

Réflexions sur le système de protection sociale au Maroc : Essai sur les mécanismes de financement

Reflections on the social protection system in Morocco: An essay on financing mechanisms

Brahim EL JAIDI إبراهيم الجيدي

Docteur en sciences économiques

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales, Fès.Moroc

Brahim.eljaidi@usmba.ac.ma

Résumé

Cet article propose une analyse du système de protection sociale au Maroc et de ses mécanismes de financement. Après avoir retracé l'évolution historique du système, marquée par la coexistence de régimes contributifs (CNSS, CNOPS) et non contributifs (RAMED), l'article examine les sources de financement de la couverture médicale — cotisations sociales, impôts directs et indirects, contributions publiques — ainsi que les difficultés financières que rencontrent ces régimes, notamment le déficit technique croissant de l'AMO-CNOPS. Il s'intéresse ensuite au chantier de généralisation de la protection sociale engagé depuis 2020, encadré par la loi-cadre n°09-21, et propose une analyse critique du nouveau dispositif de financement introduit pour les travailleurs indépendants : la Contribution Professionnelle Unique (CPU). L'étude, qui mobilise une double lecture économique et sociologique, souligne les enjeux de soutenabilité financière et de solidarité inhérents à cette réforme, à travers trois constats : la dérive démographique de l'AMO-CNOPS, les limites du ciblage social du RAMED et les biais distributifs de la CPU.

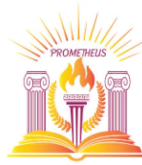
Mots-clés : Protection sociale ; Financement ; Couverture médicale ; AMO ; RAMED ; Contribution Professionnelle Unique (CPU) ; Maroc.

Abstract

This article analyzes Morocco's social protection system and its financing mechanisms. After tracing the historical evolution of the system, marked by the coexistence of contributory schemes (CNSS, CNOPS) and non-contributory schemes (RAMED), the article examines the sources of health coverage financing — social contributions, direct and indirect taxes, and public contributions — as well as the financial difficulties faced by these schemes, notably the growing technical deficit of AMO-CNOPS. It then addresses the social protection generalization program launched in 2020, governed by framework law No. 09-21, and offers a critical analysis of the new financing mechanism introduced for self-employed workers: the Single Professional Contribution (CPU). Combining economic and sociological readings, the study highlights the financial sustainability and solidarity challenges inherent to this reform, through three findings: the demographic drift of AMO-CNOPS, the targeting limitations of RAMED, and the distributive biases of the CPU.

Keywords: Social protection; Financing; Health coverage; AMO; RAMED; Single Professional Contribution (CPU); Morocco.





Introduction

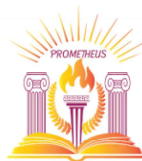
Depuis plusieurs années, la protection sociale s'impose comme un enjeu central, mais les politiques qui la portent restent en crise. Au Maroc, le système de couverture médicale souffre d'une forte fragmentation, de disparités régionales et sociales ainsi que de ressources humaines et financières insuffisantes.

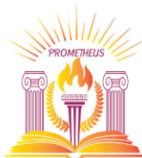
La crise de la Covid-19 a mis en lumière avec acuité les conséquences du manque de protection sociale : 55 % de la population mondiale n'a accès à aucune forme de protection sociale (OIT), une situation qui s'explique en grande partie par l'insuffisance des financements publics alloués à la protection sociale. Les pays en développement devraient investir environ 1 200 milliards de dollars supplémentaires en 2020, soit 3,8 % de leur PIB, pour garantir à tous un revenu minimum et l'accès aux soins essentiels, un effort relatif encore plus important pour les pays à faible revenu (15,9 % de leur PIB) (OIT, 2020). Plusieurs leviers permettent d'élargir cet espace fiscal : création de nouveaux impôts et taxes, lutte contre les flux financiers illicites, ou réaffectation des dépenses publiques vers la protection sociale.

Ce constat rejoint les recommandations de la Commission spéciale sur le modèle de développement (CSDM), qui plaide pour une politique financière donnant la priorité à l'allocation des ressources au capital humain, tout en réorientant les coûts de compensation vers des mécanismes intégrés de protection sociale. L'élargissement de la couverture médicale constitue à cet égard un levier essentiel pour lutter contre la précarité et l'inégalité sociale, à condition de mobiliser un financement adéquat : par la levée d'impôts et de cotisations d'assurance, ou par des financements innovants, à l'image de la Contribution Professionnelle Unique (CPU).

Notre travail a pour objectif d'élucider les contours et les enjeux du système de protection sociale nouvellement adopté au Maroc, de cerner son cadre législatif et réglementaire et, in fine, de discuter ses sources de financement. Il mobilise pour cela une démarche documentaire et descriptive, fondée sur l'examen des textes législatifs et réglementaires ainsi que des rapports institutionnels (CESE, ANAM, CNOPS, OIT, OCDE), avant de proposer une lecture critique du dispositif le plus récent, la Contribution Professionnelle Unique.

Sur le plan épistémologique, ce travail adopte une démarche résolument multidimensionnelle, à la croisée de la sociologie et de l'économie de la protection sociale. Une lecture strictement économique des mécanismes de financement, assiette des cotisations, équilibres techniques, taux de couverture, ne suffit pas, à elle seule, à expliquer pourquoi le système marocain reste aussi fragmenté. Comme le montre Fellat (1986) dans son étude pionnière sur la sociologie de la sécurité sociale au Maroc, ce système est né d'un « assemblage d'institutions différentes », hérité du protectorat, dont la faible coordination reflète des logiques sociales et historiques propres au pays et non de simples choix techniques de financement ; Addoum (1983) confirme, de son côté, que le mode de financement de la sécurité sociale marocaine ne peut se comprendre indépendamment de l'architecture institutionnelle qui l'a portée depuis sa création. Associer





ces deux grilles de lecture permet ainsi de mieux saisir non seulement comment la protection sociale marocaine est financée, mais aussi pourquoi elle demeure segmentée et pour qui, en définitive, elle produit ou non de la solidarité.

