



Revue D'Etudes en Management et Finance D'Organisation  
N°12 Janvier 2021

**QUEL FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE POST COVIS-19,  
DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS AU MAROC : IMPOTS OU  
COTISATIONS SOCIALES ?**

**WHICH FINANCING OF SOCIAL PROTECTION POST COVIS-19,  
SELF-EMPLOYED WORKERS IN MOROCCO: TAXES OR SOCIAL SECURITY  
CONTRIBUTIONS?**

**Yahya AISSAOUI**

Enseignant chercheur

ENCG Settat, Université Hassan 1er

**Email :** ya.aissaoui@gmail.com

**Résumé**

La réflexion sur les politiques de protection sociale date bien avant cette crise pandémique. Toutefois, celle-ci a accentué le besoin d'une transformation profonde sur plusieurs niveaux de la chaîne de la gestion publique. Le système de la couverture médicale en tant que sous-ensemble du système de protection sociale souffre de plusieurs dysfonctionnements. Il se caractérise par la fragmentation et l'existence de plusieurs facettes avec de fortes disparités régionales et sociales ainsi que des ressources humaines et financières trop insuffisantes. L'élargissement de la couverture médicale et l'institution d'un régime de retraite pour les travailleurs indépendants sera un levier essentiel pour lutter contre les inégalités, la pauvreté et promouvoir une croissance durable et inclusive à travers un financement hybride (croisant impôt plus cotisation des collectivités territoriales et des citoyens) et diversifié.

**Mots clés :** La protection sociale ; la couverture médicale ; la pandémie du coronavirus ; le financement hybride ; les travailleurs indépendants.

**Abstract**

The reflexion on the policies of social protection dates well before this pandemic crisis. However, this one accentuated the need for a major transformation on several levels of the chains of public management. The system of the medical cover as a subset of the social protection system suffers from several dysfunctions. It is characterized by the fragmentation and the existence of several facets with strong regional and social disparities like human and financial resources too insufficient. The widening of the medical cover and the institution of a pension plan for the self-employed workers will be an essential lever to fight against the inequalities, poverty and to promote a durable and inclusive growth through a financing hybrid (crossing tax plus contribution of the local authorities and the citizens) and diversified.

**Key words:** Social protection; the medical cover; the pandemia of the coronavirus; hybrid financing; self-employed workers.

## Introduction

Le débat public sur les politiques publiques sur fonds de crise sanitaire, nous confirme une fois de plus que les moments de crise constitue historiquement de véritables moments de réflexion renforcée. C'est ainsi si on remonte l'histoire l'origine du terme politiques publiques a connu une évolution historique et hystérique, issue de différentes réflexions sur l'Etat

Au début l'analyse de l'action publique était juridique et s'articule autour du concept de la jurisprudence. Puis avec la sociologie des organisations, la conceptualisation des politiques publiques a évolué et devenu une thématique d'analyse des actions de l'Etat, avec une double dimension descriptive et normative. Enfin, l'analyse des politiques publiques a intéressé la théorie économique. En particulier au moment des crises socioéconomiques:

- Le keynésianisme<sup>1</sup> et la crise des années 30
- Les travaux de la rationalité limitée des décideurs publics de Herbert Simon lors de sa critique des chiffres de chômage à son époque ;
- Le système de planification, programmation et de budgétisation (SPPB). Concept connu et développée durant les années 60 et que les chocs pétroliers des années 70 ont limité sa portée;
- Les transformations idéologiques de la doctrine néolibérale suite aux chocs de l'offre des années 90 et 2008-2009 ;

A son tour, L'actuelle crise pandémique a paradoxalement soulevé des débats et controverses sur les paradigmes relatifs aux politiques publiques. Ceci dit que les politiques publiques sont à la fois un construit socioéconomique<sup>2</sup>e et un construit de recherche<sup>3</sup>. A ce titre, plusieurs dogmes<sup>4</sup>, aussi contradictoires les unes que les autres, considéraient comme des hérésies les politiques de protection sociale et de santé. Alors qu'aujourd'hui, les politiques de protection sociale et de santé paraissent comme un passage obligé et une nécessité, pour pallier les effets et les séquelles de cette crise socioéconomique.

Encore une fois, cette crise sanitaire a mis à nu les déboires des politiques néolibérales endoctrinées depuis de longues années. En effet, l'alignement sur les doctrines du FMI et des

---

<sup>1</sup> Selon le keynésianisme, la protection sociale en tant que sous-ensemble de la politique publique non seulement, joue un rôle essentiel dans la réduction des inégalités et le maintien de la cohésion sociale mais aussi, elle permet de soutenir la demande, considérée par cette approche comme un moteur de la croissance.

