فرص وحدود التجربة المغربية في مجال سياسة الحماية الاجتماعية
Opportunités et limites de l'expérience marocaine dans le domaine de la protection sociale
2026

Laboratoire des recherches juridiques et analyse des politiques

Opportunités et limites de l'expérience marocaine dans le domaine de la protection sociale

Ouvrage collectif

Coordination

Dr.M'hammed BELARBI Abderrahim ELAALLAM

2026

دار العرفان
للطباعة والنشر والتوزيع

-

Laboratoire des recherches juridiques et analyse des politiques

Opportunités et limites de l'expérience marocaine dans le domaine de la protection sociale

Ouvrage collectif

Coordination

M'hammed BELARBI – Abderrahim ELAALLAM

2026

Opportunités et limites de l'expérience marocaine dans le domaine de la protection sociale

Ouvrage collectif

Coordination

M'hammed BELARBI - Abderrahim ELAALLAM

Tous droits réservés ©
Dépôt légal: 2026MO1404
ISBN: 978-9920-8839-4-8

Imprimé par
Imprimerie Dar Al Irfane
Quartier Salam, Agadir

دار العرفان
للطباعة والنشر والتوزيع
رقم 97 شارع عبد الله كنون حي السلام أكادير

07 20 42 46 48
06 61 18 94 56
dar.alirfan
daralirfanedition
daralirfanedition@gmail.com

SOMMAIRE

Préface 5

Evaluation et gouvernance des politiques de protection sociale : Une analyse des approches méthodologiques et indicateurs de mesure 7
Sofyan OUMANE & Abdeljalil MAZZAOUROU

Contexte des programmes de protection sociale dans l'expérience marocaine (Contraintes et défis) 29
Niema ALAOUI et Moubarek TAYI

L'expérience marocaine de l'élargissement de la protection sociale formelle au prisme de l'informalité et de la durabilité 59
M'hammed BELARBI

Le Registre Social Unifié au Maroc: entre inclusion et exclusion des populations vulnérables 83
Hassan Naji

Social Protection for the Elderly in Morocco : From Vulnerability to Active Aging 101
Chaîmae El Ghazi

Préface

Le colloque dont sont issus ces actes entendait revenir sur les opportunités et les limites de la protection sociale au Maroc. Les communications présentées audit colloque partage des réflexions ouvertes qui traitent des différentes dimentions et défis du déploiment de l'élargissement de la protection sociale formelle dans le contexte marocain.

La crise sanitaire du Covid 19 avait révélé les faiblesses des politiques de la protection sociale et a montré de façon visible l'ampleur de la précarité de larges franges de la population marocaine. Avec l'arrêt des activités et la fermeture des frontières, la majorité écrasante n'avait ni sécurité sociale ni couverture médicale. Plus de 20 millions de personnes avaient été recensées comme étant dans le besoin et réclamant l'aide décidée par l'Etat et allouée par le fonds relatif à la pandémie.

Après la séquence pandémique, l'impératif et le besoin de l'Etat avaient été confirmés. C'est dans ce contexte que le Roi Mohammed VI a annocé, à l'occasion du discours du trône de juillet 2020, la géneralisation de la protection sociale à tous les Marocains.

Si la décision royale de géneraliser la protection sociale traduisait une volonté politique qui relève théoriquement de l'instauration d'un Etat social, la question de la mise en œuvre effective de ses dispositifs reste posée. L'expérience du dispositif du RAMED est là pour nous le rappeler. Autant, le financement énorme de ce projet sociétal, difficilement mobilisable à défaut d'une réforme fiscale vigoureuse, met en exergue la question de la durabilité du système de protestion sociale et de couverture médicale.

En somme, le rôle de l'État est de plus en plus souvent remis en question au nom d'un écart croissant entre le contenu législatif, le pilotage des politiques sociales et les réalités du terrain, empêchant du même coup de les mettre en œuvre avec efficacité et efficience. En ce sens, l'analyse de l'action publique sociale est en mesure de contribuer au rattrapage de ce retard et de saisir les représentations et les pratiques autour de l'implantation des politiques publiques sociales dans les contextes comme le notre.

Sans entrer dans les détails des différentes contributions, rassemblées ici, nous tenons de souligner qu'elles ont donné lieu à des riches discussions et ont suscité des débats de grande qualité aux termes de deux jours du colloque des 14 et 15 décembre 2024.

Dr.M'hammed Belarbi

Evaluation et gouvernance des politiques de protection sociale : Une analyse des approches méthodologiques et indicateurs de mesure

Evaluation and governance of social protection policies : a Analysis of methodological approaches and measurement indicators

Sofyan OUMANE[1] &
Abdeljalil MAZZAOUROU[2]

Résumé:Cette communication de recherche a tenté d'analyser les approches méthodologiques et les indicateurs utilisés pour évaluer et gouverner les systèmes de protection sociale, en s'appuyant sur le cadre de la Nouvelle Économie Institutionnelle (North, 1990). Nous avons montré que la gouvernance des politiques sociales repose sur des institutions solides et une coordination efficace entre les acteurs clés, ce qui permet de réduire les coûts de transaction et d'améliorer les résultats des programmes sociaux (Devereux & White, 2010). Nous avons exploré à la fois les méthodes qualitatives, telles que les études de cas et les entretiens, et les méthodes quantitatives, incluant des modèles statistiques comme les différences en différences (DiD) et le Propensity Score Matching (PSM), qui permettent d'évaluer rigoureusement l'impact des politiques sociales (Rawlings & Rubio,2005 ; Imbens & Wooldridge, 2009). Ces approches ont démontré leur capacité à mesurer les effets sociaux et économiques des programmes de protection sociale, tout en offrant une meilleure compréhension des défis de mise en œuvre et d'impact sur les bénéficiaires. Une évaluation méthodologique rigoureuse est essentielle pour optimiser l'efficacité des systèmes de protection sociale, renforcer leur gouvernance et garantir qu'ils répondent efficacement aux besoins des populations, tout en soutenant la transformation sociale et économique dans les pays en développement (Caliendo & Kopeinig, 2008).

Mots clés : Protection sociale, gouvernance des politiques publiques, évaluation des politiques sociales, Nouvelle Économie Institutionnelle, modèles d'évaluation d'impact.

[1] Enseignant-chercheur à Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de FES.
[2] Enseignant chercheur à Université Cadi-Ayyad de Marrakech.

Abstract: This research paper attempts to analyze the methodological approaches and indicators used to evaluate and govern social protection systems, based on the framework of New Institutional Economics (North, 1990). We demonstrated that the governance of social policies relies on solid institutions and effective coordination among key actors, which helps reduce transaction costs and improve the outcomes of social programs (Devereux & White, 2010). We explored both qualitative methods, such as case studies and interviews, and quantitative methods, including statistical models such as differences-in-differences (DiD) and Propensity Score Matching (PSM), which rigorously assess the impact of social policies (Rawlings & Rubio, 2005; Imbens & Wooldridge, 2009). These approaches have proven their ability to measure the social and economic effects of social protection programs while providing a better understanding of the implementation challenges and the impact on beneficiaries.

A rigorous methodological evaluation is essential to optimize the effectiveness of social protection systems, strengthen their governance, and ensure that they meet the needs of populations, while supporting social and economic transformation in developing countries (Caliendo & Kopeinig, 2008).

Keywords: Social protection, governance of public policies, evaluation of social policies, New Institutional Economics, impact evaluation models.

Introduction

La gouvernance des systèmes de protection sociale constitue un enjeu central pour garantir l'équité, la transparence et l'efficacité dans la redistribution des ressources et la réduction des inégalités sociales. Ces systèmes, au cœur des politiques publiques, jouent un rôle fondamental dans la promotion de la justice sociale et la cohésion économique, en particulier dans les pays en développement où les vulnérabilités économiques et sociales sont amplifiées. Comme le souligne Esping-Andersen (1990), la protection sociale est un pilier essentiel des régimes de bien-être, permettant de répondre aux besoins fondamentaux des populations tout en favorisant la stabilité institutionnelle.

Néanmoins, l'évaluation de ces systèmes s'impose comme une priorité pour mesurer leur efficacité, leur pertinence et leur impact. Selon Barrientos (2013), une évaluation rigoureuse des politiques sociales permet de repérer les succès et les limites, renforçant ainsi leur capacité à s'adapter aux besoins changeants des populations. Malgré cela, les méthodologies d'évaluation et les indicateurs de mesure appliqués suscitent des interrogations : sont-ils universellement pertinents, ou doivent-ils être adaptés aux spécificités des contextes locaux, notamment dans les pays en développement ? Cette question soulève des enjeux cruciaux pour la gouvernance et l'amélioration continue de ces systèmes.

À la lumière de ces constats, plusieurs questions se posent : quelles sont les approches méthodologiques les plus appropriées pour évaluer les systèmes de protection sociale dans différents contextes socio-économiques ? Quels indicateurs permettent de mesurer de manière fiable et pertinente la gouvernance et l'efficacité de ces systèmes, notamment dans les pays en développement ? Cette problématique reflète un défi majeur : concilier les standards internationaux d'évaluation avec la réalité des systèmes de protection sociale dans des environnements souvent marqués par des contraintes économiques, institutionnelles et sociales.

Pour répondre à cette problématique, nous formulons les hypothèses suivantes :

H1 : Les approches méthodologiques combinant analyses qualitatives et quantitatives (approches mixtes) sont les plus adaptées pour évaluer efficacement les systèmes de protection sociale ;

H2 : Les indicateurs de mesure doivent être contextualisés pour refléter les spécificités locales et intégrer des dimensions telles que la transparence, l'efficacité et la participation communautaire ;

H3 : Une gouvernance participative et une évaluation régulière favorisent l'adaptabilité et l'efficacité des systèmes de protection sociale, en particulier dans les contextes des pays en développement.

Cet article vise à analyser les approches méthodologiques et les indicateurs de mesure employés dans l'évaluation et la gouvernance des systèmes de protection sociale. En combinant une revue analytique de la littérature scientifique (Bamberger et al., 2012 ; Rawlings & Rubio, 2005) et une réflexion critique, cette étude explore les outils disponibles, leurs limites et opportunités. L'article s'articule en plusieurs sections. La première présente le cadre conceptuel et une revue des travaux scientifiques pertinents. La deuxième explore les différentes approches méthodologiques. La troisième se concentre sur les indicateurs de mesure et leur application pratique. Enfin, la discussion et les recommandations visent à fournir des pistes pour une gouvernance renforcée des systèmes de protection sociale.

1- Cadre conceptuel et théorique

L'analyse des systèmes de protection sociale repose sur des fondements conceptuels et théoriques qui permettent de mieux comprendre leur rôle, leur structure et leur impact. Cette section propose d'explorer les cadres théoriques sous-jacents à l'évaluation et à la gouvernance des systèmes de protection sociale, en s'appuyant sur des approches interdisciplinaires. En mobilisant les théories institutionnelles, économiques et sociales, nous visons à établir un socle conceptuel robuste pour analyser les dynamiques des systèmes de protection sociale. Ce cadre servira de base pour éclairer les méthodes utilisées et les indicateurs de mesure présentés dans les sections suivantes.

1.1. Les systèmes de protection sociale et leur rôle dans la justice sociale

Les systèmes de protection sociale sont essentiels pour garantir une redistribution équitable des ressources et atténuer les inégalités sociales. Selon Esping-Andersen (1990), ces systèmes peuvent être classés en plusieurs modèles, chacun ayant un impact distinct sur la structure sociale et économique des sociétés. Le modèle social-démocrate, par exemple, privilégie un état-providence universel, visant à offrir des services de qualité à tous les citoyens, tandis que le modèle libéral repose davantage sur des mécanismes de marché et des aides conditionnelles. Les pays en développement, souvent confrontés à des défis socio-économiques majeurs, adoptent des configurations variées de protection sociale, ajustées à leurs réalités locales tout en tentant de respecter des standards internationaux de justice sociale.

Dans ce contexte, la protection sociale ne se limite pas seulement à des transferts monétaires, mais inclut également des services fondamentaux tels que l'accès à la santé, l'éducation et la sécurité de l'emploi. Ces services sont au cœur de la construction d'une société plus juste, où la couverture sociale protège les populations vulnérables contre les risques sociaux comme la maladie, le chômage ou la vieillesse (Barrientos, 2013). De plus, la gouvernance de ces systèmes joue un rôle crucial dans leur efficacité et leur capacité à atteindre les objectifs de réduction des inégalités.

1.2. La gouvernance des systèmes de protection sociale

La gouvernance des systèmes de protection sociale englobe les processus de conception, de mise en œuvre, et d'évaluation des politiques publiques liées à la sécurité sociale. Elle repose sur des principes de transparence, de responsabilité et de participation des parties prenantes, incluant les gouvernements, les citoyens et les acteurs privés. Stoker (1998) définit la gouvernance comme un ensemble de mécanismes institutionnels et de processus décisionnels permettant de gérer les relations entre différents acteurs dans le but de répondre aux besoins collectifs. Une gouvernance efficace est celle qui assure la gestion des ressources publiques de manière transparente, tout en garantissant un accès équitable aux services sociaux.

Dans cette optique, la gouvernance des systèmes de protection sociale nécessite une approche intégrée, qui inclut la participation des bénéficiaires et des communautés locales dans la définition des priorités politiques. La théorie de la gestion des biens communs d'Ostrom (1990) est particulièrement pertinente pour comprendre comment la collaboration entre les institutions et les communautés locales peut améliorer l'efficacité des programmes de protection sociale. Selon Ostrom, les institutions locales jouent un rôle essentiel dans l'optimisation des ressources et dans la réponse aux besoins spécifiques des populations, ce qui est particulièrement pertinent pour les pays en développement où les infrastructures sont souvent limitées et les besoins sociaux diversifiés.

Ainsi, si les systèmes de protection sociale représentent un levier essentiel pour promouvoir la justice sociale et réduire les inégalités, leur efficacité dépend largement de la qualité de leur gouvernance. En effet, une gouvernance bien structurée et inclusive permet non seulement d'assurer une gestion optimale des ressources, mais aussi de répondre aux besoins des populations de manière équitable et durable. Dans cette perspective, l'interaction entre les objectifs de justice sociale et les mécanismes de gouvernance constitue un enjeu central pour la conception et la mise en œuvre de politiques sociales adaptées. La section suivante explore plus en détail les principes et pratiques qui sous-tendent la gouvernance des systèmes de protection sociale, en mettant en lumière leur rôle dans la réalisation des objectifs de justice sociale.

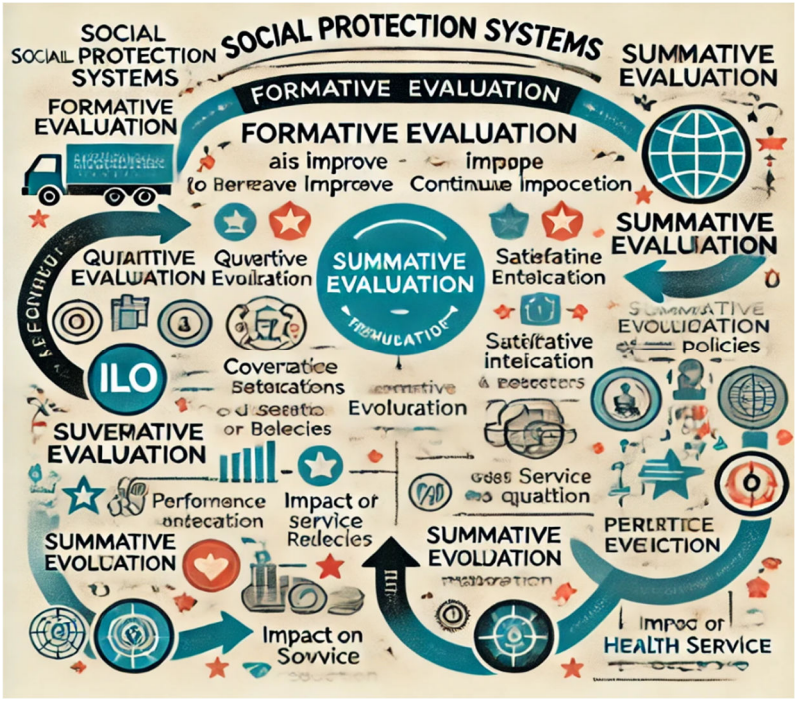
1.3. Méthodologies d'évaluation des systèmes de protection sociale

L'évaluation des systèmes de protection sociale repose sur des méthodologies qui permettent d'analyser non seulement la performance des programmes, mais aussi leur impact sur les populations. Une évaluation rigoureuse doit permettre d'identifier les points forts et les faiblesses des politiques mises en place, afin d'ajuster les stratégies et de maximiser leur efficacité. Scriven (1991) distingue l'évaluation formative, qui vise à améliorer les processus en cours, et l'évaluation sommative, qui mesure l'impact global des politiques après leur mise en œuvre.

Les méthodologies employées pour l'évaluation des systèmes de protection sociale incluent des analyses qualitatives, telles que des études de cas et des entretiens avec les bénéficiaires, permettant de saisir la réalité du terrain. Ces approches qualitatives sont essentielles pour comprendre les perceptions des usagers sur l'accès et la qualité des services, ainsi que pour identifier les obstacles à l'inclusion sociale. Parallèlement, les approches quantitatives, qui reposent sur des indicateurs objectifs de performance (par exemple, taux de couverture, niveau de satisfaction, impact sur la réduction de la pauvreté), permettent de mesurer de manière plus précise l'efficacité et l'efficience des politiques (Rawlings & Rubio, 2005).

L'Organisation internationale du travail (OIT, 2019) propose un cadre d'évaluation basé sur des critères de performance qui englobent l'accessibilité des services, la satisfaction des usagers et l'impact sur la réduction des inégalités.

Figure 1 : Schéma explicatif des méthodologies d'évaluation des systèmes de protection sociale



Source : Auteurs, Adapté de l'Organisation Internationale du Travail (OIT, 2019) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020)

Les indicateurs utilisés dans ces évaluations sont cruciaux pour établir des comparaisons entre les différents systèmes de protection sociale et pour recommander des améliorations. De plus, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020) insiste sur l'importance de mesurer la qualité des services de santé, qui représente un pilier majeur de tout système de protection sociale.

Les méthodes d'évaluation des systèmes de protection sociale permettent d'apprécier leur performance et leur impact, tout en identifiant les ajustements nécessaires pour renforcer leur efficacité. Toutefois, pour garantir une évaluation optimale, il est essentiel de tenir compte du rôle des institutions dans la conception et la mise en œuvre des politiques sociales. C'est dans ce cadre que la Nouvelle Économie Institutionnelle (NEI) fournit un cadre analytique pertinent pour explorer les interactions entre les acteurs, les institutions et les ressources, offrant ainsi une perspective théorique solide pour examiner les dynamiques de gouvernance et leurs implications sur la performance des systèmes de protection sociale. La section suivante s'attache à approfondir ces aspects en s'appuyant sur les contributions majeures de la NEI.

1.4. La Nouvelle Économie Institutionnelle et la gouvernance des politiques publiques

La Nouvelle Économie Institutionnelle (NEI) propose un cadre analytique pour comprendre le rôle des institutions dans la gestion des ressources publiques et la conception des politiques sociales. Selon North (1990), les institutions, définies comme les règles formelles et informelles qui régissent les interactions humaines, sont des facteurs clés dans la réduction des coûts de transaction et l'amélioration de la performance des politiques publiques. Dans le contexte de la protection sociale, les institutions doivent être capables de coordonner les actions des différents acteurs (gouvernement, secteur privé, société civile) pour garantir une couverture adéquate et une gestion efficace des ressources.

Le modèle théorique proposé pour l'application de la Nouvelle Économie Institutionnelle (NEI) à la gouvernance des systèmes de protection sociale repose sur l'idée que la qualité des institutions, définies comme les règles formelles et informelles régissant les interactions sociales, a un impact

direct sur l'efficacité des politiques publiques (North, 1990). Dans ce cadre, la NEI soutient que des institutions solides peuvent réduire les coûts de transaction, améliorer la coordination entre les différents acteurs (gouvernement, secteur privé, société civile) et renforcer la capacité de gestion des ressources publiques. Dans ce cadre, la NEI soutient que des institutions solides peuvent réduire les coûts de transaction, améliorer la coordination entre les différents acteurs (gouvernement, secteur privé, société civile) et renforcer la capacité de gestion des ressources publiques. Ce modèle théorique peut être formalisé à travers un ensemble d'équations qui relient les principales variables de gouvernance, à savoir la capacité institutionnelle, les coûts de transaction, l'efficacité des politiques publiques et l'impact social des politiques. Comme le souligne Williamson (1985), la formalisation des relations entre ces variables est essentielle pour comprendre comment les institutions influencent la performance économique et sociale, notamment à travers la réduction des coûts de transaction et l'amélioration de la coordination institutionnelle.

Ainsi, le premier aspect de ce modèle théorique lie l'efficacité des politiques publiques (PE) à la capacité institutionnelle (IC), aux coûts de transaction (TC) et aux ressources disponibles (R):

$$PE=f(IC, TC, R)$$

Les coûts de transaction (TC) sont influencés par la qualité des institutions (IC), le nombre et l'engagement des acteurs impliqués (A), ainsi que par la fragilité des institutions (F) (Williamson, 2000) :

$$IC=h(L, T, C)$$

Enfin, cette capacité institutionnelle et l'efficacité des politiques publiques se répercutent directement sur la réduction de la pauvreté (PPP), soulignant ainsi l'importance de renforcer les institutions pour améliorer les résultats des politiques sociales (Devereux & White, 2010) :

$$P=i(IC, PE)$$

Ce modèle théorique met en évidence l'importance d'un renforcement institutionnel pour garantir une meilleure performance des politiques de protection sociale, en particulier dans les pays en développement où les

institutions sont souvent fragiles. Il illustre comment la gouvernance des systèmes de protection sociale peut être optimisée en réduisant les coûts de transaction et en améliorant la coordination entre les acteurs, avec pour objectif ultime une réduction significative de la pauvreté (Rawlings & Rubio, 2005).

La NEI souligne donc l'importance de renforcer les capacités institutionnelles à tous les niveaux, de la gestion locale à la mise en œuvre des politiques nationales, afin d'assurer l'adaptabilité et l'efficience des systèmes de protection sociale (Devereux & White, 2010).

2. Approches méthodologiques d'évaluation

L'évaluation des systèmes de protection sociale nécessite une approche méthodologique rigoureuse et multi-dimensionnelle pour saisir la complexité des interactions entre les politiques publiques, les institutions, et les bénéficiaires. Selon Bamberger et al. (2012), l'évaluation doit reposer sur une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives pour fournir une analyse complète des politiques de protection sociale. Les approches méthodologiques d'évaluation visent à mesurer non seulement la performance des programmes, mais aussi leur impact à long terme sur les populations vulnérables et sur l'équité sociale.

