanitaire COVID-19 a mis en lumière les insuffisances du système de protection sociale Marocain dans sa globalité, remettant en cause ce système et soulignant la nécessité de revoir en profondeur son approche.

En effet, la crise sanitaire COVID-19 a d'abord touché le système de santé marocain, révélant rapidement ses vulnérabilités, la pandémie a exacerbé également une crise socio-économique, marquée par une diminution de 21 % de la consommation des ménages entre les deuxièmes trimestres de 2019 et 2020, et une augmentation du taux de chômage des jeunes de 11 points, atteignant 33 % (Paul-Delvaux et al., 2020). Cette conjoncture a contribué à l'aggravation du déficit budgétaire du pays.

De là, et en pleine crise, Sa Majesté le Roi Mohammed VI a annoncé une série de réformes marquant le début d'une nouvelle ère de protection sociale au Maroc. L'objectif est de garantir à tous les citoyens marocains l'accès à la protection sociale tout en les engageant à contribuer au financement du développement national, dans un délai de cinq ans. Cette vision Royale s'est concrétisée à travers la loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale, qui prévoit notamment la généralisation de l'assurance maladie obligatoire (AMO), l'extension des allocations familiales à sept millions d'enfants scolarisables, l'élargissement de la couverture retraite pour cinq millions de travailleurs actifs, ainsi que la généralisation des indemnités pour perte d'emploi (IPE).

Cette nouvelle phase de protection sociale illustre la détermination de l'État marocain à corriger les faiblesses structurelles identifiées lors des expériences passées, en particulier celles liées à la gouvernance et au financement.

3.4.1. Une Refonte Législative Ambitieuse

Dans le sillage de la loi-cadre 09.21 relative à la protection sociale, un ensemble de textes législatifs ont vu le jour, marquant un tournant institutionnel ambitieux. En effet, la loi-cadre 06.22 relative au système national de santé, publiée au Bulletin Officiel le 16 mars 2023, réserve une place importante en matière de gouvernance du secteur de la santé. Cette loi met fin à la confusion des rôles entre la prestation des soins et la gestion des ressources confiées précédemment au Ministère de la santé, et met l'accent sur l'adoption de bonnes pratiques de gouvernance, notamment à travers son premier pilier qui vise à renforcer les mécanismes de régulation des actions des divers acteurs du système. Elle prévoit, la création d'une Haute Autorité de la Santé, entité publique dotée de la personnalité morale, chargée de garantir la continuité de l'action de l'État, d'encadrer techniquement l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et d'évaluer la qualité des prestations des établissements de santé, tant publics que privés. En parallèle, la loi 27.22, modifiant et complétant la loi 65-00 portant sur le code de couverture médicale, supprime le RAMED et introduit le basculement vers l'AMO, tout en maintenant un volet assistanciel destiné aux personnes incapables de payer les cotisations. La gestion de l'AMO est confiée à un organisme unique, la CNSS. Contrairement au système déclaratif précédemment en vigueur sous le RAMED, un Registre Social Unifié (RSU) est instauré pour un ciblage plus précis et efficace. Ce dispositif implique que de nombreuses personnes, auparavant considérées comme vulnérables, seront désormais appelées à s'acquitter des cotisations, passant ainsi d'un régime assistanciel à un régime assurantiel, alignant le système sur les principes de solidarité et de responsabilité financière individuelle.

Ces évolutions législatives témoignent d'une volonté claire de moderniser et de renforcer le système de protection sociale au Maroc, en le dotant d'un cadre juridique solide et d'une gouvernance plus rigoureuse. Toutefois, des défis majeurs subsistent, notamment en matière de pérennité financière du système et d'acceptabilité par les contribuables.

3.4.2. Un Financement incertain pour une Protection Sociale Ambitieuse

Le gouvernement marocain s'engage à mobiliser annuellement 51 milliards de dirhams pour financer le système de protection sociale, dont 28 milliards proviendront des cotisations des bénéficiaires, et 23 milliards seront couverts par l'État via un mécanisme de solidarité destiné aux personnes ne pouvant pas s'acquitter des cotisations. Conformément à l'article 12 de la loi-cadre 09.21, ces 23 milliards seront financés par le budget de l'État, les recettes fiscales dédiées, les ressources dégagées par la réforme de la Caisse de Compensation, et toute autre ressource mobilisable.

Cependant, la stabilité et la pérennité de ces financements restent incertaines. Les ressources issues de la réforme de la Caisse de Compensation, bien qu'importantes, sont vulnérables aux fluctuations des prix et aux pressions inflationnistes, ce qui rend leur contribution instable. De plus, la lenteur de la mise en œuvre et les résistances politiques compliquent l'accès à ces fonds, et les montants dégagés pourraient être insuffisants face aux besoins croissants du système. Cela souligne les défis financiers majeurs auxquels l'État fait face pour assurer un financement durable de la protection sociale sans compromettre l'équilibre budgétaire.