Notre article s'articule autour de cinq axes. Après avoir retracé l'évolution de la protection sociale et de ses régimes (1), nous comparons le mode de financement contributif et non contributif afin de situer le financement de la protection sociale au Maroc au regard de la notion de contributivité (2), avant d'examiner le chantier de généralisation engagé depuis 2020 (3). Nous proposons ensuite une analyse de la Contribution Professionnelle Unique, pierre angulaire de ce chantier pour les travailleurs indépendants (4). Enfin, une discussion transversale revient sur les principaux résultats obtenus afin d'en dégager les enjeux de soutenabilité financière et d'équité qui traversent l'ensemble de la réforme (5).

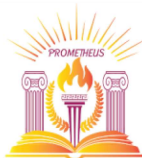
1. Évolution de la protection sociale au Maroc

La protection sociale est aujourd'hui reconnue comme une nécessité majeure de justice sociale, comme le rappellent les Objectifs de développement durable (ODD), et notamment la cible 1.3 relative à la mise en place de socles de protection sociale pour tous. Le Maroc a intégré au fil du temps un arsenal important de programmes et de filets sociaux pour accompagner son modèle de développement, structuré autour de deux grandes composantes : une assurance sociale de nature contributive, dont les origines remontent aux caisses d'assurance des salariés du secteur public du début du XXe siècle, puis à la création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) en 1959 pour le secteur privé ; et une assistance sociale non contributive, qui s'appuie sur plus de 140 programmes d'assurance ou d'assistance sociale (INDH, RAMED, Tayssir, cantines scolaires, bourses, programmes d'insertion professionnelle, etc.), pour une dépense sociale globale estimée à 50 % du budget de l'État (Banque africaine de développement, 2016 ; étude MAGG-UNICEF, 2015-2016). L'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH), à elle seule, a cofinancé depuis 2005 environ 38 400 projets pour un montant de 29,15 milliards de dirhams, au bénéfice de 9,7 millions de Marocains, dont plus de 4,1 millions de femmes.

Cette multiplicité de dispositifs, bien qu'ambitieuse, aboutit à une fragmentation reconnue par le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE, 2018) : l'AMO et le RAMED couvrent respectivement 34 % et 28 % de la population, portant le taux de couverture médicale effectif à 61 %, un niveau comparable à celui du Brésil (60 %) ou du Mexique (50 %), mais encore éloigné de l'universalité et supérieur à celui de l'Égypte (36 %) ou de l'Inde (19 %) (OIT).

Sur le plan sociologique, cette fragmentation s'explique aussi par la trajectoire institutionnelle du système. Comme le montre Fellat (1986), le système marocain de protection sociale, qui a moins d'un siècle d'existence, est né d'un « assemblage d'institutions différentes » hérité du protectorat, structuré dès la fin des années 1920 autour de mutuelles de fonctionnaires (Mutuelle de Police, 1919 ; Mutuelle des Douanes, 1928 ; OMFAM, 1928 ; puis MGPT, MGPAP, MGEN





et MFA après l'indépendance), avant d'être étendu aux salariés du secteur privé, aux indépendants, aux professions libérales et, depuis 2015, aux étudiants non couverts. Ce basculement d'un système facultatif vers un système obligatoire a été décisif : selon Laghouali (2008), il constitue « véritablement changer de monde », dans la mesure où l'AMO et le RAMED représentent les deux changements institutionnels majeurs du financement de la santé au Maroc — le premier fondé sur le principe contributif, le second sur la fiscalité générale — et a transformé le partage des responsabilités entre l'État, les entreprises et les ménages. Idrissi (2003) souligne à cet égard qu'avant l'adoption du Code de couverture médicale de base en 2002, le taux de recours aux soins ne dépassait pas 65,5 % en moyenne (45,1 % pour les plus démunis) et que la dépense de santé par habitant restait très inférieure à celle de pays comparables de la région (Jordanie, Tunisie, Liban), ce qui confirme que la généralisation de la couverture répond autant à un impératif de justice sociale qu'à une logique de rattrapage économique.

Aujourd'hui, la gestion de la couverture sociale se répartit entre plusieurs organismes : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé, la Caisse Marocaine des Retraites (CMR) pour le secteur public, le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) pour le semi-public, et la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), union de mutuelles historiques du secteur public. Ce socle contributif laissant hors champ les populations vulnérables, le Maroc a créé le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), accessible aux personnes disposant d'un revenu annuel égal ou inférieur à 5 650 MAD par personne.

2. Les régimes de couverture médicale au Maroc

2.1 Système de financement de la couverture médicale : distinction entre financement contributif et financement non contributif

Le financement de la protection sociale peut être contributif ou non contributif. La logique contributive repose sur un lien positif entre les cotisations versées et les prestations reçues : les cotisations fonctionnent comme une prime d'assurance ouvrant des droits en cas de réalisation du risque, la prestation dépendant le plus souvent du montant cotisé. Elle s'oppose à une logique de solidarité, où les prestations sont versées à tous ou à certains publics sous condition de résidence, sans versement préalable. Cette opposition renvoie à la distinction traditionnelle entre le modèle bismarckien (contributif, financé par les cotisations sociales) et le modèle beveridgien (solidaire, financé par l'impôt).