2.1. Modèles d'évaluation qualitative dans les systèmes de protection sociale

L'évaluation des systèmes de protection sociale, lorsqu'elle se base sur des approches qualitatives, permet de comprendre en profondeur les expériences vécues par les bénéficiaires, les pratiques des acteurs impliqués, ainsi que les facteurs contextuels influençant les résultats des politiques publiques. Plusieurs modèles d'évaluation qualitative ont été développés pour explorer ces dimensions, en se concentrant sur des aspects tels que les perceptions, les attentes et les obstacles rencontrés par les populations vulnérables.

2.1.1. Analyse par études de cas (Case Study Analysis)

L'analyse par études de cas est une méthode largement utilisée dans l'évaluation qualitative des systèmes de protection sociale. Elle consiste à

examiner en profondeur des cas spécifiques ou des contextes particuliers pour comprendre les mécanismes qui sous-tendent la mise en œuvre des politiques sociales. Selon Yin (2009), l'étude de cas permet de développer une compréhension détaillée de la situation dans un cadre réel, tout en fournissant des informations contextuelles essentielles.

Les études de cas peuvent être utilisées pour évaluer un programme spécifique de protection sociale dans une région donnée, en s'appuyant sur des entretiens, des observations et des analyses de documents pour recueillir des données sur l'expérience des bénéficiaires, des prestataires de services et des responsables politiques. Ce modèle est particulièrement utile dans les situations où les politiques de protection sociale sont mises en œuvre dans des contextes sociaux, économiques et culturels divers, nécessitant une analyse nuancée et contextualisée.

Dans une étude de cas sur un programme de couverture santé dans une région rurale, l'objectif est de mesurer l'impact du programme sur la réduction des inégalités d'accès aux soins (Yin, 2009). Un modèle mathématique simple pourrait être une régression logistique qui évalue la probabilité d'accès aux soins en fonction de plusieurs variables indépendantes (éloignement géographique, niveau de revenu, éducation, etc.).

Modèle mathématique :

$$P\,(Y = 1) = \frac{1}{1 + e^{(-(\beta_0 + \beta_1 . Distance + \beta_2 . Revenu + \beta_3 . Education))}}$$

Avec, $P\,(Y = 1)$ représente la probabilité d'accès aux soins, et les variables indépendantes sont la distance, le revenu et le niveau d'éducation. Ce modèle permet d'évaluer l'impact des différents facteurs sur la probabilité d'accès aux services de santé.

2.1.2. Approche ethnographique (Ethnographic Approach)

L'approche ethnographique, fondée sur l'observation participante et les entretiens approfondis, est un modèle qualitatif qui permet d'explorer les dynamiques sociales sous-jacentes aux systèmes de protection sociale. Elle permet de comprendre comment les bénéficiaires interagissent avec les institutions sociales, comment ils perçoivent les services reçus, et comment

les valeurs et les normes culturelles influencent l'acceptation et l'efficacité des politiques de protection sociale.

L'ethnographie permet aux chercheurs d'intégrer les perspectives des bénéficiaires dans un contexte de longue durée, ce qui est essentiel pour saisir l'évolution des attitudes et des comportements des populations vis-à-vis des systèmes sociaux. Cette approche est idéale pour étudier les populations vulnérables et marginalisées, qui peuvent ne pas être pleinement représentées dans les analyses quantitatives.

Spradley (1979) a développé une analyse de l'impact des valeurs culturelles sur l'acceptation des politiques sociales pourrait être quantifiée par un modèle de score pondéré. Ce modèle permettrait de mesurer la corrélation entre des valeurs culturelles spécifiques et la perception de la qualité des services sociaux.

Modèle mathématique :

$$Score\ de\ perception = \sum_{i=1}^{n} w_i \,.\, v_i$$

où, w_i est le le poids de chaque valeur culturelle. v_i (par exemple, respect de l'autorité, collectivité) dans l'appréciation globale du programme social. Ce modèle attribue un poids différent à chaque facteur culturel, en fonction de son influence dans le cadre de l'évaluation.

2.1.3. La méthode des groupes de discussion (Focus Groups)

Les groupes de discussion sont un outil populaire dans les évaluations qualitatives des systèmes de protection sociale, permettant de recueillir des opinions collectives sur les politiques et programmes sociaux. Cette méthode implique la rencontre de petits groupes de bénéficiaires ou de parties prenantes (par exemple, travailleurs sociaux, responsables gouvernementaux, prestataires de services) pour discuter de leurs expériences et de leurs perceptions des services de protection sociale.

Les groupes de discussion permettent de générer des données riches et nuancées sur les perceptions des participants, en encourageant la discussion sur des sujets spécifiques tels que l'accès aux services, les obstacles à la

participation, et les suggestions d'amélioration. Ce modèle est utile pour explorer des thèmes comme la stigmatisation des bénéficiaires ou les perceptions de l'efficacité des politiques de protection sociale dans un cadre communautaire.

A titre d'exemple, dans l'évaluation d'un programme d'assistance alimentaire via des groupes de discussion, un modèle mathématique pourrait être utilisé pour analyser la variation de la satisfaction des bénéficiaires avant et après l'intervention du programme. Une analyse de variance (ANOVA) pourrait être appliquée pour tester les différences de satisfaction parmi différents groupes de bénéficiaires (Morgan, 1997).

Modèle mathématique :

$$Satisfaction_i = \alpha_i + \beta_1.Avant + \beta_2.Après + \varepsilon_i$$

Où $Satisfaction_i$ est le score de satisfaction des bénéficiaires, et les variables "Avant" et "Après" représentent des variables indicatrices (dummy variables) pour mesurer la satisfaction avant et après le programme. $\boldsymbol{\varepsilon_i}$ est l'erreur aléatoire. L'analyse de variance permet de tester l'hypothèse selon laquelle il y a une différence significative dans la satisfaction des bénéficiaires avant et après l'intervention.

Ces modèles d'évaluation qualitative permettent d'obtenir une vision complète et nuancée de l'efficacité des systèmes de protection sociale, en se concentrant sur les expériences vécues par les bénéficiaires et en analysant les contextes sociaux, économiques et politiques qui influencent la mise en œuvre et les résultats des politiques publiques. Les approches qualitatives sont donc essentielles pour compléter les analyses quantitatives et garantir que les évaluations des systèmes de protection sociale tiennent compte de la réalité complexe des populations vulnérables.

2.2. Méthodes quantitatives : Analyse statistique des données et Modèles de mesure d'impact

L'évaluation des systèmes de protection sociale repose en grande partie sur l'utilisation de méthodes quantitatives, qui permettent de mesurer de manière objective et précise l'efficacité des politiques et leur impact sur les populations cibles. Ces approches sont particulièrement utiles pour établir des

comparaisons entre différents systèmes de protection sociale, évaluer les résultats en termes de réduction des inégalités et de pauvreté, et fournir des recommandations fondées sur des données fiables.

2.2.1. Analyse statistique des données

L'analyse statistique des données est un outil fondamental dans l'évaluation des politiques publiques, notamment dans les systèmes de protection sociale. Elle permet de transformer les informations recueillies par des enquêtes, des census ou des bases de données administratives en résultats mesurables et significatifs. Rawlings et Rubio (2005) soulignent que l'analyse statistique permet de calculer des indicateurs de performance comme le taux de couverture des bénéficiaires, le taux de satisfaction des usagers, et d'autres mesures qui fournissent des insights sur l'impact des politiques sociales.

Les méthodes statistiques les plus couramment utilisées incluent des tests de signification (comme les tests de t ou de chi carré), l'analyse de régression et les modèles de séries temporelles. Ces outils aident à tester les hypothèses concernant les effets des politiques sociales sur les variables d'intérêt (telles que le niveau de vie, l'accès aux services, et la santé publique).

Un modèle de régression linéaire simple pourrait être utilisé pour estimer l'impact d'un programme d'aide sociale sur le revenu des ménages bénéficiaires. Le modèle peut être formulé comme suit :

$$Y_i = \alpha + \beta_i X_i + \epsilon_i$$

Où,

- Y_i est le revenu du ménage i ;
- X_i est une variable binaire indiquant si le ménage bénéficie ou non de l'aide sociale ;
- α est une constante ;
- β_i est le coefficient de l'impact de l'aide sociale ;
- ϵ_i est l'erreur aléatoire.

En estimant ce modèle, il est possible de quantifier l'effet de l'aide sociale sur le revenu des bénéficiaires, et de tester si cet effet est statistiquement significatif.

2.2.2. Modèles de mesure d'impact appliqués aux politiques de protection sociale

Les modèles de mesure d'impact sont des outils essentiels pour évaluer l'efficacité des politiques publiques, et en particulier celles liées à la protection sociale. Ces modèles permettent non seulement de mesurer les effets directs des programmes sur les populations cibles, mais aussi d'identifier les facteurs de succès ou d'échec des politiques sociales. Dans ce contexte, des méthodes telles que les différences en différences (DiD) et le Propensity Score Matching (PSM) sont fréquemment utilisées pour obtenir des estimations fiables des effets causaux des interventions de protection sociale (Imbens & Wooldridge, 2009).

2.2.2.1. Méthode des différences en différences (DiD)

La méthode des différences en différences est une approche qui permet de mesurer l'impact d'une politique en comparant les différences dans les résultats entre un groupe traité (bénéficiaire de la politique) et un groupe de contrôle (non bénéficiaire de la politique), avant et après la mise en place de l'intervention ce de cette méthode est particulièrement pertinente dans le cadre de l'évaluation des politiques sociales lorsque la randomisation n'est pas possible (Rawlings & Rubio, 2005).

Le modèle de DiD peut être exprimé mathématiquement comme suit :

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 . Post_t + \beta_2 . Treated_i + \beta_3 . (Post_t \, . Treated_i) + \varepsilon_{it}$$

Où,

- Y_{it}: Représente l'indicateur de résultat (par exemple, le revenu ou le taux de pauvreté) pour l'individu i au moment t ;
- $Post_t$: est une variable binaire prenant la valeur 1 après l'introduction de la politique de protection sociale et 0 avant ;
- $Treated_i$: est une variable binaire indiquant si l'individu iii fait partie du groupe bénéficiaire (groupe traité) ;

- $\text{Post}_t \,.\text{Treated}_i$: est l'interaction entre la période post-programme et le groupe traité, représentant l'effet causal de la politique.

L'estimation du coefficient β_3 permet de mesurer l'effet net de la politique sur le groupe traité, en tenant compte des différences initiales entre les groupes traité et témoin. Cette méthode est largement utilisée pour évaluer l'impact des programmes sociaux comme les transferts monétaires ou les programmes de santé publique (Caliendo & Kopeinig, 2008).

Par exemple, l'évaluation d'un programme de transfert monétaire conditionnel en Amérique latine pourrait utiliser cette méthode pour comparer les variations de revenu des ménages bénéficiaires et non bénéficiaires avant et après l'introduction du programme. Une telle analyse pourrait montrer que les bénéficiaires du programme ont enregistré une réduction significative de la pauvreté, par rapport aux ménages qui n'ont pas reçu l'aide, ce qui prouverait l'efficacité de l'intervention.

2.2.2.2. Propensity Score Matching (PSM)

Le Propensity Score Matching est une méthode qui permet d'estimer l'impact d'une intervention en appariant les individus traités (bénéficiaires) avec des individus non traités ayant des caractéristiques observées similaires. L'idée est de créer un groupe de contrôle qui soit aussi similaire que possible au groupe traité, en termes de caractéristiques observables, afin d'éviter les biais de sélection qui peuvent survenir si les individus sont choisis de manière non aléatoire (Imbens & Wooldridge, 2009).

Le score de propension, $P(X)$ est défini comme la probabilité qu'un individu soit traité en fonction de ses caractéristiques observées X :

$$P(X) = \Pr\left(Traitement = \frac{1}{X}\right)$$

Une fois les scores de propension calculés, les individus du groupe traité sont appariés avec ceux du groupe de contrôle ayant des scores de propension similaires. L'impact du programme est ensuite estimé en comparant les résultats observés entre ces groupes appariés.

Dans cette optiques, Devereux & White, (2010), ont développé un modèle en ce sens, le PSM pourrait être l'évaluation d'un programme de

soutien à l'emploi dans une région spécifique. En utilisant cette méthode, les chercheurs comparent les résultats professionnels (taux d'emploi, salaire) des participants au programme avec ceux d'individus non participants ayant des caractéristiques similaires (âge, niveau d'éducation, statut socio-économique). L'estimation de l'effet causal permet de déterminer dans quelle mesure le programme a amélioré l'accès à l'emploi pour ses bénéficiaires.

En effet, L'application des modèles DiD et PSM dans le domaine de la protection sociale permet une évaluation robuste de l'impact des programmes sur les résultats socio-économiques des populations. Ces modèles sont particulièrement utiles pour des programmes d'assistance sociale, de couverture santé universelle, ou de soutien à l'emploi, où il est essentiel de démontrer l'effet direct de ces interventions sur des indicateurs tels que le revenu des ménages, l'accès aux soins de santé, et la réduction de la pauvreté (Rawlings & Rubio, 2005).

Les modèles d'évaluation quantitatifs permettent ainsi aux décideurs politiques de prendre des décisions éclairées concernant l'allocation des ressources, la pérennité des programmes, et leur adaptation aux besoins des populations. Par exemple, dans le cadre des politiques de santé, l'application de ces modèles pourrait aider à mesurer l'impact d'une couverture universelle sur l'accès aux soins de santé et sur la réduction des inégalités en matière de santé.

3. Limites et insuffisances des approches d'évaluation

Bien que les approches qualitatives et quantitatives utilisées pour évaluer les systèmes de protection sociale apportent des contributions théoriques et empiriques significatives, elles présentent certaines limites intrinsèques. Ces insuffisances peuvent affecter la validité interne et externe des résultats obtenus, particulièrement dans des contextes socio-économiques complexes et dynamiques.

3.1. Limites des approches qualitatives

Les approches qualitatives, bien qu'indispensables pour explorer les dimensions subjectives et contextuelles des politiques sociales, sont souvent critiquées pour leur manque de généralisabilité. Les études de cas, les entretiens semi-directifs et l'observation participante permettent de recueillir

des données détaillées, mais leur portée reste limitée à des contextes spécifiques (Yin, 2009). De surcroît, la subjectivité inhérente à ces méthodes peut introduire des biais interprétatifs, dus notamment à l'implication directe des chercheurs dans la collecte et l'analyse des données (Spradley, 1979). Ces limites rendent nécessaire une triangulation des données pour améliorer la robustesse des résultats.

3.2. Limites des approches quantitatives

Les méthodes quantitatives, axées sur l'objectivité et la précision statistique, sont soumises à plusieurs contraintes méthodologiques. Les bases de données utilisées pour les analyses économétriques sont souvent incomplètes ou sujettes à des erreurs de mesure, ce qui peut compromettre la validité statistique des modèles estimés (Rawlings & Rubio, 2005). Par ailleurs, les méthodes d'évaluation d'impact comme les différences en différences (DiD) et le Propensity Score Matching (PSM) reposent sur des hypothèses strictes telles que l'absence de biais de sélection et l'équivalence statistique des groupes comparés (Imbens & Wooldridge, 2009). L'omission de variables non observables et les problèmes d'endogénéité peuvent limiter la capacité de ces modèles à établir des relations causales solides.

3.3. Contraintes institutionnelles et contextuelles

L'application des méthodes d'évaluation dans le domaine des politiques sociales est souvent entravée par des contraintes institutionnelles et contextuelles. Les systèmes de protection sociale dans les pays en développement, par exemple, évoluent dans des environnements institutionnels fragiles caractérisés par une capacité administrative limitée, des données insuffisantes et une instabilité politique (Devereux & White, 2010). De plus, l'hétérogénéité des contextes socio-économiques rend complexe l'application universelle de modèles d'évaluation standardisés, nécessitant des ajustements contextuels appropriés (Barrientos, 2013).

Afin d'atténuer ces insuffisances, il est impératif de recourir à des approches mixtes combinant méthodes qualitatives et quantitatives pour obtenir des analyses plus complètes et contextuellement adaptées (Bamberger et al., 2012). Une implication active des parties prenantes, y compris les bénéficiaires et les décideurs politiques, peut également améliorer la

pertinence et l'acceptabilité des résultats d'évaluation (Ostrom, 1990). Enfin, le renforcement des capacités institutionnelles, l'amélioration des systèmes de collecte de données et l'intégration des avancées méthodologiques en évaluation d'impact constituent des priorités stratégiques pour des évaluations plus robustes et adaptées aux spécificités locales.

Conclusion générale

Cet article a exploré les approches méthodologiques et les indicateurs de mesure appliqués à l'évaluation et à la gouvernance des systèmes de protection sociale. À partir d'un cadre théorique ancré dans la Nouvelle Économie Institutionnelle, nous avons analysé l'importance des institutions dans la conception et la mise en œuvre des politiques sociales, en soulignant leur rôle central dans la gestion des ressources et la réduction des coûts de transaction. L'application de ce cadre théorique à la protection sociale a permis de mettre en lumière les défis auxquels font face les pays en développement, notamment les difficultés liées à la coordination entre acteurs et à la gestion des ressources limitées.

Nous avons également discuté des méthodologies d'évaluation, en distinguant les approches qualitatives et quantitatives. Les approches qualitatives, telles que les études de cas et les entretiens, ont été mises en avant pour leur capacité à fournir des insights précieux sur les perceptions des usagers et l'efficacité des politiques sur le terrain. En parallèle, nous avons présenté des méthodes quantitatives telles que la méthode des différences en différences (DiD) et le *Propensity Score Matching (PSM),* qui permettent d'évaluer l'impact des politiques sociales de manière rigoureuse et fiable, en mesurant les effets causals de ces programmes sur les populations cibles.

L'application de ces modèles d'évaluation aux politiques de protection sociale a permis de démontrer leur efficacité dans la mesure des impacts sociaux et économiques de ces interventions. Nous avons ainsi souligné l'importance d'une évaluation continue et rigoureuse des programmes de protection sociale, qui constitue un outil indispensable pour optimiser l'allocation des ressources, améliorer les résultats pour les bénéficiaires et renforcer la gouvernance des systèmes sociaux.

En fin, cet article met en lumière l'importance de la combinaison d'approches théoriques solides et de méthodologies rigoureuses pour évaluer et améliorer les systèmes de protection sociale. Ces méthodologies permettent non seulement de mesurer les performances et les impacts des politiques, mais aussi d'identifier les ajustements nécessaires pour répondre aux défis sociaux et économiques contemporains. Pour que ces systèmes soient efficaces et inclusifs, il est essentiel que les décideurs politiques adoptent des approches fondées sur des preuves et tirent parti des méthodes d'évaluation pour ajuster et renforcer les stratégies de protection sociale en fonction des besoins des populations.

Références bibliographiques

- Bamberger, M., Rugh, J., & Mabry, L. (2012). *RealWorld Evaluation: Working Under Budget, Time, Data, and Political Constraints*. SAGE Publications ;
- Barrientos, A. (2013). Social Assistance in Developing Countries. Cambridge University Press ;
- Caliendo, M., & Kopeinig, S. (2008). *Some Practical Guidance for the Implementation of Propensity Score Matching. Journal of Economic Surveys*, 22(1), 31-72.
- Devereux, S., & White, J. (2010). Social Protection in Africa: Evidence, Politics and the Struggle for Social Justice. African Journal of Political Science, 15(1), 1-27.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press ;
- Imbens, G. W., & Wooldridge, J. M. (2009). *Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. Journal of Economic Literature*, 47(1), 5-86.
- North, D. C. (1990). Institutions, Institutional Change and Economic Performance, Cambridge University Press.
- Organisation Internationale du Travail (OIT). (2019). World Social Protection Report: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals. International Labour Organization ;

▪ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2020). World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs. World Health Organization ;

▪ Ostrom, E. (1990). Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective *Action*. Cambridge University Press ;

▪ Rawlings, L. B., & Rubio, G. M. (2005). *Evaluating the Impact of Conditional Cash* Transfer Programs. The World Bank Research Observer, 20(1), 29-55 ;

▪ Rawlings, L. B., & Rubio, G. M. (2005). *Evaluating the Impact of Social Programs: A Methodological Perspective*. The World Bank.

▪ Scriven, M. (1991). Evaluation Thesaurus. Sage Publications ;

▪ Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic Interview*. Holt, Rinehart and Winston ;

▪ Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. International Social Science Journal, 50(155), 17-28 ;

▪ Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. Free Press.

▪ Williamson, O. E. (2000). The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead. Journal of Economic Literature, 38(3), 595-613 ;

▪ Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (4th ed.). SAGE Publications.

Contexte des programmes de protection sociale dans l'expérience marocaine (Contraintes et défis)

سياق برامج الحماية الاجتماعية في التجربة المغربية (إكراهات وتحديات)

Niema ALAOUI et
Moubarek TAYI[3]

Résumé: Dans le cadre du renforcement de l'État social au Maroc, et en adéquation avec les normes internationales, ainsi que l'application des dispositions constitutionnelles et législatives, l'État a ouvert un chantier pour généraliser la protection sociale, un projet qui constitue une étape importante dans la promotion de la justice territoriale et la préservation de la dignité des citoyens. L'État a entrepris une réforme du système de soins de santé afin d'instaurer une couverture santé universelle. Cette couverture est un rempart contre les aléas de la vie et les risques qui menacent la santé des individus, visant à préserver leur dignité et à ne pas les laisser exposés à des conditions difficiles. Dans ce contexte, cette étude se concentrera, d'une part, sur le suivi de l'évolution des programmes de protection sociale au Maroc, jusqu'au programme AMO Tadamoun, qui vise à adopter une approche globale et durable pour garantir la protection sociale à tous les citoyens, et d'autre part, nous tenterons de découvrir les améliorations apportées par ce programme de santé ainsi que les obstacles rencontrés par les bénéficiaires des services de santé.

Mots-clés : droit à la santé, protection sociale, système de soins de santé.

ملخص: في إطار تعزيز الدولة الاجتماعية بالمغرب، وملائمة مع المعايير الدولية، وتنفيذ المقتضيات الدستورية والتشريعية، وفتح ورش تعميم الحماية الاجتماعية الذي يعتبر مشروع يشكل خطوة مهمة في مسعى النهوض بالعدالة المجالية وصون كرامة المواطنين، قامت الدولة بإصلاح منظومة الرعاية الصحية بهدف إرساء التغطية الصحية الشاملة. وتعتبر هذه التغطية بمثابة حصن ضد تقلبات الحياة والمخاطر التي تهدد صحة الإنسان، حيث تهدف إلى الحفاظ على كرامته وعدم تركه عرضة للظروف الصعبة، في هذا السياق ستقف هذه الدراسة من جهة على تتبع مسار برامج الحماية الاجتماعية بالمغرب لنصل إلى برنامج AMO Tadamoun الذي يسعى إلى تبني نهج

[3] Laboratoire Sol, Environnement et Développement, Université Ibn Toufail, Facuté des sciences humaines et sociales, Kénitra.

شامل ومستدام لضمان الحماية الاجتماعية لجميع المواطنين، ومن جهة أخرى سنحاول التعرف على الإضافات الإيجابية لهذا البرنامج الصحي وعلى العراقيل التي يواجهها المستفيدون من الخدمات الصحية .

