

**Un projet de protection sociale inclusif au Maroc confronté aux réalités  
structurelles : Entre justice distributive et impasses du financement  
bismarckien**

**An inclusive social protection reform in Morocco facing structural realities:  
between distributive justice and the limits of the Bismarckian financing  
model**

**BOURASS Ayoub**

Doctorant

Faculté Des Sciences Juridiques Economiques Et Sociales Mohammedia,  
Université Hassan II de Casablanca, Maroc

Laboratoire des études et de recherches en sciences politiques, administratives et financières

**ABA Naima**

Enseignante-Chercheuse

Faculté Des Sciences Juridiques Economiques Et Sociales Mohammedia,  
Université Hassan II de Casablanca, Maroc

Laboratoire des études et de recherches en sciences politiques, administratives et financières

**EL MOUSSAOUI Rachid**

Enseignant-Chercheur, PES

Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales – Tanger  
Université Abdelmalek Essaâdi de Tanger, Maroc

**HAMID Imad**

Doctorant

Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales – Tanger  
Université Abdelmalek Essaâdi de Tanger, Maroc

**Date de soumission** : 07/11/2025

**Date d'acceptation** : 11/12/2025

**Pour citer cet article** :

BOURASS. A. & AL. (2025) « Un projet de protection sociale inclusif au Maroc confronté aux réalités structurelles : Entre justice distributive et impasses du financement bismarckien », Revue Française d'Économie et de Gestion « Volume 6 : Numéro 12 » pp : 667- 705.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



## Résumé

Cet article examine si, et dans quelle mesure, la réforme marocaine de généralisation de la protection sociale parvient à instaurer une justice distributive effective. L'analyse repose sur une triangulation de données quantitatives (provenant de la CNSS, du HCP, de la Cour des comptes et du CESE) et de sources qualitatives (rapports institutionnels, enquêtes médiatiques), permettant d'évaluer à la fois les indicateurs objectifs de couverture et les perceptions des ménages vulnérables. Les résultats montrent que, d'une part, le ciblage via le Registre Social Unique, caractérisé par l'opacité, et, d'autre part, le choix d'un financement bismarckien inadapté à un marché du travail marqué par une répartition inéquitable des salaires, risquent, au lieu de corriger les fractures sociales, de reproduire les inégalités. L'article conclut qu'une protection sociale véritablement inclusive exige de dépasser le ciblage strict au profit d'une approche plus universelle, soutenue par une fiscalité progressive sur les grandes fortunes et par la reconnaissance des contributions sociales des citoyens marginalisés.

**Mots clés :** protection sociale, financement bismarckien, pauvreté, justice distributive.

## Abstract

This article examines whether, and to what extent, the Moroccan reform to generalize social protection manages to establish effective distributive justice. The analysis is based on a triangulation of quantitative data (from the CNSS, HCP, the Court of Accounts, and the EESC) and qualitative sources (institutional reports, media surveys), making it possible to assess both objective coverage indicators and the perceptions of vulnerable households. The results show that, on the one hand, the targeting via the Single Social Register, characterized by its opacity, and on the other hand, the choice of a Bismarckian funding model unsuited to a labor market marked by an inequitable distribution of wages, risk, instead of correcting social divisions, reproducing inequalities. The article concludes that a truly inclusive social protection system requires moving beyond strict targeting in favor of a more universal approach, supported by progressive taxation of large fortunes and by the recognition of the social contributions of marginalized citizens.

**Keywords:** social protection, Bismarckian financing, poverty, distributive justice.

## Introduction

En l'absence de protection sociale, les ménages sont souvent contraints de développer leurs propres mécanismes d'adaptation face aux imprévus susceptibles de menacer leur niveau de vie. Selon Gill et Ilahi (2002), s'appuyant sur le modèle d'Ehrlich et Becker (1972), trois stratégies principales structurent cette résilience individuelle. Premièrement, les ménages peuvent recourir à l'autoprotection, en investissant dans leur capital humain — santé, éducation, nutrition — afin de réduire la probabilité même de survenue des risques, tels que le chômage ou les bas revenus. Deuxièmement, ils peuvent adopter une stratégie d'atténuation ex post en accumulant des actifs ou en épargnant une partie de leurs revenus, ce qui leur permet de faire face aux pertes financières en cas de crise. Enfin, troisièmement, ils peuvent souscrire à un régime d'assurance collective, où le paiement d'une prime permet de mutualiser le risque avec d'autres individus exposés à des aléas similaires, comme dans les systèmes d'assurance chômage. Ces trois voies — autoprotection, épargne et assurance — illustrent à la fois la rationalité des ménages et les limites de leurs capacités individuelles, soulignant ainsi l'intérêt crucial d'un cadre institutionnel de protection sociale capable de compléter, voire de remplacer, ces mécanismes informels.

Cette nécessité institutionnelle se reflète dans les multiples définitions de la protection sociale, toutes convergentes sur son rôle central dans la gestion des risques et la promotion de la justice sociale. Selon Boccanfuso et al. (2018), il s'agit d'un concept large englobant l'ensemble des interventions étatiques, qu'elles relèvent de la logique contributive (assurance sociale) ou non contributive (assistance financée par l'impôt). Holzmann et Jørgensen (2001) insistent quant à eux sur sa fonction de gestion du risque, visant à prévenir, atténuer et permettre l'adaptation aux chocs susceptibles de plonger les individus dans la pauvreté. Zhang et al. (2010) y voient un levier de lutte contre la vulnérabilité, tant chronique que transitoire, particulièrement en faveur des groupes marginalisés. Dans une perspective comptable, les comptes satellites de la protection sociale (ILO, 2001 ; Holzmann et al., 2003) la définissent comme l'ensemble des dépenses collectives couvrant des risques sociaux spécifiques — santé, vieillesse, famille, emploi, logement, exclusion — dès lors qu'elles reposent sur un principe de solidarité. Enfin, la Banque mondiale, l'UNICEF et d'autres institutions internationales y reconnaissent un outil stratégique pour renforcer la résilience, l'équité et les opportunités tout au long du cycle de vie. Ainsi, malgré des nuances dans les approches ou les cibles, toutes ces définitions convergent vers une vision intégrée de la protection sociale comme pilier indispensable d'une société inclusive et stable.

Sur le plan théorique, trois approches majeures permettent de comprendre l'intérêt de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté, en articulant droits, devoirs et justice sociale. L'approche fondée sur les droits humains, telle que développée par Piron (2004), Alexander (2004) et Sepulveda & Nyst (2012), considère les individus comme détenteurs de droits et l'État comme principal porteur de devoirs. Elle vise à autonomiser les plus marginalisés en leur permettant de revendiquer leurs droits économiques, sociaux et culturels, tout en s'opposant aux discours néolibéraux qui culpabilisent les pauvres (Rothstein, 1998). Cependant, cette perspective présente des limites : elle réduit souvent les pauvres à des bénéficiaires passifs, néglige les devoirs citoyens au-delà du respect des droits d'autrui (Nickel, 1987), et ignore les dynamiques de pouvoir internes à l'État (Pateman & Mills, 2007). En outre, les politiques ciblant uniquement les pauvres manquent de soutien politique durable, contrairement aux systèmes universels (Ulriksen, 2012).

Face à ces insuffisances, l'approche par les capacités, portée par Sen (2000) et Nussbaum (2003, 2011), propose une vision plus nuancée. Elle définit la pauvreté non seulement comme un manque de ressources, mais comme une privation de libertés réelles — c'est-à-dire d'« capacités » — à mener la vie que l'on a raisonnablement raison de choisir. Cette approche insiste sur le fait qu'un droit n'est effectif que si l'individu possède les capacités concrètes pour l'exercer (Robeyns, 2005). Elle reconnaît également que la liberté implique une responsabilité morale (Sen, 2000), tout en soulignant la vulnérabilité universelle des êtres humains (Nussbaum, 2003). Ainsi, la pauvreté peut être interprétée comme une incapacité à assumer des devoirs, ce qui justifie des transferts non seulement comme droit, mais comme moyen de restaurer la capacité à contribuer (Hick, 2012). Néanmoins, comme le relèvent Ballet, Dubois & Mahieu (2007), cette approche reste centrée sur les droits, sans définir clairement les devoirs concrets des citoyens, ce qui limite sa capacité à reconnaître pleinement les contributions quotidiennes des plus pauvres.

Puis, la théorie du contrat social, mobilisée par Barrientos & Hulme (2008), Devereux & White (2010) ou Hickey (2008), conçoit la protection sociale comme le fruit d'un échange mutuel entre droits et responsabilités. Inspirée par une logique de réciprocité, elle suppose que les citoyens acceptent des devoirs parce qu'ils perçoivent des bénéfices communs (Haddock, 2008). Toutefois, cette vision idéalisée repose sur une symétrie entre partenaires égaux, ce que Nussbaum (2003) et Mills (2007) jugent irréaliste dans des sociétés marquées par des inégalités structurelles. Mills introduit ainsi la notion de « contrats de domination », où l'inclusion formelle des pauvres masque leur subordination réelle. De plus, les politiques conditionnelles

contemporaines inversent souvent l'ordre des priorités en exigeant que les pauvres « méritent » leurs droits (Kabeer, 2005), ce qui renforce leur stigmatisation. White (2000) tente de corriger ce biais avec une « réciprocité équitable », mais celle-ci aboutit à exclure les plus vulnérables en les exemptant de devoirs. Ainsi, comme le souligne Janoski (1998), le modèle contractuel, adapté au marché, échoue à rendre compte de la nature interdépendante, différée et plurielle des échanges dans la sphère de la protection sociale, où les contributions ne se mesurent pas uniquement en termes monétaires ou immédiats.

Ces théories soulignent le rôle central des dépenses publiques de protection sociale dans la réduction de la pauvreté et des inégalités. Toutefois, leur efficacité distributive est plus limitée dans les pays en développement, non seulement en raison de niveaux de dépenses plus faibles, mais aussi en raison de conceptions institutionnelles fragmentées. En effet, contrairement aux « régimes de protection sociale » observés dans les démocraties capitalistes du Nord global, les populations africaines défavorisées vivent souvent sous des « régimes d'insécurité », où l'État agit davantage comme un acteur prédateur que protecteur, tandis que, de leur côté, les plus aisées s'appuient sur des « régimes de sécurité informels », fondés sur des réseaux extra-étatiques de solidarité (Gough & Wood, 2004). Cette dualité structurelle est renforcée par le fait que, comme le démontrent Hall et al. (2004) et Van Ginneken (2010), les systèmes existants couvrent principalement les travailleurs du secteur formel, laissant ainsi de côté les vastes populations de l'économie informelle. Dans ce contexte, Gough et al. (2004) qualifient ces dispositifs de « régimes d'insécurité » ou de « régimes de sécurité informels », lesquels se caractérisent par leur caractère discrétionnaire, leur faible prévisibilité et, surtout, leur incapacité à offrir une protection efficace contre les chocs socioéconomiques.

De surcroît, les dépenses sociales y sont souvent procycliques : elles augmentent en période de croissance et se contractent en période de crise (Del Granado et al., 2010), ce qui aggrave les inégalités et entrave la résilience économique (Zouhar et al., 2021). Cette absence de stabilisateurs automatiques rend les politiques sociales moins efficaces pour remplir leur fonction distributive, contrairement à ce qui est observé dans les économies avancées.

Néanmoins, des travaux récents élargissent cette perspective en montrant que, même dans les contextes à faible revenu, une meilleure équité dans l'allocation des dépenses sociales peut avoir un impact significatif. L'étude de Popova (2023), fondée sur un échantillon de 101 pays entre 1998 et 2017, démontre que la part des dépenses de protection sociale allant au quintile le plus pauvre constitue un prédicteur robuste de la réduction de la pauvreté (mesurée à 1,90 dollar

par jour) et des inégalités (indice de Gini), avec un effet encore plus marqué dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Par ailleurs, Pouw & Bender (2022), dans une analyse multidisciplinaire menée au Ghana et au Kenya, soulignent que, si les synergies entre transferts monétaires et politiques de santé restent limitées, les effets subjectifs et les dimensions relationnelles du bien-être sont néanmoins notables. Ils mettent en évidence les défis de coordination entre politiques sectorielles, les biais régionaux dans la mise en œuvre et la nécessité d'une approche intégrée pour renforcer l'inclusion. Ensemble, ces travaux confirment que l'efficacité distributive de la protection sociale dépend moins du volume absolu des dépenses que de leur ciblage, de l'équité dans les choix de financement et de leur intégration dans un cadre cohérent de politiques publiques.