<sup>2</sup> Un construit socioéconomique signifie que la gestion de la chose publique consiste à choisir des actions en comparant plusieurs possibilités en adoptant les moyens aux fins sollicitées

<sup>3</sup> Un Construit de recherche ces actions publiques sont l'aboutissement d'une ou de plusieurs réflexions.

<sup>4</sup> La doctrine néolibérale considère que la protection sociale est l'une des causes de la crise car les cotisations sociales entraînent des surcoûts salariaux qui empêchent la création des emplois et déresponsabilise les employés.

autres organismes internationaux depuis la politique d'ajustement structurel des années 80 a conduit:

- à la refonte des modes de financement de la couverture médicale ;
- aux disparités sociales et spatiales en matière d'accès aux soins ;
- au désengagement progressif de l'Etat de la santé.
- 

Ces fragilités dont souffre le système de protection sociale et de santé sont connues. Cependant, aujourd'hui elles sont mises en évidence par le Covid 19. Le présent article tente modestement à approcher la gouvernance future des politiques de protection sociale au Maroc. En particulier l'élargissement de la couverture médicale aux travailleurs indépendants et l'institution d'un régime de retraite y afférents, tout en s'inscrivant dans le cadre historique et la méthodologie d'approche sus-mentionnée.

## I. CONTEXTE OBSERVE

Au Maroc, la santé est restée le parent pauvre des politiques publiques. Le système de santé se caractérise par un désengagement progressif de l'Etat depuis les années 80 et une faiblesse importante des dépenses santé en dépit des profondes mutations épidémiologiques, démographiques, socioéconomiques et l'augmentation structurelle des dépenses de santé.

### I.1. La santé est malade par son budget

Le budget de la santé a évolué sur une décennie à un taux annuel d'environ 5,9%, comme le montre le tableau ci-après :

**Tableau 1 : Evolution du budget<sup>5</sup> de la santé publique de 2009 a 2019**

Année	Budget de la santé publique	Observation
<b>2009</b>	9,8 milliards de DH	De 2009 à 2015, le budget de la santé a connu une évolution à un taux annuel d'environ 5%
<b>2015</b>	13,1 milliards de DH	De 2009 à 2019 ce taux était de 5,9%
<b>2019</b>	16,3 milliards de DH	

Pour vous donner un ordre de grandeur, Le budget du ministère de la Santé publique au Maroc équivaut<sup>6</sup> à celui alloué au CHU d'une grande ville en France comme la ville de Marseille. Autrement dit, Les pouvoirs publics ont tournés le dos et laissés le secteur de la santé à l'abandon en dépit de l'évolution démographique conjuguée à une morbidité croissante issue d'un environnement sous développé.

<sup>5</sup> Voir les comptes nationaux du Ministère de la santé publique au Maroc et les lois des finances respectives pour les années 2009,2015 et 2019.

<sup>6</sup> Déclaration faite par l'ancien ministre de la Santé, Pr Houcine El Ouardi, actuellement chef des urgences au CHU Ibn Roch de Casablanca, Le 4 mai 2020, en réponse aux interpellations lors d'une rencontre virtuelle organisée par la jeunesse PPS. voir la revue Tel quel du 05/05/2020.

Les dépenses de santé sont aussi en dessous des standards régionaux et internationaux. Un benchmark des dépenses de santé avec des pays voisins, comparables sur le plan économique, laissent apparaître que les indicateurs au Maroc sont les plus bas dans la région MEDA<sup>7</sup>, comme le montre le tableau ci-après :

**Tableau 2 : Benchmark<sup>8</sup> sur les dépenses de santé des pays de la région Meda**

Dépenses de santé au titre de l'année 2018			
Désignation	% PIB	% BGE	Par habitant (Per Capita En \$)
Maroc	5,5%	7,7%	160
Algérie	7,1%	10,7%	292
Tunisie	6,7%	13,6%	258
Jordanie	6,3%	12,4%	257
Liban	7,4%	14,5%	645

Les dépenses de santé non seulement sont en dessous des standards régionaux, mais aussi, elles ne respectent pas les normes internationales de l'OMS qui préconise un budget pour le secteur de la santé représentant<sup>9</sup> entre 12 et 15 % du budget général.