الكلمات المفتاحية: الحق في الصحة، الحماية الاجتماعية، نظام الرعاية الصحية.

Introduction

Le concept de protection sociale a évolué au fil du temps, avec des réformes importantes en Allemagne et en Grande-Bretagne au XIXe et XXe siècles, visant d'abord les classes ouvrières, et aux États-Unis après le krach boursier. Bien que la protection sociale soit ancienne, elle a été renforcée par des textes internationaux, comme la Déclaration universelle des droits de l'homme et les Objectifs de développement durable, et par des réformes nationales.

Au Maroc, la protection sociale a été introduite progressivement, d'abord pendant le protectorat, avec des mutuelles pour les fonctionnaires, puis après l'indépendance avec des réformes dans le secteur de la santé et de la sécurité sociale. Cependant, ces réformes ont souvent rencontré des difficultés, le système de santé souffrant de dysfonctionnements malgré les tentatives de réforme depuis 1959. La Banque mondiale définit la protection sociale comme un ensemble de mesures visant à soutenir les personnes vulnérables, que ce soit en cas de pauvreté, maladie, chômage ou vieillissement. Elle inclut des mécanismes contributifs et non contributifs, permettant un accès à des services de santé et à un revenu suffisant pour ceux qui en ont besoin. Le Maroc a fait des progrès importants, notamment avec l'adoption de la loi n° 09.21, qui instaure la protection sociale universelle. Cependant, des défis subsistent, en particulier dans le système de couverture santé, comme l'a révélé la crise de la COVID-19, qui a mis en lumière les faiblesses du système d'aide sanitaire et d'assurance maladie, ainsi que les lacunes dans l'accès aux soins pour les populations vulnérables. Ainsi à travers cette étude, nous tenons à chercher le contexte au lequel se préconise l'instauration d'un système obligatoire unifié entre les régimes d'assurance maladie, un système de protection sociale universel et durable au Maroc AMO Tadamoun et à évaluer l'impact potentiel de ces réformes sur les citoyens, surtout les plus vulnérables qui fréquentent les établissements de

santé et qui bénéficient des prestations de soins ainsi qu'aux obstacles auxquels ils sont confrontés. Cela nécessite que nous abordions le sujet selon un plan méthodologique que nous avons divisé en trois sections :

La première section : l'évolution du système de soins de santé au Maroc.

La deuxième section : vers une couverture santé universelle au Maroc.

La troisième section : dédiée à la partie pratique : avis des patients admis au centre hospitalo-universitaire Mohammed VI de Marrakech et bénéficiaire du système de soins et d'assurance santé AMO Tadamon sur ce nouveau système، ses points forts et ses contraintes.

Problématique

Le Maroc s'engage dans la création d'un modèle d'État social visant à garantir la dignité et une vie décente pour tous ses citoyens, en se concentrant sur des domaines clés tels que la santé, l'éducation, le logement et l'accès aux ressources. Cette approche repose sur une redistribution équitable des biens et services, sans discrimination géographique ou sectorielle. Les politiques publiques sont orientées vers la fourniture de services sociaux, avec une attention particulière aux catégories sociales vulnérables, dont la situation sanitaire, financière ou sociale nécessite l'intervention de l'Etat. L'objectif global est de renforcer la protection sociale et les services publics afin de garantir la sécurité et la paix sociales. La généralisation de la protection sociale, initiée par une démarche royale, vise à consolider les acquis et réformes antérieures, avec des effets directs sur l'amélioration des conditions de vie des citoyens, leur pouvoir d'achat et la protection des groupes vulnérables. Ce projet représente une étape clé dans la promotion de la justice sociale et territoriale. Le principal défi reste la garantie d'une couverture sociale universelle dans les cinq prochaines années, un objectif qui pourrait avoir un impact profond et transformer la société marocaine en assurant une véritable révolution sociale. On peut alors résumer la problématique par la question principale suivante : **comment le Maroc a basculé du système RAMED vers l'AMO tadamoun ? et comment les bénéficiaires de ce système de soins et d'assurance ont perçu ce changement?**

Pour y répondre, nous avons divisé cette problématique en plusieurs questions secondaires suivantes :

- Quel est le contexte des programmes de protection sociale au Maroc ?

-Y a-t-il des ajouts positifs suite au passage du système d'assistance médicale RAMED au système de protection sociale AMO tadamoun?

-Existe il des difficultés et contraintes rencontrées par les bénéficiaires du système de protection sociale après le passage de RAMED à AMO tadamoun lors de la réception des prestations de soins?

Hypothèses de l'étude

L'hypothèse est une tentative d'interpréter et de comprendre un phénomène particulier ; elle est donc une proposition temporaire nécessitant une vérification, et notre recherche se concentre sur une hypothèse générale formulée comme suit : **le Maroc a basculé du système RAMED vers l'AMO tadamoun et ce changement est perçu positivement par les bénéficiaires de ce système de soins et d'assurance.**

Pour y répondre, nous avons divisé cette problématique en plusieurs hypothèses secondaires suivantes :

- On présume qu'il y a un contexte des programmes de protection sociale au Maroc.

-On admet qu'il y a des ajouts positifs après le passage du système d'assistance médicale RAMED au système de protection sociale AMO Tadamoun.

-On suppose qu'il existe des difficultés et contraintes rencontrées par les bénéficiaires du système de protection sociale après le passage de RAMED à AMO tadamoun lors de la réception de l'ensemble des traitements accordés.

Importance de l'étude

L'étude de la protection sociale au Maroc revêt une importance cruciale dans le contexte actuel de développement socio-économique. Elle permet de mieux comprendre comment les politiques de protection sociale peuvent contribuer à améliorer les conditions de vie des citoyens, en garantissant un

accès équitable aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres services essentiels. La protection sociale et l'État social sont au cœur des réformes visant à améliorer le bien-être et à réduire les inégalités. Ces mesures visent à assurer à tous les Marocains un accès à des services de base, tout en soutenant les groupes vulnérables. Des initiatives comme le système RAMED et le programme AMO tadamoun montrent l'engagement de l'État pour étendre la couverture sociale, notamment pour les populations précaires pour construire un avenir plus inclusif et solidaire pour tous les Marocains. Toutefois, des défis persistent concernant l'efficacité de la mise en œuvre, la qualité des services et l'égalité d'accès à travers le pays.

Méthodologie de l'étude

Ce qui caractérise le phénomène humain, c'est sa complexité, composé de plusieurs dimensions. C'est cette réalité qui met en avant l'émergence d'outils de recherche divers et variés pour collecter des données, structurer la recherche, orienter les hypothèses et les corriger. En ce qui concerne le type d'étude, il s'agit d'une recherche quantitative qui repose sur la collecte et l'analyse de données quantitatives à l'aide de certains questionnaires. La recherche quantitative se définit par l'utilisation de méthodes mathématiques et statistiques, et elle vise à identifier les causes et les faits en ce qui concerne la relation entre les variables, afin de trouver une explication des relations de cause à effet entre ces variables.

Quant à la méthode utilisée, il s'agit de la **méthode descriptive analytique** : cette méthode, permet d'étudier et d'observer le phénomène tel qu'il se présente dans la réalité, d'identifier les causes et les facteurs qui ont contribué à l'apparition du phénomène, tout en essayant d'atteindre des résultats qui contribuent à la résolution du problème. Elle observe les phénomènes de manière scientifique et réaliste, tout en fournissant des informations précises et correctes sur le phénomène à étudier.

La méthode comparative : est l'une des formes de méthodologies utilisées dans la recherche scientifique. L'objectif de cette méthode est de réaliser une série de comparaisons entre les phénomènes liés à la recherche scientifique, afin de déterminer les points de similarité ainsi que les différences entre eux.

Outils de recherche sur le terrain

Le questionnaire (Annexe 1), qui est une feuille contenant des données spécifiques que les personnes doivent remplir. Il comprend un ensemble de questions destinées à obtenir des informations sur un sujet, un problème particulier ou une situation précise. Les questions incluent à la fois des questions ouvertes, fermées et des questions à choix multiple.

Échantillon de l'étude

Un échantillon aléatoire de patients (62patients) ayant sollicité le centre hospitalo-universitaire Mohammed VI de Marrakech et bénéficier du système de soins et d'assurance santé AMO tadamon.

Traitement statistique : Le système de traitement SPSS a été utilisé.

I- Évolution du système de soins de santé au Maroc

Le système de soins de santé au Maroc a connu une évolution notable, marquée par l'engagement de l'État à reconstruire ce que le colonialisme avait laissé derrière lui, ainsi que par le programme de redressement structurel. Malgré les réformes initiées par l'État depuis 1994, il n'y a eu peu de progrès dans la réforme du système de couverture sanitaire jusqu'en 2002. L'adoption de la loi n° 65.00, qui a établi le code de la couverture sanitaire de base, a eu un impact positif sur le système de protection sociale. Elle a mis en place des régimes d'assurance maladie pour les travailleurs des secteurs public et privé, ainsi que pour les personnes démunies. Ces régimes d'assurance maladie comprennent : l'assurance obligatoire de base contre la maladie dans le cadre de la Caisse nationale de sécurité sociale, l'assurance de base contre la maladie dans le cadre de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, et le système d'aide médicale "RAMED", dont les premières expériences ont débuté en 2008.

Malgré les réformes visant à garantir le droit d'accès aux soins de santé au Maroc, le système fait encore face à de nombreuses difficultés concernant le respect des principes d'inclusivité, de solidarité, d'égalité et de qualité dans la prestation des services de santé. Nous allons explorer ces questions dans les deux sections suivantes : nous commencerons par les soins de santé de

base à la lumière de la loi n° 65.00, puis nous examinerons le programme RAMED comme une expérience innovante en matière de ciblage social[4].

1 - Soins de santé de base selon la loi n° 65.00

L'État a œuvré avec détermination pour promouvoir les soins de santé et protéger ce droit en mettant en place la loi n° 65.00, qui constitue un code de couverture de santé de base. Cette loi a été publiée par le biais du dahir royal daté du 3 octobre 2002 et est entrée en vigueur le 18 août 2005.

L'article 2 de la loi sur la couverture de santé obligatoire au Maroc élargit la couverture à plusieurs groupes, notamment les fonctionnaires, les travailleurs du secteur privé, les retraités, les travailleurs indépendants, les professions libérales, les personnes exerçant une activité non rémunérée, ainsi que les anciens combattants, les membres de l'Armée de libération et les étudiants, sous réserve qu'ils ne soient pas déjà couverts par un autre système. Les personnes à faible revenu non couvertes peuvent bénéficier d'un système d'aide médicale.

La loi n° 65.00 a créé l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM), un organisme autonome chargé de gérer l'assurance maladie obligatoire et d'assurer son bon fonctionnement. Selon l'article 60, l'ANAM est aussi responsable de la gestion des ressources pour le système d'aide médicale. Cette législation repose sur six principes clés : solidarité, obligation, égalité, équité, interdiction de discrimination et interdiction de sélection des risques. Le principe de solidarité, central dans la politique sociale du Roi Mohammed VI, garantit un accès équitable et gratuit aux soins de santé pour tous, quel que soit leur statut socio-économique, sexe, âge ou lieu de résidence. Ces principes sont également confirmés par l'article 31 de la Constitution de 2011[5].

Il est indéniable que le projet de réforme du système de santé et le renforcement de la protection sociale impliquent de nombreux acteurs, chacun agissant selon son domaine de compétence. Pour établir la

[4]Mohammed Tawfik Mouline, Anissa Lazrak, Rapport 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025, 2005, p. 93.
[5]La loi n° 65.00 constitue un code de couverture de santé de base émis par le dahir royal n° 296-02-1 en date du 25 Rajab 1423 (3 octobre 2002).

responsabilité de l'État dans la garantie du droit à la santé pour tous les citoyens, la loi-cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins a été adoptée. Cette loi souligne la responsabilité de l'État dans l'atteinte des objectifs du système de santé, notamment : la prévention des risques menaçant la santé, l'éducation à la santé, ainsi que la fourniture de services préventifs et curatifs. De plus, elle vise à organiser la carte sanitaire au niveau national et régional, et à mettre en place des plans régionaux pour garantir une distribution équitable des services de soins[6].

Malgré les réformes que la politique de santé au Maroc a connues, ce système continue de souffrir de plusieurs dysfonctionnements, dont le principal est la multiplicité des organismes responsables de la gestion de ce système, à savoir le Fonds national de sécurité sociale, le Fonds national des organismes de prévoyance sociale, les mutuelles et les compagnies d'assurance privées. De plus, il existe un manque de coordination entre ces systèmes, même au sein de la même entité ou du fonds gestionnaire, que ce soit en ce qui concerne le panier de soins, le taux de cotisation ou le remboursement[7].

Le système de santé au Maroc fait face à plusieurs défis. Les familles marocaines supportent plus de 50 % des dépenses de santé, un pourcentage bien supérieur à celui des pays de l'OCDE. Il existe aussi une grande inégalité d'accès aux soins, particulièrement entre les zones urbaines et rurales, avec les habitants des zones rurales devant souvent se rendre dans les grandes villes pour des soins de qualité. Le secteur public n'arrive pas à répondre à la demande, surtout pour les populations modestes et rurales, ce qui contrevient aux principes d'égalité et de justice sociale inscrits dans la loi n° 65.00[8].

---

[6] Loi-cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins, publiée par dahir charif n° 1.11.83 en date du 29 Rajab 1432 (2 juillet 2011), Journal officiel, n° 5962, 19 Shaaban 1432 (2 juillet 2011), p. 3469.

[7] عثمان مخون، "ورش الحماية الاجتماعية: هل يتغلب المغرب على التحديات المطروحة؟". ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية، مبادرة الإصلاح العربي، سبتمبر 2023، ص.5، شوهد في2024/11/01 ، على الرابط https://www.arab-reform.net/ar/publication.

[8] Abderrahim TMIQ, le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc, Laboratoire de Recherche en sciences de gestion des Organisations Ecole Nationale de Commerce et de Gestion de Kénitra, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc, publier le 27 juin 2023, p.175.

Delà La loi 65.00 relative à la couverture médicale de base au Maroc vise à organiser le système de santé et garantir l'accès aux soins pour tous les citoyens. Son objectif principal est d'établir un cadre légal pour la protection sociale en matière de santé, en assurant un accès universel aux soins de santé de base. Ces soins comprennent la prévention, le traitement et la réhabilitation nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population. La loi introduit des dispositifs comme l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour couvrir les frais de santé de manière étendue, tout en mettant l'accent sur l'accessibilité géographique et économique des soins et la réduction des inégalités, notamment pour les populations vulnérables.

2-Mise en avant du RAMED comme une expérience sociale pionnière

Dans le cadre du renforcement de la politique de protection sociale, le Maroc a lancé, depuis 2008, le système d'aide médicale (RAMED) dans la région de Tadla-Azilal. Ce système a été généralisé en mars 2012 pour couvrir toutes les régions du Royaume, bénéficiant à 11,7 millions de personnes, réparties comme suit : 4,7 millions de familles et plus de 7,4 millions de personnes disposant de cartes en cours de validité[9].

L'expérience du Maroc avec le système d'aide médicale (RAMED) est considérée comme l'une des plus marquantes dans le cadre des politiques de ciblage, avec de nombreuses initiatives ayant adopté cette approche pour lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité. Le Maroc a ainsi mis en place une politique de ciblage pour identifier les individus et les familles les plus démunis, qui méritent de bénéficier du programme d'aide médicale (RAMED)[10].

Le processus de ciblage du système RAMED au Maroc repose sur deux critères principaux, mais il reste sélectif et rencontre plusieurs défis, notamment la rareté des budgets alloués et la difficulté de définir précisément

[9] Rapport du Conseil économique, social et environnemental, La protection sociale au Maroc : état des lieux, bilan et voies de renforcement des systèmes de garantie et d'assistance sociale, Référence n° 2018/34, p. 77.

[10] محمد فاروق، محمد غراب،" إمكانية استفادة مصر من التجربة الماليزية في مواجهة البطالة"، معهد المستقبل العالي للدراسات التكنولوجية المتخصصة، نشر بتاريخ2019/11/12 ، ص.203-242،شوهد في 2024/11/02 https://jsec.journals.ekb.eg/article

les personnes pauvres, ce qui peut entraîner des erreurs dans l'identification des bénéficiaires. Ce processus inclut plusieurs étapes : dépôt des demandes, collecte d'informations, calcul des résultats, examen des demandes par des commissions locales, vérification des recours par des commissions régionales, et enfin, la distribution des cartes de bénéficiaires pour les demandes acceptées[11].

Le système d'aide médicale RAMED au Maroc se concentre sur la prise en charge des maladies chroniques avec la gratuité des soins et des médicaments dans les centres de santé, tant en milieu rural qu'urbain. Cependant, il a rencontré des défis, notamment un nombre de bénéficiaires beaucoup plus élevé que prévu (18,4 millions au lieu de 4,5 millions), ce qui reflète une augmentation de la pauvreté. Le financement du système est fragile, avec des ressources limitées et des conflits de gestion entre les autorités. En 2016, 45,4 % de la population n'était toujours pas couverte par un système de santé. L'objectif des réformes est d'assurer une couverture santé universelle et des services de qualité pour promouvoir la justice sociale et soutenir le développement démocratique du pays[12].

Ainsi, le RAMED représente un effort significatif pour améliorer la santé publique au Maroc en garantissant que les plus vulnérables aient accès aux soins nécessaires, bien que des efforts supplémentaires soient encore nécessaires pour surmonter les obstacles à son efficacité. Son Objectif vise à garantir l'accès aux soins de santé pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer des assurances santé, en particulier les plus défavorisées. Le RAMED a fonctionné en complémentarité avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui est destinée à d'autres catégories de la population, y compris les travailleurs salariés et les professions libérales.

[11] Rapport du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Système d'assistance médicale, Bilan de deux ans de généralisation, mars 2014, p. 6.
[12]Safia Fekkaklouhail, Les déterminants de l'adhésion volontaire à la couverture sociale au Maroc. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 3(3-2), 2022, p. 420.

II - Vers une couverture santé universelle au Maroc

Le roi Mohammed VI a déclaré dans son discours royal à l'occasion de l'ouverture de la première session de la cinquième année législative de la dixième législature devant le Parlement rabat le 9 octobre 2020 que l'une des raisons appelant à l'élaboration d'un nouveau modèle de développement est l'incapacité atteinte par le système de protection sociale au Maroc, le volume de la carence sociale et la faiblesse des moyens pour atteindre la justice sociale. Il a donc invité le gouvernement, ainsi que tous les acteurs et partenaires, à procéder à une restructuration complète et profonde des programmes et des politiques régissant le soutien et la protection sociale. Il a également souligné la nécessité d'adopter une approche participative dans la mise en œuvre des dispositions de ces programmes[13].

Le parcours réformateur du Maroc en matière de protection sociale a culminé avec le lancement de la généralisation de la protection sociale, incarnée par la loi n° 09.21, qui établit un code de protection sociale universelle. Ce projet royal vise à construire un État social basé sur l'égalité, la solidarité, la justice et l'équité. L'égalité d'accès aux soins médicaux et à l'assurance maladie de base est devenue une priorité, et ce chantier est désormais un sujet de consensus national, en phase avec les évolutions internationales pour renforcer la justice sociale et réduire les inégalités. Ces réformes ont profondément modifié le système de santé marocain, avec plusieurs nouvelles législations adoptées pour améliorer l'accès aux soins et garantir une couverture plus étendue pour tous les citoyens[14].

La couverture universelle de santé est un enjeu clé pour le développement social et économique du Maroc. Elle vise à garantir un accès équitable à des soins de qualité pour tous, sans distinction de statut socio-économique. Le Maroc a lancé des réformes pour atteindre cet objectif, comme l'introduction de l'AMO Solidarité et l'extension de la couverture médicale aux populations vulnérables (travailleurs indépendants,

---

[13] محمد احديدو، رهان النموذج التنموي الجديد: نموذج تنمية أم تنمية نموذج؟، المغرب الاقتصادي والاجتماعي: أسئلة التحول في وظائف الدولة، مسارات في الأبحاث والدراسات القانونية، العدد 15 ،2021، عدد خاص، ص .271.

[14] Loi n° 09.21 relative à la protection sociale, publiée en vertu du dahir charif n° 30.21.1, daté du 9 Chaâbane 1442 (23 mars 2021), au Bulletin officiel n° 6975, du 22 Chaâbane 1442 (5 avril 2021).

agriculteurs). La durabilité du système repose sur un financement solide, combinant les contributions de l'État, des assurés et des partenariats public-privé. Il est aussi important d'améliorer la compréhension des droits en santé au sein de la population pour optimiser l'accès aux services.

1- La nouvelle orientation de la réforme de la couverture sanitaire

Le Maroc a fait des progrès significatifs pour assurer une couverture sanitaire de base à toute la population, y compris les plus vulnérables. La loi 06.22 et la loi-cadre n° 09.21 visent à améliorer l'accès aux soins de qualité, à garantir la continuité des soins et à renforcer la coopération dans le système de santé. Depuis 2011, le pays réforme son système pour généraliser l'assurance maladie obligatoire, étendant progressivement la couverture à tous les citoyens. Ainsi, la loi n° 120.13, qui modifie et complète la loi n° 65.00 relative à la couverture sanitaire de base, a été promulguée, entraînant des changements dans plusieurs articles, notamment les articles 73, 83 et 93 de la loi n° 65.00. La modification de l'article 73 stipule que « la gestion du système d'assurance maladie obligatoire mentionnée à l'article 71 ci-dessus est confiée aux deux organismes suivants : le Fonds national de sécurité sociale et le Fonds national des organismes de prévoyance sociale, selon les conditions définies à l'article 83.[15]

Pour élargir la couverture sanitaire de base et inclure les catégories non couvertes, le Maroc a adopté le décret n° 2013/13, créant deux comités clés : un comité interministériel de pilotage et de soutien, chargé de développer une stratégie intégrée pour réformer le système de couverture sanitaire, et un comité technique interministériel, responsable de l'élaboration d'une méthodologie unifiée pour suivre et évaluer les progrès de la réforme.

Dans ce cadre, plusieurs mesures ont été prises, comme la désignation de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) pour superviser l'unité d'évaluation et de suivi en décembre 2014. Le Maroc a également adopté un plan pour l'assurance maladie des travailleurs indépendants, avec une mise en œuvre progressive. En septembre 2015, la couverture santé a été étendue aux

[15] Conseil économique, social et environnemental sur la protection sociale au Maroc, état des lieux, bilan et voies d'amélioration des systèmes de garantie et d'aide sociale, référence n° 2018/34, p. 35

étudiants, et en mars 2016, 10 des 16 textes législatifs et réglementaires nécessaires à la réforme ont été publiés. Ces décisions font partie de la mise en œuvre de la stratégie intégrée de réforme du système de couverture santé de base[16] .