Au Maroc, l'échec du modèle de développement capitaliste, fondé sur la croyance critiquée par Berrada (1991, 2019) selon laquelle croissance et égalité seraient inconciliables, s'est traduit par une stagnation, voire une aggravation des inégalités sociales. L'indice de Gini, qui mesurait 39,9 en 1985, a progressivement augmenté pour atteindre 40,7 en 2007, avant une légère baisse à 39,5 en 2014, puis une remontée à 40,5 en 2022. Cette tendance récente est particulièrement marquée en milieu urbain, où l'indice est passé de 37,9 % en 2019 à 40 % en 2022, contre une hausse plus modeste en milieu rural, passant de 30,2 % à 31,1 %. Les écarts deviennent encore plus nets lorsqu'on distingue les inégalités de revenus (46,4 %) des inégalités de dépenses (38,5 %), révélant une forte concentration des revenus au sommet de l'échelle sociale. Les indices d'Atkinson confirment cette persistance des disparités : pour un coefficient d'aversion élevé, l'indice national reste élevé à 52,4 % en 2022, bien qu'une légère amélioration soit observée en milieu rural, où il recule de 45,9 % à 40,7 %. Surtout, les données du HCP (2025) montrent que la croissance économique seule ne suffit plus : une hausse de 1 % de l'indice de Gini accroît la pauvreté de 3,9 % au niveau national, et même de 7,7 % en milieu urbain, tandis qu'une croissance inférieure à 2,5 % ne compense pas cet effet négatif. Ces chiffres démontrent de façon critique que la croissance, sans redistribution, aggrave les fractures sociales plutôt qu'elle ne les résorbe.

Face à la persistance des inégalités et aux limites d'un modèle de croissance peu inclusif, le Maroc a engagé, depuis les années 2000, une série de politiques sociales – Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), Assurance Maladie Obligatoire (AMO), Régime d'Assistance Médicale (Ramed), programme Tayssir – culminant dans le projet ambitieux de généralisation de la protection sociale lancé en 2021. Ce chantier repose sur deux piliers

majeurs : l'extension universelle de l'assurance maladie (2022) et le déploiement progressif des allocations familiales (2023–2024).

À ce titre, il est à noter que la réussite du chantier de généralisation de la protection sociale au Maroc repose largement sur le Registre Social Unique (RSU), conçu pour identifier les populations vulnérables et atténuer les effets sociaux de la réforme des subventions. Toutefois, on peut se demander si le Registre Social Unique est réellement en mesure d'assurer un ciblage précis, une équité d'accès aux prestations et une résilience face aux contraintes budgétaires. Au-delà de l'extension formelle de la couverture, une problématique structurelle émerge : qui supporte réellement le coût du système ? Sur quelle assiette repose son financement – est-elle juste, stable et suffisamment large ? Et surtout, la redistribution opérée est-elle équitable entre contributeurs et bénéficiaires, sans reproduire les inégalités qu'elle vise à corriger ? L'évaluation de cette réforme doit donc se fonder non pas seulement sur ses objectifs normatifs, mais sur la justice distributive de ses mécanismes de financement et d'allocation, ainsi que sur leur adéquation aux réalités socio-économiques différenciées des territoires urbains et ruraux. Pour évaluer ces enjeux, l'analyse s'appuie sur une démarche empirique croisant données quantitatives officielles et sources qualitatives critiques. Les statistiques issues de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), du Haut-Commissariat au Plan (HCP), de la Cour des comptes et du Conseil économique, social et environnemental (CESE) ont permis de tracer l'évolution des salaires, du pouvoir d'achat, de la couverture sociale et des erreurs de ciblage. Parallèlement, des rapports desdits institutionnels et des enquêtes médiatiques ont été mobilisés pour saisir la perception des ménages pauvres vis-à-vis des nouveaux dispositifs, en particulier leur sentiment d'exclusion, leur méfiance envers le RSU et leur expérience concrète de l'accès aux soins et aux aides monétaires. Cette triangulation méthodologique vise à mettre en lumière les écarts entre les objectifs normatifs de la réforme et ses effets concrets sur le terrain, en particulier pour les travailleurs informels, les bas salaires et les catégories exclues du filet de protection malgré leur vulnérabilité avérée.

L'étude s'organise en deux volets complémentaires, conçus non pas comme des analyses séparées, mais comme des dimensions interdépendantes d'une même interrogation sur la faisabilité d'un modèle de protection sociale à la fois ciblé, contributif et inclusif dans le contexte socio-économique marocain. Le premier volet interroge les fondements du nouveau dispositif de transferts sociaux, en particulier les présupposés techniques et normatifs qui sous-tendent le Registre Social Unique et la généralisation de l'assurance maladie, afin d'évaluer leur capacité à assurer une allocation juste et efficace des ressources publiques sans exclure les

plus vulnérables. Ce questionnement ouvre naturellement sur le second volet, qui examine les conditions structurelles, notamment la segmentation du marché du travail, la distribution salariale privée, la faible base de cotisants et les limites du financement contributif, qui déterminent non seulement la viabilité financière du système, mais aussi sa capacité à promouvoir une inclusion économique active plutôt qu'une dépendance passive aux aides. En articulant ces deux dimensions, l'analyse vise à évaluer si la réforme en cours constitue une rupture véritable avec les logiques antérieures d'assistance fragmentée, ou si elle reproduit, sous de nouvelles formes institutionnelles, les mêmes impasses en matière de justice sociale et de développement inclusif.

### **1. Un État social à deux vitesses et sans capacité réelle : corporatisme- libéralisme et précarité dans la couverture maladie**

La protection sociale relève des droits sociaux, entendus comme des interventions publiques légitimes garantissant la subsistance et l'intégration des citoyens plutôt que comme des faveurs discrétionnaires (Janoski, 1998). Elle repose sur des prestations monétaires et des services habilitants fondés sur la solidarité, non sur l'échange marchand (Yeates, 2011). Au cœur des systèmes de protection, notamment dans les pays à faible et moyen revenu, l'aide sociale désigne les transferts budgétaires réglementés aux groupes défavorisés. Barrientos (2019) en distingue quatre formes : transferts monétaires purs, garanties d'emploi, transferts conditionnels (ex. Tayssir au Maroc) et programmes intégrés de lutte contre la pauvreté. Ces dispositifs visent à stabiliser la consommation des ménages vulnérables et, le cas échéant, à renforcer leur capacité productive et leur autonomie à long terme.

Cependant, la mise en œuvre de ces mécanismes au Maroc bute sur des défis structurels : la transition de la Caisse de compensation (transferts indirects universels) vers des aides directes comme les allocations familiales, censée améliorer le ciblage des vulnérables, se heurte à la faible redistributivité de la première et aux limites du ciblage via le Registre Social Unique (1.1). Par ailleurs, l'orientation contributive de la couverture sanitaire universelle risque de marchandiser l'accès aux soins, d'exclure les plus pauvres et d'accroître les inégalités. Ces contradictions appellent à questionner, d'une part, l'efficacité redistributive des nouveaux instruments au regard de la justice sociale et, d'autre part, les conditions économiques et sociales permettant aux citoyens de participer au financement sans être pénalisés (1.2).

## **1.1. Transferts sociaux et justice distributive : entre promesses de protection et défis de financement au Maroc**

Au Maroc, la transformation des politiques sociales depuis les années 2000 s'inscrit dans une double logique : celle de la rationalisation des transferts publics et celle de la recherche d'une plus grande justice distributive. Pourtant, malgré des réformes ambitieuses, notamment le passage de transferts monétaires indirects (Caisse de compensation) à des transferts monétaires directs (allocations familiales et aides sociales directes) **(1.1.1)**, les mécanismes de protection sociale peinent à concilier efficacité du ciblage, équité dans la redistribution et soutenabilité budgétaire, révélant des arbitrages difficiles entre universalité, ciblage et capacité à financer une couverture sociale véritablement inclusive **(1.1.2)**.

### **1.1.1. Les transferts sociaux hérités : universalité défaillante et injustice distributive**

Jusqu'à une période récente, le système de protection sociale marocain reposait sur un paradigme dual inefficace et financièrement insoutenable, illustré par la Caisse de compensation et le régime RAMED. Quant au premier pilier, la Caisse de compensation, héritage colonial initialement destiné à réguler la cherté des produits de première nécessité, s'est révélée structurellement déficitaire (Tarbalouti, 2014) : la croissance démographique et la rareté relative de l'offre exercent une pression croissante sur les finances publiques, menaçant les équilibres budgétaires et l'indépendance économique du Royaume, tandis que la distribution aveugle des subventions aggrave les inégalités en ignorant la situation socioéconomique réelle des bénéficiaires.

En parallèle, le RAMED, institué en mars 2012 comme alternative ciblée fondée sur la solidarité nationale, garantit la gratuité des soins hospitaliers publics aux populations pauvres et vulnérables non couvertes par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sans toutefois couvrir l'intégralité des frais de santé. Son mode de ciblage repose sur un score composite intégrant des critères géographiques (urbain vs rural), de revenu et de pauvreté multidimensionnelle : les personnes pauvres sont définies par un revenu annuel par tête  $\leq 3\,767$  DH en milieu urbain ou un score patrimonial  $\leq 28$  en milieu rural ; les personnes vulnérables par un revenu pondéré entre 3 767 et 5 650 DH en urbain ou un score patrimonial entre 28 et 70 en rural (Aba, Serbouti & Bourass, 2024).

Toutefois, ce dispositif présente des dysfonctionnements majeurs : la complexité du score favorise l'incompréhension et la sélection adverse (« passagers clandestins »), tandis que l'offre de soins stable bute sur une demande croissante, induisant une saturation hospitalière,

l'attribution d'actes coûteux à des non-éligibles, la démotivation du personnel et les files d'attente provoquant une désaffection des bénéficiaires légitimes (cf. CESE, 2018).

Il en résulte des biais d'exclusion et d'inclusion massifs : 74,1 % des individus éligibles (dépense annuelle < 3 767 DH) sont exclus du RAMED, tandis que le régime couvre inéligiblement 22,6 % des personnes dépensant entre 3 767 et 5 650 DH, 18,8 % de celles dépensant entre 10 000 et 15 000 DH et 13,8 % de celles dont la dépense excède 15 000 DH (CESE, 2018). Ainsi, le programme souffre d'un double déficit de dimensionnement et de ciblage, aggravé par l'insuffisance de l'offre et les stratégies d'adaptation des usagers, ce qui explique le faible taux de couverture médicale nationale.

Au-delà de ces distorsions quantitatives, les comportements d'adhésion varient fortement selon les catégories sociales. Pour les travailleurs indépendants, le choix entre assurance privée et RAMED obéit à un arbitrage coût-avantage où la variable « coût-confort » prédomine, incitant nombre de ménages aisés à recourir au RAMED perçu comme gratuit, voire à exploiter leurs réseaux pour optimiser la qualité des soins, tandis que les plus démunis n'adhèrent souvent qu'après l'apparition d'un problème de santé, se retrouvant fréquemment sans carte au moment du besoin.

Cette logique individuelle s'inscrit dans une expansion généralisée des transferts institutionnels : entre 2001 et 2014, la part de ménages bénéficiaires de tout type de transfert monétaire est passée de 41,6 % à 50,1 %, la couverture des transferts publics doublant de 10,8 % à 22,9 %. Néanmoins, ces transferts restent régressifs : en 2014, seuls 8,9 % des 20 % les plus pauvres en bénéficiaient contre 40,2 % des 20 % les plus riches, révélant les limites structurelles du ciblage. Face à ces dysfonctionnements systémiques, le Registre social unique (RSU), institué par la loi n° 72-18, apparaît comme réponse structurante à la fragmentation et à l'inefficacité du système. Son mécanisme centralise l'éligibilité via un score unique par ménage, calculé par proxy-means testing à partir d'indicateurs sociodémographiques, économiques et régionaux corrélés au niveau de vie (Jaidi, 2020). Interconnecté au Registre national de la population (RNP) et au Numéro identifiant unique (NIU), il vise à optimiser l'efficacité des dépenses sociales, lutter contre la fraude, éviter les cumuls indus et générer des économies administratives.

Il reste à dire que la méthodologie retient des variables fortement corrélées à la pauvreté, facilement mesurables et peu manipulables : qualité et statut d'occupation du logement, possession de biens durables, structure démographique, secteur d'activité et niveau d'instruction, avec des pondérations territorialisées (urbain/rural) reflétant les disparités

socioéconomiques. L'éligibilité est déterminée par un seuil fixé à 9,743001, selon le décret d'application de la loi n° 58-23.

### **1.1.2. La transition des subventions indirectes aux allocations familiales directes : une réforme en trompe-l'œil ?**

Si les transferts sociaux peuvent constituer un levier puissant d'amélioration du bien-être matériel et sanitaire des ménages pauvres, leur efficacité dépend crucialement de leur conception, de leur ciblage et de leur ancrage dans une logique de droits. Ce constat global invite à examiner, d'une part, les effets avérés des aides sociales sur la santé et la pauvreté dans divers contextes internationaux **(A)**, et d'autre part, les limites structurelles de la récente réforme marocaine, dont les promesses universalistes se heurtent à des contradictions budgétaires, techniques et politiques **(B)**.