Cette typologie, heuristiquement utile, gagne à être complétée par les travaux d'Esping-Andersen (1990) sur les régimes d'État-providence, qui distinguent les modèles selon leur degré de « démarchandisation » et leur structure de stratification sociale, plutôt que selon le seul mode de financement. Le cas marocain, marqué par la juxtaposition de régimes professionnels segmentés (CNSS, CNOPS, CMR, RCAR) et d'un dispositif d'assistance résiduel (RAMED),

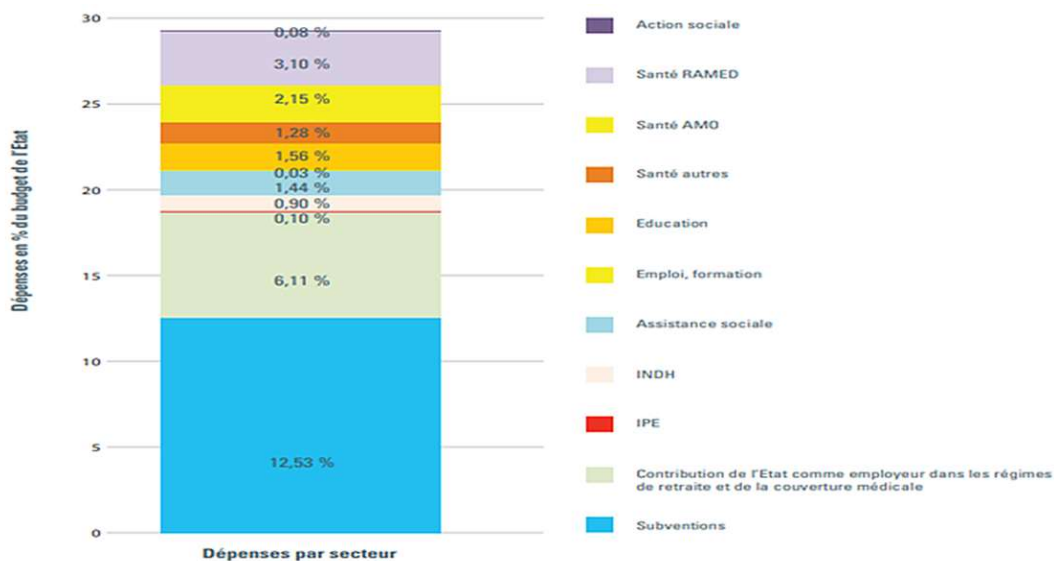


s'apparente davantage à un modèle corporatiste-conservateur inachevé, où la protection reste largement adossée au statut d'emploi, qu'à un idéal-type bismarckien ou beveridgien pur. Cette segmentation institutionnelle produit des effets de stratification sociale entre catégories de la population — salariés du formel, indépendants, travailleurs informels — qui ne bénéficient ni des mêmes droits ni de la même qualité de prise en charge. La réforme de généralisation engagée depuis 2020 peut ainsi se lire non seulement comme un chantier financier, mais aussi comme une tentative de recomposition de cette stratification sociale héritée.

En pratique, contributivité et solidarité coexistent dans les régimes marocains : il n'existe aucun exemple de « pure » contributivité dans lequel les prestations seraient strictement proportionnelles aux cotisations versées ; nos régimes contributifs sont systématiquement associés à des mécanismes redistributifs plus ou moins importants.

Les ressources de la protection sociale se composent de prélèvements obligatoires, cotisations sociales et impôts directs et indirects, ainsi que d'autres ressources, notamment les contributions de l'État et des collectivités locales. Les cotisations sociales représentent 72 % des ressources totales : ce sont des versements obligatoires, calculés en pourcentage du salaire, à la charge de l'employeur et du salarié. Les impôts directs et indirects en représentent près d'un quart, notamment les impôts sur le revenu et le patrimoine (à commencer par la contribution sociale généralisée, mise en œuvre en 1992 en France, une piste de réflexion pour le Maroc) et les droits de consommation sur l'alcool, le tabac, les activités polluantes et les produits pharmaceutiques. Les contributions publiques de l'État et des collectivités locales représentent, enfin, environ 10 % du montant de ces ressources. L'ensemble permet de financer deux types de prestations : les prestations en espèces, qui remplacent le revenu (allocations chômage, indemnités journalières), et les prestations en nature, qui remboursent les dépenses de santé engagées.

Figure 1 : Schéma représentatif du financement de la protection sociale au Maroc



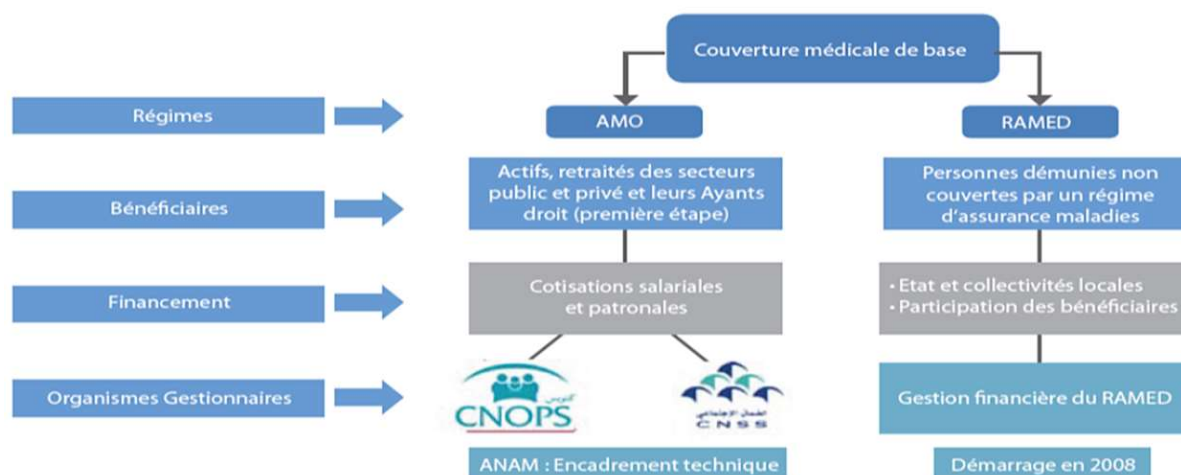
Source : élaboré par nous-même.