4

## I.2. Organisation et financement de la couverture médicale

Avant 2005, la couverture médicale ne dépassait pas 15%. Actuellement, grâce à l'assurance maladie obligatoire (AMO), le régime d'assistance médicale (RAMED) et les autres régimes particuliers, le Maroc a pu élargir la couverture du risque maladie pour atteindre aujourd'hui environ 64% de la population marocaine<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Il s'agit des pays du bassin méditerranéen concernés par le programme MEDA qui se substituait aux différents protocoles financiers bilatéraux existants avec ces pays dont l'Algérie, la Jordanie, le Liban, le Maroc, la Tunisie...

<sup>8</sup> Intervention de L'Ex- Ministère de la Santé lors de la conférence nationale sur le financement de la Santé, Tenue à Rabat le 18 et 19 juin 2019 et organisée par le Ministère de la Santé. Medias 24, Rubrique Société du 19/05/2019.

<sup>9</sup> Déclaration faite par l'ancien ministre de la Santé, Pr Houcine El Ouardi, actuellement chef des urgences au CHU Ibn Roch de Casablanca, Le 4 mai 2020, en réponse aux interpellations lors d'une rencontre virtuelle organisée par la jeunesse PPS. voir la revue Tel quel du 05/05/2020.

<sup>10</sup> Voir la discussion portant sur : "le secteur des établissements et entreprises publics au Maroc : Ancre stratégique et gouvernance", en plus de présentation des décisions et mesures prises par la Caisse pour faire face à la pandémie du Coronavirus, lors de la réunion de la commission du contrôle des finances publiques tenue le mardi 2 juin 2020 en présence du Ministre de l'Emploi et de l'Insertion professionnelle, Mohamed Amkraz et du Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). <https://www.hespress.com/societe> du 2/05/2020

La gouvernance de la couverture médicale est confiée à plusieurs institutions avec une insuffisance dans la régulation et la coordination manifeste.

### 1.2.1. Organisation de la couverture médicale

Le Maroc a initié sa couverture médicale<sup>11</sup> en 2002 par l'adoption de la Loi n° 65-00. Cette loi s'est inspirée des principes fondamentaux et universels suivants:

- l'obligation ;
- l'universalité ;
- l'équité ;
- la solidarité ;
- l'interdiction de toute forme de discrimination ;
- et l'interdiction de la sélection du risque maladie.

Concrètement, le système de couverture médicale est assuré par plusieurs institutions. Son architecture et ses prises en charge se présente comme suit :

- **La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) :** Cette institution gère l'assurance maladie obligatoire (AMO) des salariés du secteur privé, des travailleurs non-salariés, des assurés volontaires y compris les travailleurs à domicile ou domestique;
- **La Caisse Nationale des Organismes de prévoyance sociale (CNOPS) :** il s'agit d'une union de sociétés mutualistes du secteur public du Maroc qui gère l'assurance maladie du régime public et des étudiants. Sont concernés les employés du secteur public et les étudiants marocains et étrangers de l'enseignement privé et public ainsi que ceux inscrits dans un cursus de formation professionnelle. Par ailleurs, la CNOPS sera remplacée<sup>12</sup> à terme par la Caisse Marocaine de l'Assurance Maladie (CMAM).

C'est deux caisses (la CNSS et la CNOPS) couvrent respectivement les salariés des secteurs privés et publics.

- **Le régime d'assistance médicale (RAMED):** Ce régime a été mise en place pour couvrir les populations les plus démunies. Il est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie qui est constituée par les personnes en situation de pauvreté et de vulnérabilité et qui ne sont pas assujetties au régime de l'assurance maladie obligatoire. Le régime est globalement financé par le Ministère de la santé publique, et la participation financière des collectivités territoriales. Toutefois, la généralisation du RAMED et l'insuffisance de la participation financière des collectivités territoriales ont aggravé les difficultés financières des formations sanitaires publiques,

<sup>11</sup> Loi n° 65-00 du 3 octobre 2002 portant Code de la couverture médicale de base, Bulletin officiel, n° 5058 du 16 ramadan 1423 (21 novembre 2002)

<sup>12</sup> Voir les dispositions du décret Loi n° 2-18-781 du 10 octobre 2018 et celui n° 2-19-328 du 29 août 2019.

- **Les régimes particuliers et autres caisses internes et mutuelles**

S'agissant de l'**Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)**, c'est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle veille<sup>13</sup> au bon fonctionnement du dispositif de la couverture médicale, de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ainsi que de la gestion du Régime d'Assistance Médicale (RAMED). En plus, elle est investie de la mission de l'encadrement technique.