#### **A. Les apports empiriques des transferts sociaux : bien-être, santé et réduction des inégalités**

Les aides sociales directes ne renforcent pas seulement le pouvoir d'achat des plus pauvres et n'améliorent pas seulement leurs conditions matérielles de vie, mais, du point de vue de la santé publique, un revenu supplémentaire peut également permettre aux individus d'éviter certaines expositions nocives et d'adopter des pratiques bénéfiques pour leur santé. En effet, des travaux empiriques soulignent ces effets positifs de l'aide sociale sur le bien-être matériel des ménages pauvres, notamment en matière de consommation, d'accès aux soins et de réduction de la pauvreté. Bastagli et al. (2019), Barrientos & Niño-Zarazúa (2010) ainsi que Malerba & Niño-Zarazúa (2021) montrent leurs effets positifs sur le bien-être, la scolarisation, l'accès aux soins et l'accumulation d'actifs productifs, sans induire de dépendance accrue à l'assistance. Ces conclusions convergent avec celles de Barrientos (2010), Fiszbein & Schady (2009) et Fiszbein, Kanbur & Yemtsov (2014), qui insistent sur le caractère redistributif efficace des transferts sociaux, à condition qu'ils soient suffisamment couvrants et bien ciblés. Les analyses comparatives révèlent toutefois des différences contextuelles : en Amérique latine, les transferts conditionnels et pensions sociales réduisent fortement la pauvreté et le coefficient de Gini ; en Asie du Sud, ce sont surtout les programmes de travaux publics qui atténuent les vulnérabilités ; tandis qu'en Afrique subsaharienne, les transferts monétaires non conditionnels s'avèrent les plus efficaces. Ces résultats indiquent que, lorsqu'ils sont suffisants, stables et peu contraignants, les transferts sociaux peuvent non seulement atténuer la privation matérielle, mais aussi créer les conditions d'une meilleure santé, en permettant aux ménages d'éviter les expositions nocives et d'adopter des comportements favorables à leur bien-être.

Dans ce paysage contrasté, le cas marocain se révèle particulièrement éclairant. L'étude d'Abdelkhalek et Boccanfuso (2021), fondée sur les données de l'Enquête nationale sur la population et la santé familiale (2018), compare deux méthodes de ciblage des programmes sociaux : aléatoire versus « objectif » (basé sur un modèle probit intégrant résidence, éducation, richesse, etc.). Contre toute attente, le ciblage objectif ne se révèle pas systématiquement plus efficace : les réductions de pauvreté multidimensionnelle sont souvent plus marquées sous le ciblage aléatoire, en raison de la faible sensibilité du modèle probit à certains indicateurs de privation. Par ailleurs, les gains sont proportionnellement plus importants chez les moins pauvres. L'étude met ainsi en garde contre l'illusion de rationalité technique dans le ciblage, soulignant la nécessité d'une évaluation prudente des mécanismes de sélection — un constat d'autant plus pertinent dans le contexte de la récente réforme des politiques sociales au Maroc.

### **B. La réforme marocaine et ses dysfonctionnements structurelles**

La réforme marocaine de la protection sociale, fondée sur la Loi-cadre n° 09.21 et opérationnalisée par la loi n° 58-23 (entrée en vigueur fin 2023), instaure un système d'allocations familiales structuré autour d'un double objectif de couverture des risques liés à l'enfance et d'appui aux ménages adultes vulnérables. Les premières allocations sont modulées selon l'âge, la composition du foyer et la scolarisation, avec des dispositifs spécifiques pour les enfants en situation de handicap ou orphelins ; les secondes prennent la forme d'une aide forfaitaire de 500 DH pour les ménages sans enfants ou avec des enfants majeurs, conditionnée à l'inscription au Registre Social Unique (RSU) et à un score socioéconomique inférieur à 9,743001. L'ensemble s'inscrit dans une logique déclarée de réduction des inégalités et d'amélioration de l'accès aux droits, conformément à l'approche fondée sur les droits humains, qui reconnaît l'État comme principal porteur de devoirs chargé de garantir les droits économiques et sociaux.

Toutefois, l'analyse révèle plusieurs limites structurelles qui interrogent la cohérence du dispositif au regard des principes du management public et de la perspective fondée sur les droits. Alors que la réforme de la Caisse de compensation (avril 2024) et la mise en œuvre du RSU étaient censées améliorer l'inclusion, les données disponibles mettent en évidence une dynamique inverse. Le gouvernement avait anticipé la prise en charge d'environ 1 million de familles (3,5 millions de personnes), mais le CESE (2024) indique qu'à fin 2024 près de 4 millions de familles — soit plus de 5,5 millions d'enfants — bénéficient effectivement de l'aide. Cette expansion rapide, marquée par un pic inédit de 2,3 millions de demandes en décembre

2023, traduit à la fois une sous-estimation du besoin social et une pression citoyenne révélant les attentes accumulées en matière de droits sociaux.

**Tableau 1 : Réalité de l'ISE et du RSU selon la perception des ménages et les analyses médiatiques**

<b>Problème</b>	<b>Nature des dysfonctionnements</b>
<b>Exclusion de familles vulnérables</b>	Certaines familles pauvres sont exclues malgré leur situation réelle ; le seuil de l'indice socio-économique est rigide
<b>Opacité dans l'explication</b>	Les ménages reçoivent peu ou pas d'explication sur leur exclusion
<b>Rigidité de l'algorithme RSU</b>	Les scores sont appliqués de façon binaire, excluant des ménages vulnérables
<b>Seuils trop stricts</b>	Les seuils ne tiennent pas compte de l'inflation et des dépenses réelles
<b>Mécontentement des ménages</b>	Nombreux ménages exclus expriment leur insatisfaction
<b>Indice recalculé arbitrairement</b>	L'indice socio-économique peut être modifié sans communication claire
<b>Erreurs opérationnelles</b>	Exclusion involontaire due à des erreurs administratives ou de saisie
<b>Manque de transparence</b>	Les décisions de refus sont peu expliquées
<b>Cadre institutionnel limité</b>	Méthodologies de scoring peu flexibles, manque d'ajustements
<b>Risques de cybersécurité</b>	Fuites de données personnelles exposant les ménages
<b>Limites méthodologiques</b>	Outil de scoring non adapté à toutes les catégories sociales
<b>Centralisation excessive</b>	Risques liés à la concentration des données
<b>Ajustement des seuils non suivi</b>	Inflation et coûts non intégrés dans l'indice
<b>Révision tardive des critères</b>	Processus lent pour corriger les exclusions
<b>Complexité administrative</b>	Difficulté d'accès aux informations et recours
<b>Difficile contestation</b>	Mécanisme de recours peu clair pour les ménages
<b>Critères trop stricts sur les biens</b>	Possession d'un téléphone ou d'une moto peut exclure
<b>Insuffisance d'information</b>	Les familles ne reçoivent pas d'explication sur les calculs
<b>Absence d'ajustement géographique</b>	Seuil unique pour zones urbaines et rurales
<b>Effets pervers</b>	Certains évitent d'améliorer leur situation pour rester éligibles
<b>Non-prise en compte revenus informels</b>	Revenus non déclarés excluent des ménages vulnérables
<b>Délais de traitement trop longs</b>	Aide retardée ou refus tardif

<b>Partialité perçue</b>	Certains groupes sociaux mieux servis que d'autres
<b>Incohérence dans l'application</b>	Même situation économique = exclusion ou inclusion différente

Source : Élaboré par les auteurs sur la base d'un ensemble d'articles de presse

En outre, la dimension budgétaire met également en évidence la fragilité de la réforme. Le financement prévu — 25 milliards DH en 2024, 27 milliards en 2025 et 29 milliards à partir de 2026 — repose largement sur l'excédent attendu de la Caisse de compensation, dont la soutenabilité est incertaine face à la volatilité internationale des cours du gaz, du blé et du sucre. La facture des subventions pourrait dépasser 16 milliards DH en 2024, fragilisant les marges nécessaires à la consolidation du programme. Ce contexte est d'autant plus problématique que la hausse programmée du prix du gaz butane (10 DH par an depuis 2024 pour atteindre 70 DH en 2026, face à un prix de marché de 140 DH) affecte directement le pouvoir d'achat des ménages pauvres qui consomment en moyenne une bonbonne par mois ; l'allocation de 500 DH ne compense qu'une part marginale de cette perte, dans un contexte d'inflation durable.

Cette dégradation matérielle se reflète dans une crise de confiance sans précédent : l'Indice de Confiance des Ménages est passé de 79,9 en 2021 à 46,0 en 2024, son plus bas niveau depuis 2008. Le déficit de légitimité perçue renvoie autant à l'érosion du pouvoir d'achat qu'à l'impression d'un dispositif arbitraire, excluant, et déconnecté des réalités sociales — caractéristiques qui contreviennent aux principes de transparence, d'équité et de redevabilité au cœur du management public moderne.

Enfin, la réforme ne comporte aucun mécanisme d'autonomisation, alors même que l'approche fondée sur les droits insiste sur la nécessité de renforcer l'agency des groupes marginalisés. Les 24,175 milliards DH dépensés en 2024 ont été consacrés intégralement à des transferts monétaires sans accompagnement socio-professionnel, sans conditionnalité éducative ou d'insertion, et sans articulation avec des dispositifs de formation ou de microcrédit. Dans un contexte où le chômage des jeunes dépasse 25 % et où l'économie informelle concerne plus de 80 % de la main-d'œuvre, cette absence de stratégie d'émancipation réduit la portée réellement transformatrice de la réforme. En l'état, et faute d'un recentrage sur une logique de droits, de capacités et de citoyenneté active, le dispositif tend davantage vers une redistribution compensatoire et limitée, incapable de répondre aux défis structurels de la pauvreté et des inégalités au Maroc.

## **1.2. La dimension économique de la « capacité » des citoyennes-cotisants dans le financement de la protection sociale**

La couverture sanitaire universelle (CSU), définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un système permettant un accès universel aux soins sans difficultés financières, repose sur trois piliers : protection financière, équité d'accès et qualité des services. En revanche, bien que ce cadre normatif soit une référence internationale largement partagée, sa mise en œuvre varie considérablement selon les contextes nationaux.

Au Maroc, l'ambition de généraliser la protection sociale, notamment à travers la couverture maladie universelle, se heurte à un écart croissant entre les principes théoriques de la CSU et la réalité opérationnelle, alimentant une crise de légitimité de ce modèle. Malgré la loi organique relative à la loi de finances n°130-13 qui instaure une gestion budgétaire axée sur la performance et le budget-programme, visant à renforcer l'efficacité socio-économique et la transparence des dépenses sociales, les résultats de 2024 révèlent des défaillances persistantes dans la gouvernance du système (1.2.1). De plus, le Tarif National de Référence, conçu pour réguler les prix des médicaments et des prestations de santé, agit comme un levier budgétaire qui, déconnecté de la réalité économique des ménages, compromet l'accès aux soins. Ce décalage entre tarification officielle et pouvoir d'achat réel accroît les inégalités, surtout dans un contexte d'hausse généralisée des coûts de la vie (1.2.2).

### **1.2.1. La crise de légitimité du nouveau modèle de couverture maladie : entre objectifs politiques et défaillances structurelles**

L'évolution du système de protection sociale au Maroc, du RAMED vers l'AMO TADAMON et l'AMO CHAMIL, met en lumière à la fois les progrès réalisés et les limites persistantes d'une réforme fondée sur une logique assurantielle. L'analyse suivante s'articule en deux sections complémentaires : d'une part, les déséquilibres structurels hérités du RAMED et amplifiés par la réforme, et d'autre part, la logique contributive actuelle et ses effets d'exclusion, en mobilisant les apports du management public et de l'approche fondée sur les droits humains.

#### ***A. Déséquilibres structurels du RAMED et fragilités du passage vers un modèle assurantiel***

Le RAMED a permis un élargissement notable de l'accès aux soins hospitaliers publics, atteignant 11,7 millions de bénéficiaires en 2017 (4,7 millions de foyers), dépassant ses objectifs initiaux avec un taux de réalisation de 129 % en 2016. Toutefois, comme le note le CESE (2018), cette « surperformance » masquait des limites systémiques : absence de couverture ambulatoire, impossibilité d'accès au secteur privé, non-remboursement des

médicaments. Ces lacunes ont réduit l'impact réel du régime. En parallèle, le taux de renouvellement des cartes ne dépassait pas 46 % fin 2017, et 31 % des ménages vulnérables ont perdu leurs droits, illustrant une instabilité administrative préoccupante. La contribution financière exigée des ménages (120 à 600 DH) et leur participation aux coûts (19 %) contredisaient le principe de gratuité et maintenaient des barrières financières substantielles.

Sur le plan budgétaire, le financement reposait à 75 % sur l'État, 6 % sur les collectivités territoriales (40 DH/an/bénéficiaire) et 19 % sur les ménages. À fin 2017, les collectivités avaient mobilisé 154 millions de DH et les bénéficiaires 12,3 millions. Cependant, l'absence de dispositif de traçabilité empêchait de vérifier les transferts effectifs vers le Ministère de la Santé, compromettant transparence et responsabilité publique.