Le financement provenant des contribuables, estimé à 28 milliards de dirhams, suscite également des inquiétudes, notamment en raison de l'inclusion des ex-bénéficiaires du RAMED, supposés vulnérables, parmi les contributeurs au système de protection sociale. Il est important de rappeler que même sous le RAMED, 500 000 bénéficiaires vulnérables (Moustatraf & Taoufik, 2018) n'avaient pas pu retirer leurs cartes, les privant ainsi de la couverture. Cette situation pourrait poser un problème majeur, surtout dans un contexte où l'économie marocaine a perdu 157 000 emplois entre 2022 et 2023, principalement en milieu rural, et où les taux de chômage et de sous-emploi ont atteint respectivement 13 % et 9,8 % au niveau national (Haut-Commissariat au Plan, 2023). Si cette catégorie de contributeurs se révèle

incapable ou réticente à payer, l'État devra assumer la responsabilité de maintenir l'équilibre financier du système, sans compromettre les prestations, qui demeurent un droit légitime des contribuables.

4 Conclusion

L'évolution du système de protection sociale au Maroc reflète une trajectoire marquée par des transformations profondes, depuis ses bases traditionnelles, enracinées dans des pratiques communautaires et religieuses, jusqu'aux réformes modernes incarnées par la loi-cadre 09-21. L'analyse historique a révélé des inégalités structurelles héritées de l'époque coloniale, nécessitant des ajustements progressifs pour répondre aux besoins croissants de la population. Les réformes récentes, intégrant des logiques bismarckiennes et béveridgiennes, ont permis des avancées notables, notamment l'élargissement de la couverture sociale via l'AMO et le RAMED. Cependant, malgré ces progrès significatifs, le système marocain demeure confronté à des limites structurelles, notamment en termes de pérennité financière et d'efficacité des mécanismes de gouvernance. À cet effet, plusieurs recommandations stratégiques peuvent être formulées. Il est essentiel de diversifier les sources de financement, d'intégrer progressivement les populations exclues dans les dispositifs contributifs et de renforcer les mécanismes de gouvernance. Une sensibilisation accrue à l'importance de la protection sociale auprès des citoyens pourrait également contribuer à améliorer l'adhésion et la pérennité du système.

Toutefois, des problématiques clés, comme la viabilité financière ou l'efficacité des mécanismes de gouvernance, mériteraient une exploration plus détaillée. À cet égard, plusieurs axes de recherche peuvent être envisagés. Une évaluation empirique approfondie de la loi-cadre 09-21 s'impose pour mesurer ses effets sur l'inclusion sociale et la réduction des inégalités. Par ailleurs, une étude comparative avec d'autres pays émergents pourrait enrichir la compréhension des adaptations possibles des modèles hybrides aux réalités socio-économiques locales. Enfin, des recherches sur des mécanismes innovants de financement, tels que les partenariats public-privé ou les taxes dédiées, pourraient offrir des solutions concrètes aux contraintes budgétaires identifiées.

En somme, le système de protection sociale marocain traverse une phase critique, nécessitant une réflexion stratégique pour concilier universalité et viabilité financière. Cette analyse apporte un éclairage précieux sur les défis actuels et propose des pistes concrètes pour une réforme inclusive et durable.

Références :

- (1). Aba, N. (2002). *L'Action sociale à travers les dépenses publiques au Maroc* (Thèse de Doctorat, Université Hassan II Casablanca).
- (2). Akesbi, A. (2003). *Ajustement structurel et segmentation du marché du travail. Annales marocaines d'économie*, N° 7.
- (3). Aoufi, N. (2000). *L'impératif social au Maroc : de l'ajustement à la régulation. Critique économique*.
- (4). Barrientos, A. (2013). *Social assistance in developing countries*. Cambridge University Press.
- (5). Beveridge, W (1942), *Social insurance and allied services*, Published by H. M. STATIONERY OFFICE, London, 300 p., [En ligne], disponible sur le lien suivant : <http://pombo.free.fr/beveridge42.pdf>
- (6). Beveridge, W. (2012). *Le rapport Beveridge* (M. Bessières, Trad.). Paris : Perrin.
- (7). Boudahrain, A. (1989). *La sécurité sociale au Maroc*. Casablanca : Forum du Livre, Collection Forum des Sciences Sociales, Édition BENIMED.