Il convient de préciser que les étudiants en formation professionnelle dans des établissements relevant des départements ministériels et/ou les établissements privés, peuvent s'inscrire à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) pour bénéficier du système de la couverture médicale.

### **1.2.2. Les différents systèmes de financement de la couverture médicale**

L'architecture susvisée de la couverture médicale a produit un système peu solidaire, inégalitaire, sans encadrement ni véritable régulation ou l'Etat se désengage progressivement du financement de la santé et les ménages continueront donc à s'appauvrir en dépensant directement plus que l'Etat. C'est ainsi trois sources principales de financement de la santé supportent l'ensemble des dépenses sanitaires annuelles (soient 65 Milliards de DH). Elles peuvent être résumées<sup>14</sup> comme suit :

- Le financement public de la santé approximativement à 25% ;
- Les systèmes de financement (privé et public) estimés à environ 22% ;
- Le financement direct par les ménages est évalué à plus de 50% ;
- Le reste (qui est de minime importance), concerne les autres sources particulières de financement.

6

De ce qui a précédé, nous pouvons conclure que le système de couverture médicale manque de bonne gouvernance, d'efficacité et d'une importante faiblesse des dépenses de santé. Cependant, ce sont donc, les ménages qui supportent la part la plus importante des dépenses de santé. Soit, plus que 50%. Ce taux est le plus élevé dans la région MENA<sup>15</sup>. De ce fait, de nombreuses personnes ou familles s'appauvrissent en cas de maladie et se trouvent dépourvus de toute ressource pour subvenir à leurs besoins les plus primaires.

## **II. QUEL FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MEDICALE AU MAROC: IMPOTS OU COTISATIONS SOCIALE?**

Depuis l'indépendance, le Maroc ne dispose toujours pas d'une stratégie nationale de la santé, élaborée, adoptée et respectée par les différents acteurs et à leur tête l'Etat. Ce qui est source des grands enjeux quant aux modalités de financement de santé. Cette crise pandémique a

<sup>13</sup> Rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie(ANAM) de l'année 2016.

<sup>14</sup> Voir l'intervention de L'Ex- Ministère de la Santé lors de la conférence nationale sur le financement de la Santé, Tenue à Rabat le 18 et 19 juin 2019. Medias 24, Rubrique Société du 19/05/2019.

<sup>15</sup> MENA est un acronyme qui désigne en anglais « Middle East and North Africa » et en français « Moyen-Orient et Afrique du Nord ». Il regroupe plusieurs pays Moyen- orient et de l'Afrique du Nord, depuis le Maroc au nord-ouest de l'Afrique jusqu'à l'Iran au sud-ouest de l'Asie.

accentué le besoin d'un changement en profondeur des paradigmes à plusieurs niveaux de la chaîne de la gestion publique. La question qui se pose est comment améliorer la gouvernance future du système de couverture médicale et partant, financer de santé au Maroc ?

## II.1. La santé n'a pas de prix mais elle a un coût

La santé, dit l'adage populaire, n'a pas de prix. En revanche, les prestations de santé ont un coût, et celui-ci ne cesse d'augmenter. Par conséquent, comment peut-on financer ce coût et comment élargir la couverture médicale aux travailleurs indépendants au Maroc?

L'examen de la dimension financière et l'extension du système de couverture médicale acquiert désormais, plus d'intérêt qu'auparavant d'autant plus que l'actuelle crise pandémique a aggravé les besoins en matière de santé. Autrement dit, la généralisation de la couverture médicale et son financement s'imposent et attire la plus haute attention des décideurs en la matière ainsi que elle nous interpelle sur les modalités de financement, car elles constituent le pivot sur lequel se fonde la réalisation des objectifs de la politique de protection sociale et partant l'élargissement et l'amélioration des conditions de la couverture médicale au Maroc.

Le financement de la couverture médicale au Maroc par l'impôt ou cotisations sociale soulève beaucoup de débats et de controverses et constitue la source des grands enjeux suivants :

- La complexité et la multiplicité des modes actuels de financement de la couverture médicale se caractérise par leur inefficacité économique au regard des avantages comparatifs des systèmes contributif ou de solidarité ;
- Il pose également, des questions juridiques centrales quant au paramétrage des dispositifs de financement, l'exercice par les pouvoirs publics de leurs compétences et l'équité.
- Il souffre de l'absence d'un organe d'éthique, de régulation, de normalisation et surtout d'une vision stratégique de financement de la couverture médicale. A titre d'illustration de cette situation, les écarts importants entre les tarifs qui servent de base pour les remboursements des dossiers maladie et les prix effectivement pratiqués par les prestataires de soins, laisse une part importante des coûts des prestations à la charge des ménages...
- Négligence du rôle productif et économique du secteur de la santé.