L'adoption de la loi-cadre n°09-21 en janvier 2021 a consacré une rupture majeure en abandonnant le modèle mixte au profit d'un système purement assurantiel. Le RAMED a été remplacé par l'AMO TADAMON, intégrant les soins ambulatoires et une prise en charge partielle en cliniques privées, tandis que l'AMO CHAMIL a été instaurée début 2024 pour les populations exclues des autres régimes. Toutefois, l'objectif de 22 millions de nouveaux bénéficiaires en 2022 n'a été atteint qu'à 68 % à fin septembre 2024 (14,6 millions), traduisant un passage difficile d'un régime d'assistance à un régime d'assurance, dans un contexte marqué par la précarité et la complexité administrative.

Malgré une progression de la couverture nationale — de moins de 60 % en 2020 à plus de 86 % en 2024 (31,7 millions de personnes sur 36,8 millions d'habitants) — près de 8,54 millions de Marocains demeurent en dehors du système : 4,97 millions (13,51 %) non immatriculés et 3,56 millions (11 %) avec droits fermés, dont 24,55 % issus des régimes contributifs CNSS. La promesse d'universalité reste donc théorique : la continuité des droits dépend encore de la capacité contributive des ménages, même au sein de régimes subventionnés.

Ce constat est particulièrement évident dans le cas des travailleurs non-salariés (TNS). Le régime qui leur est destiné devait couvrir 11 millions de personnes mais n'en comptait que 3,5 millions début octobre 2024, dont 2,3 millions avec droits fermés. Selon la Cour des comptes (2025), seuls 1,68 million remplissent les conditions d'éligibilité et 1,2 million bénéficient effectivement d'une couverture. Ces résultats s'expliquent par des procédures d'immatriculation complexes, la diversité des statuts et l'absence de mécanismes adaptés de recouvrement, malgré les avancées prévues par la loi n°09-21.

Enfin, les limites du système public renforcent la défiance citoyenne. L'enquête Afrobarometer (2025), menée auprès de 1 200 Marocains, montre que si 71 % se disent couverts et 86 % satisfaits, 73 % craignent de ne pas pouvoir accéder ou payer les soins, 54 % déclarent avoir manqué de médicaments ou de soins au cours des douze derniers mois, et 95 % dénoncent des délais excessifs. Ce décalage révèle un déficit de performance publique conforme aux diagnostics du management public, où l'absence de qualité des services affaiblit la légitimité des réformes.

### **B. Une logique contributive excluante et incompatible avec une approche fondée sur les droits humains**

La transition vers un modèle exclusivement assurantiel repose sur une logique contributive qui s'avère, dans les faits, excluante pour une grande partie des ménages précaires. Comme le souligne Akasbi (2023), de nombreux anciens « ramédistes » intégrés dans le nouveau régime n'ont pas les moyens financiers d'avancer les frais nécessaires à l'accès aux soins. Le Tarif National de Référence (TNR), devenu obsolète, ne reflète plus les coûts réels pratiqués, créant un écart significatif entre remboursements théoriques et dépenses effectives, auquel s'ajoutent des délais de remboursement dissuasifs.

Cette dynamique discriminatoire se retrouve dans l'AMO CHAMIL, instaurée un an après TADAMON mais reproduisant une logique contributive difficilement soutenable. À fin septembre 2024, cette AMO comptait 133 140 affiliés, dont 92 % regroupés dans les tranches de cotisation les plus basses (144 et 176 DH/mois). Bien que modestes, ces montants représentent une charge importante pour des ménages dont 45 % se déclarent pauvres (CESE, 2024) et dont 48,5 % ont connu au moins un épisode de pauvreté entre 2012 et 2019. Le taux d'adhésion de 67 % apparaît davantage comme une réaction à une urgence sanitaire que comme une adhésion libre. Saoudi (2024) y voit un phénomène de sélection adverse menaçant la viabilité financière du régime.

L'analyse des travailleurs non-salariés renforce ce diagnostic. Soumis à la Contribution Professionnelle Unique (CPU), ils doivent verser entre 1 200 et 14 400 DH par an selon leur chiffre d'affaires déclaré, alors même que leurs revenus réels sont irréguliers et saisonniers. À la lumière de la théorie des capacités d'Amartya Sen (2000), cette exigence contributive méconnaît les contraintes matérielles qui entravent la liberté effective d'accès à la santé. Le résultat est sans appel : 65,72 % des TNS immatriculés se retrouvent avec des droits fermés, non par refus mais par incapacité structurelle à suivre un calendrier de paiement inadapté à l'économie informelle.

Ce déficit de capabilité se traduit par une exposition élevée aux dépenses de santé catastrophiques. L'OMS et la Banque Mondiale recommandent un reste à charge inférieur à 25 % des dépenses totales de santé. Or, les ménages marocains supportaient 45,6 % de ces dépenses en 2018, et jusqu'à 59,7 % en incluant les cotisations obligatoires. En 2021, le reste à charge atteignait encore 37,8 % à la CNSS et 31,5 % à la CNOPS, bien au-delà des niveaux observés en France (6,3 %) ou en Union européenne (14,5 %). Ces chiffres traduisent une rupture manifeste avec les standards internationaux des droits humains, qui exigent une protection financière adéquate et une accessibilité universelle.

Tout compte fait, ces résultats reflètent les défaillances structurelles du modèle assurantiel lorsqu'il n'est pas articulé à des mécanismes de solidarité, de simplification administrative et de droits garantis.

### **1.2.2. Les fractures du système — Marchandisation, inégalités et fausse protection**

L'analyse des dysfonctionnements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Maroc met en évidence trois dimensions complémentaires : (A) une architecture tarifaire et institutionnelle qui exclut les plus vulnérables, (B) un marché pharmaceutique et médical dérégulé aux pratiques inflationnistes, et (C) un financement hybride et inégalitaire qui compromet l'universalité du système.

#### **A. Les barrières financières directes et l'illusion de la couverture**

Derrière la promesse d'une couverture santé universelle se cache un système dont la conception même exclut les plus démunis, non par omission, mais par des mécanismes tarifaires et institutionnels conçus sans égard pour leur réalité économique. Preuve en est que, même après avoir surmonté les obstacles de l'immatriculation, les plus précaires butent contre une autre réalité : celle d'une protection théorique, érodée par des restes à charge insurmontables, des tarifs dépassés et une dépendance croissante à un marché de la santé qui facture la maladie au prix fort. En vérité, les surcoûts financiers ne sont pas fortuits ; ils résultent d'un décalage structurel et voulu entre les tarifs de remboursement et les coûts réels des soins. Ainsi, le Tarif National de Référence (TNR), base légale des remboursements, n'a subi aucune révision majeure depuis 2006, sauf une mise à jour partielle en 2008, rendant ses barèmes obsolètes face à l'inflation des prix des médicaments, des consultations (150 à 400 dirhams) et des hospitalisations.

Par ailleurs, les assurés doivent avancer des fonds qu'ils n'ont pas, transformant la couverture en une promesse fallacieuse. Le tiers payant, pourtant garanti par l'article 120 bis de la loi n°65-00, ne s'applique qu'aux bénéficiaires de l'AMO TADAMON dans le secteur public, laissant

la majorité des citoyens — notamment les affiliés CNSS et les travailleurs indépendants — exposés à la double peine de la cotisation obligatoire et du paiement anticipé. Dans ce cadre, la protection sociale ne protège pas : elle externalise le risque sur les plus fragiles, violant ainsi les principes mêmes de solidarité et d'équité qui devraient fonder tout système de santé digne de ce nom. Le Dr Anwar Cherkaoui (2025)<sup>1</sup>, expert en communication médicale, dénonce un « scandale du double paiement » dans le privé : des patients couverts par la CNSS ou la CNOPS se voient imposer, lors d'interventions chirurgicales, des paiements en espèces allant jusqu'à « 3 millions de centimes », sans facture ni traçabilité. Ce système occulte, qui prive l'État de recettes fiscales et creuse les inégalités, sape la légitimité même de l'AMO. Si 48 % des citoyens soutiennent une couverture universelle même au prix d'une hausse d'impôts, cette adhésion risque de s'éroder tant que persisteront ces pratiques opaques, alors que 58 % jugent déjà insatisfaisante l'action gouvernementale en santé.

### **B. Un marché pharmaceutique et médical inflationniste, opaque et faiblement régulé**

La flambée structurelle des prix des médicaments, des dispositifs médicaux et des services de santé constitue un phénomène systémique au Maroc, aggravé par un décalage criant entre la tarification officielle et la réalité économique. Une étude multicentrique menée en 2004 selon la méthodologie OMS/Health Action International (HAI) dans quatre provinces (Rabat, Tanger, Marrakech, Oujda) a révélé que, malgré la gratuité théorique des médicaments dans le secteur public, leur disponibilité y est chroniquement faible, poussant les patients vers un secteur privé où les médicaments de marque innovateurs dominent. Un traitement mensuel d'ulcère peptique avec un princeps coûte l'équivalent de 7,2 salaires journaliers au SMIG, dans un contexte où 19 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. Les génériques, censés offrir une alternative abordable, ne sont pas significativement moins chers, et le produit le moins onéreux n'est ni le plus prescrit ni le plus vendu. Cette distorsion du marché est alimentée par des marges élevées des pharmacies, des droits de douane, des taxes et une marge d'importation fixée à 10 % du prix fabricant hors taxe (PFHT).

Aujourd'hui, le Réseau Marocain pour le Droit à la Santé (RMDDS) et plusieurs institutions nationales, dont le Conseil de la concurrence, le CNDH et le CESE, dénoncent une crise profonde du secteur pharmaceutique marocain, marquée par des prix exorbitants. Le ministre délégué au Budget, Fouzi Lekjaa, a alerté que certains médicaments sont vendus entre 3 et 4

---

<sup>1</sup> Cf, Cherkaoui, A. (2025). « Quand l'argent en noir sape la crédibilité de la couverture médicale universelle. » Quid.ma.. Disponible sur : <https://www.quid.ma/national/quand-largent-en-noir-sape-la-credibilite-de-la-couverture-medicale-univer-par-dr-anwar-cherkaoui>

fois leur prix international, une étude de la CNOPS et des Douanes révélant même des écarts atteignant parfois 1000 % (CNOPS, 2022). Cette flambée des prix est attribuée au pouvoir de monopole de l'industrie pharmaceutique – 25 % des médicaments sont en situation de monopole – et à des marges bénéficiaires parmi les plus élevées d'Afrique du Nord. La consommation annuelle par habitant a ainsi grimpé à 580 dirhams. La faible part des génériques (moins de 34 % de la consommation, contre 70 % en France) aggrave l'accessibilité. Malgré l'exonération de la TVA en 2024, les pratiques persistent, alourdissant la charge sur les citoyens et le système de protection sociale. Ces dysfonctionnements internes trouvent un écho frappant dans les données comparatives internationales, qui confirment cette dérive : les prix de 321 médicaments remboursables sont 3 à 4 fois supérieurs à ceux pratiqués en France ou en Belgique. Les médicaments princeps sont en moyenne 30 % plus chers qu'en France, tandis que certains génériques dépassent leurs équivalents tunisiens de 6 % à 135 %. Cette surtarification s'explique par un modèle d'importation défaillant, où des médicaments prétendument « produits localement » sont en réalité importés sous couvert de montages industriels (CNOPS 2022). Le Maroc, qui ne produit qu'une petite fraction des médicaments qu'il consomme, dépend fortement des multinationales pharmaceutiques. En 2021, les médicaments représentaient 34 % des dépenses de la CNOPS et 32,4 % de celles de la CNSS, une part anormalement élevée comparée aux 13,9 % observés en France en 2022 (CESE, 2024). Le médicament constitue ainsi le poste de dépense le plus important de l'assurance-maladie, représentant 33,3 % des charges totales, et touche particulièrement les affections de longue durée (ALD) comme l'insuffisance rénale, les cancers solides, l'hypertension artérielle sévère et le diabète, pour lesquelles la facture annuelle peut atteindre près d'un million de dirhams, souvent sans remboursement intégral (Cour des Comptes, 2022).

### **C. Un financement hybride, des inégalités corporatistes et une prédation institutionnelle**

Ce déséquilibre structurel est aggravé par une polarisation des dépenses vers le secteur privé lucratif : plus de 95 % des dépenses des régimes du secteur privé et plus de 80 % de celles de la CNOPS sont absorbées par des cliniques et cabinets privés. Cette tendance, combinée à une concentration géographique des infrastructures (64 % des hôpitaux et 79 % des cliniques privées dans cinq régions), creuse un fossé territorial et social. Les pauvres, même couverts, sont contraints de se tourner vers un privé non régulé, où les tarifs des consultations varient de 150 à 400 MAD, et où les facturations irrégulières prolifèrent. Le public, quant à lui, souffre d'un déficit chronique de personnel (32 000 médecins et 65 000 infirmiers manquants en 2022

selon l'OMS) et d'une faible disponibilité des médicaments, rendant illusoire l'offre gratuite (CESE, 2024). Parallèlement, les consultations médicales oscillent entre 150 et 400 dirhams, et les frais d'hospitalisation, bien que globalement inférieurs à ceux des États-Unis ou de l'Europe, restent excessifs par rapport au pouvoir d'achat local. À cela s'ajoute la croissance non régulée du marché des dispositifs médicaux, estimé à 3 milliards de dirhams de chiffre d'affaires avec une progression annuelle de 7 à 10 %, dans un contexte de concurrence limitée et de forte dépendance aux importations.