La loi n° 60.22 instaure un régime d'assurance maladie obligatoire pour les personnes capables de payer les cotisations, mais sans activité salariée ou non salariée, incluant les Marocains du monde. Elle repose sur les principes de la loi n° 65.00, qui définit la couverture santé de base.

La réforme de la couverture sanitaire au Maroc vise à élargir l'accès aux soins, notamment pour les travailleurs indépendants et les agriculteurs, en remplaçant le RAMED par l'AMO Solidarité pour une couverture plus équitable. Elle améliore aussi la qualité des soins, modernise les infrastructures et forme le personnel médical. De nouveaux mécanismes de financement, combinant les contributions de l'État et des assurés, sont mis en place pour assurer la viabilité du système. Un suivi et une évaluation seront effectués pour ajuster les politiques si nécessaire[17].

2- Le Code de l'assurance maladie obligatoire en accompagnement de l'atelier de modernisation

La loi n° 27.22, adoptée le 8 septembre 2022, vise à moderniser le système de soins de santé au Maroc et à soutenir l'objectif de couverture santé universelle. Elle modifie et complète la loi n° 65.00, qui régit la couverture santé de base. Cette réforme répond aux critiques du système précédent, qui souffrait de nombreuses lacunes, notamment en matière de prise en charge, de couverture des catégories vulnérables, de respect du principe d'égalité, de qualité des services, et de l'impact financier sur le budget de l'État. La loi n°

[16] Loi n° 120.13 portant modification et complément de la loi n° 65.00, qui constitue le code de la couverture santé de base, publiée en vertu du dahir charif n° 1.14.141 du 25 du mois de Shawwal 1435 (22 août 2014), dans le bulletin officiel n° 6290 publié en Dhu al-Qi'dah 1435 (11 septembre 2014), p. 6809.

[17]- محمد بنيحي، تدبير ورش تعميم الحماية الاجتماعية، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 47، الطبعة الأولى، 2022،ص.83.

27.22 cherche à corriger ces faiblesses et à améliorer l'accès et la qualité des soins pour tous les citoyens[18].

La loi n° 27.22 introduit des modifications importantes à la loi n° 65.00, notamment le changement de son titre en "Loi n° 65.00 relative à l'assurance maladie obligatoire". Cette réforme adapte la législation aux principes de la loi n° 09.21 sur la protection sociale, en élargissant l'accès à l'assurance maladie obligatoire, en particulier pour les catégories défavorisées. Elle abroge le système RAMED et transfère ses bénéficiaires vers l'assurance maladie obligatoire, tout en maintenant leurs droits antérieurs.

La réforme repose sur deux principes clés : la contribution et la mutualisation des risques pour ceux qui peuvent payer les cotisations, et la solidarité pour les autres. L'État prend en charge les cotisations des personnes incapables de les payer, assurant ainsi une couverture universelle et équitable. Le Code de l'assurance maladie obligatoire garantit un accès non discriminatoire aux services de santé, y compris un panier de soins similaire pour les personnes à faibles revenus, les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé.

Un élément central de cette réforme est le registre social unifié, qui aide à mieux cibler les bénéficiaires et assurer une allocation efficace des ressources. Le Fonds national de sécurité sociale (FNSS) gère le système d'assurance maladie obligatoire, soutenu par un conseil d'administration spécifique. En outre, l'article 8 garantit l'accès automatique des bénéficiaires du RAMED à l'assurance maladie obligatoire. Ces derniers devront demander à rejoindre le système et pourront être exemptés de cotisations si leur situation le justifie. L'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) devra fournir une base de données pour assurer l'enregistrement des bénéficiaires avant la date limite, afin de leur garantir une couverture continue[19]. Cette réforme constitue un pas important vers la réalisation de l'objectif d'un système de

[18] Rapport du Conseil économique, social et environnemental sur la protection sociale au Maroc, état des lieux, bilan et moyens de renforcer les systèmes de garantie et d'assistance sociale, référence n° 2018/34, p. 75.

[19] Loi n° 27.22 modifiant et complétant la loi n° 65.00 relative à l'assurance maladie obligatoire, promulguée par le dahir royal n° 1-22-65 en date du 30 du mois de Rabi al-Awwal1444 (25 novembre 2022), numéro 7147, publiée le 5 du mois de Jumada al-Awwal 1444 (30 novembre 2022), p. 7673.

santé inclusif et équitable au Maroc, en s'alignant sur les normes internationales de protection sociale et en répondant aux besoins des populations les plus vulnérables.

III-la partie pratique

Afin de mettre en œuvre ce qui a été abordé dans la partie théorique, nous avons choisi de mener une enquête sur le terrain en interrogeant un groupe de personnes fréquentant l'hôpital universitaire Mohammed VI à Marrakech, afin de mieux comprendre ce nouveau système AMO tadamoun, ses modalités d'accès aux services et de le comparer avec le système précédent RAMED. Nous analyserons ensuite, du point de vue des participants à l'étude, leur satisfaction concernant leur nouvelle couverture santé et les obstacles qu'ils rencontrent lors du processus de bénéfice des services de santé.

1-Les caractéristiques sociodémographiques

Dans ce premier paragraphe, nous allons essayer de connaître les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude, telles que le sexe, l'âge, le nombre d'enfants et la situation familiale, afin de mieux appréhender ces données. Nous commencerons par le tableau 1, qui concerne le sexe des personnes interrogées.

Tableau 1 : Sexe des enquêtés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Femme	26	41,9	41,9	41,9
	Homme	36	58,1	58,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

On remarque que le pourcentage des enquêtés du sexe masculin 58٪est supérieur à celui 41٪ du sexe féminin.

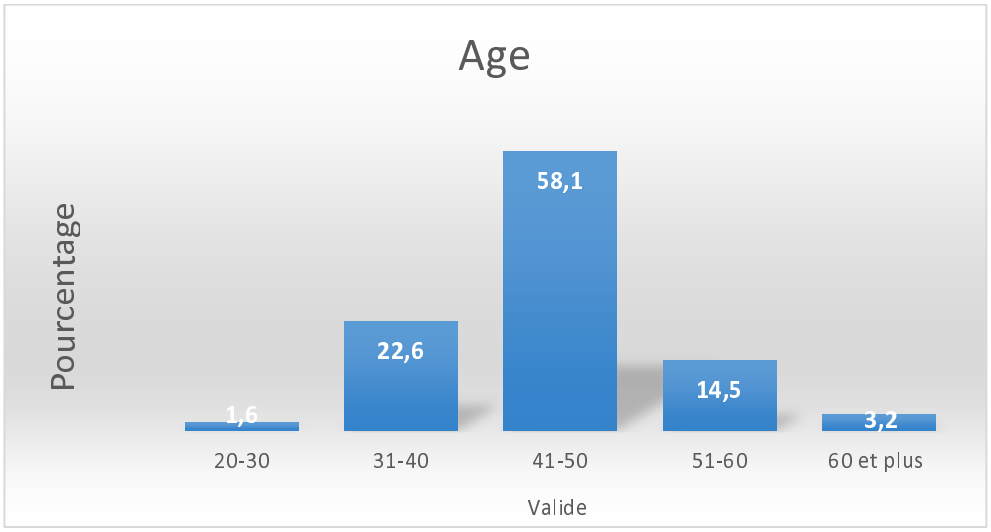


Figure 1 : Age

Cette figure montre que la majorité des personnes questionnées sont âgées entre 41-50 suivi de ceux ayant entre 31-40 puis ceux âgées entre 50-60 puis 60ans et plus et enfin ceux âgées entre 20-30 ans. et il en ressort que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 41-50 ans, correspondant à la catégorie de la stabilité.

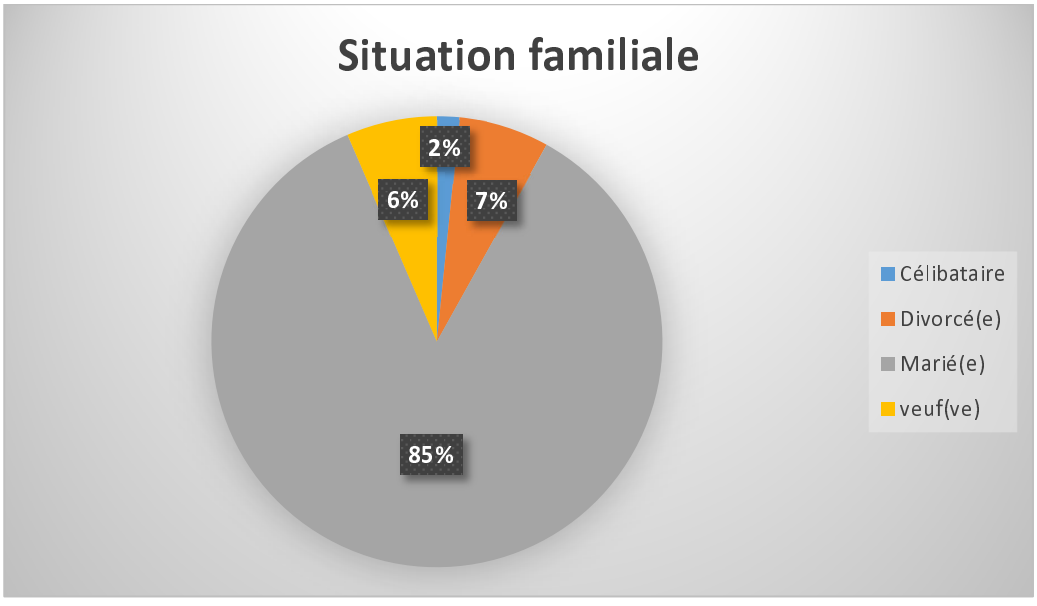


Figure 2 : Situation familiale

Dans cette figure on remarque que la majorité des personnes interrogées sont mariées suivi des personnes divorcées, veuves puis célibataires.

Tableau 2 : nombre d'enfant

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0-1	5	8,1	8,1	8,1
	2-3	29	46,8	46,8	54,8
	4-5	26	41,9	41,9	96,8
	6 et plus	2	3,2	3,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

D'après le tableau suivant on voit que la majorité des personnes enquêtées ont entre 2-3enfants suivi de ceux ayant entre 4-5enfants puis 0-1et enfin 6enfants et plus.

Il ressort de ce chapitre que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-50 ans. La plupart d'entre eux sont mariés, stables et ont un nombre relativement élevé d'enfants, malgré leur situation sociale précaire et leurs faibles revenus, ce qui complique davantage leurs conditions de vie.

2-Les caractéristiques socioprofessionnelles et la situation sociale

Dans ce second paragraphe, nous allons explorer la profession des participants à l'étude et dans quelle mesure leurs enfants bénéficient de la couverture santé.

Tableau 3 : métier des enquêtés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Artisan	8	12,9	12,9	12,9
	Chauffeur	6	9,7	9,7	22,6
	Commerce	5	8,1	8,1	30,6
	En Chômage	9	14,5	14,5	45,2
	Femme au foyer	13	21,0	21,0	66,1
	Marchand ambulant	2	3,2	3,2	69,4

	Ménage	11	17,7	17,7	87,1
	Ouvrier	6	9,7	9,7	96,8
	Vendeur ambulant	1	1,6	1,6	98,4
	Vendeuse	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Le tableau suivant résume les différentes occupations professionnelles des personnes concernées par cette enquête, on remarque que la plupart des personnes enquêtées sont sans profession ou occupent des métiers précaires.

Tableau 4 : Le bénéfice ou non des enfants des personnes enquêtées de la couverture santé

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	62	100,0	100,0	100,0

On voit dans ce tableau que tous les enfants des personnes enquêtées ont une couverture santé.

3-système RAMED et AMO tadamoun cotisation et service de santé

Dans ce paragraphe, nous aborderons la contribution financière des participants à la cotisation, et si elle diffère de celle payée dans le cadre du système RAMED. Nous discuterons également des différences qu'ils ont observées entre le programme de couverture santé RAMED et AMO tadamoun, ainsi que de leur niveau de bénéfice des services dans les établissements de santé.

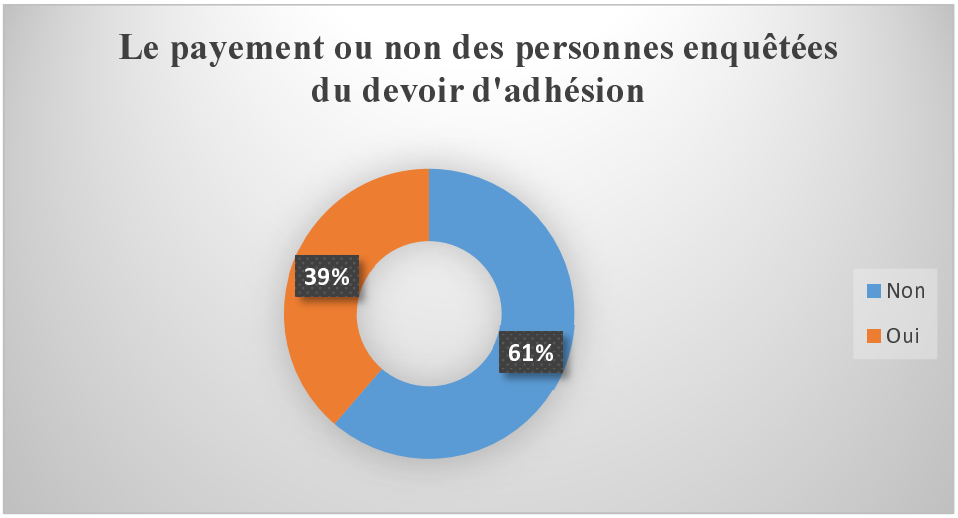


Figure 3 : Le payement ou non des personnes enquêtées du devoir d'adhésion

On remarque dans cette figure que la majorité des personnes questionnées 61٪ ne payent pas un devoir d'adhésion et 39٪le payent.

Tableau 5: L'adaptation de la cotisation avec la situation financière des personnes enquêtées

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	20	32,3	83,3	83,3
	Oui	4	6,5	16,7	100,0
	Total	24	38,7	100,0	
Manquant	Système	38	61,3		
Total		62	100,0		

Ce tableau démontre que la cotisation que payent les personnes vulnérables ne s'adapte pas avec leur situation financière pour 83٪des cas.

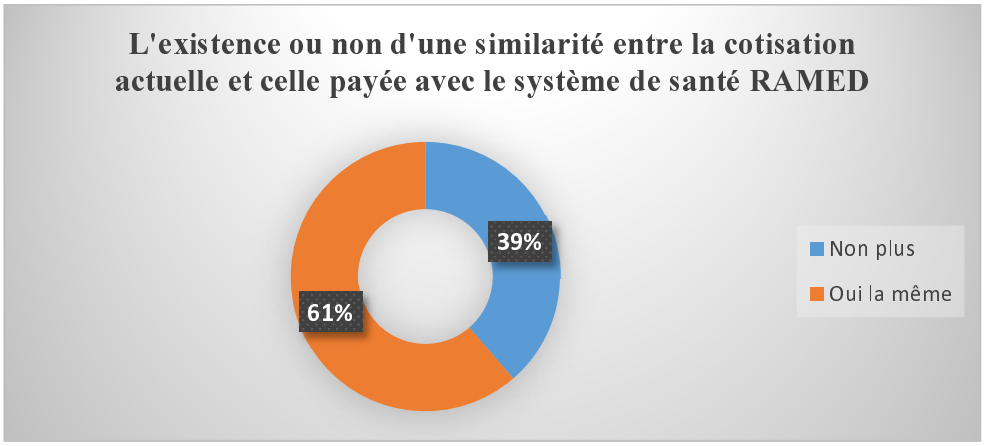


Figure 4 : L'existence ou non d'une similarité entre la cotisation actuelle et celle payée avec le système de santé RAMED

D'après cette figure la majorité des personnes enquêtées 61٪ne payent pas de cotisation donc leur situation est similaire à celle qu'ils avaient avec le RAMED et le reste cotisent plus que ce qu'ils payées avant avec le système RAMED.

Aussi en se basant sur les résultats des tableaux(6-7-8-9-11) et figures(5-6) suivant , il s'avère que l'AMO tadamoun permet le bénéfice de service de santé dans les institutions, y compris celles du secteur privé par contre avec le RAMED ce n'était pas possible, pour les services de santé il y a une similarité entre la gamme de service de santé AMO tadamoun avec la gamme de service de santé RAMED, et en ce qui concerne la qualité des services et prestations de santé qui sont offert dans les deux systèmes, il n'y a pas de différence et les enquêtés les jugent moyennement bien, aussi on trouve pas de discrimination dans l'accès et le bénéfice des services de santé entre les personnes enquêtées et les autres catégories bénéficiant de formes différentes de couverture santé CNOPS et CNSS. La majorité des personnes questionnées ont préféré AMO tadamoun et trouve que c'est une alternative de solidarité plus adaptée que RAMED en matière d'assurance maladie et de fourniture de services de santé, car ce nouveau système permet un remboursement concernant les médicaments et radio, en plus du remboursement des prestations dans le secteur privé, donc c'est un ajout important comparé aux prestations de l'ancien système de santé RAMED.

Tableau 6 : Le bénéfice ou non des personnes enquêtées avec AMO tadamoun des services de santé dans toutes les institutions sanitaires, y compris celles du secteur privé

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	62	100,0	100,0	100,0

Tableau 7: Le Bénéfice ou non des personnes enquêtées avec le système RAMED des services de santé dans toutes les institutions, y compris celles du secteur privé

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	62	100,0	100,0	100,0

Les tableaux 6 et 7 ont démontré que toutes les personnes enquêtées bénéficiaires d'une couverture santé AMO tadamoun profitent de services de santé dans toutes les institutions sanitaires dont le secteur privé fait partie, tandis que l'ancien système de santé RAMED ne permettait pas un bénéfice de services de santé dans toutes les institutions sanitaires, y compris celles du secteur privé.

Tableau 8 : La similarité de la gamme de service de santé AMO Tadamoun avec la gamme de service de santé RAMED

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	62	100,0	100,0	100,0

Ce tableau montre que toutes les personnes enquêtées bénéficient de la même gamme de services de santé avec AMO Tadamoun que celle dont ils bénéficiaient avec RAMED.

Tableau 9: La similarité de qualité entre les services de santé qui sont offerts dans le cadre du nouveau système de santé AMO TADAMOUN et ceux offerts dans le cadre du système d'aide sanitaire RAMED

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	62	100,0	100,0	100,0

Tableau 10: L'existence ou non d'une discrimination dans l'accès et le bénéfice des services de santé entre les personnes enquêtées et les autres catégories bénéficiant de formes différentes de couverture santé CNOPS et CNSS

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	62	100,0	100,0	100,0

A travers ces deux tableaux (9 et 10) on voit que toutes les personnes enquêtées confirment qu'il ya une similarité de qualité entre les services de santé qui sont offerts dans le cadre du nouveau système de santé AMO TADAMOUN et ceux offerts dans le cadre du système d'aide sanitaire RAMED ,ils confirment aussi l'absence d'une discrimination dans l'accès et le bénéfice des services de santé entre les personnes enquêtées et les autres catégories bénéficiant de formes différentes de couverture santé CNOPS et CNSS.



Figure 5 : Evaluation de la qualité des services offerts dans les institutions de santé

D'après cette figure 66٪de personnes questionnées évaluent la qualité des services offerts moyennement bien et 34٪les trouvent très bien.

4-Apports positives et difficultés rencontrées avec le nouveau système AMO tadamoun

Dans ce qui suit, nous tenterons de connaître les améliorations positives observées par les participants avec le programme AMO TADAMOUN. Nous

nous pencherons également sur les obstacles et les difficultés qui les empêchent de bénéficier pleinement des services de santé.

Tableau 11 : Préférence du système RAMED ou AMO tadamoun par les personnes enquêtées

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Amo tadamoun nous permet un remboursement concernant les médicaments et radio en plus du remboursement des prestations dans le secteur privé	43	69,4	69,4	69,4
Ils sont pareils	11	17,7	17,7	87,1
Ramed la cotisation est moins chère	1	1,6	1,6	88,7
Ramed on payé pas les prestations	4	6,5	6,5	95,2
Ramed on pouvait avoir l'aide des associations	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

A travers ce tableau 69٪des enquêtés préfèrent le système AMO tadamoun car il leur permet un remboursement concernant les médicaments et radio en plus du remboursement des prestations dans le secteur privé, 17٪ trouvent AMO et RAMED pareil, ceux qui restent préfèrent RAMED parce qu'il leurs permettait la gratuité des prestations et un devoir de cotisation moins cher, aussi un accès facile aux associations.

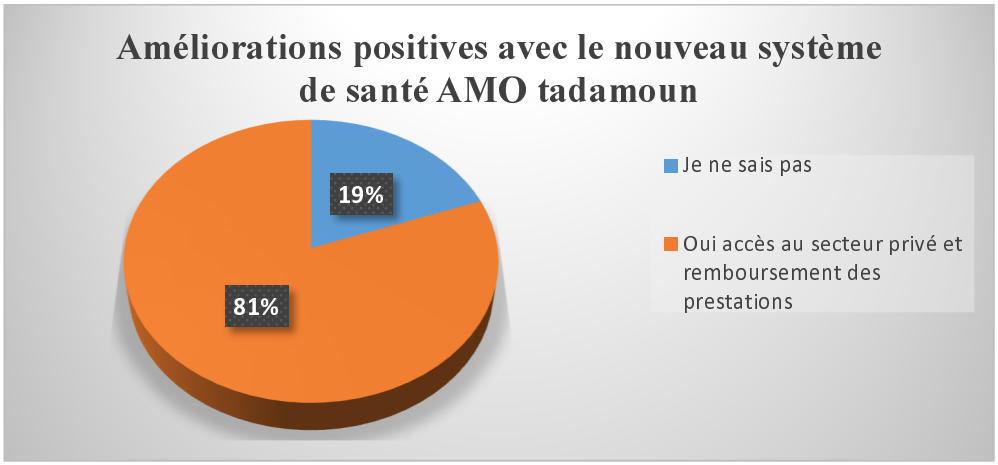


Figure 6 : Améliorations positives avec le nouveau système de santé AMO tadamoun

Dans cette figure la majorité des personnes questionnées 81٪trouvent qu'il y a des améliorations positives avec le nouveau système de santé AMO tadamoun qui concerne l'accès au secteur privé et le remboursement des prestations, ceux qui restent 19٪ ne connaissent pas les nouveautés qu'apporte AMO tadamoun.

Tableau 12: Difficultés rencontrées à bénéficier des services de santé offerts dans le cadre d'AMO tadamoun

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Difficulté financière à payer les prestations avant le remboursement	12	19,4	19,4	19,4
	retard dans la prise de rendez-vous	12	19,4	19,4	38,7
	Difficulté administrative pour bénéficier des prestations	5	8,1	8,1	46,8
	Non	33	53,2	53,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Pour les difficultés et contraintes rencontrées à bénéficier des services de santé offerts dans le cadre de AMO tadamoun ,la moitié des questionnés affirment ne pas avoir de difficultés particulière dans le processus de soin et service de santé ,et l'autre moitié déclarent avoir des Difficultés financières à payer les prestations avant le remboursement, des difficultés administratives pour bénéficier des prestations, ils trouvent aussi du retard dans la prise de rendez-vous pour certain service de santé. Et concernant la cotisation que payent les personnes vulnérables la majorité des enquêtés confirment qu'elle ne s'adapte pas avec leur situation financière, et la trouve non conforme avec ce qu'ils gagnent en terme de revenue.