Le Maroc est tenu de parer à l'urgence du moment. Mais la leçon à tirer de cette pandémie, c'est que des décennies de désengagement de l'Etat et de privatisation du secteur de la santé ont affaibli ses capacités à réagir face à des crises socioéconomiques, ainsi qu'en l'absence de véritable stratégie de protection sociale et de santé, des milliers de Marocains, aussi bien dans les secteurs formel qu'informel, seront exclus du système de soins en raison des contraintes financières qui compromettent les progrès dans ce domaine. Avec cette crise pandémique inédite, tous les pays, riches et pauvres, s'efforcent de lever les fonds nécessaires pour financer les dépenses de santé croissantes dont leur population a besoin.

Aucun pays, quelle que soit sa richesse, ne se trouve à l'abri des effets dévastateurs de cette pandémie exacerbés par la récession économique et les limites des actions curatives et

préventives pour y remédier. Ce qui est à l'origine des dépenses de santé incompressibles et relativement élevées. Toutefois, dans tous les pays, il existe des perspectives pour financer le coût de la santé et améliorer l'accessibilité aux soins de santé d'une manière plus équitable. Chaque pays pourrait lever des fonds nationaux supplémentaires pour la santé ou diversifier ses propres sources de fonds. Plusieurs alternatives de financement de la couverture médicale généralisée sont possibles et réalisables : il s'agit principalement :

- Du financement de la couverture par la levée des impôts ou des cotisations d'assurance ;
- et de la collecte des fonds supplémentaires grâce à plusieurs types de financements innovants.

## **II.2. Quelques axes d'une réflexion sur l'élargissement de la couverture médicale au Maroc**

Au Maroc, la question de la généralisation de l'AMO et des modalités de son financement se pose avec acuité aussi bien, pour les travailleurs indépendants que pour la population démunie bénéficiaire du régime d'assistance médicale (RAMED). De manière globale et afin de palier ses dysfonctionnements, trois options principales pour diversifier les sources et financer l'élargissement de la couverture médicale au Maroc sont envisageables:

- Généralisation et diversification des sources de financement en instaurant l'obligation de l'assurance maladie à la population non salariée ;
- Le financement direct par le budget en accordant à la santé une priorité majeure dans les dépenses publiques actuelles ;
- L'institution d'une taxe à valeur santé publique et l'augmentation de l'apport financier extérieur par la création d'une taxe mondiale numérique.

Nous allons examiner ces options une à une, en suggérant l'adaptation de la première alternative pour le financement de l'élargissement de la couverture médicale des travailleurs indépendants et les deux autres pour financer celle de la population démunie.

### **II.2.1. L'élargissement de la couverture médicale et l'instauration d'un système de retraite pour les travailleurs indépendants**

#### **II.2.1.1 L'élargissement de la couverture médicale aux travailleurs indépendants**

Au Maroc, très peu des travailleurs indépendants et les personnes non salariées exerçant une activité libérale sont couverts par le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime des pensions malgré l'entrée en vigueur des dispositions des lois ci-après :



- la loi n° : 98-15 relative à l'Assurance Maladie Obligatoire<sup>16</sup> de base pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non-salariés exerçant une activité libérale ;
- et la loi n° : 99-15 instituant un régime de pensions<sup>17</sup> pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non-salariés exerçant une activité libérale.

A cet effet et dans le cadre d'accompagnement de la mise en œuvre du programme d'appui à la réforme de la couverture médicale de base, il convient de distinguer entre la population active non salariée et celle démunie.

Pour la première catégorie, Il n'y a pas de raison que cette catégorie des travailleurs indépendants qui dispose des revenus à des degrés divers demeure en dehors de la couverture médicale. D'autant plus que ces cotisations à l'assurance maladie sont fiscalement considérées comme des charges déductibles du revenu imposable. Les modalités de la mise en œuvre d'un régime de couverture médicale doivent se baser sur la segmentation de la population active non salarié éligible à l'assurance maladie à travers deux principaux scénarios soit une forfaitarisation ou une catégorisation par revenu et par code d'activité.