Le financement du système révèle une autre contradiction : bien que présenté comme « assurantiel », il repose massivement sur les subventions publiques. L'État a transféré 15,51 milliards de MAD à la CNSS depuis décembre 2022, dont 6,7 milliards rien qu'entre janvier et septembre 2024. TADAMON, financé intégralement par l'État à hauteur de 9,5 milliards/an, a déjà dépensé 11,037 milliards entre décembre 2022 et juillet 2024 — un dépassement symptomatique d'une planification déconnectée de la réalité. Paradoxalement, ce même État tolère un taux de recouvrement global des cotisations de seulement 27 % (18 % chez les TNS non organisés), et de 37 % au 10 septembre 2024 selon la Cour des Comptes (2023/2024), avec un ratio dépenses/recettes atteignant 117 % en septembre 2024 (contre 154 % en 2023). Ce modèle hybride — ni solidaire ni viable — ressemble moins à une protection sociale qu'à une prédation institutionnelle. Les inégalités entre régimes achèvent de délégitimer le principe d'universalité. La CNOPS rembourse 100 % des frais d'hospitalisation publics contre 90 % pour la CNSS, 90 % contre 70 % dans le privé, et prend en charge à 100 % les médicaments des affections de longue durée (ALD), la dialyse, les dispositifs médicaux, etc. Les fonctionnaires bénéficient en outre de couvertures complémentaires, tandis que les TNS n'ont même pas droit aux indemnités journalières de maladie-maternité (IJM), pourtant existantes depuis 1959 à la CNSS (CESE, 2024). Cette hétérogénéité — 5 % de cotisation plafonnée à 800 DH à la CNOPS contre 6,37 % sans plafond à la CNSS — reproduit les hiérarchies corporatistes de l'Ancien Régime, tout en adoptant les mécanismes marchands du libéralisme. Cette dualité structurelle génère un dualisme social : d'un côté, une minorité protégée (fonctionnaires, salariés formels) accède à des soins quasi-gratuits ; de l'autre, une majorité précaire (TNS, informels, femmes divorcées, veuves sans pension) est confrontée à des coûts prohibitifs, des droits fermés, et des remboursements interminables. Les femmes divorcées, par exemple, perdent leurs droits après un an, et les remboursements pour leurs enfants sont versés au père — une absurdité bureaucratique qui pénalise doublement les mères. Quant aux aides familiaux (2 millions de personnes), ils sont purement et simplement exclus. Ce système ne

protège pas contre le marché ; il l'internalise, en transformant la santé en bien de consommation contingente à la capacité de payer. Le problème du remboursement, enfin, incarne cette logique punitive. Les délais excessifs — aggravés par les déficits chroniques (la CNOPS a dû puiser 1,6 milliard de MAD dans ses réserves en 2023) — dissuadent les patients d'utiliser leur couverture. Pour les TNS, la loi n°95-18 exige le paiement rétroactif des cotisations impayées, des pénalités et des frais de poursuites avant toute réouverture de droits. L'État, au lieu de faciliter l'accès, criminalise la pauvreté via des mesures coercitives : conditionnalité des aides sociales à l'immatriculation (loi n°41.23 du 4 décembre 2023), recours à l'avis à tiers détenteur (ATD) via le projet de loi n°02-24. Ces dispositifs, censés « responsabiliser », ne font qu'alimenter la méfiance et l'informalité.

En somme, l'AMO marocaine, loin d'incarner un modèle de protection sociale, fonctionne comme un mécanisme de tri social. Elle combine les pires aspects du corporatisme (inégalités de couverture) et du libéralisme (marchandisation des soins, dépendance au privé, exclusion des non-cotisants). Avec une part des dépenses de santé supportée par les ménages bien au-delà des seuils recommandés par l'OMS (25 %), un TNR obsolète, des prix de médicaments spéculatifs, et un taux de non-couverture de 23,20 %, le système ne protège pas les pauvres — il les désigne comme indésirables. Face à cette urgence, le RMDDS presse le gouvernement de réviser le décret de 2013 sur les prix, de renforcer la production locale – qui pourrait couvrir 50 % des besoins – et d'imposer un contrôle strict des marges et de la qualité pour garantir la souveraineté pharmaceutique et un accès équitable aux soins<sup>2</sup>.

Il s'avère que ce n'est pas une politique de santé, mais une politique de prédation sociale, où l'État finance l'assistance tout en laissant le marché privé extraire la valeur des corps malades. Jusqu'à quand cette mascarade universaliste sera-t-elle tolérée ?

## **2. Le financement bismarckien de l'État social au Maroc : entre fragilité des entreprises, précarité salariale et inégalités structurelles**

Évaluer la performance des systèmes de financement de la protection sociale requiert d'appréhender plusieurs dimensions interdépendantes : l'équité dans la répartition de la charge contributive et des bénéfices sociaux, l'allocation efficace des ressources entre les sous-secteurs de la santé, ainsi que l'efficacité technique et la réactivité du système (Evans, 2002). Or, le modèle contributif — tel qu'il est conceptualisé dans les travaux institutionnels de Palier (2000)

---

<sup>2</sup> Cf, Perspectives Médicales (2022). Industrie pharmaceutique : Les dérives monopolistiques ont un coût. La cherté des médicaments sur le marché local, Réseau marocain pour la défense du droit à la santé et à la vie (RMDDS). Disponible en ligne : <https://perspectivesmed.com/industrie-pharmaceutique-les-derives-monopolistiques-ont-un-cout-la-cherte-des-medicaments-sur-le-marche-local-denonce-le-rmds/>

— repose sur des conditions structurelles exigeantes : une assiette salariale étendue, un marché du travail fortement formalisé et des entreprises économiquement viables capables de verser des cotisations régulières. C'est précisément à l'aune de ces exigences structurelles, souvent en conflit avec les réalités socio-économiques marocaines marquées par une informalité massive, une fragmentation profonde du marché du travail et de fortes disparités territoriales, que s'inscrit cette analyse, qui vise d'abord à évaluer la compatibilité entre le choix d'un financement de type bismarckien et les spécificités du pays, avant d'examiner les conditions — salariales, entrepreneuriales et institutionnelles — nécessaires à l'édification d'un État social à la fois inclusif, juste et financièrement soutenable.

### **2.1. Le SMIG, un instrument inabouti dans la construction d'un modèle de financement contributif au Maroc**

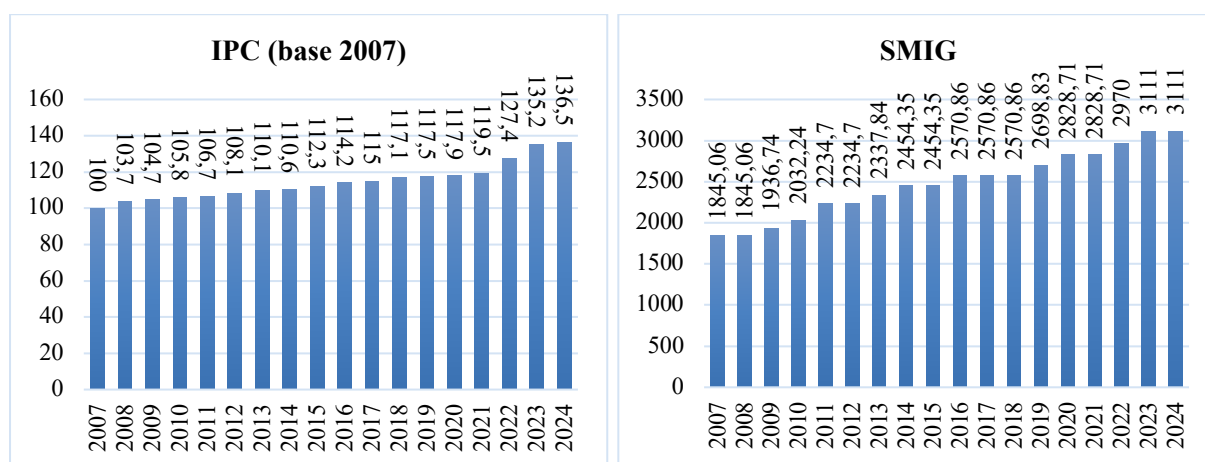
La capacité du salaire minimum marocain à jouer le rôle de pilier redistributif et de base solide pour le financement contributif, en le comparant aux expériences européennes historiques. En effet, l'histoire française montre que la baisse de la part du capital dans la valeur ajoutée, combinée à une hausse de la part du travail, a coïncidé avec « des revalorisations importantes du salaire minimum dans les années soixante-dix, avant de s'achever avec le dernier "coup de pouce" important au SMIC de 1981 » (Piketty, 2004). Cette période correspond à l'apogée d'un modèle socio-économique où l'État-providence s'appuyait sur une redistribution active des revenus, avec le salaire minimum comme pilier central de la justice sociale. L'augmentation du SMIC n'était pas seulement une réponse à l'inflation, mais une décision politique délibérée visant à renforcer le pouvoir d'achat des travailleurs et à financer, via les cotisations sociales, un système de protection universel. Ce lien entre salaire minimum, part du travail et financement de la protection sociale constituait l'essence même du compromis social à la base de l'État social européen.

Cette dynamique n'est toutefois pas propre à la France. Au contraire, elle s'inscrit dans une tendance observée dans plusieurs pays européens ayant adopté des modèles de protection sociale fondés sur la cotisation. Ainsi, aux Pays-Bas, un modèle de financement « bismarckien » a conduit à une forte augmentation du salaire minimum en 1974, accompagnée d'une politique active de réduction des différentiels salariaux (Hartog et Vriend, 1989). De même, en Suède, la « politique de solidarité salariale » a permis de réduire le rapport entre les quintiles de revenus des hommes entre 1968 et 1976 (Gustavsson, 2004). Enfin, en Finlande, Eriksson et Jäntti (1997) ont documenté une chute spectaculaire des inégalités salariales entre 1971 et 1975, suivie d'une consolidation de cette tendance jusqu'en 1985. Dans tous ces cas, la hausse du

salaires minimum et la réduction des écarts salariaux ont constitué des leviers essentiels du succès de l'État-providence, en renforçant directement les ressources disponibles pour financer la protection sociale.

À la lumière de ces expériences, l'évolution du SMIG au Maroc depuis 2007 révèle un décalage structurel entre l'ambition affichée d'un « État social », inscrite dans la loi de finances 2021, et les mécanismes réellement mis en œuvre. Institué en 1936, le SMIG est censé garantir un « minimum vital » et être révisé en fonction des prix afin de préserver le pouvoir d'achat des travailleurs les plus vulnérables (Boudahrain, 2005). Pourtant, malgré des réévaluations régulières, le SMIG n'est pas indexé automatiquement sur l'inflation. L'analyse des données IPC-SMIG montre que, entre 2007 et 2024, l'IPC a augmenté de 36,5 % tandis que le SMIG a progressé de seulement 68,6 % en nominal — mais avec des périodes prolongées sans ajustement (2008, 2012, 2015, 2017–2018, 2021, 2024), durant lesquelles l'inflation a continué d'éroder le pouvoir d'achat. Comme le souligne El Aoufi (1998), l'absence de mécanisme de rattrapage entraîne une perte cumulée de valeur réelle, ce qui rend le SMIG incapable de remplir sa fonction sociale minimale. Le niveau actuel reste en effet largement insuffisant pour couvrir les besoins fondamentaux, comme le rappelle OXFAM (2019), avec un SMIG de 2 570 dirhams, « il faudrait 154 ans à une personne à ce niveau de salaire pour gagner l'équivalent de l'augmentation de la fortune dans une année de l'un des milliardaires du Maroc ».