Le système marocain de couverture médicale a vu le jour sous le protectorat français avec la mise en place de mutuelles de fonctionnaires encadrées par des textes remontant à 1927-1928. Plus de soixante ans après l'indépendance, et malgré les progrès accomplis depuis 2002 avec la mise en place des régimes d'assurance maladie pour les salariés du secteur privé, de la fonction publique et pour les personnes démunies (AMO-CNSS, AMO-CNOPS et RAMED), ce système peine encore à se conformer aux principes d'universalité, de solidarité, d'égalité et de qualité des soins (CESE, 2018).

2.2 L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

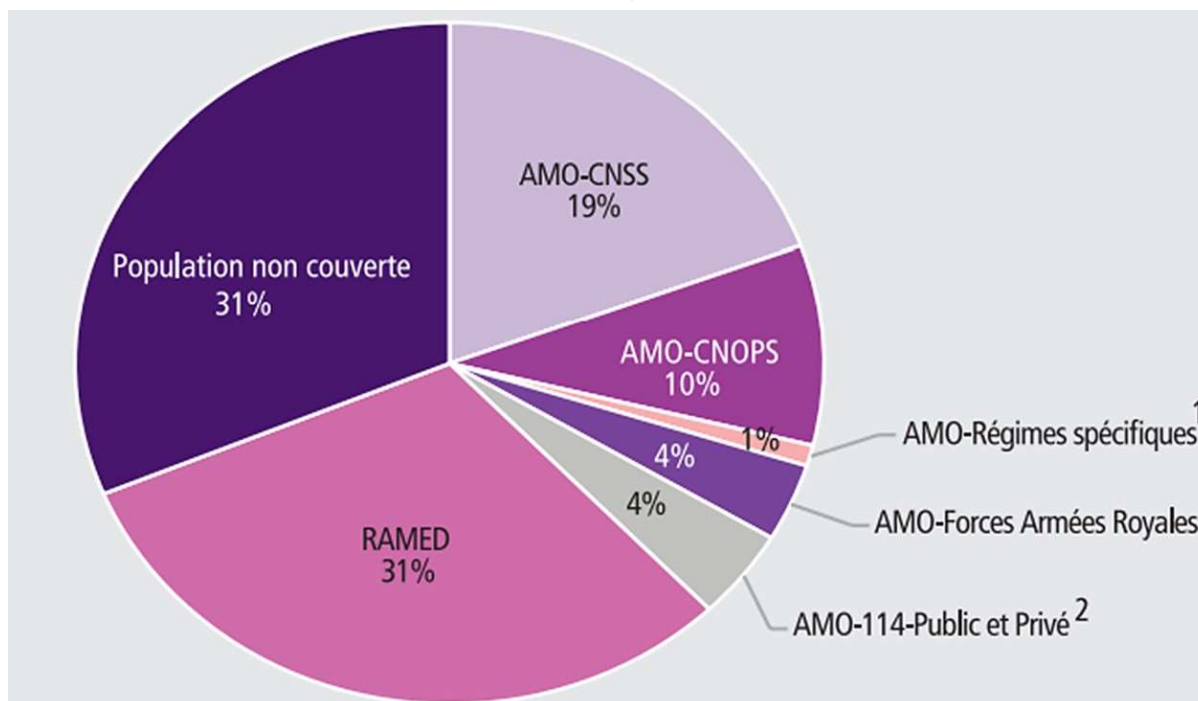
L'assurance maladie obligatoire (AMO) est formée de trois catégories : l'AMO-CNOPS, l'AMO-CNSS et l'AMO-Étudiants. La population couverte par l'AMO a atteint 9,1 millions de personnes à fin 2017, soit 26,0 % de la population contre 22,8 % en 2013. L'AMO-CNSS est le principal régime, avec une part de 65,8 % de l'effectif total, suivie de l'AMO-CNOPS avec 33,4 % et de l'AMO-Étudiants qui n'a pas dépassé 0,8 % du total.

Figure 2 : Schéma du système de couverture médicale de base



Source : ONU et Banque mondiale, Mapping du système de protection sociale au Maroc, 2017.

Figure 3 : Répartition de la population marocaine par type de couverture médicale de base (fin 2019)