Discussion générale

La première hypothèse : Le contexte des programmes de protection sociale au Maroc

L'évolution de la protection sociale au Maroc a été marquée par des réformes successives visant à élargir la couverture sociale, améliorer l'accès aux services de santé et renforcer les mécanismes de solidarité.

Avant l'indépendance, la protection sociale était limitée principalement aux colons et une minorité d'employés marocains dans le secteur formel. Après l'indépendance en 1959 la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) a été crée pour les salariés du secteur privé, puis il y avait une extension des prestations pour les salariés du secteur formel laissant les populations rurales et informelles en dehors du système.

En 2000, les acquis et première réformes majeures ont été consolidés dont l'amélioration de la couverture médicale, en 2005 l'AMO (assurance maladie obligatoire) a été lancée et gérée par la CNSS pour le secteur privé et la caisse Marocaine des retraites (CMR) pour les fonctionnaires. En 2012 le RAMED a été introduit régime d'assistance médicale destinée aux populations les plus vulnérables n'ayant pas de couverture médicale, après l'année 2020 il a eu une généralisation progressive de la protection sociale, et en avril 2021 le Maroc a lancé une réforme ambitieuse de la protection sociale visant a généraliser l'AMO à tous les marocains y compris les travailleurs non-salariés et les personnes en situation d'informalité avec un objectif de

couverture universelle pour 2025.C'est ce qu'on a vu de manière plus étendue dans la partie théorique .

La deuxième hypothèse : Il y a des ajouts positifs après le passage du système d'assistance médicale RAMED au système de protection sociale AMO tadamoun.

Le passage du système RAMED à un modèle de protection sociale plus universel au Maroc s'accompagne de nombreux ajouts positifs qui marquent une avancée significative car cette réforme favorise une meilleure équité, et une protection globale pour l'ensemble des citoyens. Avec le système RAMED, la prise en charge est axée principalement sur les populations défavorisées excluant une grande partie des travailleurs informels, c'est un système réservé aux personnes vulnérables basés sur des conditions d'éligibilité strictes, et une couverture partielle limitée à l'accès aux soins de base dans les hôpitaux publiques. Par contre avec le système AMO tadamoun, la couverture est universelle visant tous les marocains, y compris les travailleurs non salariés, les artisans, les agriculteurs, et les professions libérales, delà elle permet une réduction des inégalités. Aussi la prise en charge est élargie à la médecine privée, les médicaments, les soins spécialisés et les interventions médicales coûteuses, grâce à une protection universelle, indépendamment du statut socio-économique, et c'est ce qu'on a pu observer sur (la figure6) qui montre que 81 ٪ des questionnés affirment qu'il y a des ajouts positifs avec le système AMO tadamoun. Donc le système AMO est une alternative de solidarité plus adaptée que RAMED en matière d'assurance maladie et de fourniture de services de santé**.**

La troisième hypothèse : **il existe des difficultés et contraintes rencontrées par les bénéficiaires du système de protection sociale après le passage du RAMED à l'AMO tadamoun lors de la réception de l'ensemble des traitements accordés.**

Le système de protection sociale AMO tadamoun bien qu'ambitieux est confronté à des contraintes et des difficultés qui affectent l'expérience des bénéficiaires, notamment les longs délais d'attente pour les consultation spécialisées et les interventions chirurgicales, aussi il ya une complexité administrative dans les démarches d'inscription et le processus

d'enregistrement et dans la prise de rendez-vous 46,8 ٪des répondants ont confirmé avoir des difficultés administratives pour bénéficier de prestations et 19,4 ٪ont affirmé avoir un retard dans la prise de rendez-vous (tableau12). Aussi l'AMO tadamoun ne couvre pas la totalité des frais médicaux laissant à la charge des bénéficiaires (ménages vulnérables)des dépenses et des couts résiduels pouvant représenter un obstacle majeur à l'accès aux soins. Il y a aussi une difficulté à accéder aux soins privés par les bénéficiaires car ils sont obligés de payer les prestations avant le remboursement et vu leur revenu insuffisant, ils préfèrent plutôt avoir recours à L'hôpital publique. Dans le (tableau12) 19,4 ٪des questionnés affirment qu'ils sont confrontés à des difficultés financières pour le payement des prestations de santé, et affirment qu'avec le RAMED ils ne payés rien et la cotisation était moins chère (tableau11).Delà le passage du RAMED à l'AMO tadamoun, bien qu'il représente un progrès important pour la couverture des populations vulnérables au Maroc, comporte plusieurs défis et entraîne un certain nombre de difficultés et contraintes pour les bénéficiaires.

Conclusion

En conclusion, les réformes majeures entreprises dans le domaine de la santé reflètent une volonté politique déterminée à mettre en œuvre un projet de protection sociale universelle, tout en affirmant l'engagement des autorités à établir un État social dans notre pays.Le Maroc s'efforce de surmonter les défis et les limites de son système de soins et d'assurance santé, ce qui se traduit par une série de réformes législatives récentes visant à moderniser et renforcer ce système. Il est évident que l'atteinte de la couverture santé universelle nécessite des ressources substantielles ainsi que des mécanismes de financement adaptés pour garantir la justice sociale et appliquer les dispositions de la nouvelle loi sur la protection sociale.

Recommandation

-Accélérer les efforts pour élargir la couverture sociale à toutes les catégories de la population, y compris les travailleurs informels, les agriculteurs et les groupes vulnérables.

-Assurer une coordination interinstitutionnelle par la favorisation de la collaboration entre les différents ministères et organismes impliqués dans la protection sociale afin d'assurer une approche cohérente et intégrée.

-Simplification des processus d'inscription en rendant l'accès aux systèmes de protection sociale plus facile et moins bureaucratique. Cela pourrait inclure des plateformes numériques pour l'inscription et la gestion des dossiers des bénéficiaires.

-Amélioration de la qualité des soins par l'investissement dans les infrastructures de santé et le personnel de santé.

-Agir avec un esprit national responsable et éthique dans la mise en œuvre des orientations royales en matière de protection sociale, car le niveau d'attention accordé à la protection sociale est un indicateur du progrès et du développement de la société.

Références

Articles en français

- Tmiq Abderrahim, le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc, Laboratoire de Recherche en sciences de gestion des Organisations Ecole Nationale de Commerce et de Gestion de Kénitra, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc, publier le 27 juin 2023.

- Fekkaklouhail Safia, Les déterminants de l'adhésion volontaire à la couverture sociale au Maroc. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 3(3-2), 2022.

Études et rapports

-Conseil économique, social et environnemental sur la protection sociale au Maroc, état des lieux, bilan et voies d'amélioration des systèmes de garantie et d'aide sociale, référence n° 2018/34.

- Tawfik Mouline Mohammed, Lazrak Anissa, Rapport 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025, 2005.

-Rapport du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Système d'assistance médicale, Bilan de deux ans de généralisation, mars 2014.

-Rapport temporaire du groupe thématique sur la sécurité sanitaire, La sécurité sanitaire comme vecteur de renforcement des fondements de la souveraineté nationale, Conseil des conseillers, Parlement marocain, juillet 2022.

المجلات

-احديدو محمد،رهان النموذج التنموي الجديد: نموذج تنمية أم تنمية نموذج؟، المغرب الإقتصادي والإجتماعي: أسئلة التحول في وظائف الدولة، مسارات في الأبحاث والدراسات القانونية، العدد 15 ،2021، عدد خاص.

- بنيحي محمد ، تدبير ورش تعميم الحماية الاجتماعية، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 47، الطبعة الأولى، 2022.

المواقع الإلكترونية

- مخون عثمان ، "ورش الحماية الاجتماعية: هل يتغلب المغرب على التحديات المطروحة؟". ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية، مبادرة الإصلاح العربي، سبتمبر 2023، شوهد في2024/11/01 ، على الرابط https://www.arab-reform.net/ar/publication.

- فاروق محمد ، غراب محمد ،" إمكانية استفادة مصر من التجربة الماليزية في مواجهة البطالة"، معهد المستقبل العالي للدراسات التكنولوجية المتخصصة، نشر بتاريخ2019/11/12 ،شوهد في 2024/11/02 https://jsec.journals.ekb.eg/article

L'expérience marocaine de l'élargissement de la protection sociale formelle au prisme de l'informalité et de la durabilité

The Moroccan experience of expanding formal social protection te the prism of informality and sustainability

M'hammed BELARBI[20]

Résumé:

Au Maroc, le chantier, qui vise à faciliter la transition du secteur informel vers l'économie formelle en ouvrant graduellement l'accès aux régimes de couverture médicale et de retraite à plusieurs corps de métiers majoritairement informels, est officiellement en marche. Or, l'usage des termes formel et informel est plus questionnant que rassurant. Nous en interrogeons ici les usages politico-économiques et sociaux pour en saisir à la fois le sens et la portée dans le contexte marocain de la généralisation de la protection sociale. Décrivant des activités socio-économiques, le binôme formel-informel les fige selon une opposition essentialiste entre État et société. Nous avançons l'hypothèse de la persistance de l'informel comme chevet contraignant de la durabilité de cet élargissement malgré les bonnes intentions du chantier de la protection sociale. Le récent déploiement dans le contexte marocain correspond à une mutation de l'action étatique par l'expérimentation obligée de dispositifs de l'élargissement de la protection sociale. Ainsi les nouveaux dispositifs en cours d'opérationnalisation, pour être viables, présupposent corrélativement une formalisation *bottom up*. Or, l'absence de perspectives d'emploi formel, la faiblesse des qualifications requises et la précarité des conditions sont autant de facteurs qui poussent de nombreux travailleurs vers le secteur informel.

Mots clés: Protection sociale; informalité; Formel; informel; durabilité.

[20] Enseignant-chercheur à Université Cadi AYYAD, Marrakech.

Abstract : In Morocco, the site, which aims to facilitate the transition from the informal sector to the formal economy by gradually opening access to medical coverage and retirement plans with several mainly informal trades, is officially underway. However, the use of formal and informal terms is more questioning than reassuring. Here we question the political and economic and social uses to grasp both its meaning and the scope in the Moroccan context of the generalization of social protection. Describing socio-economic activities, the formal-informational pairs freezes them according to an essentialist opposition between State and society. We advance the hypothesis of the persistence of the informal as a binding bedside of the sustainability of this enlargement despite the good intentions of the social protection site. The recent deployment in the Moroccan context corresponds to a change in state action by the obligatory experimentation of devices of the expansion of social protection. Thus the new devices being operationalization, to be viable, correlatively presuppose a *Bottom Up* formalization. However, the absence of formal employment prospects, the weakness of the required qualifications and the precariousness of the conditions are all factors that push many workers to the informal sector.

Keywords: Social protection; Informality; Formal; Informal; Sustainability.

Introduction

L'expression "protection sociale" n'a jamais été un concept pleinement stabilisé. La construction itérative et complexe de cette notion depuis l'époque de la révolution industrielle au XIXe siècle à nos jours, témoigne d'une évolution analytique très profonde. Il semble qu'il n'existe pas de définition consensuelle de ce qu'est la protection sociale. Nous retenons que les politiques et programmes de protection sociale visent à réduire la pauvreté et à atténuer la fragilité des individus face au chômage, à l'exclusion sociale, à la maladie, au handicap et au vieillissement, en les aidant à faire face à ces risques lorsqu'ils surviennent tout au long de leur vie[21]. De même, un consensus se dégage en faveur de la protection sociale perçue comme un outil privilégié pour réduire la pauvreté dans les pays du sud, sans pour autant conduire à une perspective ou une vision commune sur les mécanismes par lesquels elle contribue à la réduction de la pauvreté et à la vulnérabilité[22]. Vu du Maroc, les préoccupations soulevées autour de la protection sociale et de sa mise en œuvre témoignent de l'attrait que cette notion peut exercer, de ses potentialités et de son pouvoir de mobilisation, mais aussi de son ambiguïté et des difficultés qu'elle soulève. Ces épreuves ne sont pas nouvelles, elles traversent les différentes expériences comparées[23].

---

[21] François-Xavier Merrien, « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international », *International Development Policy| Revue internationale de politique de développement (5.1)*, 2013, 68-88.

[22] En 2015, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a adopté une Déclaration intitulée «les socles de protection sociale : un élément essentiel du droit à la sécurité sociale et des ODD». Il a, à cette occasion, précisé que les socles de protection sociale, définis par l'OIT en 2012 et réaffirmés par les ODD en 2015, constituent «un élément essentiel à la réalisation progressive du droit à la sécurité sociale». Pour assurer un accès effectif aux soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire des moyens d'existence tout au long de la vie, les socles nationaux de protection sociale doivent comprendre au moins les 4 garanties de sécurité sociale suivantes:1.accès aux soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité;2.sécurité élémentaire de revenu pour les enfants; 3.sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant;4.sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées. Les branches fondamentales de la sécurité sociale. Les conventions de l'Organisation internationale du Travail (OIT) constituent le principal référentiel du droit international de la sécurité sociale et inspirent sur ce plan les politiques publiques de la plupart des pays du globe.

[23] François-Xavier Merrien, « La protection sociale dans les pays en développement : du rejet à la "baguette magique"», Informations sociales, n° 203-204, 2021, p.54-62.

Dans ses récentes configurations, pour saisir les dynamiques de réforme en cours, il est nécessaire d'articuler les approches de la protection sociale avec les dynamiques du couple informalité-formalité. Après trente ans de réformes « néolibérales », le sens momentané de la protection sociale semble particulièrement difficile à synthétiser, notamment dans ses rapports avec les activités formelles et informelles, qui sont d'un usage plus questionnant que rassurant. L'informalité représente aujourd'hui une autre forme de rationalité. Ainsi, l'informel ne s'oppose plus au formel, comme dans les années 1970, où le formel était « rationnel » et l'informel, « irrationnel ». Le légal, la régulation sont pénétrés et imbibés d'informalité. Les frontières sont perméables, et l'informalité est corrélative de cette perméabilité des frontières, quelles qu'elles soient. Une fois encore, l'informalité n'est nullement le propre des précaires ou des marginaux : elle est source et moyen de survie pour les uns, source d'enrichissement et d'accumulation pour les autres[24].

En effet, la matrice informelle est un mode de production de l'espace défini par une logique territoriale de déréglementation, promue activement par l'État devenu acteur de la globalisation néolibérale. Elle est un mode de production du travail, de l'organisation de la production, de l'emploi, dans le sens où elle annonce ce que seront – et sont déjà pour beaucoup – les conditions de travail d'une part croissante de la population, insérée, sous la pression de la nécessité d'obtenir un revenu, dans une logique productiviste caractérisée par une exigence de compétitivité à tout prix. Par les réalités qu'il désigne et les tendances qu'il met en perspective, le concept de l'informalité met en lumière une orientation sociale, politique et économique qui dépasse la seule question de la connexion du travail formel avec la protection sociale.

La réalité de cette économie paraît difficilement saisissable et recouvre des activités disparates qui fleurissent autant dans le tertiaire (commerce de rue, contrebande), que dans le secteur industriel (ateliers de sous-traitance) ou agricole (travail familial par exemple). Mais surtout, peu d'activités de l'informel s'exercent en dehors de toute régulation étatique, de tout cadre légal et fiscal. Bien au contraire, l'informel s'insère au creux de l'économie

[24] Julie-Anne Boudreau, Frédéric Lesemann et Claude Martin, «Présentation: l'État en processus d'informalisaton», *Lien social et Politiques*, n° 76, 2016, p. 3-23

formelle, complément ou chaînon essentiel de tissus commerciaux ou productifs parfaitement organisés. Il apparaît partout là où le marché de l'emploi ne peut absorber la main d'œuvre disponible, où les contraintes juridiques et fiscales font obstacle au développement de l'activité entrepreneuriale, où l'Etat n'assure pas ou plus une fonction de protection sociale, où la nouvelle organisation mondiale du travail favorise l'externalisation et la sous-traitance. Il est aujourd'hui une composante essentielle du processus de réorientation néolibérale aussi bien au Nord qu'au Sud de la planète[25].

Notion polysémique et extensible, le secteur informel est assimilé soit à un secteur en voie d'absorption soit au sous-emploi et au chômage, à des activités marginales ou encore à des activités de petite production dominées et soumises au secteur formel capitaliste. Dans le sens commun, il est synonyme de pauvreté, d'activité de rue, d'absence de cadre réglementaire[26]. Des obstacles organisationnels, des restrictions juridiques ainsi que des problèmes de gestion expliquent pourquoi la plupart des régimes d'assurance sociale dans les pays en développement ont adopté une approche très prudente par rapport à l'élargissement de la sécurité sociale en dehors du secteur formel. En effet, l'absence d'une structure organisationnelle viable au sein du secteur informel constitue un obstacle majeur à l'extension de la couverture d'assurance sociale[27].

Du coup, conçue comme un état de dérégulation dans lequel la propriété, l'usage d'un bien ou d'une ressource ne peut pas être établi ou ne fonctionne pas selon les règles et les lois en vigueur, l'informalité est inscrite dans un rapport changeant entre ce qui est légal/illégal, légitime/illégitime, autorisé/non autorisé. En conséquence, la représentation d'une séparation nette entre le légal et l'illégal qui rejetait l'informalité dans l'illégalité ne tient plus. Cette réalité témoigne des difficultés structurelles et socioéconomiques auxquelles le pays est confronté.

---

[25] Pierre Dardot, Christian Laval, *La nouvelle raison du monde : essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2010.

[26] Rajaa Mejjati Alami, *Le secteur informel au Maroc*, Presses économiques du Maroc (PEM), 2014, p.8

[27] Laila Abouloula, « la sécurité sociale et le secteur informel », Thèse pour l'obtention du doctorat en droit privé, Université Mohammed V Agdal, 2005.

Au Maroc, depuis peu, les pouvoirs publics s'efforcent de mieux réguler l'informalité et de contrôler son espace en constante redéfinition et dont les dynamiques leur échappaient largement. Faute d'alternatives, une sorte de tolérance vis -à- vis de l'informel s'est installée, favorisant une certaine paix sociale, au demeurant fragile, au détriment de l'effectivité de l'Etat de droit. Il s'ensuit que tout en s'inscrivant dans la continuité de l'histoire sociale marocaine et de l'existence d'une structure de distribution inégale de l'accès aux droits sociaux, la restructuration néolibérale mue par le moment pandémique, impose des inflexions qui montre l'apparente capacité de l'Etat Marocain à peser sur le cours des événements et sa performance politique durant ce moment pandémique incertain

À travers donc la mise en œuvre de politiques sociales en faveur des travailleurs de l'informel et l'élargissement de la protection sociale formelle, c'est la redéfinition d'un contrat social qui est en jeu, tant en termes de cohésion sociale que de relations entre État et société. L'Etat et plus précisément les pouvoirs institués, qui posant cet informel comme contraire à la rationalité étatique, le combattent quelques fois, le domestiquent régulièrement et aujourd'hui le sollicitent de plus en plus comme un partenaire dans leur approche de développement[28]. Dans le cas échéant, la réussite de la transition de l'informalité vers la formalité, qui est déjà en marche, est intimement liée au chantier de généralisation de la protection sociale ainsi qu'à celui de la lutte contre l'évasion fiscale.

Par ailleurs, l'extension de la protection sociale est une question éminemment politique. Ses traductions institutionnelle et juridique, ses réformes, ses crises ne peuvent-elles être appréhendées indépendamment du projet politique qui la concrétise et l'inscrit dans le fonctionnement démocratique d'une société. Dans les expériences comparées les plus abouties, la construction de la protection sociale est consubstantielle à la démocratie, et ses dysfonctionnements, ses remises en cause, sa « crise » sont en grande partie ceux de la concrétisation des droits socio-économiques. En effet, les droits sociaux qui sont vitaux pour l'exercice de la citoyenneté démocratique ont rencontré souvent plus de difficultés que les autres droits à

[28] Charmes Jacques, « Le secteur informel, nouvel enjeu des politiques de développement ? », *L'Homme et la société*, N.105-106, 1992, pp. 63-77.

se réaliser de manière équitable et contribuer ainsi à la cohésion de la société. La mise en œuvre d'un tel type de droits demande une action structurée et économiquement importante des pouvoirs publics, que ce soit dans l'offre de biens et services collectifs ou dans la mise en place de dispositifs pour la régulation et la redistribution des revenus[29].

Ceci dit, la protection sociale relève bel et bien d'un choix de société et de ce fait elle a un coût pour toute la collectivité. Elle représente aujourd'hui le paramètre le plus pertinent pour donner sa pleine expression à la citoyenneté. Car son existence et son degré d'extension interagissent sur le lien social et le vivre ensemble. Cependant, il n'y a pas de modèle idéal – type de protection sociale. Car, même s'il y a un référentiel commun inscrit dans les traités et conventions internationales et donnant ainsi naissance à des attitudes plus compréhensives et à des politiques orientées vers leur promotion, chaque pays a son propre modèle de protection sociale, dont les régimes et les composantes sont l'œuvre de son histoire, de ses traditions en matière d'action sociale et de solidarité, et du génie de ses acteurs en matière d'innovations et d'expérimentations sociales.

En ce sens, les divers aspects paradoxaux liés donc à l'informalité nous amènent à poser le problème des raisons profondes de l'attitude de l'Etat marocain à l'égard du secteur informel et la question du choix de la promotion de sa formalisation via l'élargissement de la protection sociale. L'objectif poursuivi étant de bien préciser de quoi on parle, dans quel contexte et dans quelles perspectives intellectuelles et politiques. À travers une revue de

[29] Pour expliciter le cadre conceptuel de la protection sociale, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a adopté en 2007 une «Observation générale n°19» qui structure le contenu du droit à la sécurité sociale autour des trois principes suivants:1.La sécurité sociale est à la fois un droit de l'homme et une nécessité économique et sociale pour le développement et le progrès; 2.La sécurité sociale remplit une fonction de redistribution et favorise l'inclusion sociale; 3.La responsabilité d'assurer la réalisation du droit à la sécurité sociale incombe globalement et principalement à l'État. Pour le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU1, la sécurité sociale est « le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans discrimination, afin de garantir une protection, entre autres, contre : la perte du revenu lié à l'emploi, pour cause de maladie, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille ; le coût démesuré de l'accès aux soins de santé ; l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge».

littérature narrative, nous avons analysé les défis et les opportunités associés à cette transformation.

Reposant sur un socle empirique constitué de documents officiels ainsi que d'entretiens de hauts fonctionnaires, notre travail consistera à montrer en quoi l'adoption d'un programme d'élargissement de la protection sociale répond à une logique d'alignement, partiellement contrôlée, sur les conceptions défendues par la Banque mondiale en matière de « protection sociale". La contribution s'articule en trois parties. Dans un premier temps, nous relaterons quelques éléments de contextualisation nationale d'une conception néolibérale de filets sociaux. Dans un deuxième temps, nous exposerons la question de la protection sociale saisie par l'informalité. Enfin, nous nous pencherons sur le processus de réforme à proprement parler.