**Figure 1 : Évolution comparée du pouvoir d'achat du SMIG (en MAD) et de l'indice du coût de la vie au Maroc**



Source : élaboré par nos soins sur la base des données de BAM

Par ailleurs, contrairement aux pays européens où le salaire minimum a servi de levier pour compresser les hiérarchies salariales et renforcer la solidarité intercatégorielle, le SMIG marocain exerce une influence marginale sur la structure des rémunérations. Selon El Aoufi (2024), les réajustements du SMIG n'ont qu'une faible incidence sur les décisions salariales

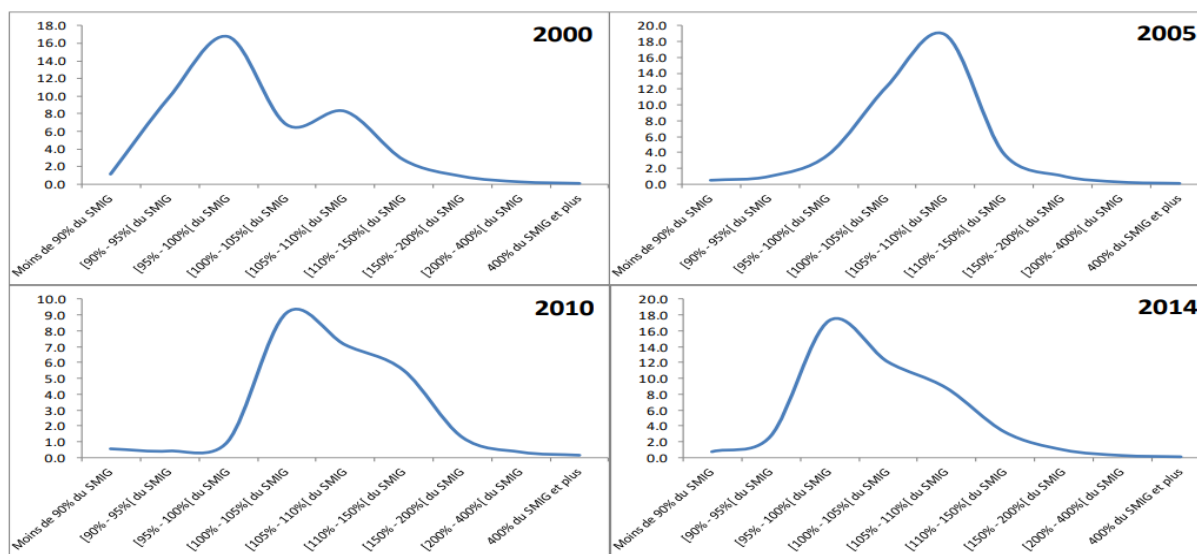
des entreprises, et le salaire moyen conventionnel évolue de manière moins élastique que le SMIG lui-même. Autrement dit, même lorsqu'il augmente, le SMIG ne parvient ni à tirer vers le haut les salaires intermédiaires, ni à réduire l'éventail des rémunérations. Cette faiblesse institutionnelle, couplée à l'absence d'indexation et à un niveau de base trop bas, fait du SMIG un instrument symbolique plus qu'un outil effectif de redistribution. Ainsi, bien que le Maroc affiche depuis 2021 une volonté politique de s'inscrire dans une trajectoire d'État social, ses pratiques en matière de salaire minimum demeurent éloignées des logiques actives, systémiques et redistributives qui ont fondé le succès des modèles bismarckiens en Europe.

## **2.2. Les fragilités structurelles du marché du travail : un frein à la viabilité de la protection sociale**

Si le salaire minimum est défaillant, c'est l'ensemble de la structure salariale du marché du travail marocain qui pose question. Il devient donc nécessaire de diagnostiquer les fragilités de cette structure et d'évaluer dans quelle mesure elle permet, ou non, de soutenir un système de protection sociale financé par des cotisations, sans pour autant exacerber les inégalités.

En réalité, la vraie divergence se reflète dans la structure même du salariat marocain. En effet, les données de la CNSS sur la structure du salariat dans le secteur privé offrent un aperçu précieux pour déterminer qui contribue le plus au financement de la protection sociale, ainsi que pour évaluer la performance redistributive du régime contributif. La proportion de salariés rémunérés autour du SMIG (entre 0,95 et 1,05 fois le montant légal) a fortement fluctué : elle est passée de 23,6 % en 2000 à 10 % en 2010, avant d'atteindre près de 30 % en 2014. Ces pics correspondent à des périodes de faible croissance économique (1,9 % en 2000 et 2,4 % en 2014), durant lesquelles la distribution salariale s'est concentrée autour du SMIG, et une part importante d'employés percevait même moins de 0,9 SMIG. Si cette catégorie s'est réduite durant l'essor économique des années 2000, la hausse du chômage liée à l'atonie de la croissance externe et aux ajustements budgétaires a ensuite provoqué un quasi-doublement du nombre de salariés payés en dessous du minimum légal. La concentration autour du SMIG suggère que ses revalorisations renforcent certes le pouvoir d'achat à court terme, mais probablement au prix d'une contraction de l'emploi.

**Figure 2 : Distribution des salaires mensuels perçus par les salariés déclarés à la CNSS par rapport au SMIG entre 2000 et 2014 (en %)**



Source : Aya, A., & Omar, C. H. (2019). Salaire minimum au Maroc : faits stylisés et impacts économiques. DT du Bank Almaghreb.

Cette dynamique révèle une réalité structurelle qui s'inscrit, dans ses effets, dans le cadre de la théorie de l'« armée de réserve » (ou « armée de chômage ») : la crainte du chômage pousse une large frange des travailleurs à accepter des emplois au SMIG, voire en dessous, plutôt que de rester sans revenu. Ce phénomène crée un frein puissant à la hausse des bas salaires et exerce une pression à la baisse sur l'ensemble de la structure salariale, particulièrement dans un contexte d'inflation persistante. Ainsi, loin de constituer une protection, le SMIG devient souvent un plafond implicite pour une majorité de travailleurs non qualifiés. Cette situation contredit profondément les principes d'un État social, dans lequel le salaire minimum devrait servir de socle pour une redistribution ascendante. Elle est également incompatible avec le modèle bismarckien, qui suppose une base salariale suffisamment élevée et stable pour assurer à la fois la viabilité financière et l'équité du système de protection sociale. Or, au Maroc, c'est précisément cette base qui est fragilisée par la précarité salariale généralisée, rendant les cotisations sociales non seulement insuffisantes, mais potentiellement aggravantes des inégalités.

Cette fragilité se confirme lorsqu'on examine les données de contribution au système de sécurité sociale. En 2020, 56,4 % des actifs ayant droit à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) percevaient un salaire mensuel moyen inférieur ou égal au SMIG ; cette proportion a diminué à 42 % en 2022, après avoir atteint 45 % en 2021. Par ailleurs, en 2022, 36 % des salariés gagnaient entre 3 000 DH et 5 000 DH, contre seulement 23,6 % en 2020. Le salaire

moyen au Maroc s'élevait à 5 415 DH en 2022, en légère hausse par rapport à 5 149 DH en 2020. Ces chiffres révèlent une réalité paradoxale : plus de 80 % des cotisations sociales proviennent des classes populaires, ce qui témoigne d'une forte concentration des recettes de la CNSS sur les bas salaires, malgré leur faible niveau absolu.

**Tableau 2 : Répartition des salariés ayant les droits ouverts par tranche de salaire mensuel moyen entre 2020-2022**

	<i>Ensemble des salariés 2020</i>		<i>Ensemble des salariés 2021</i>		<i>Ensemble des salariés 2022</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>En %</i>	<i>Effectif</i>	<i>En %</i>	<i>Effectif</i>	<i>En %</i>
<b>&lt;= SMIG DH</b>	1468052	56,4%	1242532	45%	1263115	42,0%
<b>SMIG DH - 3000 DH</b>	185932	7,1%	355322	13%	489449	16,0%
<b>3000 DH - 4000 DH</b>	430494	16,5%	535678	20%	600668	20,0%
<b>4000 DH - 5000 DH</b>	165608	6,4%	189509	7%	206751	7,0%
<b>5000 DH - 6000 DH</b>	102370	3,9%	111082	4%	134214	4,0%
<b>6 000 DH et plus</b>	251637	9,7%	299135	11%	336102	11,0%
<b>Ensemble</b>	2604093	100,0%	2733258	100%	3030299	100,0%

Source : Élaboré par les auteurs à partir des rapports de statistique AMO 2020 et 2022.

**Tableau 3 : Répartition des entreprises affiliées par taille de l'entreprise en % entre 2020-2022**

<b>Nombre de salariés déclarés</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>[1 - 10]</b>	86%	86%	86%
<b>[10 - 20]</b>	7%	7%	7%
<b>[20 - 50]</b>	4%	4%	4%
<b>[50 - 100]</b>	1%	1%	1%
<b>[100 - 200]</b>	1%	1%	1%
<b>Plus de 200 salariés</b>	1%	1%	1%

Source : Élaboré par les auteurs à partir des rapports de statistique AMO 2020 et 2022.

D'autre part, de grands efforts déployés par les autorités publiques marocaines pour stimuler la compétitivité et favoriser l'intégration des travailleurs ont conduit à une prédominance des petites entreprises parmi celles affiliées à la CNSS-AMO. En 2022, 62 % des entreprises comptaient moins de 4 salariés, représentant seulement 5 % de la masse salariale, tandis que 85 % en comptaient moins de 10. 2. Or, seules 1 % des entreprises employaient plus de 200 salariés, une situation stable depuis 2016. Le problème réside dans le fait que ces PME et TPE sont fragiles face aux fluctuations économiques, ce qui met en évidence la dépendance du financement de la protection sociale à ces entités, menaçant ainsi la durabilité du système. 3.

En réalité, cette vulnérabilité est confirmée par l'évolution des défaillances d'entreprises, qui ont augmenté de +139 % entre 2010 et 2020. En 2022, le nombre d'entreprises défaillantes s'est établi à 12 397, une hausse de 174 % par rapport à 2021, dont 99,2 % concernaient les TPE. Cette fragilité systémique, où pour une société défaillante il n'y avait que 4 sociétés créées en 2022, illustre le risque inhérent à un financement basé principalement sur des cotisations patronales assises sur un tissu économique aussi instable.

Dans la même logique, la structure même des cotisations sociales, qui pèse lourdement sur la masse salariale, peut être analysée comme un facteur aggravant pour la rentabilité et la trésorerie des entreprises, créant un cercle vicieux. En effet, la charge patronale globale s'élève à 21,09 %, à laquelle s'ajoutent 6,74 % de charges salariales, ce qui fait du coût du travail une charge fixe significative pour les employeurs. Cette pression contributive, dans un contexte économique déjà difficile, se solde par une hécatombe croissante d'entreprises, comme en témoigne le record de 15 658 faillites en 2024, soit une augmentation de 10 % sur un an. Cette tendance lourde devrait se poursuivre, puisqu'un nouveau record est prévu pour 2025 avec une hausse de 7 %, portant le total à 16 800 cas. Au final, cette explosion des défaillances, qui représente une augmentation de 109 % par rapport à la période 2016-2019, est bien plus marquée que la moyenne mondiale (+18 %), soulignant l'acuité du problème au Maroc (cf. Inforisk 2020 et Allianz Trade, 2025). En un mot, cette situation remet fondamentalement en cause la pérennité d'un modèle de financement bismarckien si dépendant de la viabilité économique éphémère des très petites entreprises.

Néanmoins, face à cette situation, il est envisagé que l'État marocain substitue progressivement la part financée par les cotisations sociales par un financement issu de la fiscalité. Selon les recommandations des Assises nationales sur la fiscalité en 2019, le CESE a proposé d'affecter 2 à 4 points du taux de TVA (actuellement fixé à 20 %) au financement de la couverture sociale et des aides sociales, dans le cadre du Registre Social Unique. Il convient d'ajouter que si ce modèle fondé sur la TVA était appliqué, il ne pourrait qu'entraîner une hausse des prix, un blocage du SMIG, une réduction des salaires et une baisse du pouvoir d'achat, ce qui exacerberait les inégalités et nuirait à la compétitivité des entreprises.

### **2.3. Cotisations sociales et inégalités salariales : l'inadéquation structurelle du modèle marocain**

Dans un contexte marocain marqué par une forte segmentation du marché du travail, des salaires très inégaux et une prédominance des TPE, la pertinence d'un modèle de protection sociale fondé sur les cotisations sociales soulève des interrogations critiques quant à ses effets

redistributifs et à sa soutenabilité financière. La littérature empirique récente montre que l'impact des cotisations sociales sur les inégalités salariales varie fortement selon les contextes institutionnels et le niveau de développement économique. Dans les pays en développement, ces prélèvements peuvent aggraver les inégalités lorsqu'ils ne tiennent pas compte des différences entre catégories de travailleurs. Ainsi, Shiferaw et al. (2018) démontrent qu'en Éthiopie, la réforme de 2011 a ralenti la croissance salariale des travailleurs peu éduqués dans les entreprises sans dispositifs de prévoyance antérieurs, creusant les écarts dans la partie inférieure de la distribution des salaires.

De même, en Colombie, Kugler et Kugler (2003) observent qu'une hausse des cotisations sociales a conduit à une baisse partielle des salaires formels et à une contraction plus marquée de l'emploi pour les travailleurs de production, souvent peu qualifiés. En Chine, Ma (2018) confirme cette hétérogénéité : si la couverture sociale améliore globalement la qualité de l'emploi, elle se traduit par une baisse de salaire et de satisfaction professionnelle chez les travailleurs peu éduqués, tandis que les plus qualifiés en bénéficient sans perte salariale.