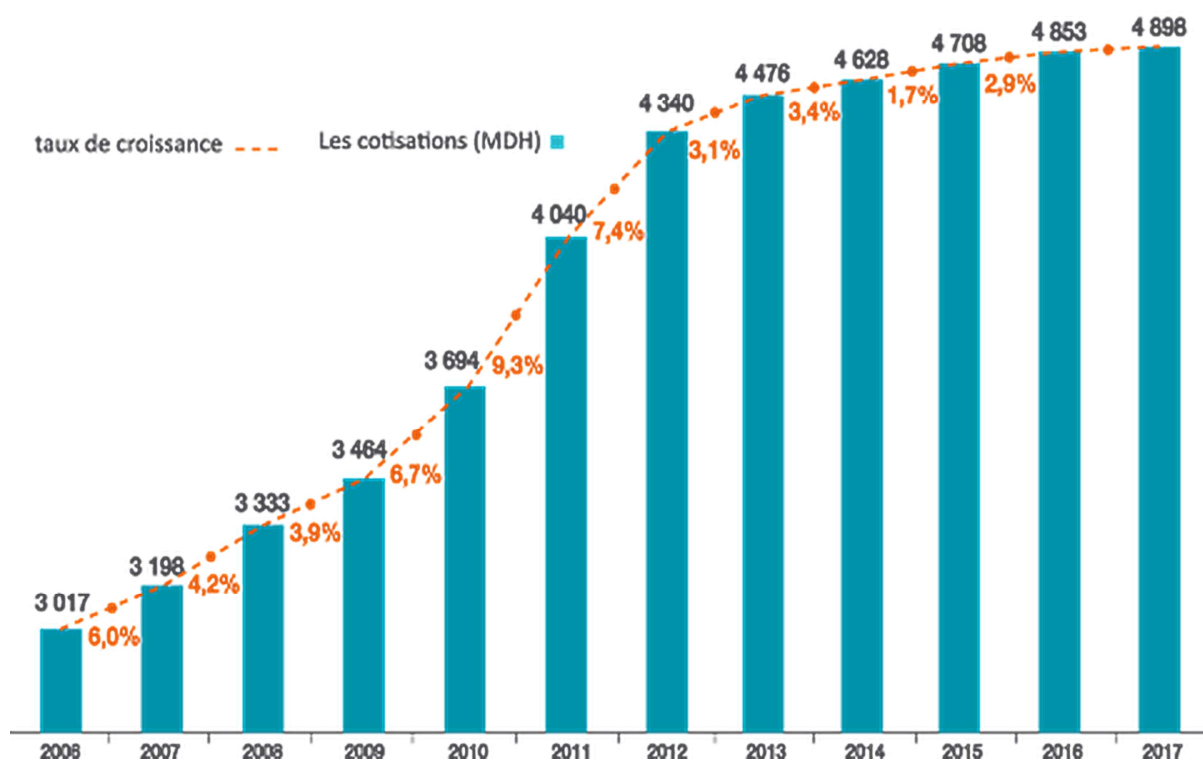


Source : élaboré sur la base des données de l'ANAM, de l'ACAPS et du HCP.

La CNOPS, deuxième source de financement du secteur de la santé après le ministère de la Santé, a vu ses effectifs actifs reculer en moyenne de 1,6 % par an entre 2013 et 2017, pour se situer à 1,8 million d'ayants droit. En 2017, ses cotisations ont atteint 4,9 MMDH pour des prestations de 5 MMDH (contre 3,3 MMDH en 2016), se traduisant par un déficit technique de 12,6 MDH et un solde global de -22,6 MDH. Ce régime couvre les employés et titulaires de pension du secteur public : le taux de couverture des prestations est fixé à 80-90 % de la tarification nationale de référence (100 % pour les maladies graves ou invalidantes), les salariés cotisant à 5 % (partagé à parts égales avec l'employeur) et les retraités à 2,5 %, dans la limite d'un plafond mensuel de 400 dirhams. Le secteur privé capte l'essentiel des dépenses de soins (82 % en 2017, contre 11 % pour le secteur public).

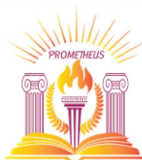
Figure 4 : Évolution des cotisations de l'AMO-CNOPS entre 2006 et 2017 (en MDH)

Les cotisations entre 2006 et 2017



Source : CNOPS.

L'examen de la situation financière de l'AMO-CNOPS entre 2009 et 2017 révèle une dégradation continue, avec un premier déficit technique en 2016 (-225 MDH), aggravé en 2017 (-302 MDH), pour un résultat global déficitaire de 22,5 MDH. Cette dérive s'explique par plusieurs facteurs convergents. D'une part, une quasi-stagnation des recettes : les cotisations n'ont progressé que de 3 % par an en moyenne, passant de 3,46 MMDH en 2009 à 4,9 MMDH en 2017. D'autre part, une dégradation marquée du ratio démographique, passé de 3,26 actifs pour un pensionné en 2009 à seulement 1,81 en 2017, un vieillissement qui pèse d'autant plus que les retraités cotisent deux fois moins que les actifs (2,5 % contre 5 %), avec le même plafond contributif. S'y ajoute une concentration croissante des dépenses sur les affections de longue durée, lourdes ou coûteuses : bien que ces bénéficiaires ne représentent que 5,6 % des assurés en 2017, ils absorbent 49 % des prestations, les dépenses correspondantes étant passées de 1,6 à 2,05 MMDH entre 2010 et 2017. Les dépenses totales de prestations ont ainsi progressé de 43 % sur la période (2,91 à 4,18 MMDH), concentrées à 62 % sur cinq postes : médicaments, biologie médicale, soins bucco-dentaires, consultations et optique médicale. Enfin, la faible attractivité du secteur public de soins, malgré sa capacité litère et ses avantages tarifaires, explique la captation croissante des remboursements par le secteur privé, dont la part est passée de 53 % en 2009 à 84 % en 2017.



L'AMO-CNSS présente, à l'inverse, une situation plus favorable : ses effectifs ont progressé de 12 % par an en moyenne entre 2013 et 2017, pour atteindre 3,4 millions d'ayants droit en 2017. Ses ressources se sont élevées à 9,9 MMDH (dont 6,5 MMDH de cotisations), pour des prestations de 3,4 MMDH, dégagant un solde technique excédentaire de 2,9 MMDH. Cette divergence entre les deux régimes tient à une structure démographique plus jeune dans le secteur privé, mais la soutenabilité financière à terme reste posée pour les deux régimes, en raison du nombre croissant d'ayants droit, du poids des affections de longue durée et de la part grandissante des dépenses réalisées dans le secteur privé.