I-Eléments de contextualisation d'une conception néolibérale de filets sociaux

Les composantes du système de protection sociale au Maroc ont été développées de manière fragmentée sur une période très longue. Et avant de devenir un avatar des droits humains calqué sur les recommandations de l'Organisation Internationale du travail (OIT), le système de protection sociale a longtemps été pénétré de religiosité. Au Maroc précolonial, la principale source de prévoyance sociale découlait de la *Charia* qui incite tout musulman à des obligations d'aide et de charité en faveur des démunis. jusqu'aux deux premières décennies du Protectorat, la production et l'échange s'organisaient au sein des corporations de métiers, les aides, les ouvriers et les maîtres en leur édictant des liens, souvent précis et impérieux, de solidarité face aux aléas de la maladie et des accidents. Ce n'est qu'avec l'établissement du Protectorat Français que fut institué un système de sécurité sociale au sens moderne du terme[30]. Il n'en demeure pas moins qu'avant cette

[30] Une sorte d'assistance publique ou d'aide sociale était assurée aux nécessiteux par le Trésor ou «Bayt-Al mal » dont les ressources provenaient de quatre grandes sources: - la zakat ou «aumône légale »; - l'impôt foncier; - les biens sans maîtres et les successions vacantes. Parallèlement à ces règles de solidarité, dans la société marocaine rurale précoloniale, l'économie était de type communautaire ou de production domestique. Le travail était, soit strictement familial, soit collectif, basé sur l'entraide et la solidarité du groupe. Voir. Mohamed Larbi Ben Otmane, « La formation du droit du travail sous le protectorat », In *R. J. P. E .M*, N°15, 1984, pp.11à12.

époque, une certaine solidarité familiale, tribale, voire d'ordre religieux, dispensait les autorités d'antan de mettre sur pied un système de prévoyance sociale ou d'assistance publique[31]. Ancré dans les pratiques islamiques et communautaires traditionnelles, le système de protection sociale marocain s'est transformé au fil du temps, influencé par les dynamiques historiques ainsi que par les modèles bismarckien et keynésien[32].

Par la suite, les réformes mises en œuvre au Maroc avant et après l'adoption du programme de l'ajustement structurel, ont certes permis des avancées notables en matière de protection sociale. Cependant, le système a continué de montrer des vulnérabilités structurelles, particulièrement visibles dans le fonctionnement des régimes de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)[33].

D'une manière générale, les mécanismes de sécurité sociale ont été fortement influencés par le modèle bismarckien. La partie de la population couverte bénéficie de cette couverture grâce à sa participation au marché du travail formel, à travers lequel elle contribue à la sécurité sociale. Cependant, la structure du marché du travail au Maroc a nécessité un réexamen du financement traditionnel de la sécurité sociale dans le but d'élargir la couverture afin de protéger les travailleurs de l'informel et les personnes marginalisées. Il va sans dire que l'économie informelle est une réalité bien établie et a tendance à avoir une présence plus prononcée dans les pays comme le nôtre, où elle évolue souvent sous les regards des autorités et en constante interaction avec la sphère formelle. De ce fait, c'est le secteur informel qui représente la forme originelle, normale, et majoritaire du tissu économique du pays. En considérant, les travailleurs informels comme étant ceux qui ne sont pas couverts par les régimes contributifs de sécurité sociale de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et de la Caisse nationale des

[31] Faouzi BRITEL, «Fondements historiques et nature de la protection sociale au Maroc », In *R.M.D.E .D*, N°22-1990, p. 101.

[32] Naima ABA, Fatima Ezzahra SERBOUTI & Ayoub BOURASS, « 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*, 2024, 5 (12), pp.199-220.

[33] Conseil économique, social et environnemental (CESE), *La protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales,* 2018.

organismes de prévoyance sociale (CNOPS), le taux d'emploi informel représente près de 77 % de l'emploi total[34].

La prédominance donc de l'informel au Maroc est symptomatique d'une économie qui peine à se transformer pour s'adapter aux nouvelles réalités et aux besoins d'une population en pleine croissance. Il représente une forme d'économie de subsistance en dehors du cadre réglementé et fiscalisé. Cette situation est exacerbée par plusieurs facteurs, tels que les barrières à l'entrée dans le formel, le coût perçu et la complexité associés à la formalisation, entre autres. Pour plusieurs opérateurs, l'informel offre une flexibilité que le secteur formel ne semble pas pouvoir garantir. De plus, les très petites et moyennes entreprises sont confrontées à une sorte de plafond de verre qui limite leur croissance et les oblige à se retirer du marché ou à s'informaliser[35].

Par ailleurs, les récentes orientations en cours d'opérationnalisation s'inscrivent dans un environnement international de mondialisation de la protection sociale. En fait, avec la montée en puissance d'économies autrefois périphériques qui changeait progressivement la donne occidentalo-centrée de la problématique, un certain consensus international porte sur la nécessite d'assurer pour l'ensemble de la population des systèmes réels de protection contre les risques de la vie. Celui-ci, a combiné les différentes analyses sur les modèles de protection sociale à développer, en se concentrant sur une approche finaliste de la protection sociale. Les récentes dynamiques à ce propos dans les pays émergents font surtout apparaître et donnent un nouvel élan heuristique à la notion d'informalité, positionnée comme antithèse des efforts de mise en forme, de rationalisation et de formalisation des sociétés qu'ont justement déployés les États occidentaux depuis les soixante dernières années.

Dans cette optique, le contexte marocain ne fait pas exception à cette règle puisque l'informalité reste une caractéristique structurelle du pays. Il n'en reste pas moins que dans le contexte marocain, le secteur informel offre

---

[34] Hamza Saoudi & Ahmed Ouhnini, «L'informel au Maroc: repenser la structure globale des incitations pour une économie plus inclusive et dynamique», Books & Reports, Policy Center for the New South, number 48, Janyary 2023.

[35] Entretien accordé par l'ex-Haut Commissaire au Plan, Ahmed LahlimI Alami à "Challenge" N°906 (Du 15 au 21 Décembre 2023).

à la fois des opportunités économiques et des filets de sécurité sociale à une grande frange de la population. La prolifération des activités informelles a permis jusqu'à présent à de larges franges de la population de survivre et d'échapper au chômage, en particulier les actifs faiblement qualifiés. Malgré les ambitieux programmes gouvernementaux de mise à niveau de l'économie marocaine (plan Emergence, Plan Rawaj, Imtiaz, Moussanada,….), qui visent à rapprocher le monde de l'informel de celui du formel, ces derniers risquent de subir le même sort que leurs précédents (Contrat jeunes prometteurs, Moukawalati, Fonds de garantie de l'état pour mise à niveau,…..). En effet, comme partout dans le monde, les politiques publiques conçus de nos jours ont été en général incapables de lutter contre l'informel et ont très souvent rencontré une rigidité à la baisse de ce phénomène.

Dans cette optique, l'assimilation du secteur informel dans l'économie formelle est un chantier majeur pour le Maroc, avec de multiples enjeux économiques, politiques et sociaux. Ces dernières années, les pouvoirs publics marocains ont ainsi mis en place des mesures incitatives telles que le statut d'autoentrepreneur ou les amnisties fiscales pour encourager les acteurs de l'informel à passer au formel. Plus récemment, avec la fermeture des frontières au niveau de Sebta et Melilia, la lutte contre l'informel a pris également une dimension plus stricte. Les flux de marchandises qui y transitaient via les « femmes-mulets » alimentaient de nombreux souks non seulement au nord du Maroc, mais également à travers tout le Royaume. En dehors de l'économie souterraine illégale et de la contrebande, le secteur informel cache une autre réalité : celle de milliers de travailleurs précaires qui, faute de moyens ou d'éducation, éprouvent de grandes difficultés à rejoindre le formel[36]. Aussi, la frontière entre informel et formel n'est pas toujours très claire, certaines entreprises ne déclarant que partiellement leurs activités ou leurs salariés. Des commerçants sans patente peuvent aussi s'approvisionner auprès de fournisseurs totalement en règle avec l'administration.

[36] Choukar ElHoussain, *Secteur informel et pauvreté au Maroc. Cas de la ville de Marrakech*, Thèse en Sciences économiques, FSJES Marrakech, 2021.

En bref, au Maroc comme ailleurs, les incohérences qui traversent la protection sociale ne sont pas uniquement liés au moment néolibéral même si celui-ci les exacerbe. Elles sont provoquées par une difficulté plus structurelle à saisir la nature de cette institution par rapport aux instances de valorisation du travail formel. Au-delà des intentions de la protection sociale en chantier, les prochaines lignes présentent la centralité de l'informalité dans le contexte marocain.

II- La protection sociale au prisme des méandres de l'informalité

Au Maroc, l'assimilation du secteur informel dans l'économie formelle revient régulièrement dans les discours et les préoccupations, tant des médias que des institutions. Or, l'informalité fait partie du quotidien des Marocains. Le chantier, qui vise à faciliter la transition du secteur informel vers l'économie formelle en ouvrant graduellement l'accès aux régimes de couverture médicale et de retraite à plusieurs corps de métiers majoritairement informels, est officiellement en marche et impose l'implémentation de nouveaux leviers. D'une part, il faut apporter des solutions adaptées aux différentes structures informelles et, d'autre part, les propositions de formalisation doivent également intégrer le facteur protection sociale qui garantirait des allocations familiales et une couverture médicale aux centaines de milliers de citoyens qui vivent dans et de l'informel.

Dans cet espace où l'informel est prégnant, la problématique de l'économie informelle renvoie par sa complexité et la multiplicité des acteurs qu'elle couvre et des parties prenantes avec lesquelles elle interagit, à la nécessité d'une connaissance approfondie des causes qui peuvent en expliquer la persistance. Cela est dû en partie à l'exclusion officielle de certaines catégories d'emplois aux contributions sociales. Les causes de l'informel sont multiples, notamment la manière dont sont conçus les systèmes de protection sociale. Dès lors, le développement et la persistance de l'informel au Maroc peuvent ainsi être s'expliquer par la combinaison de trois grandes catégories de facteurs.

En premier lieu, on peut évoquer des insuffisances d'ordre structurel qui ont trait notamment d'une part, aux lacunes en matière de développement rural et le manque d'opportunités pour les jeunes ruraux. Ceci a favorisé

l'exode de la main d'œuvre rurale excédentaire vers les villes où elle trouve généralement refuge dans des activités informelles. D'autre part, l'incapacité de l'économie nationale à créer suffisamment d'emplois, comme en témoigne la baisse continue du nombre d'emplois créés. Désormais, l'informalité est très profondément ancrée dans l'économie et n'a pas diminué depuis une dizaine d'années. La principale raison est la sous-performance du secteur privé, qui pourvoit des emplois très souvent informels, et notamment dans le secteur des PME familiales. A titre comparatif, parmi les constats majeurs, on note que 65% de l'emploi total est fourni par des micro-entreprises de moins de dix salariés en Tunisie, 53% par des PME de moins de cinq salariés en Égypte et 90% de l'emploi informel est constaté dans les petites entreprises de moins de dix personnes au Maroc. De même, l'emploi informel s'élève à 44% de l'emploi total en Tunisie, à 62% en Égypte et à 73% au Maroc[37].

En second lieu, les déficits sont à jauger par rapport aux exigences d'un «Etat social». En fait, de larges franges de la population au Maroc ont toujours été en dehors de toute protection sociale, avec une qualité des services publics laissant parfois à désirer, reflétant la faiblesse qui a caractérisé certains aspects du rôle de l'Etat en lien avec le concept de « l'Etat social ». Cela a contribué à la poursuite du développement de l'économie et des institutions informelles. En revanche, l'initiation récente du chantier de la généralisation de la protection sociale, devrait constituer un tournant significatif au niveau des choix de l'Etat vers un renforcement graduel de certains aspects de « l'Etat social », sous la condition, toutefois, d'une amélioration notable de la qualité de l'offre de services publics.

En troisième lieu, les barrières à l'entrée dans l'économie formelle et les facteurs agissant sur le coût d'opportunité de la formalisation nourrissent les facteurs qui facilitent l'accès à l'informel ou maintiennent son attractivité: Entre autres, il s'agit de la tolérance envers l'informel et les problèmes d'effectivité de la loi, qui à leur tour entretiennent l'informalité et menacent l'Etat de droit en permettant à des unités relevant de l'informel concurrentiel et à des entreprises exerçant des activités souterraines ou illicites de réaliser des profits, tout en exploitant une main d'œuvre informelle précaire, en se

[37] Rapport de la Banque mondiale intitulé «Informalité et croissance inclusive au Moyen-Orient et en Afrique du Nord», 2023.

soustrayant à toute obligation et en exerçant une concurrence déloyale aux entreprises formelles.

Par ailleurs, des facteurs entravent l'accès au statut formel ou réduisent son attractivité, à l'aune du faible niveau de qualification fait que de larges franges de la population se trouvent démunies du minimum de compétences requis par les emplois formels et trouvent ainsi refuge dans l'informel. Autant, les problèmes d'organisation des professions et faible représentation des opérateurs informels entravent leur modernisation et leur formalisation. D'aucuns ne peut ignorer les problèmes d'accès au financement malgré les efforts déployés au cours de ces dernières années : le secteur financier pointe du doigt la qualité parfois insuffisante des projets. Il demeure que du côté des entrepreneurs informels, en particulier les indépendants et artisans, et même pour les autoentrepreneurs et TPE formelles, l'accès au financement bancaire a constamment figuré parmi les principaux facteurs de blocage. Aussi, en dépit des tentatives successives d'accompagnement (Maroc PME, INDH, etc.), l'étendue du champ d'unités de production couvert par ces mesures d'appui reste limitée. Quant aux actions les plus récentes portant sur l'accompagnement, notamment via le programme Intelaka ou bien dans le cadre de la réforme des CRI, leur évaluation à ce stade serait encore prématurée.

Chemin faisant, nous nous retrouvons devant une protection sociale qui a été faiblement inclusive et souvent jugée onéreuse par rapport aux capacités de certains opérateurs informels, sans oublier la complexité des processus de négociation avec chaque corps de métier. Toutefois, la mise en place des droits complémentaires accompagnant la Contribution Professionnelle Unique (CPU) et le chantier de généralisation de la couverture sociale lancé récemment devraient accélérer l'accès de ces catégories à la protection sociale.

En définitive, l'actuel contexte du déploiement de l'élargissement de la protection sociale à la marocaine est aussi une clé intéressante pour comprendre la rationalité spécifique d'une nouvelle politique publique sans moyens suffisamment spécifiés, comme si produire cette politique était, pour l'instant, plus important que la réussir. Si la mise en œuvre offre des circonstances opportunes d'adaptation et de reformulation pour intégrer les

spécificités du contexte et les besoins des bénéficiaires en vue d'améliorer l'efficacité, l'analyse de la mise en œuvre montre que des lacunes de formulation influencent l'efficacité d'une politique, termes de gouvernance et de durabilité. Autant, l'informalité qui détermine la manière dont la population vit et interagit avec l'État et accède aux services publics, conditionne l'approche de la solidarité des individus lorsqu'ils ne bénéficient pas de régimes de protection sociale qui sont pratiquement confinés à l'économie formelle.

III- La reconfiguration de la protection sociale au chevet de la pérennité du système

Au Maroc, le secteur informel représente toujours une part importante de l'économie. Il couvre une grande diversité d'activités, d'acteurs et de situations et ne peut donc pas être considéré comme un ensemble homogène. Si certains arrivent à en tirer un profit substantiel, la grande majorité des travailleurs de l'informel vit dans précarité, évoluant parfois d'un univers à l'autre. Le tableau brossé des formes de travail dans la société marocaine au début des années 1980 garde encore aujourd'hui sa pleine pertinence, et les différentes «professions» ainsi inventoriées font plus figure de règle que d'exception au Maroc[38]. Car, bien souvent, les frontières entre informel et formel ne sont pas aussi hermétiques que l'on imagine.

Les campagnes d'éradication des activités marchandes informelles comme les programmes de formalisation progressive butent contre une certaine cécité de cette imbrication de l'économie informelle à tous les niveaux de l'économie officielle. Le commerce informel n'est pas seulement une niche locale dans laquelle les plus défavorisés trouveraient un moyen de survie. Il est un des maillons essentiels des circuits de production et de

[38] «*Vendeurs de cigarettes à la sauvette, pâtissières (crêpes) et boulangères (pain) à domicile, commercialisant le soir leur production du matin, marchands des quatre saisons, vendeurs d'eau, cordonniers en plein vent, pourvoyeurs de lunettes Ray Ban et autres contrefaçons à la terrasse des cafés, bonnetiers des coins de rues, écrivains publics, peintres et vitriers, plombiers et réparateurs se louant pour la journée aux abords des marchés, tout un peuple vit et survit dans les villes du Tiers Monde, et notamment dans celles du Maroc. Un peu d'astuce, beaucoup d'audace, rien à perdre, un peu de hasard ou de chance et quelques dirhams d'investissement initial, c'est tout ce qu'il faut pour pénétrer dans ce genre de profession* » (Cf. Daoud Zakia, « Emploi sans formation, formation sans emploi », *Annuaire de l'Afrique du Nord*, 1980, p.71).

distribution d'une économie globalisée qui permet de proposer des biens de consommation courante à des clientèles de plus en plus diversifiées au pouvoir d'achat limité. Ils sont l'autre facette de l'hégémonie de la grande distribution, à laquelle ils empruntent parfois ses méthodes (déstockage, roulement de la marchandise), dans le sillage de la standardisation des goûts et des besoins, mais à laquelle ils opposent des pratiques marchandes favorisant une autre rationalité économique (facilités de crédit, prêts hors garantie bancaire, prépondérance de l'oralité sur le contrat)[39].

Les sujets de la gouvernance et du pilotage sont extrêmement importants pour l'ensemble de la sphère publique dans la mesure où ils assurent, au-delà des conjonctures des gouvernements et des actualités politiques, la continuité d'une stratégie et d'une politique pour l'ensemble de la Nation. Ils sont tout aussi déterminants pour garantir la possibilité d'entreprendre des réformes.

Ce couple continuité-réforme est fondamental en matière de la protection sociale, plus encore que dans d'autres domaines. En effet, la réflexion sur la protection sociale fait actuellement l'objet d'un débat international où émerge l'idée d'un revenu de base, universel et inconditionné. Cette idée se fonde sur le principe que, la protection sociale étant un droit humain fondamental et chacun ayant à ce titre une créance sur la société, tout citoyen devrait alors disposer, sans contrepartie, d'un moyen de subsistance en espèces.

Cette idée soulève d'emblée, et trouve sa limite, dans la double question de sa faisabilité financière et de ses incidences sociétales notamment en termes de rapport au travail. Mais ce débat a le mérite de renouveler la réflexion sur la place de la protection sociale dans les politiques publiques, sur la valeur que ces politiques accordent à la cohésion sociale, sur leur capacité à concevoir et vouloir l'équité dans la redistribution des richesses, et sur la répartition de l'effort de financement de la protection sociale entre l'impôt, les revenus du capital, du patrimoine, et ceux tirés du travail.

---

[39] Veronique Manry, « Par de là le légal et l'illégal », *2015 (https://www.economia.ma/fr/content/par-del%C3%A0-le-l%C3%A9gal-et-lill%C3%A9gal).*

En fait, si la vision de la généralisation de la protection sociale est désormais tracée avec un calendrier précis, il reste néanmoins à réussir le défi de la mise en œuvre de ce projet de société qui nécessite la mobilisation d'énormes ressources humaines et financières. Les enjeux sont de taille: assurer la pérennité financière du système, mobiliser et former les cadres médicaux, améliorer la gouvernance du système…Alors que le Royaume s'était engagé dans un processus de réforme visant à améliorer son financement et sa gouvernance en particulier en matière de couverture médicale, comme en témoigne le plan d'action «Santé 2025», la crise sanitaire COVID-19 a mis en lumière les insuffisances du système de protection sociale Marocain dans sa globalité, remettant en cause ce système et soulignant la nécessité de revoir en profondeur son approche. Révélant rapidement ses vulnérabilités, la pandémie a exacerbé également une crise socio-économique en connexion avec l'informalité. En effet, dans son discours du Trône du 29 juillet 2020, le Roi Mohammed VI avait indiqué que l'importance du secteur informel est l'une des lacunes révélées par la crise sanitaire du Covid-19, soulignant que « *la généralisation de la couverture sociale devrait constituer un levier d'intégration du secteur informel dans le tissu économique national* ».

C'est dans ce contexte de fragilité que la loi-cadre 09.21 a été introduite pour restructurer profondément le système de protection sociale marocain[40]. Cette réforme vise à généraliser l'assurance maladie obligatoire, élargir les allocations familiales, étendre la couverture retraite et introduire des indemnités pour perte d'emploi. Pour financer ces ambitions, la loi-cadre prévoit un système hybride, combinant les cotisations des bénéficiaires et les contributions de l'État. Cependant, des défis persistent en matière de pérennité des financements, d'équité dans l'accès aux prestations et de gouvernance efficace, posant des questions sur la viabilité et l'équilibre du

[40]Notons que quatre catégories d'actions ont été prévues par le Rapport général du Nouveau modèle de développement : 1- accélérer les efforts de formalisation du travail et lutte contre la fraude fiscale pour élargir la couverture sociale ; 2- Mettre en place un socle de protection sociale de base incluant la couverture sanitaire universelle, les allocations familiales universelles conditionnées et un revenu minimum de la dignité ; 3-modernisation de la gouvernance du système de l'action sociale et assurer l'efficacité de ses intervention ; 4- Assurer un financement pérenne de la protection sociale pour les composantes assurance et solidarité.

système à long terme. Ces efforts s'inscrivent néanmoins dans des problématiques globales rencontrées par d'autres pays émergents, où les systèmes hybrides peinent souvent à répondre pleinement aux besoins croissants des populations tout en maintenant une viabilité financière. L'objectif est de garantir à tous les citoyens marocains l'accès à la protection sociale tout en les engageant à contribuer au financement du développement national, dans un délai de cinq ans[41].

Enjeu stratégique en matière de réforme de la protection sociale, le financement conditionne l'atteinte des objectifs sociaux et économiques. L'adhésion des travailleurs informels et des indépendants au nouveau système est essentielle pour sa réussite. Ces segments de la population sont souvent les moins protégés et les plus réticents à participer aux systèmes formels de protection sociale en raison de la perception des coûts et de la complexité des procédures. Des campagnes de sensibilisation et des incitations, telles que des tarifs préférentiels ou des procédures simplifiées, peuvent être nécessaires pour intégrer efficacement ces groupes. Par ailleurs, pour financer l'expansion du système sans alourdir la dette nationale, une approche intégrée est nécessaire. Cette stratégie doit équilibrer les besoins immédiats avec des objectifs de durabilité à long terme, tout en gérant prudemment les déficits pour maintenir la stabilité économique. Formaliser l'économie informelle est également essentiel, car cela pourrait augmenter la capacité contributive des citoyens et permettre de partager plus équitablement les risques au sein du système.