Si le scénario de la forfaitarisation est estimé réalisable pour les travailleurs indépendants activant dans le secteur informel en raison de faibles niveaux de qualification et des sources de revenus multiples et souvent volatiles, il est peu équitable, est de nature à produire des tensions sociales pour les autres travailleurs indépendants.

Le scénario de la catégorisation par revenu professionnel, par code d'activité (NMA 2010) et par barème progressif de l'impôt sur le revenu resterait une option extrêmement pertinente. Cette dernière approche de la segmentation de la population active non salariée éligible à l'assurance maladie des travailleurs indépendants pourra être réalisée sur la base des données des déclarations fiscales des catégories socioprofessionnelles souscrites en 2018 et peut être corrigée en appliquant un coefficient multiplicateur fondé sur la classification des activités et des professions dans le tableau et classe de la taxe professionnelle et sur la répartition régionale pour plus d'équité. L'assiette ainsi obtenue sera multipliée par un taux de cotisation de 6% pour dégager la cotisation d'assurance maladie annuelle pour chaque catégorie socioprofessionnelle.

Par contre pour le secteur de l'informel, l'Etat dispose des données récentes sur cette population suite à son recensement durant cette pandémie pour identifier les bénéficiaires de la subvention.

---

<sup>16</sup> Dahir n° 1-17-15 du 23 juin 2017 portant promulgation de la loi organique n° 98-15 du 23 juin 2017 relative au régime de l'assurance maladie obligatoire de base pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale, publiée dans le bulletin officiel n :6662 du 05/04/2018.

<sup>17</sup> Loi n° 99-15 du 5 décembre 2017 instituant un régime de pensions pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale, publiée dans le bulletin officiel n :6632 du 21/12/2017.

Un minimum de cotisation à l'assurance maladie de 100 DH par mois sera raisonnablement acceptable (pour l'assuré en plus de ses bénéficiaires de droit<sup>18</sup>).

### **II.2.1.2. L'instauration d'un système de retraite pour les travailleurs indépendants**

La crise actuelle a montré que les pensions de retraites ne pourraient être impactées par la crise économique liée au Covid-19, dans le sens où elles ne constituent pas la contrepartie d'un travail immédiat. En effet, ces pensions de retraites servies par les caisses de sécurité sociale permettront une sauvegarde du pouvoir d'achat des assurés potentiels au niveau microéconomique, mais aussi, un soutien de la demande globale au niveau macroéconomique en raison de leur injection dans l'économie à travers la consommation des assurés ou leur investissement et placement par les caisses de sécurité sociale. Par conséquent, l'instauration d'un système de retraite pour les travailleurs indépendants est vivement recommandée et représente un socle et un soutien fondamental de l'économie sociale. A cet égard, on peut également, adosser les cotisations de la retraite sur les mêmes assiettes ainsi définies pour la couverture médicale des travailleurs indépendants.

### **II.3. L'institution d'une taxe à valeur santé publique**

Il est temps de corriger les dysfonctionnements des programmes de couverture médicale RAMED, en parallèle avec les efforts que les pouvoirs publics devront consentir en matière de réforme du système de protection sociale et d'élaboration d'un régime garantissant, pour les personnes les plus vulnérables une assistance médicale stable. Toutefois, l'Etat dispose des statistiques récentes, suite au recensement des bénéficiaires des aides distribuées lors de cette crise pandémique. Les véritables problèmes pour cette catégorie de population sont de double nature :

- Le premier consiste en les modalités de financement de ce système de couverture médicale ;
- Le second se rapporte à la difficulté d'identification de l'indigence.

Les pouvoirs publics pourront mettre en place un système fiscal pour financer la couverture médicale de cette catégorie de population à travers l'institution d'une taxe à valeur santé publique. Ladite taxe sera assise sur les consommations nuisibles (Tabacs, Alcools, les énergies fossiles, les autres produits dont la fabrication entraînent des émissions massives de gaz à effet de serre et les produits de luxe ainsi que les jeux et paris ayant pour objet des courses de lévriers...).

Cette taxe sera collectée par les entreprises et versée à la recette des comptes publics opérant pour le compte du Trésor public.

---

<sup>18</sup> Sont considérés comme ayants droit (le conjoint de l'assuré seulement s'il ne bénéficie d'aucun autre régime, les enfants à charge de l'assuré âgés de 21 ans au maximum et 26 ans au maximum s'ils poursuivent des études supérieures. s'agissant des enfants atteints d'un handicap physique ou mental et dans l'impossibilité totale, permanente et définitive d'exercer une activité rémunérée, il n'y a pas de limite d'âge.