À l'inverse, dans les économies avancées, les cotisations sociales peuvent jouer un rôle redistributif puissant. Bozio (2018) montre qu'en France, les réformes depuis les années 1980 — notamment le dé plafonnement des cotisations patronales et les allègements sur les bas salaires — ont rendu le système nettement plus progressif, masquant l'ampleur réelle de la hausse des inégalités salariales brutes. L'analyse du coût du travail révèle alors une trajectoire d'inégalité comparable à celle d'autres pays de l'OCDE, remettant en cause l'idée d'une « exception française ». Par ailleurs, Antón (2014) illustre, dans le contexte colombien marqué par l'informalité, que la réduction des cotisations sociales en 2012 a accru l'emploi formel et amélioré les salaires nets, confirmant que les travailleurs supportent une part significative de ces charges. En définitive, ces travaux soulignent que les cotisations sociales ne sont pas neutres : leur effet sur les inégalités dépend de leur structure (progressive ou non), de la qualité perçue des prestations, et de la segmentation du marché du travail.

Cette réalité contraste fortement avec la situation marocaine, où les inégalités salariales demeurent profondes et structurelles. Selon les données du Haut-Commissariat au Plan (HCP, 2023), les salaires représentaient, en 2019, 38,2 % des revenus totaux des ménages marocains. Toutefois, cette part variait sensiblement selon le niveau de vie : elle s'élevait à 26,6 % pour les 20 % les plus pauvres, atteignait 38 % chez les 60 % de la classe intermédiaire, et culminait à 39,2 % pour les 20 % les plus aisés. Plus significatif encore, ces différences masquent en réalité des écarts salariaux considérables. Ainsi, le revenu salarial moyen des 20 % les plus

riches était 14,1 fois supérieur à celui des 20 % les plus pauvres. Cet écart devenait encore plus marqué lorsqu'on comparait les 10 % les plus aisés aux 10 % les plus défavorisés, avec un ratio de 25,9 fois. Il ressort de ces chiffres que les inégalités salariales expliquaient à elles seules 40 % des inégalités de revenu global au Maroc, telles que mesurées par l'indice de Gini.

Ces tendances se sont maintenues dans les années suivantes, confirmant la persistance des déséquilibres. En 2022, les revenus salariaux demeuraient la principale source de revenu des ménages, représentant 35,1 % du revenu total. Toutefois, leur répartition restait profondément inégale : les 20 % les plus aisés captaient à eux seuls 53,3 % des revenus salariaux, contre seulement 5 % pour les 20 % les plus pauvres. Autrement dit, le revenu salarial moyen des plus aisés était 10,7 fois supérieur à celui des plus défavorisés (HCP, 2025). Cela reflète la forte concentration des revenus du travail au sommet de l'échelle sociale et révèle des inégalités structurelles dans l'accès à des emplois stables et bien rémunérés.

En fin de compte, dans ces conditions, le phénomène des salaires modestes, qui conduit à des cotisations sociales plus faibles, peut intensifier la perception d'injustice parmi les classes défavorisées et poser des défis importants pour le financement de la protection sociale. En effet, lorsque de nombreuses personnes perçoivent des salaires bas, les recettes générées par les cotisations sociales sont insuffisantes pour garantir un financement adéquat du système de sécurité sociale. Cette situation exerce une pression supplémentaire sur le mode de financement du système, rend difficile la fourniture de prestations adéquates et menace la soutenabilité ainsi que la viabilité de ce modèle de financement.

### **Conclusion**

Le projet marocain de généralisation de la protection sociale, porté par une ambition louable de justice sociale et d'inclusion, se heurte à des réalités structurelles profondément ancrées. Si l'extension de l'assurance maladie obligatoire et le déploiement des allocations familiales marquent une avancée symbolique, leur mise en œuvre révèle un décalage persistant entre les objectifs normatifs et les effets concrets sur le terrain. Le Registre Social Unique, présenté comme la clé d'un ciblage plus juste et plus efficace, apparaît lui-même fragilisé par des seuils rigides, des critères opaques et une incapacité à saisir la diversité des situations de vulnérabilité. Loin de corriger les inégalités, le système risque, dans sa configuration actuelle, de les reproduire voire de les amplifier.

Ce décalage s'explique en grande partie par l'ancrage d'un modèle contributif dans un contexte socio-économique marqué par la précarité, l'informalité massive et la faiblesse du salariat. Le financement de la protection sociale repose sur une base salariale étroite, où les bas revenus

supportent une part disproportionnée des cotisations, tandis que les entreprises les plus vulnérables peinent à assumer leur rôle dans ce pacte social. Le salaire minimum, loin de jouer son rôle redistributif, agit davantage comme un plafond qu'un plancher, limitant la capacité du système à générer des ressources durables. Le recours à des mécanismes fiscaux alternatifs, comme la TVA, sans rééquilibrage progressif, menace d'alourdir davantage le fardeau des ménages les plus modestes.

Par ailleurs, la logique de ciblage, bien qu'initialement conçue pour rationaliser les dépenses publiques, nourrit une crise de légitimité. Elle installe une frontière artificielle entre « éligibles » et « non éligibles », stigmatise les bénéficiaires et alimente un sentiment d'injustice parmi ceux qui, malgré une vulnérabilité avérée, restent exclus. Cette approche fragmentée, combinée à une gouvernance budgétaire encore insuffisamment transparente, affaiblit la confiance des citoyens dans les institutions sociales. La perception d'un système opaque, inéquitable et déconnecté des réalités locales contribue à une crise de citoyenneté sociale, où les droits ne sont plus vécus comme universels, mais comme des faveurs conditionnées à des critères souvent incompréhensibles.

Face à ces impasses, il devient urgent de repenser les fondements mêmes de la protection sociale au Maroc. Plutôt que de persister dans une logique binaire opposant pauvres et non-pauvres, il convient d'adopter une vision plus inclusive de la citoyenneté, qui reconnaisse à la fois les droits et les devoirs de tous les membres de la société. Cette citoyenneté ne se limite pas à la relation verticale avec l'État, mais s'inscrit aussi dans des solidarités horizontales, communautaires et intergénérationnelles. Elle suppose un « échange généralisé », fondé sur la confiance et la réciprocité, où chacun contribue selon ses capacités contributives et reçoit selon ses besoins, sans stigmatisation ni exclusion.

Une telle approche appelle à dépasser le ciblage strict au profit de dispositifs plus universels ou au moins plus englobants, capables de rassembler un large consensus social. L'universalité, même progressive, n'est pas seulement une question de justice : elle renforce la viabilité politique et financière des politiques sociales en élargissant leur base de soutien. Elle permet aussi de valoriser les multiples contributions des citoyens, y compris les plus marginalisés, qu'elles soient économiques, familiales ou communautaires. Reconnaître les pauvres non comme des assistés passifs, mais comme des agents actifs de la société, est une condition essentielle pour construire un pacte social durable.

Cela suppose une refonte profonde des fondements du financement social, en combinant solidarité fondée sur la contribution et redistribution explicite des richesses. Un tel équilibre

exige de sortir d'un système où le travail seul supporte l'essentiel de la charge, au profit d'une approche plus juste intégrant les formes de richesse non salariées. La *réactivation de la zakat sur les grandes fortunes* constituerait un levier à la fois conforme à l'imaginaire islamique et efficace pour élargir l'assiette fiscale, en y incluant les patrimoines, les revenus fonciers et les capitaux passifs encore largement épargnés par l'impôt, notamment dans les secteurs agricoles dominés par les « *grands fellahs* ».

Dans le même esprit, il convient de renforcer la mobilisation des ressources publiques et de promouvoir un travail décent, digne et correctement rémunéré. Plutôt que d'opposer schématiquement le modèle bismarckien (basé sur les cotisations) au modèle beveridgien (fondé sur la citoyenneté), il s'agit de construire un cadre hybride, spécifiquement marocain, où l'accès aux droits sociaux ne dépend pas uniquement de la capacité à cotiser et où l'État joue pleinement son rôle de régulateur, de redistributeur et de garant de la justice sociale.

En conclusion, la réussite du chantier de la protection sociale ne se mesurera pas seulement à l'aune de la couverture nominale ou du nombre de bénéficiaires, mais à sa capacité à transformer les rapports de pouvoir, à restaurer la dignité des plus vulnérables et à ancrer une citoyenneté sociale véritablement inclusive. Cela suppose de dépasser les logiques technocratiques et de placer l'humain au cœur de la réforme : non pas comme un objet de politique, mais comme un sujet de droits, de devoirs et d'aspirations. Seule une telle vision permettra de faire de la protection sociale non un simple filet de sécurité, mais un levier de justice, d'émancipation et de développement humain durable.

## BIBLIOGRAPHIE

- 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. *International Journal of Accounting Finance Auditing Management and Economics*, 5(12), 199–220.
- Afrobarometer. (2025). Malgré la couverture médicale, les Marocains expriment des inquiétudes quant à l'accessibilité financière et à la qualité des soins de santé (Dépêche No. 1044).
- Alexander, J. (2004). Capabilities, human rights and moral pluralism. *International Journal of Human Rights*, 8(4), 451–469.
- Allianz Trade. (2025). Global Insolvency Outlook 2026-27: Don't look down!
- Antón, A. (2014). The effect of payroll taxes on employment and wages under high labor informality. *IZA Journal of Labor & Development*, 3(1), 20.
- Aya, A., & Omar, C. H. (2019). Salaire minimum au Maroc : faits stylisés et impacts économiques. Document de travail, Bank Al-Maghrib.
- Ballet, J., Dubois, F., & Mahieu, R. (2007). Responsibility for each other's freedom: Agency as the source of collective capability. *Journal of Human Development*, 8(2), 185–201.
- Barrientos, A. (2010). Social protection and poverty (Social Policy and Development Paper No. 42). Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Barrientos, A., & Hulme, D. (2008). Embedding social protection in the developing world. In A. Barrientos & D. Hulme (Eds.), *Social protection for the poor and poorest* (pp. 3–24). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Barrientos, A., & Malerba, D. (2020). Social assistance and inclusive growth. *International Social Security Review*, 73, 33–53. <https://doi.org/10.1111/issr.12244>
- Barrientos, A., & Niño-Zarazúa, M. (2010). Effects of non-contributory social transfers in developing countries: A compendium. In *Extending Social Security to All: A Guide through Challenges and Options*. Geneva: International Labour Organisation.
- Bastagli, F., Hagen-Zanker, J., Harman, L., Barca, V., Sturge, G., & Schmidt, T. (2019). The impact of cash transfers: A review of the evidence from low- and middle-income countries. *Journal of Social Policy*, 48(3), 569–594. <https://doi.org/10.1017/S0047279418000715>
- Berrada, A. (1991). État et capital privé au Maroc (1956–1980) (Thèse de doctorat d'État en sciences économiques). Université Mohammed V Agdal, Rabat.
- Berrada, A. (2019). L'économie marocaine ou comment faire un modèle d'un anti-modèle. *La Revue Marocaine des Sciences Politiques et Sociales*, XVIII(13), 52.

- Boccanfuso, D., Cousineau, J.-M., & Fonseca, R. (2018). Le revenu minimum garanti : une utopie ? Une inspiration pour le Québec. Rapport final du comité d'experts sur le revenu minimum garanti (Vol. 3). Québec: Gouvernement du Québec.  
[https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/RMG\\_Rapportfinal\\_volume3\\_Accessible\\_FR.pdf](https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/RMG_Rapportfinal_volume3_Accessible_FR.pdf)
- Boudahrain, A. (2005). Le droit du travail au Maroc. La Société d'Édition et de Diffusion Al Madariss.
- Bozio, A. (2018). Économie publique de la protection sociale (HDR Thesis). Aix-Marseille Université, Marseille.
- Del Granado, J. A., Gupta, S., & Hajdenberg, A. (2010). Is social spending procyclical? (IMF Working Paper WP/10/234). Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Ehrlich, I., & Becker, G. S. (1972). Market insurance, self-insurance and self-protection. *Journal of Political Economy*, 80, 623–648.
- El Aoufi, N. (1998). L'hypothèse salariale au Maroc. *Annales Économiques d'Économie*, (22–23), 35–67.
- El Aoufi, N. (2024). La régulation du rapport salarial au Maroc. Éditions Économie Critique.
- Eriksson, T., & Jäntti, M. (1997). The distribution of earnings in Finland 1971–1990. *European Economic Review*, 41(9), 1763–1779.
- Evans, R. G. (2002). Financing health care: Taxation and the alternatives. In *Funding health care: Options for Europe* (pp. 31–58).
- Fiszbein, A., & Schady, N. R. (2009). Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty. Washington, D.C.: The World Bank.
- Fiszbein, A., Kanbur, R., & Yemtsov, R. (2014). Social protection and poverty reduction: Global patterns and some targets. *World Development*, 61, 167–177.  
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.04.010>
- Gill, I. S., & Ilahi, N. (2002). Economic insecurity, economic behaviour and social policy. Washington, D.C.: World Bank.
- Gough, I., Wood, G., Barrientos, A., Bevan, P., Davis, P., & Room, G. (2004). Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and Latin America: Social policy in development contexts. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gustavsson, M. (2004). Trends in the transitory variance of earnings: Evidence from Sweden 1960–1990 and a comparison with the United States (No. 2004:11). Working Paper.
- Haddock, B. (2008). A history of political thought. Cambridge: Polity Press.