- (8). Boyer, S., Delesvaux, C., Foirry, J.-P., & Prieur, C. (2000). Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD. *Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES)*, Ministère des Affaires Étrangères, France.
- (9). Brasseul, J. (2012). Genèse de l'État-providence et naissance de la social-démocratie : Bismarck et Bernstein. *Les Tribunes de la santé*, 2012(1), 71-88.
- (10). Catusse, M. (2010). Maroc : *un fragile état social dans la réforme néolibérale*. In M. Catusse, B. Destremau, & E. Verdier (Eds.), *L'État face aux « débordements » du social au Maghreb* ».
- (11). CESE. (2018). *La protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales*.
- (12). Clément, J.-F. (1995). *Les effets sociaux du programme d'ajustement structurel marocain*. *Politique étrangère*, 60(4), 1003-1013.
- (13). Coran : Sourate Attawba.
- (14). Delteil, M. (n.d.). *La Sécurité Sociale : Quelques Lignes d'Histoire*. CRHSS. Disponible en ligne : https://www.histoiresecump.fr/publications/publication_delteil.pdf.
- (15). Devereux, S., & Sabates-Wheeler, R. (2004). *Transformative social protection for Africa's children*. IDS Working Paper 232. Institute of Development Studies.
- (16). Dupeyroux, J. J. (1966). *Évolution et tendances des systèmes de sécurité sociale des pays membres des Communautés Européennes et de la Grande-Bretagne*. Luxembourg : Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier.
- (17). Guillaume, P. (2001). L'État providence en question. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2001/1 (N° 69), 43-50. Presses de Sciences Po.
- (18). Heikel, J. (2020). *Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc* (Thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Nord).
- (19). Holzmann, R., & Jørgensen, S. (2001). *Social risk management: A new conceptual framework for social protection, and beyond*. *International Tax and Public Finance*, 8(4), 529–556.
- (20). Kaddar, M. (2003). Les politiques et les tendances de la protection sociale au Maghreb. *Communication présentée au symposium international sur la solidarité et la protection sociale dans les pays en développement*, Turin, 23-25 avril.
- (21). Kaseke, E. (2010). The role of social security in South Africa. *International Social Work*, 53(2), 159–168.
- (22). *La situation du marché du travail en 2023*. Haut-Commissariat au Plan. https://www.hcp.ma/La-situation-du-marche-du-travail-en-2023_a3816.html .
- (23). Lemligui, A. (2017). La construction sociale des solidarités au Maroc : Contrôler l'Islam et gérer l'action sociale. *Le Sociographe*, 2017/2 (N° 58).
- (24). Malthus, T. R. (1798). *Essai sur le principe de population*. Disponible en ligne : https://ise.unige.ch/isdd/IMG/pdf/principe_de_population.pdf
- (25). Marx, K., & Engels, F. (1848). *Manifeste du Parti Communiste*. Réédition (1980). Paris : Éditions sociales.
- (26). Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille. (2019). *Politique publique intégrée de protection sociale 2020-2030*.
- (27). Moustatraf, A., & Taoufik, J. (2018). Pour un financement pérenne du Régime d'assistance médicale au Maroc. *Santé Publique*, 30(6), 859-868.

- (28). Paquy, L. (2003). *Les Services publics et l'Union européenne : La protection sociale en Europe*. Centre de Recherche en Histoire Économique et Sociale de l'Université de Nantes.
- (29). Paquy, L. (2004). *Les systèmes européens de protection sociale : Une mise en perspective*. Série MIRE, Document de travail n° 6. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).
- (30). Paul-Delvaux, L., Crépon, B., Devoto, F., El Guernaoui, K., Guedira, F., Hanna, R., & Sekkarie, S. (2020). *Impact de la pandémie de Covid-19 sur le marché du travail marocain et réponse publique face à la crise*.
- (31). Perrier, A. (2022). Les sociétés de bienfaisance musulmane au Maroc : Fiscalité, dons et subventions publiques dans le financement de l'action contre la pauvreté (années 1920 - années 1950). *Revue d'histoire de la protection sociale*.
- (32). Ranouil, V. (1980). *L'autonomie de la volonté : naissance et évolution d'un concept*. Paris : Presses Universitaires de France.
- (33). Smith, A. (1843). *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations* (G. Garnier, Trad.). Paris : Guillaumin.
- (34). Zöllner, D., Saint-Jours, Y., Ogus, A.I., Hofmeister, H., Maurer, A., Kolher, P.A., Zacher, H.F., & Hesse, P.J. (1982). *Un siècle de sécurité sociale 1881-1981*. Centre de Recherche en Histoire Économique et Sociale de l'Université de Nantes.