La fiscalisation de ces consommations polluantes et nuisibles à la santé s'inspire du principe pollueur payeur et vise les objectifs ci-après :

- Un objectif disciplinaire : dissuasion des consommateurs pour éviter de consommer ces produits. La taxation dans ce cas, aura un objectif préventif qui s'étend au principe de base de la médecine traditionnelle chinoise : Il vaut mieux prendre des mesures pour éviter des maladies que d'être obligé d'y remédier par la suite ;
- Un objectif financier et sanitaire : la budgétisation d'avance et anticipation du financement des futures dépenses de santé car les consommateurs de ces produits nuisibles sont des malades potentiels ;
- Un objectif économique et écologique: la surtaxation des produits polluants et néfastes à la santé renforce le positionnement des industries exportatrices dans cette aubaine de « décarbonisation » et anticipe les préférences de consommation des produits moins carbonisés désormais considérée comme une tendance de compétitivité internationale.

Le produit de cette taxe sera affecté à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) dont les prérogatives seront étendues à la prise en charge de l'assurance maladie de la population démunie avec sa réhabilitation en véritable organe de régulation de l'ensemble des intervenants dans le système de la couverture médicale. Cette taxation est de nature à réduire la consommation, améliorer la santé et dégager des ressources supplémentaires que les pouvoirs publics peuvent alors dépenser pour la santé.

Toutefois, ce nouveau régime d'assurance maladie couvrant la population démunie sera financé à part égale entre d'une part l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et d'autre part les collectivités territoriales et les personnes assurées à cooccurrence d'une cotisation mensuelle forfaitaire de 120 DH répartie comme suit :

- 50 DH pour l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie ;
- 30 DH pour les collectivités territoriales ;
- 30 DH pour chaque assuré.

Cependant, l'identification de la population éligible à ce nouveau régime d'assurance maladie soulève la problématique de l'indigence. Il faut le reconnaître, l'indigence n'est pas absolue. Elle est relative. A cet égard, l'activation de la mise en œuvre du registre social unifié<sup>19</sup> est une réponse de l'Etat à la problématique de ciblage des ménages à faible revenu qui doivent bénéficier de la protection sociale à condition que ce dispositif universel soit généralisé, démocratisé, numérisé et actualisé chaque année avec un système de suivi et de veille pour éviter les fraudes, les doublons et les identités fantômes ainsi que tout autre dysfonctionnement.

Du reste, la mondialisation croissante et le placement des actifs souvent dans des pays à fiscalité attractive augmentent le potentiel de perte des recettes publiques, soit par des échappatoires légales involontaires ou par l'utilisation illégale des pratiques frauduleuses. Une taxe numérique applicable sur les transactions numériques réalisées par les GAFAs pourrait collecter

---

<sup>19</sup> Voir le projet de loi 72-18 relatif au dispositif de ciblage des bénéficiaires des programmes d'appui social.

la plus grande quantité d'argent au niveau mondial pour renforcer la coopération et la coordination multilatérale et encourager la recherche scientifique en matière de lutte contre cette pandémie et les pandémies futures.

## Conclusion

La réflexion sur les politiques de protection sociale date bien avant cette crise pandémique. Toutefois, celle-ci a accentué le besoin d'une transformation profonde sur plusieurs niveaux de la chaîne de la gestion publique en interaction avec la société. Le système de la couverture médicale en tant que sous-ensemble du système de protection sociale souffre de plusieurs dysfonctionnements. Il se caractérise par la fragmentation et l'existence de plusieurs facettes avec de fortes disparités régionales, sociales ainsi que des ressources humaines et financières trop insuffisantes.

Les fragilités dont souffre le système sont connues, mais qui sont aujourd'hui mises en évidence par le Covid 19 et elles ont précipités la population vulnérable dans des situations de pauvreté et de précarité dont il serait difficile d'y remédier dans le futur. Par conséquent, cette crise sanitaire a montré la nécessité et l'urgence d'avoir un système de protection sociale le plus large possible pour couvrir et mutualiser les risques des personnes qui se retrouvent aujourd'hui sans la moindre ressource, et sans aucun filet de sécurité sociale.

Cette crise pandémique constitue une meilleure opportunité pour opérer les principaux changements stratégiques en matière de politique de protection sociale pour atténuer ses impacts dévastateurs et budgétivores et tenir les citoyens marocains à l'abri de ces effets tout au long de leur vie. L'élargissement de la couverture médicale et l'institution d'un régime de retraite pour les travailleurs indépendants sera un levier essentiel pour lutter contre les inégalités, la pauvreté et promouvoir une croissance durable et inclusive.