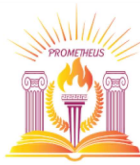
2.2.2 Couverture médicale non contributive : le RAMED

Mis en place en 2011, le RAMED est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie non couverte par un régime contributif. Il offre un panier de soins identique à celui de l'AMO, accessible gratuitement dans le respect d'une filière de soins commençant par le centre de santé de rattachement et pouvant se terminer par un centre hospitalier universitaire. Les bénéficiaires sont les personnes identifiées comme pauvres ou vulnérables, ainsi que certains publics spécifiques (pensionnaires d'orphelinats et d'hospices, personnes sans domicile fixe, anciens résistants). L'éligibilité, fixée par l'arrêté conjoint n° 836-08 de 2008, distingue les ménages pauvres et vulnérables selon des critères de revenu et de conditions de vie, différenciés entre milieu urbain et rural.

Le dispositif visait initialement à couvrir 8 millions de personnes, réparties entre 30 % de ménages pauvres (soins gratuits) et 70 % de ménages vulnérables (contribution annuelle de 120 DH/personne, plafonnée à 600 DH/foyer). En pratique, ce ratio s'est inversé : dès fin 2014, 84 % des bénéficiaires étaient classés comme pauvres et seulement 16 % comme vulnérables, ce qui a considérablement réduit les recettes attendues des ménages (19 % du financement prévu) et des collectivités territoriales (6 %), reportant l'essentiel de la charge — initialement estimée à 3 milliards de dirhams, financée à 75 % par l'État — sur le budget public.

La gratuité totale des soins, sur laquelle repose le RAMED, pose la question de sa soutenabilité financière à long terme. Mouhdi (2017) propose, comme piste de réforme, l'instauration d'un ticket modérateur de 10 % par acte (avec un minimum de 50 MAD), à l'exception des consultations et des urgences, afin de dégager de nouvelles ressources sans remettre en cause l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. Cette proposition illustre un dilemme récurrent des dispositifs non contributifs : toute participation financière, même modeste, des bénéficiaires peut contribuer à l'équilibre du régime, mais risque aussi d'en fragiliser la vocation redistributive si elle n'est pas assortie de mécanismes de protection des ménages les plus pauvres.





3. Généralisation de la couverture sociale au Maroc : quelle perspective ?

Au Maroc, la politique sociale reste marquée par la multiplicité des intervenants, le chevauchement des programmes et une couverture limitée. Selon l'enquête nationale sur l'emploi du HCP (2020), moins du quart des actifs occupés bénéficie d'une couverture médicale liée à l'emploi, et seuls 24,1 % sont affiliés à un régime de retraite. Le RAMED lui-même a souffert d'un problème de glissement, avec un nombre de bénéficiaires largement supérieur aux prévisions et des ressources insuffisantes pour y répondre.

Comme le rappelle Jdidi Soumaya (2025), la réforme de la protection sociale marocaine s'inscrit directement dans les orientations constitutionnelles du pays : l'article 31 de la Constitution charge l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales de mobiliser tous les moyens disponibles pour faciliter l'accès égal des citoyens à la santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutuelle. C'est dans ce cadre que la loi-cadre n° 09-21 du 5 avril 2021 constitue l'étape clé de la généralisation de la couverture sociale à l'horizon 2025. Bensahri (2025) précise que ce chantier, qui s'appuie sur la reconnaissance constitutionnelle du droit à la protection sociale, repose sur deux principes complémentaires — solidarité et non-discrimination, visant à la fois à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et à assurer un développement durable du pays.

Ce chantier, annoncé par Sa Majesté le Roi en juillet 2020 dans le contexte de la pandémie de Covid-19, qui avait mis en lumière la fragilité de larges franges de la population et le déficit en infrastructures sanitaires, se déploie sur cinq ans autour de quatre volets : l'élargissement de l'AMO de base à l'ensemble de la population (2021-2022, environ 22 millions de bénéficiaires supplémentaires), la généralisation des allocations familiales (2023-2024), puis l'élargissement des régimes de retraite à environ 5 millions de personnes non couvertes et la généralisation de l'indemnité pour perte d'emploi (2025).



Tableau 1 : Calendrier de mise en œuvre de la généralisation de la couverture sociale au Maroc (2021-2025)

Période	Principales mesures
2021 – 2022	Élargissement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) de base à l'ensemble de la population, couvrant environ 22 millions de bénéficiaires supplémentaires, notamment les travailleurs non-salariés et les anciens bénéficiaires du RAMED.
2023 – 2024	Généralisation des allocations familiales aux ménages qui n'en bénéficiaient pas conformément à la réglementation en vigueur.
2025	(i) Élargissement de la base des adhérents aux régimes de retraite afin d'intégrer environ 5 millions de personnes exerçant une activité sans bénéficier d'une pension ; (ii) Généralisation de l'indemnité pour perte d'emploi à toute personne disposant d'un emploi stable.

Source : élaboré par nous-même, loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale, Royaume du Maroc.

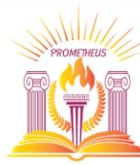
3.1 Réforme de la couverture médicale de base

La couverture médicale de base, encadrée par la loi n° 65-00, distingue l'assurance maladie obligatoire (AMO), fondée sur le principe contributif et la mutualisation des risques — étendue en 2017 aux travailleurs indépendants et aux professions libérales — et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), fondé sur l'assistance sociale et la solidarité nationale. En 2019, l'AMO couvrait 13,3 millions de personnes (51 % via la CNSS, 25 % via la CNOPS) et le RAMED 10,9 millions, laissant encore 11 millions de personnes sans aucune couverture. La loi-cadre 09-21 prévoit l'intégration des bénéficiaires du RAMED à l'AMO, l'opérationnalisation complète de l'AMO des indépendants, et la mise à niveau du système national de santé.

3.2 Financement de la généralisation de la couverture sociale

Le financement de ce chantier repose sur deux mécanismes complémentaires : un mécanisme contributif, assis sur les cotisations des assurés et les compléments de droits payés par les professionnels soumis à la Contribution Professionnelle Unique (CPU) ; et un mécanisme de solidarité, financé par les subventions du budget de l'État, des recettes fiscales dédiées (taxe de solidarité) et les économies dégagées par la réforme du système de compensation.