Dans cette optique, une série de réformes marquant le début d'une nouvelle ère de protection sociale au Maroc, illustre la détermination de l'État marocain à corriger les faiblesses structurelles identifiées lors des expériences passées, en particulier celles liées à la gouvernance et au financement. En fait, l'un des devoirs en matière de protection sociale consiste à donner confiance à l'ensemble de la population sur la pérennité d'un système, et plus encore dans le cas de risques en temps de crise. Il va sans dire que des inquiétudes

[41] La vision Royale s'est concrétisée à travers la loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale, qui prévoit notamment, la généralisation de l'assurance maladie obligatoire (AMO), l'extension des allocations familiales à sept millions d'enfants scolarisables, l'élargissement de la couverture retraite pour cinq millions de travailleurs actifs, ainsi que la généralisation des indemnités pour perte d'emploi.

planent, sur l'implémentation de ce chantier, et l'on ne veut pas revivre les scénarios d'autres réformes et programmes qui ont été lancés en grande pompe, sans jamais pouvoir atteindre les objectifs escomptés. Il s'agit notamment du Régime d'assistance médicale (RAMED), miné depuis son lancement par plusieurs maux liés à ses ressources et à sa gouvernance, l'empêchant d'atteindre les objectifs tracés tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Alors que le ciblage est appelé à prendre une importance croissante dans le Royaume, les expériences conduites dans le cadre du RAMED ont révélé une grande défiance des citoyens vis-à-vis de l'usage par les administrations des catégories statistiques de la pauvreté et des techniques d'identification des bénéficiaires[42].

Par ailleurs, jusqu'à récemment, la configuration disparate, non intégrée et dépourvue de synergie du système de protection sociale cautionnent les instances de gouvernance qui sont marquées par un émiettement institutionnel inefficace. D'où les dilutions des responsabilités. Pour remédier à cette situation, la loi cadre n°09-21 prévoit dans l'article 15 que les pouvoirs publics veillent sur la prise de mesures nécessaires pour mettre en place un cadre pour la gouvernance pouvant garantir une synergie entre les différentes composantes du système de protection sociale notamment à travers une institution unifié pour la gestion de ces systèmes. Par ailleurs, en vertu de l'article 16, pour garantir la complémentarité et la coordination des mesures prises pour la réforme de la protection sociale, le gouvernement met en place un mécanisme de pilotage qui veille plus particulièrement sur le suivi de la mise en œuvre cette réforme et sur la coordination des interventions des différentes parties. Or, cette situation rend difficile l'appréhension de la question de la gouvernance dans un cadre global et systémique.

Le suivi et l'évaluation de l'Observatoire marocain de la protection sociale (OMSP), des différentes initiatives et programmes gouvernementaux étalé sur les quatre dernières années, a permis d'enregistrer moult déséquilibres structurels dans l'actuelle politique de protection sociale au

[42] Ferrié Jean-Noé, Zineb Omary et Omar Serhan, « Le Régime d'assistance médicale au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2018, pp. 125-143.

Maroc, au niveau des normes, de l'harmonisation, de la gouvernance, de la participation, du ciblage et inclusion, du financement et de la durabilité, de l'impact de l'inflation, et du démantèlement progressif de la caisse de compensation[43]. Ainsi, en adoptant des politiques basées sur l'idée de transformer des modèles généralisés en un soutien ciblant uniquement les nécessiteux sur la base de mesures reposant sur le revenu du bénéficiaire d'un soutien ou d'une protection, cette réorientation va perpétuer un type de dépenses sociales moins coûteuses. Si la sensibilité politique de cette réforme a longtemps exclu toute possibilité de mener à son terme la suppression des subventions, la décennie 2010 a vu cette perspective se rapprocher après les premières expériences de l'INDH, de Tayssir et du RAMED[44]. C'est dans ce cadre que s'inscrivent le Registre social unifié (RSU) et le Registre national de la population (RNP) qui permettront de mettre en place des mécanismes unifiés d'enregistrement et de ciblage des citoyens sur la base d'un système de points. Or, à cause de l'application mécanique et sans aucun discernement des critères d'éligibilité contestables à bien des égards, plusieurs centaines de milliers de familles pauvres ou vulnérables se sont retrouvés exclues[45].

Les pressions du Fonds Monétaire International y ont contribué, et la décompensation est devenue depuis une orientation mise en avant par les gouvernements marocains. Aujourd'hui, la mise en place d'un ciblage des transferts à la place des subventions incarne la quête d'une intervention

[43] L'Observatoire marocain de la protection sociale, *Protection sociale ou ajustement structurel déguisé ?*, Rabat, Décembre 2024. Selon les rédacteurs du rapport de l'OMPS, ces déséquilibres se manifestent par des politiques de protection sociale qui pèsent sur la famille (63% des dépenses de santé continuent d'être supportées par les familles) et une inflation qui persiste et une paupérisation plus grande des Marocains (3,2 millions de citoyens qui continuent d'être exclu et glissant dans le cycle de la pauvreté et de la vulnérabilité).

[44] Le RAMED considère en particulier comme éligibles les ménages et individus que des scores socioéconomiques et de patrimoine placent en deçà de seuils conventionnellement fixés pour délimiter les situations de vulnérabilité et de pauvreté. Ces indicateurs sont calculés en combinant des variables sur les conditions de vie des citoyens : logements, revenus, possessions, etc. L'INDH et le Tayssir ont employé des procédures de ciblage géographique, reposant sur l'exploitation de cartes de pauvreté.

[45] Pour bénéficier de l'AMO Tadamon, le chef de famille doit s'inscrire au RNP et au RSU et obtenir un score qui ne dépasse pas le seuil de 9, 326. Pour déterminer ce score plusieurs critères entre dans la formule de calcul : la taille du ménage, la situation professionnelle, le type d'habitation, les équipements, les dépenses courantes (électricité, gaz, eau), …. Le seuil d'éligibilité aux aides directes a été fixé à 9,743.

étatique plus juste et efficiente que la distribution indistincte de subventions durant des décennies, une perspective de renouvellement des politiques sociales. Alors que l'Etat s'engage à travers cette réforme supervisée directement par le Roi, à assurer une protection de base pour tous les citoyens et une protection spécifique ciblée pour les personnes les plus vulnérables, contrepartie, les citoyens doivent s'engager réciproquement à formaliser leurs activités professionnelles et à faire preuve de civisme fiscal en participant équitablement à l'effort national par l'impôt et les cotisations au financement aussi bien des services publics que de la protection sociale.

Conclusion

De ce tableau brossé à gros traits, la réforme de la protection sociale reste tributaire de l'amélioration de la gouvernance du système qui est fragmenté et caractérisé par des chevauchements et des dysfonctionnements qui affectent son efficience. L'opérationnalisation de ses nouveaux mécanismes se retrouve, dans ces conditions, au carrefour de nombreuses tensions, d'objectifs parfois contradictoires et de logiques divergentes, qui affectent son fonctionnement et expliquent tout autant « les troubles » aussi bien de l'offre que de la demande de protection sociale.

Alors que l'informalité est une notion structurante des sociétés en ce qu'elle est l'expression des rapports de pouvoir, l'informel apparaît partout là où le marché de l'emploi ne peut absorber la main d'œuvre disponible, où les contraintes juridiques et fiscales font obstacle au développement de l'activité entrepreneuriale, où l'Etat n'assure pas ou plus une fonction de protection sociale, où la nouvelle organisation mondiale du travail favorise l'externalisation et la sous-traitance. Il est un fait que la sphère informelle, avec la qualité de ses emplois, les conditions de travail et la faible rémunération, ne fait que perpétuer la précarité qui prévaut en général dans le marché du travail et alimenter la vulnérabilité sociale.

Ces dernières années, le pays a ainsi mis en place des mesures incitatives telles que le statut d'autoentrepreneur ou les amnisties fiscales pour encourager les acteurs de l'informel à passer au formel. Plus récemment, la lutte contre l'informel a pris également une dimension plus stricte avec la fermeture des frontières au niveau de Sebta et Melilia. Si la frontière entre

informel et formel n'est pas toujours très claire, la réussite de transition, qui est déjà en marche est intimement liée au chantier de généralisation de la protection sociale ainsi qu'à celui de la lutte contre l'évasion fiscale. En dehors de l'économie souterraine et de la contrebande, le secteur informel cache une autre réalité, celle de milliers de travailleurs précaires qui, faute de moyens ou d'éducation, éprouvent de grandes difficultés structurelles à rejoindre le formel.

Références bibliographiques

Ouvrages

Pierre Dardot, Christian Laval, *La nouvelle raison du monde : essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2010.

Rajaa Mejjati Alami, *Le secteur informel au Maroc*, Presses économiques du Maroc (PEM), 2014.

Articles

Faouzi BRITEL, «Fondements historiques et nature de la protection sociale au Maroc», In *Revue marocaine de droit et d'économie du développement (RMDED)*, N°22-1990.

Ferrié Jean-Noé, Zineb Omary et Omar Serhan, «Le Régime d'assistance médicale au Maroc: les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2018.

François-Xavier Merrien, « La protection sociale comme politique de développement: un nouveau programme d'action international», *International Development Policy| (Revue internationale de politique de développement) Vol.*5, n°1, 2013.

François-Xavier Merrien, «La protection sociale dans les pays en développement : du rejet à la "baguette magique"», *Informations sociales*, n° 203-204, 2021.

Jacques Charmes, «Le secteur informel, nouvel enjeu des politiques de développement ?», *L'Homme et la société*, N.105-106, 1992.

Julie-Anne Boudreau, Frédéric Lesemann et Claude Martin, «Présentation: l'État en processus d'informalisaton», *Lien social et Politiques*, n° 76, 2016.

Mohamed Larbi Ben Otmane, « La formation du droit du travail sous le protectorat », In *Revue juridique, politique et économique du Maroc* (RJPE M), N°15, 1984.

Naima ABA, Fatima Ezzahra SERBOUTI & Ayoub BOURASS, « 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*, 2024, 5 (12).

Hamza Saoudi & Ahmed Ouhnini, « L'informel au Maroc : repenser la structure globale des incitations pour une économie plus inclusive et dynamique », Books & Reports, Policy Center for the New South, number 48, Janyary 2023.

Zakia Daoud, «Emploi sans formation, formation sans emploi », *Annuaire de l'Afrique du Nord*, 1980.

Thèses

ElHoussain Choukar , *Secteur informel et pauvreté au Maroc. Cas de la ville de Marrakech*, Thèse en Sciences économiques, FSJES Marrakech, 2021.

Laila Abouloula, « la sécurité sociale et le secteur informel », Thèse pour l'obtention du doctorat en droit privé, université Mohammed V Agdal, 2005.

Rapports

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

Banque mondiale, «Informalité et croissance inclusive au Moyen-Orient et en Afrique du Nord », Rapport, 2023.

L'Observatoire marocain de la protection sociale (OMSP), Rapport, décembre 2024.

Magazines

Ahmed LahlimI Alami, Entretien accordé à "Challenge", N°906 (Du 15 au 21 Décembre 2023).

Veronique Manry, « Par de là le légal et l'illégal », *2015.*

(https://www.economia.ma/fr/content/par-del%C3%A0-le-l%C3%A9gal-et-lill%C3%A9gal).

Le Registre Social Unifié au Maroc: entre inclusion et exclusion des populations vulnérables

The Unified Social Register in Morocco: between inclusion and exclusion of vulnerable populations

Hassan Naji[46]

Résumé:

Le Registre Social Unifié (RSU) au Maroc est conçu pour améliorer l'accès à l'assistance sociale des populations vulnérables. Le RSU vise à centraliser les données des ménages et à optimiser la répartition des ressources publiques. Bien que ce système promette une inclusion accrue, des défis subsistent, notamment en matière de ciblage précis et de gouvernance transparente. L'analyse met en avant les effets positifs du RSU sur l'accès aux soins et au soutien financier, tout en soulignant les risques potentiels d'exclusion et de dépendance à l'aide sociale. Le document propose une évaluation critique de l'impact du RSU, en se concentrant sur ses différents effets pervers.

Mots clés: Registre Social Unifié, Protection sociale, Inclusion sociale, Exclusion sociale, Populations vulnérables, Maroc, Aides sociale, Ciblage des bénéficiaires.

Abstract: The Unified Social Register (RSU) in Morocco, designed to improve access to social assistance for vulnerable populations. The RSU aims to centralize household data and optimize the distribution of public resources. Although the system promises increased inclusion, challenges remain, notably in terms of precise targeting and transparent governance. The analysis highlights the positive effects of the RSU on access to care and financial support, while highlighting the potential risks of exclusion and welfare dependency. The document offers a critical assessment of the impact of the RSU, focusing on its various perverse effects.

Keywords: Unified Social Register, Social protection, Social inclusion, Social exclusion, Vulnerable populations, Morocco, Social assistance, Targeted beneficiaries.

[46] Doctorant à Université Cadi Ayyad (LAREJAP), Marrakech.

Introduction

Le Royaume du Maroc, à l'instar de nombreux pays en voie de développement est confronté à des enjeux structurels en matière de pauvreté et de vulnérabilité sociale. Pour faire face à cette situation, l'État marocain a progressivement mis en place une série de programmes de protection sociale, en lien avec une volonté politique d'accéder à un « État social ». Cela se traduit notamment par le biais de l'engagement, la ratification de plusieurs conventions internationales de droits de l'homme, ainsi que dans le texte et l'âme de l'article 31 de la Constitution de 2011, par lequel l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales s'efforcent de mobiliser tous les moyens à leur disposition afin de garantir aux citoyennes et aux citoyens l'égalité d'accès aux conditions leur permettant de jouir du droit aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale, ainsi qu'à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État.

Le système de protection sociale au Maroc est relativement récent, ayant été mis en place il y a moins d'un siècle. Ses débuts remontent aux organismes mutualistes fondés à la fin des années 1920[47], qui ont progressivement évolué vers des régimes d'assurances sociales, principalement destinés aux fonctionnaires et aux employés des entreprises publiques pendant la période du protectorat. Après l'Indépendance, un régime de sécurité sociale a été instauré pour les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé. Le système de protection sociale au Maroc est structuré en plusieurs niveaux: un régime de sécurité sociale contributif comprenant notamment la CMR, le RCAR, la CNSS et la CNOPS; un dispositif de protection sociale partiellement contributif représenté par le RAMED; et enfin, un mécanisme de protection sociale non contributif, englobant des programmes tels que Tayssir, Kafala, l'INDH ainsi que les établissements de prise en charge destinés aux personnes en situation de vulnérabilité[48].

[47] Conseil Économique, Social et Environnemental. (avis) La protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales, Auto-Saisine 34/2018, 2018, p. 36.

[48] Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement Chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance (MAGG), (2015). Mapping de la protection sociale au Maroc.p.8.

Le RSU et Les aides sociales directes s'inscrivent dans la logique des socles de protection[49], en garantissant un revenu minimum aux ménages vulnérables. Cependant, le ciblage précis des programmes d'aide constitue parfois une limite à l'universalité et à l'efficacité recommandées par l'OIT. La mise en œuvre de ces programmes s'est souvent heurtée à des défis, notamment une approche fragmentée et un ciblage inefficace des populations véritablement vulnérables. Cette limite a été soulignée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI dans son discours de juillet 2018[50], où il a dénoncé la dispersion de plus d'une centaine de programmes d'assistance sociale, financés par des dizaines de milliards de dirhams, entre une multitude de départements ministériels et d'acteurs publics, rendant ainsi difficiles la coordination et l'efficacité de ces dispositifs.

Redéfinir ainsi la protection sociale d'une façon plus équitable et plus synergique. D'où le besoin de renforcer l'harmonisation et la convergence des politiques et programmes de protection sociale,[51] d'où la création du dispositif du RSU qui témoigne une volonté politique forte de promouvoir les principes de mérite et d'égalité des chances dans l'accès aux services publics et aux aides sociales. L'objectif central est de garantir une plus grande équité sociale et de maximiser l'impact direct des politiques publiques sur l'amélioration des conditions de vie des citoyens marocains, en particulier les plus vulnérables.

Cependant, au-delà des intentions louables et des promesses portées par ce dispositif, il convient d'interroger de manière critique sa capacité réelle à atteindre ses objectifs, ainsi que les potentiels effets non désirés qu'il pourrait

[49] Organisation internationale du Travail, Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012. Genève, 101ème session CIT (14 juin 2012) https://normlex.ilo.org dernière date de visite le 12 novembre 2024 à 19h30.

[50] CF, Discours Royale du 27 juillet 2018 dans ce discours le chef de l'Etat a avancé que « En effet, il est insensé que plus de cent programmes de soutien et de protection sociale, de différents formats et se voyant affecter des dizaines de milliards de dirhams, soient éparpillés entre plusieurs départements ministériels et de multiples intervenants publics. En fait, ces programmes empiètent les uns sur les autres, pèchent par manque de cohérence et ne parviennent pas à cibler les catégories effectivement éligibles ».

[51] Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement Chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance (MAGG), (2015). Mapping de la protection sociale au Maroc, op. cit., p. 8.

engendrer sur les populations vulnérables[52]. Le RSU, S'agit-il d'un outil d'inclusion[53], permettant un meilleur ciblage des besoins, une allocation plus efficiente des ressources et un accès plus juste aux services sociaux ? Ou bien représente-t-il un facteur d'exclusion[54], risquant de renforcer les inégalités, de créer de nouvelles fractures sociales et de marginaliser davantage les plus vulnérables?

Notre hypothèse est la suivante : le RSU, bien qu'il vise à favoriser l'inclusion sociale par l'amélioration de l'efficacité de l'attribution des aides, pourrait paradoxalement exacerber l'exclusion des populations les plus vulnérables au Maroc. En raison d'un ciblage parfois imprécis, qui ne prend pas suffisamment en compte les dimensions de genre ainsi que les rapports de pouvoir socioculturels et économiques, ce système pourrait conduire à l'exclusion des ménages les plus fragiles des bénéfices du programme, aggravant ainsi leur condition socio-économique et accentuant des formes de discriminations.

Nous avons opté pour une approche qualitative afin d'approfondir notre compréhension des perceptions et des effets potentiels liés au sujet des RSU. Dans ce cadre, nous avons réalisé quatre groupes de discussion (12 à 17 femmes, homme et jeunes) dans deux localités distinctes : Marrakech et la province d'Al Haouz (plus précisément dans les cercles d'Asni et d'Amizmiz). Parallèlement, nous avons mené huit entretiens semi-directifs avec des responsables de la chambre d'agriculture, de l'artisanat, du Centre d'Investissement Régional (CIR), de l'Office de Développement Coopératif (ODECO), ainsi que des représentants d'organisations non gouvernementales marocaines et internationales. Cette méthodologie nous a permis de recueillir

[52] On entend par vulnérabilité dans son sens large, comme “toute fragilité morale ou matérielle, individuelle ou sociale à laquelle une personne (ou un groupe) se trouve exposée” définition de François-Xavier ROUX-DEMARE La notion de vulnérabilité, approche juridique d'un concept polymorphe, Les Cahiers de la Justice, vol. 4, no. 4, 2019.

[53] On entend par inclusion : celle de l’inclusion sociale désignant un processus qui garantit que les personnes en danger de pauvreté et d’exclusion obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle…, Adopter par la Charte des droits fondamentaux de la Commission européenne.

[54] On entend par l’exclusion : celle de l’exclusion sociale désignant une pauvreté économique et un isolement, Une personne auparavant bien intégrée dans la société peut basculer dans l’exclusion, après un processus plus ou moins brutal de rupture de ses liens sociaux ce concept développer par René Lenoir dans son ouvrage les exclus, paru en 1974.

des données riches et nuancées. Dans un premier temps, nous mettrons en lumière les effets positifs d'inclusion du Registre Social Unifié (RSU) au Maroc. Par la suite, en deuxièmes partis nous analyserons les effets négatifs d'exclusion de ce dispositif sur les bénéficiaires.

I-Le RSU facteur d'inclusion des populations vulnérables

La mise en œuvre du Registre Social Unifié (RSU) au Maroc vise à améliorer le ciblage des bénéficiaires et l'efficacité des interventions sociales. Selon l'article 1 de la loi n° 72-18[55], les scores attribués aux ménages, basés sur des données socio-économiques et calculés à l'aide d'une formule mathématique, permettent d'établir des listes nominatives des foyers éligibles aux programmes d'appui social. L'intégration du RSU repose sur un indice socio-économique défini par le décret n°2.23.1067 du 17 Joumada I 1445, facilitant ainsi l'accès aux soins de santé et aux aides financières en simplifiant les procédures.

Au Brésil, le programme Bolsa Família[56], lancé entre 2003 et 2004, a fusionné plusieurs dispositifs pour améliorer la scolarité et l'assistance sociale. Il cible les familles pauvres, y compris les jeunes et les personnes en situation de handicap. Le programme accorde une place centrale aux mères, considérées comme gestionnaires des ressources familiales, ce qui favorise leur autonomisation. L'efficacité de Bolsa Família repose en grande partie sur sa capacité à atteindre les populations ciblées avec des prestations modestes et des critères d'exclusion clairs, comme la composition familiale, mais aussi par la réduction de la pauvreté dans le pays.

Le programme Bolsa Família a joué un rôle déterminant dans la réduction de la pauvreté et des inégalités, principalement grâce à l'efficacité de son mécanisme de ciblage. L'analyse des enquêtes PNAD, tant dans leur version régulière (2001-2015) que continue (2016-2017), démontre que les

[55] Dahir n° 1-20-77 du 18 hija 1441 (8 août 2020) portant promulgation de la loi n° 72-18 relative au dispositif de ciblage des bénéficiaires des programmes d'appui social et portant création de l'Agence nationale des registres bulletin officiel– 23 joumada I 1442 (7-1-2021) N° 6950. p. 9.

[56] Coelho de Souza Lago, M., De Carvalho Martinelli Freitas, R., Farias da Silva, E. et Lopes Wohnlich, D. (2014). La Bolsa Família sur le terrain : réflexions sur deux déclinaisons locales du programme et sur leurs conséquences pour les femmes. Revue française des affaires sociales, (3), p.32.

transferts monétaires octroyés par l'État fédéral atteignent plus efficacement les populations défavorisées[57]. Par ailleurs, ce programme a significativement contribué à hauteur de la réduction de 21% du coefficient de Gini[58] et l'amélioration des conditions alimentaires des ménages précaires. L'étude menée par Duarte, Sampaio et Sampaio[59] (2009) souligne que 88 % des montants perçus sont consacrés à l'achat de denrées alimentaires, mettant ainsi en évidence l'impact positif du Bolsa Família sur la consommation et la sécurité nutritionnelle des familles bénéficiaires et aussi responsable.