Au Maroc, la couverture médicale ne dépassait pas 15% en 2005. Actuellement, elle est à environ 64% grâce à l'AMO, le RAMED et les autres régimes particuliers. Si on élargit cette couverture médicale aux travailleurs indépendants qui sont au nombre de 5 millions travailleurs plus leurs ayants droits on aura un taux<sup>20</sup> de couverture de 90% de la population marocaine.

Dans ce schéma, les décideurs politiques doivent décider de la façon de lever les fonds et d'en assurer une bonne gouvernance. Mais dans tous les cas, toute la population doit être affiliée à une assurance maladie pour bénéficier des soins médicaux et chirurgicaux. A défaut, les personnes non assurées doivent payer leurs prestations de santé. Cette option ne pourra gagner en efficacité et en équité qu'à travers un financement hybride (croisant impôt plus cotisation sociale) et diversifié du système de protection sociale et de santé comme développé ci-dessus.

---

<sup>20</sup> Voir la discussion portant sur : "le secteur des établissements et entreprises publics au Maroc : Ancre stratégique et gouvernance", en plus de présentation des décisions et mesures prises par la Caisse pour faire face à la pandémie du Coronavirus, lors de la réunion de la commission du contrôle des finances publiques tenue le mardi 2 juin 2020 en présence du Ministre de l'Emploi et de l'Insertion professionnelle, Mohamed Amkraz et du Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Les textes législatifs et réglementaires existent. Il suffit de la volonté politique pour améliorer l'efficacité et l'équité au niveau de l'offre et de l'accès aux soins, principe consacré par l'article 31 de la Constitution, en vertu duquel l'État doit permettre aux citoyens de jouir du droit d'accès aux soins de santé et préconisé par les recommandations des organismes internationaux.

### Références bibliographiques

- La Loi n° 65-00 du 3 octobre 2002 portant Code de la couverture médicale de base, Bulletin officiel, n° 5058 *du 16 ramadan 1423 (21 novembre 2002)* ;
- Le décret Loi n° 2-18-781 du 10 octobre 2018 ;
- Le décret-loi n° 2-19-328 du 29 août 2019 ;
- Le Dahir n° 1-17-15 du 23 juin 2017 portant promulgation de la loi organique n° 98-15 du 23 juin 2017 relative au régime de l'assurance maladie obligatoire de base pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale, publiée dans le bulletin officiel n :6662 du 05/04/2018 ;
- La Loi n° 99-15 du 5 décembre 2017 instituant un régime de pensions pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale, publiée dans le bulletin officiel n :6632 du 21/12/2017 ;
- Le projet de loi 72-18 relatif au dispositif de ciblage des bénéficiaires des programmes d'appui social.
- Les lois des finances respectives pour les années 2009,2015 et 2019 ;
- Les comptes nationaux du Ministère de la santé publique au Maroc 2009 a 2019
- Le rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie(ANAM) de l'année 2016 ;
- DE L'ÉTAT KEYNÉSIEN À L'ÉTAT SOCIAL ACTIF : IMPACTS SUR LE TRAVAIL SOCIAL, la revue trimestrielle du CARHOP, Revue n° 8, Décembre 2018, www. Carhop. Be ;
- . Déclaration faite par l'ancien ministre de la Santé, Pr Houcine El Ouardi, actuellement chef des urgences au CHU Ibn Roch de Casablanca, Le 4 mai 2020, en réponse aux interpellations lors d'une rencontre virtuelle organisée par la jeunesse PPS. la revue Tel quel du 05/05/2020 ;
- Actes de la conférence nationale sur le financement de la Santé, Intervention de L'Ex-Ministère de la Santé Tenue à Rabat le 18 et 19 juin 2019 et organisée par le Ministère de la Santé. Medias 24, Rubrique Société du 19/05/2019 ;
- Débat sur : "le secteur des établissements et entreprises publics au Maroc : Ancrage stratégique et gouvernance", en plus de présentation des décisions et mesures prises par la Caisse pour faire face à la pandémie du Coronavirus, lors de la réunion de la commission du contrôle des finances publiques tenue le mardi 2 juin 2020 en présence du Ministre de l'Emploi et de l'Insertion professionnelle, Mohamed Amkraz et du Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). <https://www.hespress.com/societe> du 2/05/2020.