Ce double mécanisme relance le débat, déjà ancien, sur l'architecture institutionnelle la plus adaptée à la généralisation de l'AMO. Belmaati (2015) évalue à cet égard deux scénarios : le maintien d'une configuration à plusieurs payeurs (CNSS, CNOPS, régimes complémentaires), qui préserve l'autonomie de gestion de chaque caisse mais entretient la fragmentation des risques et des ressources, ou l'instauration d'un régime à payeur unique, qui mutualiserait davantage les risques entre catégories professionnelles au prix d'une recomposition



institutionnelle plus profonde. Au-delà du seul volume des ressources mobilisées, c'est la manière dont ces ressources sont mutualisées entre régimes qui déterminera la capacité du système à corriger les inégalités de couverture héritées de sa segmentation historique.

4. Vers un nouveau système de financement : la Contribution Professionnelle Unique (CPU)

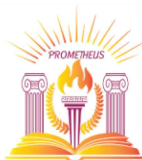
Instaurée par la loi de finances 2021, la Contribution Professionnelle Unique (CPU) s'adresse aux travailleurs indépendants et non-salariés auparavant soumis au régime du bénéfice forfaitaire. Elle fusionne en un seul prélèvement l'impôt sur le revenu, la taxe professionnelle et la taxe des services communaux, auquel s'ajoute un droit complémentaire destiné à financer l'assurance maladie obligatoire de base.

Sont éligibles les contribuables antérieurement soumis au régime forfaitaire, ceux qui débutent une activité professionnelle depuis le 1er janvier 2020, ainsi que les contribuables dont le chiffre d'affaires reste inférieur aux seuils fixés par la loi de finances 2020 — 2 millions de dirhams pour les activités commerciales, industrielles et artisanales, 500 000 dirhams pour les prestataires de services — à l'exclusion de certaines professions fixées par décret. L'adhésion au régime de l'assurance maladie obligatoire de base est une condition d'application du régime, et l'option pour la CPU doit être exercée avant le 1er avril (début d'activité) ou le 1er mai (en cours d'activité) de l'année considérée.

La base imposable correspond au chiffre d'affaires réalisé, auquel s'applique un coefficient propre à chaque profession, fixé par le Code Général des Impôts. Le calcul de la CPU comporte deux composantes : un taux libératoire de 10 % appliqué à la base imposable au titre de l'impôt sur le revenu, et un droit complémentaire, déterminé sur la base du montant de cette première composante, destiné au financement de la couverture médicale.

Ce mécanisme incarne un changement de paradigme en associant fiscalité et protection sociale dans un prélèvement unique pour les travailleurs indépendants. Il constitue, d'une part, un levier puissant de formalisation économique : en fusionnant plusieurs impôts et taxes en une seule déclaration assortie du droit complémentaire AMO, la CPU réduit les coûts de transaction pour les micro-entrepreneurs et offre un canal d'entrée simplifié dans la sphère formelle. Mais l'adossement de la cotisation sociale à la composante fiscale génère, d'autre part, un effet de plancher (cotisation minimale de 1 200 DH/an pour les impositions inférieures à 500 DH), qui représente une pression relative plus lourde sur les très petites unités à faible marge que sur les contribuables situés en haut de la même tranche. Les sauts de tranche discontinus créent en outre des effets de seuil favorisant l'accumulation artificielle des déclarations en dessous des tranches supérieures (bunching effect), susceptibles d'inciter à la sous-déclaration du chiffre d'affaires.





5. Discussion : soutenabilité financière et logiques d'équité dans la refonte de la protection sociale

L'examen croisé des régimes historiques (AMO-CNOPS, RAMED) et des nouveaux mécanismes d'inclusion (CPU) permet de dégager trois constats fondamentaux.

Premièrement, la dérive structurelle de l'AMO-CNOPS ne relève pas d'un aléa conjoncturel, mais d'une architecture de financement par répartition qui n'a pas été recalibrée face aux mutations sociodémographiques. L'apparition d'un déficit technique dès 2016, puis sa dégradation en 2017, illustre un double effet de ciseau : l'asphyxie du régime par le vieillissement de sa population couverte — le ratio démographique s'étant effondré de 3,26 à 1,81 actif par pensionné en moins d'une décennie — et la captation croissante des remboursements par le secteur privé, révélatrice d'une absence de mécanismes efficaces de régulation des coûts et de maîtrise médicale des dépenses.

Deuxièmement, l'expérience du RAMED offre une illustration empirique des limites des politiques d'assistance fondées sur un ciblage étanche sans financement pérenne. L'inversion des ratios prévus entre ménages « pauvres » et « vulnérables » a provoqué un assèchement des recettes escomptées des ménages et des collectivités territoriales, transférant la quasi-totalité de la charge sur le budget de l'État. L'intégration récente des ex-RAMEDistes au régime général de l'AMO, via l'AMO-Tadamon, constitue une avancée politique majeure qui unifie le panier de soins, mais déplace le risque plutôt qu'elle ne le résout : elle transforme une dette sociale non couverte en un engagement fiscal direct de l'État.

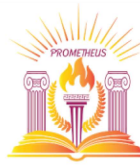
Troisièmement, la Contribution Professionnelle Unique, présentée comme la pierre angulaire de l'extension de la couverture aux indépendants, combine un réel effet incitatif à la formalisation économique et des biais distributifs non négligeables, liés à l'effet de plancher de la cotisation minimale et aux effets de seuil susceptibles de favoriser la sous-déclaration du chiffre d'affaires.