- Hafid, H., Ait Ben Lmadani, F., & Benlabbah, R. (2022). Registre social unifié : analyse des enjeux et des défis dans le contexte marocain. *Revue Critique économique*.
- Hall, A., Midgley, J., Beall, J., Bhatia, M., & Mossialos, E. (2004). *Social policy for development*. London: SAGE Publications Ltd.
- Hartog, J., & Vriend, N. (1989). Post-war international labour mobility: the Netherlands. In *European factor mobility: Trends and consequences* (pp. 74–94). London: Palgrave Macmillan UK.
- Hick, R. (2012). The capability approach: Insights for a new poverty focus. *Journal of Social Policy*, 41(2), 291–308.
- Hickey, S. (2008). Conceptualising the politics of social protection in Africa. In A. Barrientos & D. Hulme (Eds.), *Social protection for the poor and poorest* (pp. 247–263). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- 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.
- Holzmann, R., Sherbourne-Benz, L., & Tesliuc, E. (2003). *Social risk management: The World Bank's approach to social protection in a globalizing world*. Washington, D.C.: World Bank.
- Jaidi, L. (2020). *Le Registre social unique : Enjeux et défis*. Policy Paper.
- Janoski, T. (1998). *Citizenship and civil society: A framework of rights and obligations in liberal, traditional, and social democratic regimes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kabeer, N. (2005). Introduction. In N. Kabeer (Ed.), *Inclusive citizenship: Meanings and expressions* (Vol. 1, pp. 1–30). London & New York: Zed Books.
- Kugler, A. D., & Kugler, M. (2003). The labor market effects of payroll taxes in a middle-income country: Evidence from Colombia. SSRN Working Paper. <https://doi.org/10.2139/ssrn.435380>
- Ma, X. (2018). Impact of social insurance contributions on wages. In *Economic transition and labor market reform in China*. Singapore: Palgrave Macmillan.
- Malerba, D., & Niño-Zarazúa, M. (2021). *Social assistance and wellbeing in developing countries: A systematic review and meta-analysis*. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research (WIDER Working Paper).
- Mills, C. (2007). The domination contract. In C. Pateman & C. Mills (Eds.), *Contract & domination* (pp. 79–105). London: Polity Press.
- Nickel, J. W. (1987). *Making sense of human rights: Philosophical reflections on the Universal Declaration of Human Rights*. Berkeley: University of California Press.

- Nussbaum, M. (2003). Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist Economics*, 9(2–3), 33–59.
- Nussbaum, M. (2011). Capabilities, entitlements, rights: Supplementation and critique. *Journal of Human Development and Capabilities*, 12(1), 23–37.
- Piketty, T. (2004). *L'économie des inégalités*. Paris: La Découverte.
- Piron, L.-H. (2004). *Rights-based approaches to social protection*. London: Overseas Development Institute.
- Popova, D. (2023). Impact of equity in social protection spending on income poverty and inequality. *Social Indicators Research*, 169(1), 697–721.
- Pouw, N., & Bender, K. (2022). The poverty reduction effect of social protection: The pros and cons of a multidisciplinary approach. *The European Journal of Development Research*, 34(5), 2204–2223.
- Rothstein, B. (1998). *Just institutions matter: The moral and political logic of the universal welfare state*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saoudi, H. (2024). La protection sociale au Maroc : Quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universel, soutenable et efficace ? Policy Brief, No. 30/24.
- Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Paris: Seuil.
- Sepúlveda, M., & Nyst, C. (2012). *The human rights approach to social protection*. Helsinki, Finland: Ministry for Foreign Affairs.
- Shiferaw, A., Söderbom, M., Bedi, A., & Alemu, G. (2018). *Wage growth and social security reform*.
- Tarbalouti, E. (2014). Subventions directes et subventions indirectes : Quelle réforme pour la Caisse de compensation au Maroc ? *Critique économique*, 32.
- Ulriksen, M. S. (2012). Questioning the pro-poor agenda: Examining the links between social protection and poverty. *Development Policy Review*, 30(3), 261–281.
- Van Ginneken, W. (2010). Social security coverage extension: A review of recent evidence. *International Social Security Review*, 63(1), 57–76.
- White, S. (2000). Review article: Social rights and the social contract – Political theory and the new welfare politics. *British Journal of Political Science*, 30, 507–532.
- Yeates, N. (2011). Going global: The transnationalization of care. *Development and Change*, 42(4), 1109–1130.
- Zhang, Y., Thelen, N., & Rao, A. (2010). *Social protection in fiscal stimulus packages: Some evidence*. New York: United Nations Development Programme (UNDP).

[https://socialprotection.org/sites/default/files/publications\\_files/socialprotection\\_fiscalstimulus\\_march2010.pdf](https://socialprotection.org/sites/default/files/publications_files/socialprotection_fiscalstimulus_march2010.pdf)

Zouhar, Y., Jellema, J., Lustig, N., & Trabelsi, M. (2021). Public expenditure and inclusive growth – A survey (IMF Working Paper WP/21/83). Washington, D.C.: International Monetary Fund.

### **Rapports et études:**

Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) & Administration des Douanes. (2022). Étude sur les prix des médicaments remboursables au Maroc. Bulletin officiel, 7370. [https://www.sgg.gov.ma/BO/FR/2873/2025/BO\\_7370\\_fr.pdf](https://www.sgg.gov.ma/BO/FR/2873/2025/BO_7370_fr.pdf)

CESE. (2018). La protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales.

CESE. (2021–2024). Rapports annuels.

CESE. (2024). Généralisation de l'AMO, bilan d'étape : Une avancée sociale à consolider, des défis à relever.

Cour des comptes. (2025). Rapport annuel de la Cour des comptes au titre de 2023–2024.

Cour des comptes. (2023). Rapport annuel de la Cour des comptes au titre de l'année 2021

HCP. (2025). Enquête nationale sur le niveau de vie des ménages (2022/2023). Rabat: Haut-Commissariat au Plan.

Inforisk. (2020). Défaillances Maroc 2020 : Une année exceptionnelle.

International Labour Office (ILO). (2001). Social security: Issues, challenges and prospects (Report VI). Geneva, Switzerland: International Labour Office.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) & Health Action International (HAI). (2004). Enquête sur les prix des médicaments – Maroc. Genève: OMS/HAI. <https://haiweb.org/storage/2015/07/Morocco-Report-Pricing-Surveys.pdf>

OXFAM. (2019). Un Maroc égalitaire, une taxation juste.

### **Webographie :**

Cherkaoui, A. (2025). « Quand l'argent en noir sape la crédibilité de la couverture médicale universelle. » Quid.ma.. Disponible sur : <https://www.quid.ma/national/quand-largent-en-noir-sape-la-credibilite-de-la-couverture-medicale-univer-par-dr-anwar-cherkaoui>

Consonews. (2024, 4 avril). Aide sociale directe : la révision de l'indice socio-économique fait des mécontents !. Consonews. <https://consonews.ma/53501.html>

Finances News Hebdo (2024), « Gaz butane : Quels effets socioéconomiques de la hausse des prix », Finances News Hebdo, 01 juin 2024. Disponible en ligne : <https://fnh.ma/article/actualite-economique/gaz-butane-hausse-prix>

La Quotidienne. (2023, 13 novembre). Aide directe : Les enjeux d'un programme social révolutionnaire. La Quotidienne. <https://laquotidienne.ma/article/economie/aide-directe-programme-social>

Le 360. (2024, 14 juin). Aides sociales : un million de plaintes contre le gouvernement. Le 360. [https://fr.le360.ma/societe/aides-sociales-un-million-de-plaintes-contre-le-gouvernement\\_SZGCMPOXENEOXPRX5X4CHAB7A4/](https://fr.le360.ma/societe/aides-sociales-un-million-de-plaintes-contre-le-gouvernement_SZGCMPOXENEOXPRX5X4CHAB7A4/)

Le 360. (2024, 17 avril). Aides sociales directes : le « Mou'achchir » de la discorde. Le 360. [https://fr.le360.ma/societe/aides-sociales-directes-le-mouachchir-de-la-discorde\\_Q4CEMRK4GRB27AWOK3EVJBBB4M](https://fr.le360.ma/societe/aides-sociales-directes-le-mouachchir-de-la-discorde_Q4CEMRK4GRB27AWOK3EVJBBB4M)

Le 360. (2024, 3 avril). Aides directes du RSU : polémique autour de l'indice socio-économique. Le 360. [https://fr.le360.ma/societe/aides-directes-du-rsu-polemique-autour-de-lindice-socio-economique\\_4VLRUKFJDBBLXP4WBZEAK5ZPDU/](https://fr.le360.ma/societe/aides-directes-du-rsu-polemique-autour-de-lindice-socio-economique_4VLRUKFJDBBLXP4WBZEAK5ZPDU/)

Le 360. (2025, 21 avril). Aide sociale : Lekjaa s'explique sur l'exclusion de certaines familles. Le 360. [https://fr.le360.ma/politique/aide-sociale-lekjaa-sexplique-sur-lexclusion-de-certaines-familles\\_F7ZCYX7WF5C4DK2P4YVYO4OWWA](https://fr.le360.ma/politique/aide-sociale-lekjaa-sexplique-sur-lexclusion-de-certaines-familles_F7ZCYX7WF5C4DK2P4YVYO4OWWA)

le360. « Aide sociale : Lekjaa s'explique sur l'exclusion de certaines familles. » le360, 21 avril 2025. Disponible en ligne : [https://fr.le360.ma/politique/aide-sociale-lekjaa-sexplique-sur-lexclusion-de-certaines-familles\\_F7ZCYX7WF5C4DK2P4YVYO4OWWA/](https://fr.le360.ma/politique/aide-sociale-lekjaa-sexplique-sur-lexclusion-de-certaines-familles_F7ZCYX7WF5C4DK2P4YVYO4OWWA/)

le360. « Aides sociales directes: le «Mou'achchir» de la discorde » Le 17/04/2024, Disponible en ligne : [https://fr.le360.ma/societe/aides-sociales-directes-le-mouachchir-de-la-discorde\\_Q4CEMRK4GRB27AWOK3EVJBBB4M/](https://fr.le360.ma/societe/aides-sociales-directes-le-mouachchir-de-la-discorde_Q4CEMRK4GRB27AWOK3EVJBBB4M/)

LesEco. « Aides sociales directes : vers une révision du seuil d'éligibilité. » LesEco, 16 juillet 2025. Disponible en ligne : <https://leseco.ma/maroc/aides-sociales-directes-vers-une-revision-du-seuil-deligibilite.html>

Maroc Diplomatique. (2025, 15 juillet). Aide sociale directe : vers plus d'équité. Maroc Diplomatique. <https://maroc-diplomatique.net/aide-sociale-directe-vers-plus/>

OMS. (2025, 26 mars). Couverture sanitaire universelle (CSU). Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29>

Perspectives Médicales (2022). Industrie pharmaceutique : Les dérives monopolistiques ont un coût. La cherté des médicaments sur le marché local, Réseau marocain pour la défense du droit à la santé et à la vie (RMDDS). Disponible en ligne : <https://perspectivesmed.com/industrie-pharmaceutique-les-derives-monopolistiques-ont-un-cout-la-cherte-des-medicaments-sur-le-marche-local-denonce-le-rmdds/>

Walaw. (2025, 3 juillet). Soutien social direct : une forte satisfaction, mais des exclus toujours nombreux. Walaw.

[https://fr.walaw.press/country/supervision\\_bancaire/QWSP/articles/soutien\\_social\\_direct\\_une\\_forte\\_satisfaction\\_mais\\_des\\_exclus\\_toujours\\_nombreux/GMRLRRSPLSLP](https://fr.walaw.press/country/supervision_bancaire/QWSP/articles/soutien_social_direct_une_forte_satisfaction_mais_des_exclus_toujours_nombreux/GMRLRRSPLSLP)

Walaw. « Aide sociale au prisme du numérique : le registre social unifié sous le feu des critiques. » Walaw, 9 juin 2025. Disponible en ligne : [https://fr.walaw.press/country/protection\\_numaerique/QWSP/articles/aide\\_sociale\\_au\\_prisme\\_du\\_numerique\\_le\\_registre\\_social\\_unifie\\_sous\\_le\\_feu\\_des\\_critiques/GMSQLPXSFXQP](https://fr.walaw.press/country/protection_numaerique/QWSP/articles/aide_sociale_au_prisme_du_numerique_le_registre_social_unifie_sous_le_feu_des_critiques/GMSQLPXSFXQP)