Ces trois constats convergent vers une même conclusion : la soutenabilité financière de la protection sociale marocaine ne peut plus reposer sur le seul élargissement du nombre d'assurés ; elle suppose une révision des paramètres techniques eux-mêmes, taux de cotisation par catégorie d'âge, fiabilité des outils de ciblage, progressivité des barèmes forfaitaires. À cet égard, la mise en place du Registre National de la Population (RNP) et du Registre Social Unifié (RSU), ainsi que la publication des décrets d'application relatifs à la généralisation de la protection sociale, dotent désormais le gouvernement d'outils juridiques, financiers et organisationnels inédits pour engager cette révision.

Conclusion

L'examen des mécanismes de financement de la couverture médicale au Maroc, à travers les régimes contributifs (AMO-CNOPS, AMO-CNSS) et le dispositif d'assistance (RAMED), montre que le Maroc, à l'instar de la plupart des pays, fait face à des difficultés structurelles de





financement de la protection sociale, aggravées par les crises économiques et sanitaires ainsi que par une demande croissante de services sociaux et sanitaires.

Sur le plan des ressources, Jabri (2026) souligne que le Maroc dispose de marges de manœuvre réelles pour financer ce chantier, notamment à travers la réforme de la fiscalité directe : révision de l'imposition des revenus du capital, introduction d'un impôt sur la fortune, taxation du patrimoine immobilier, et transition d'une économie à dominante informelle vers un cadre formel élargissant l'assiette fiscale. Ces pistes rejoignent, sur le terrain voisin des retraites, les enseignements comparatifs de Tlaty (2008), pour qui la pérennité des régimes marocains de retraite (CMR, RCAR) suppose elle aussi d'articuler solidarité sociale et responsabilité individuelle, à l'image des systèmes mixtes répartition/capitalisation observés au Canada et en Suède. La réussite de ces réformes fiscales et paramétriques demeure, dans tous les cas, tributaire d'une volonté politique ferme et d'un dialogue social effectif, sans lesquels aucune révision technique ne suffira à garantir la pérennité du système.

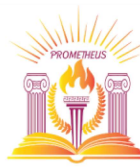
Cette analyse comporte néanmoins des limites qui ouvrent des pistes pour des travaux ultérieurs. Fondée sur des données institutionnelles agrégées, elle ne permet pas de rendre compte des stratégies concrètes des ménages et des indépendants face à ces dispositifs ; une enquête qualitative auprès des bénéficiaires du RAMED et des nouveaux adhérents à la CPU permettrait de documenter empiriquement les effets de ciblage et de seuil ici seulement identifiés par hypothèse. De même, l'évaluation du taux d'adhésion effectif à la CPU depuis 2021, non disponible à ce stade, permettrait de vérifier si les effets incitatifs l'emportent sur les effets de sous-déclaration redoutés.

Il n'en demeure pas moins que les échéances des prochaines décennies exigent de la prévoyance. Plus que jamais, la protection sociale marocaine doit se préparer aux mutations démographiques et économiques qui se dessinent, en consacrant une partie de ses ressources et de son ingénierie institutionnelle à se projeter dans l'avenir : investir dans les familles, le genre et l'égalité, tout en relevant les défis du vieillissement et en protégeant les groupes sociaux les plus vulnérables.

Bibliographie

- Addoum, A. « Le régime de sécurité sociale ». 1983.
- Banque Africaine de Développement. Maroc : Programme d'appui à la gouvernance de la protection sociale (PAGPS). 2016.
- Belmaati, Hicham. « Le rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc : état des lieux et perspective d'évolution ». 2015.
- Bensahri, Abdelhaq. « Projet de protection sociale au Maroc pendant la décennie en cours ». 2025, <https://doi.org/10.7202/1119078ar>.
- Castel, Robert. « Autour du livre. Les métamorphoses de la question sociale. » Vie sociale, 1 (2013): 21-39.





- Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE). La protection sociale au Maroc : revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales. Rapport, Auto-saisine n°34/2018, 2018.
- Elbaum, Mireille. « Le financement de la protection sociale : quelles perspectives au-delà des "solutions miracles" ? » Revue de l'OFCE.
- Esping-Andersen, Gøsta. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press, 1990.
- Fellat, F. M. « Sociologie de la sécurité sociale au Maroc ». 1986.
- Idrissi, M. « La couverture médicale au Maroc ». 2003.
- Jabri, Dalel. « Le financement de la protection sociale au Maroc : les options fiscales ». 2026, <https://doi.org/10.34257/gjhss254615>.
- Jdidi, Soumaya. « Le nouveau chantier de la protection sociale à l'aune de la loi cadre 09-21 ». European Journal of Social Sciences Studies, 2025, <https://doi.org/10.46827/ejsss.v11i1.1972>.
- Laghouali, Mariya. « Les enjeux de l'assurance maladie obligatoire au Maroc : contenu et portée de la loi 65.00 du 21 novembre 2002 ». 2008.
- Mouhdi, H. « Revue de la stratégie de financement de la Couverture médicale de Base, Au Maroc ». 2017.
- OCDE. Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc. 2020.
- ONU et Banque mondiale. Mapping du système de protection sociale au Maroc. 2017.
- Organisation Internationale du Travail (OIT). Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 : la protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable.
- Organisation Internationale du Travail (OIT). Social protection responses to the COVID-19 pandemic in developing countries: Strengthening resilience by building universal social protection. Social Protection Spotlight, mai 2020.
- Royaume du Maroc. Loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale.
- Royaume du Maroc, Cour des comptes. Rapport annuel au titre de l'année 2018.
- Tlaty, Mamdouh. « Le financement des retraites entre solidarité sociale et responsabilité individuelle : quelques leçons de modèles internationaux pour la réforme du système de retraite marocain ». 2008.