À l'image de ces pratiques internationales, le RSU marocain, qui définit le seuil d'accès à l'ASD et à l'AMO, a suscité des retours positifs. De nombreux participants aux groupes de discussion ont souligné l'amélioration de l'accès aux soins médicaux et aux aides sociales. Hommes, femmes, membre de coopératives et auto-entrepreneurs ont reconnu que le RSU simplifiait l'accès aux prestations essentielles, telles que l'AMO et les revenus d'assistances. La centralisation des données permet une gestion plus efficace des ressources et facilite l'accès à ces services.

Les effets bénéfiques les plus fréquemment soulignés par les participants des focus groupes et des entretiens semi-directifs son comme suite :

I-1.L'amélioration de l'accès aux soins

L'accès à l'AMO solidaire (TADAMON) permet non seulement de réduire la charge financière des frais de santé, mais encourage également son bénéficiaire à se faire soigner, que ce soit auprès des institutions publiques ou privées. Ceci offre la possibilité d'accéder à des soins médicaux sans craindre une charge financière excessive. Ce dispositif permet notamment à des groupes souvent marginalisés, tels que les individus à très faibles revenus, membre de coopérative et autoentrepreneur, les travailleurs du secteur

[57] De Souza, P. H. G. F., R. Osorio, L. H. Paiva, et S. Soares. 2019. « Os Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a Pobreza e a Desigualdade: Um Balanço dos Primeiros Quinze Anos. » Texto para Discussão, n° 2499. Rio de Janeiro : Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).p 1.

[58] Luciana Mourão et Anderson Macedo de Jesus, « Le programme Bolsa Família (Bourse familiale) : analyse du programme brésilien de transfert conditionnel de revenus », Field Actions Science Reports [En ligne], Special Issue 4 | 2012.p 44.

[59] Ibid.p.45.

informel et les personnes âgées, de recevoir des traitements nécessaires, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques, ainsi que des services de prévention. Cette amélioration de l'accès aux soins contribue à rehausser tant leur qualité que leur espérance de vie, tout en leur ouvrant l'accès aux services de santé disponibles dans les secteurs public et privé.

L'accès à l'AMO solidaire (TADAMON) contribue au sentiment d'inclusion sociale en réduisant les disparités d'accès aux soins et en garantissant à chaque individu, indépendamment de sa situation financière, la possibilité de bénéficier de services de santé de manière équitable.

I.2-L'accès aux aides sociales

Les aides financières apportent un soutien significatif aux ménages en contribuant à l'allégement de leurs charges économiques. En facilitant la couverture des dépenses essentielles, elles permettent une meilleure gestion budgétaire, particulièrement dans des domaines cruciaux tels que l'alimentation, le logement et la santé. Cette amélioration se traduit par une capacité accrue des familles à répondre aux besoins immédiats, réduisant ainsi les situations de précarité et d'insécurité financière.

Par ailleurs, Les aides financières contribue à faire face aux défis de l'éducation des enfants grâce à la diminution des contraintes économiques. Les familles peuvent améliorer la capacité d'assumer les coûts liés à la scolarité, tels que les fournitures, ce qui favorise la continuité scolaire et réduit les risques de décrochage. En allégeant ces charges, les aides financières peuvent potentiellement jouer un rôle déterminant dans la rupture du cercle de la pauvreté intergénérationnelle, en offrant aux enfants des opportunités de scolarisation.

De plus, la réduction des tensions financières au sein des foyers améliore leur bien-être global. Elle diminue le stress lié à l'incertitude économique, favorisant ainsi un climat familial plus serein. Ceci à des répercussions positives sur la santé mentale et la stabilité émotionnelle des membres du ménage.

En somme, les aides financières, en soutenant la satisfaction des besoins fondamentaux et en facilitant l'accès à l'éducation, contribuent à renforcer la

résilience économique des ménages et à promouvoir une plus grande équité sociale.

I.3-Sentiment de reconnaissance

Cette amélioration a des conséquences significatives sur la vie des bénéficiaires. Elle favorise un sentiment de reconnaissance envers l'État. Les bénéficiaires perçoivent désormais ces aides comme un retour tangible sur les richesses nationales, renforçant leur sentiment d'inclusion. Cette perception positive transforme l'aide sociale en un droit concret, contribuant à la cohésion sociale, Contrairement aux anciens dispositifs, comme la caisse de compensation aux effets indirects. Ces mesures ciblées, plus efficaces que des subventions généralisées, ont un impact immédiat et renforcent la confiance envers les institutions étatiques.

En conclusion, tant le RSU marocain que les pratiques internationales illustrent des avancées notables dans la lutte contre la pauvreté. Toutefois, il est essentiel d'évaluer leur impact sur le statut des bénéficiaires principalement en ce qui concerne les potentiels effets perverses de ces diapositifs.

II-Le RSU facteur d'accentuation d'exclusion des populations vulnérables

Un grand nombre de personnes vivant dans la pauvreté peinent à s'en extraire, faute d'opportunités suffisantes. Leur vulnérabilité face aux aléas économiques et la persistance de leur précarité sont étroitement liées à la nature instable de leurs moyens de subsistance. Engagées dans des activités à faible revenu et à haut risque, ou exerçant des professions indépendantes dans de petites structures et le secteur informel, ces populations restent particulièrement exposées aux fluctuations économiques et aux crises[60]. Cette fragilité, combinée à l'instabilité professionnelle, contribue à un ancrage prolongé dans la pauvreté.

[60] Centre Robert Schuman pour les études avancées, Institut universitaire européen, San Domenico di Fiesole, 2010, Rapport européen sur le développement, La protection sociale pour un développement inclusif, p.54.

L'un des inconvénients du ciblage réside dans le risque de stigmatisation et d'aggravation des fractures sociales[61]. L'attribution d'aides spécifiquement destinées aux groupes défavorisés peut, paradoxalement, renforcer les clivages existants. En désignant les bénéficiaires comme une catégorie "assistée", cette approche risque de consolider les préjugés et d'accentuer leur marginalisation.

La mise en œuvre du Registre Social Unifié (RSU) au Maroc soulève des enjeux cruciaux, particulièrement en ce qui concerne les risques d'exclusion[62]. Historiquement, l'État-providence a progressivement évolué vers un modèle davantage axé sur l'assistance et l'indemnisation, résultant de l'incapacité de la société à garantir un accès équitable à l'emploi[63]. Cette évolution a conduit à un système où l'aide sociale est perçue comme une réponse temporaire à l'exclusion, plutôt qu'un véritable levier de réinsertion.

Ainsi, les dispositifs de ciblage et les politiques d'aide sociale, bien qu'essentiels, peuvent parfois encourager une dépendance prolongée à l'assistance, menant à un modèle d'État-providence passif[64]. Pour les populations les plus défavorisées, ce cadre peut renforcer un état de pauvreté chronique, caractérisé par un manque de perspectives et d'opportunités réelles d'amélioration[65].

---

[61] Centre Robert Schuman pour les études avancées, Institut universitaire européen, San Domenico di Fiesole, 2010, Rapport européen sur le développement, La protection sociale pour un développement inclusif, op. cit., p.69.

[62] En effet selon l'Avis n°44/2020 sur le projet de loi 72-18 relatif au système de ciblage des bénéficiaires des programmes d'appui social et à la création de l'Agence nationale des registres, le Conseil Economique, Social et Environnemental, met l'accent sur le risque d'exclure des personnes vivant dans la rue, enfants compris, et des ménages ne pouvant apporter de preuve de leur domiciliation, (personnes vivant dans les bidonvilles) et des ménages n'ayant pas pris ou pu prendre connaissance de l'existence d'un programme social (car il peut aussi y avoir exclusion indirecte en raison du ciblage basé sur l'auto- déclaration, de la communication insuffisante, de l'analphabétisme.

[63]Rosanvallon, P. (1995). La nouvelle question sociale, Repenser l'État-providence, Paris, Éditions du Seuil, p.102.

[64] Ibid.p.94.

[65] Centre Robert Schuman pour les études avancées, Institut universitaire européen, San Domenico di Fiesole, 2010, Rapport européen sur le développement, La protection sociale pour un développement inclusif, op. cit., p.50.

Au Maroc, la politique sociale risque de favoriser trois formes de dépendance à l'assistance.

La première est la dépendance rationnelle[66], qui se manifeste lorsque les bénéficiaires de l'aide financière choisissent l'inactivité, préférant le statut d'allocataire à celui de salarié. Cette attitude repose sur des décisions rationnelles influencées par les incitations économiques. Si les revenus d'assistance s'avèrent équivalents ou supérieurs à ceux d'un emploi, il devient logique, d'un point de vue économique, de ne pas travailler. Ce mécanisme enferme les bénéficiaires dans des trappes à pauvreté[67], et des trappes d'inactivité[68] prolongée et de l'encouragement à la paresse[69].

La deuxième forme est la dépendance psychologique[70]. L'assistance prolongée peut engendrer une démotivation, une perte de confiance en soi et un sentiment d'apathie. Ces effets, parfois dévastateurs, réduisent la capacité des individus à reprendre le contrôle de leur avenir. Certains bénéficiaires, affectés moralement, peuvent cesser d'entreprendre des démarches actives pour sortir de la précarité. En France, des témoignages d'anciens bénéficiaires du RMI et du RSA illustrent cet impact : certains évoquent un état de « fatigue clouant dans l'apathie et la solitude », tandis que d'autres parlent d'un profond « sentiment d'humiliation et de désespoir ».

Enfin, la troisième forme est la dépendance culturelle[71], souvent liée à la théorie de l'« underclass[72] ». Elle suggère qu'une « culture de la pauvreté » et de l'assistance se transmettrait d'une génération à l'autre, piégeant ainsi certaines familles dans un cycle perpétuel de dépendance. Toutefois, ce concept, apparu dans le débat public américain à la fin des années 1970, doit être nuancé. D'autres facteurs structurels, tels que les inégalités scolaires et

---

[66]Ibid.p.114.
[67] On entend par la trappe à pauvreté la manière dont les programmes gouvernementaux qui ciblent les individus à faible revenu peuvent parfois créer d'importantes barrières à la sortie de la pauvreté. (voir le lien :https://observatoiredesinegalites.com).
[68]Guillemot, D., Pétour, P. et Zajdela, H. (2002) . « Trappe à chômage ou trappe à pauvreté Quel est le sort des allocataires du RMI ? », Revue économique, Vol. 53(6), p.1239.
[69] Purière, A. (2012). Les effets des revenus d'assistance Mythe ou réalité ? op. cit., p.112.
[70] Ibid.p.119.
[71] Ibid.p.121.
[72] Ibid.p.122.

les conditions de vie, jouent un rôle déterminant dans la reproduction de la pauvreté.

Dans le cadre des entretiens réalisés, nous avons identifié certains effets indésirables du RSU :

II.1- La désinscription et la désaffiliation des statuts actifs

La désinscription et le désengagement croissants des membres des coopératives et des auto-entrepreneurs posent un problème majeur. S'inscrire comme coopérateur ou auto-entrepreneur clarifie leur situation vis-à-vis du système, mais peut entraîner une réévaluation défavorable de leur éligibilité aux aides sociales. Par ailleurs, cette formalisation les oblige à s'acquitter de la contribution à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), ce qui constitue une charge financière supplémentaire pour des personnes souvent déjà en situation de précarité, ou leur statut ne leur offre pas assez de revenus.

Face à ces contraintes, de nombreux individus choisissent de se retirer des coopératives ou d'abandonner leur statut d'auto-entrepreneur afin de préserver leur accès aux aides sociales. Cette décision vise à éviter l'obligation de cotiser à l'AMO ou le risque de perdre les transferts monétaires destinés à soutenir leurs familles.

Ce phénomène a été observé par plusieurs ONG[73] engagées dans l'autonomisation des jeunes et des femmes en situation de vulnérabilité au Maroc. Ces populations ont vu leurs conditions se dégrader sous l'effet cumulé de plusieurs crises, notamment la pandémie de Covid-19, le séisme d'Al Haouz et des années successives de sécheresse. Dans le cadre de leurs projets, ces ONG avaient prévu des actions de création, d'accompagnement et de financement d'activités génératrices de revenus (AGR). Toutefois, ces initiatives se heurtent à un obstacle majeur : la crainte des bénéficiaires que la création d'une AGR (coopérative, auto-entrepreneuriat ou société) n'entraîne une hausse de leur indice social, pouvant conduire à la suspension des aides sociales directes et à l'obligation de cotisations sociales.

[73] Les ONGs faisant référence sont: Association Ennakhil, Réseau femmes artisanes, IMADEL, Afromed, Cooperative Tifakhine Douar Tamguiste, Association Tamghart Noudrar Imlil.

Cette comportement nous renvoie à la première forme de la dépendance à l'assistance celle de la dépendance rationnelle. Qui aussi affecte profondément les coopératives. La diminution du nombre de membres fragilise leur fonctionnement et freine leur développement. De plus, la cohésion interne de ces structures, souvent fondées sur l'implication active de leurs membres, se trouve menacée. Ce retrait progressif affaiblit non seulement la situation économique individuelle des membres, mais nuit également au tissu économique local, les coopératives étant souvent l'une des rares formes d'organisation économique structurée dans ces régions.

II.2-Le secteur informel

Par ailleurs, la traçabilité induite par le Registre Social Unifié (RSU) incite un nombre de personnes à se replier vers le secteur informel. Bien que ce dernier offre une certaine flexibilité et échappe aux contraintes administratives, il expose les travailleurs à une insécurité accrue, sans protection sociale ni droits fondamentaux. Dans ce contexte, ces individus se retrouvent privés des garanties pourtant reconnues par la Constitution marocaine de 2011 et les conventions internationales, telles que le droit à la sécurité sociale et à des conditions de travail dignes.

Cette fuite vers l'informalité, bien qu'elle puisse sembler une solution immédiate pour préserver l'accès aux aides sociales, renforce en réalité les vulnérabilités économiques et sociales des populations concernées. Elle perpétue un cercle vicieux d'informalité et de précarité, aggravant les inégalités au sein de la société marocaine. Ainsi, bien que le RSU vise à rationaliser la distribution des aides sociales et à renforcer la protection des plus vulnérables, son application, dans certains cas, peu potentiellement aggraver les difficultés des coopérants et auto-entrepreneurs qu'il est censé soutenir.

II.3- Inégalités dans la distribution et perception de l'équité

L'impact de la protection sociale sur l'égalité des genres constitue un axe d'analyse central. Les dispositifs historiques ont souvent contribué à perpétuer, voire accentuer, les inégalités entre les sexes. Des études critiques soulignent que la conception de ces programmes néglige fréquemment

l'analyse des disparités et discriminations de genre[74]. Par exemple, la répartition inégale des ressources au sein des ménages est rarement prise en compte, occultant ainsi la vulnérabilité spécifique des femmes et des enfants.

En Amérique latine, des dispositifs tels que le Bolsa Familia[75] illustrent ces enjeux. En ciblant principalement les femmes en tant que mères et responsables du foyer, ces programmes tendent à renforcer les rôles sociaux traditionnels. Bien qu'ils valorisent la maternité, ils peuvent confiner les femmes dans un rôle d'agentes de l'État au sein du foyer, limitant ainsi leur véritable autonomisation.

Les résultats de groupes de discussion au Maroc révèlent des disparités marquées dans l'accès aux aides sociales sur la base du RSU. Certains bénéficiaires, notamment des hommes issus de milieux défavorisés, rapportent un accès facilité, tandis que de nombreuses femmes font face à des obstacles structurels importants. Un facteur clé de cette inégalité réside dans la désignation de l'homme comme chef de ménage, ce qui renforce la dépendance économique des femmes et les exclut des processus décisionnels concernant la gestion des aides. Cette situation est aggravée par un manque d'information et de sensibilisation adaptées à certaines populations et aux agents publics (Mqadam, khlifa, Bacha,…) en matière d'égalité et le genre sociale, en particulier dans les zones rurales et parmi les populations Amazighophones.

Plutôt que de favoriser l'inclusion, le RSU peut ainsi, dans certaines circonstances, accentuer les inégalités de genre, générant un sentiment d'injustice et de marginalisation. Le classement Global Gender Gap du Forum Économique Mondial illustre ces disparités. Le Maroc se positionne 136e sur 144 pays, révélant des inégalités persistantes[76], notamment dans la

[74] Centre Robert Schuman pour les études avancées, Institut universitaire européen, San Domenico di Fiesole, 2010, Rapport européen sur le développement, La protection sociale pour un développement inclusif, op. cit., p.70.
[75] Coelho de Souza Lago, M., De Carvalho Martinelli Freitas, R., Farias da Silva, E. et Lopes Wohnlich, D. (2014). La Bolsa Família sur le terrain : réflexions sur deux déclinaisons locales du programme et sur leurs conséquences pour les femmes. Revue française des affaires sociales, (3), op. cit., p.32.
[76] Pionetti, C., Achary, L., & Righes, H. (2021). Femmes et travail de soin au Maroc : Une analyse rapide. Oxfam, p. 6.

participation économique. Seulement 22,4% des femmes participent au marché du travail, avec une proportion encore plus faible en milieu urbain (16,6%). Une grande partie de ces emplois se concentre dans le secteur informel, synonyme de précarité et d'absence de protection sociale.

Les discussions avec différents groupes cibles montrent que l'accès au RSU est influencé par des dynamiques de pouvoir complexes, où les rôles de genre jouent un rôle déterminant. Les femmes rencontrent souvent des difficultés d'inscription, en raison de leurs responsabilités familiales et d'obstacles linguistiques ou administratifs. Ces contraintes renforcent leur dépendance économique vis-à-vis des conjoints ou autres membres masculins du ménage, les rendant parfois invisibles aux yeux du système social.

Certaines ONG[77] de défense des droits des femmes ont par ailleurs souligné des conséquences inattendues du RSU. Plutôt que de favoriser l'autonomisation, il a parfois aggravé la vulnérabilité des femmes, en renforçant les dynamiques de violence économique, psychologique et physique[78]. Dans certains ménages où le chef de famille[79] ne bénéficie pas d'un revenu stable, l'homme, principal bénéficiaire des aides, exerce un contrôle accru sur les ressources familiales. Ce déséquilibre de pouvoir contraint souvent les femmes à cesser leurs activités économiques, comme le travail dans des coopératives, le commerce ambulant ou l'emploi domestique.

Un rapport du Haut-Commissariat au Plan (HCP) de 2022[80] indique que 17% des ménages marocains sont dirigés par des femmes. Pourtant, malgré la précarité de certains de leurs emplois, ces activités permettaient à de nombreuses femmes de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles. Or, certains hommes, sans emploi stable, considèrent que les aides sociales directes suffisent à couvrir les besoins du foyer, imposant à leurs épouses de

[77] Donnée analyser dans les rapports d'activités et des centres d'écoute partenaire de l'association Ennakhil, Tamgharte Noudrare, Afromed, institut marocain pour le développement local.
[78] Formes de violence à l'égard des femmes, ONU Femmes, date de visite le 16/11/2024, **bit.ly/4fBI5uh**.
[79] Le décret d'application relatif à la loi n° 58.23 relative au régime d'aide social direct (décret n°2.23.1067 du 17 Joumada I 1445) dans son article 1 défini le chef de famille par : l'époux, Le tuteur, le garant et le représentant légal.
[80] Haut-Commissariat au Plan. (2023). La femme marocaine en chiffres, p.21.

renoncer à toute activité externe. Cette dynamique est aggravée dans les foyers où le chef de ménage souffre de dépendances, comme l'alcoolisme ou la toxicomanie, accentuant ainsi l'emprise économique sur les femmes.

Face à cette réalité, de nombreuses femmes se retrouvent piégées dans un dilemme : rester au foyer et perdre leur indépendance financière, ou tenter de reprendre une activité au risque de représailles. Cette situation met en évidence une faille structurelle dans l'application du RSU. Bien qu'il vise à soutenir les ménages vulnérables, il ne prend pas suffisamment en compte les dynamiques familiales et les risques de violence de genre.

Les ONG plaident donc pour une révision des mécanismes de distribution des aides sociales. Elles recommandent notamment d'octroyer des aides financières directement aux femmes, indépendamment de leur statut au sein du ménage. Elles préconisent également la mise en place de mesures de sensibilisation et de protection contre les violences économiques et domestiques, afin que le RSU contribue réellement à l'autonomisation des femmes et à la réduction des inégalités de genre.

Conclusion

L'examen du Registre Social Unifié (RSU) au Maroc met en avant les enjeux complexes liés à la réforme du système de protection sociale. Ce dispositif a été conçu pour rendre la distribution des aides sociales plus efficace et équitable, représentant ainsi un pas important vers une gouvernance plus transparente et ciblée. En regroupant les informations sur les ménages, le RSU cherche à améliorer l'inclusion des populations vulnérables, facilitant leur accès aux services de santé et aux aides financières nécessaires.

Cependant, cette analyse met en lumière des défis importants. Les risques d'exclusion, liés au mécanisme de ciblage, soulignent l'importance d'une mise en œuvre rigoureuse. Par ailleurs, le système pourrait, sans le vouloir, renforcer une dépendance à l'assistance sociale, décourageant l'engagement dans des activités économiques formelles. Ces dynamiques contradictoires nécessitent une réévaluation des stratégies d'inclusion pour minimiser les effets indésirables, comme la stigmatisation et la création de trappes à pauvreté.

De plus, l'impact du RSU sur les coopératives et les auto-entrepreneurs illustre la complexité de lier assistance sociale et développement économique. Il est crucial de trouver un équilibre entre le soutien social et les initiatives individuelles pour éviter que les membres de structures économiques locales, essentielles au développement communautaire, ne se retrouvent désinscrits.

Pour que le RSU atteigne ses objectifs ambitieux, il doit être accompagné de politiques complémentaires qui favorisent l'autonomie économique et l'intégration sociale. Une approche globale, impliquant tous les acteurs concernés, est essentielle pour renforcer la résilience du système de protection sociale au Maroc et maximiser ses retombées positives pour la société. En résumé, le succès du RSU reposera sur sa capacité à évoluer et à s'adapter aux défis socio-économiques émergents, tout en soutenant une vision inclusive et équitable du développement social.

Références

Ouvrages

- Rosanvallon, P. (1995). La nouvelle question sociale, Repenser l'État-providence. Éditions du Seuil.

Articles

- Atick, J., & Palacios, R. (2014). Évaluation des systèmes de protection sociale – Module identification. Rapport Pays Maroc. Initiative Inter-Agences d'évaluation des systèmes de protection sociale (SPA).
- Coelho de Souza Lago, M., De Carvalho Martinelli Freitas, R., Farias da Silva, E., & Lopes Wohnlich, D. (2014). La Bolsa Família sur le terrain: réflexions sur deux déclinaisons locales du programme et sur leurs conséquences pour les femmes. Revue française des affaires sociales, (3), 30-47.
- Guillemot, D., Pétour, P., & Zajdela, H. (2002). Trappe à chômage ou trappe à pauvreté? Quel est le sort des allocataires du RMI ? Revue économique, 53(6), 1235-1252.
- Mourão, L., & Macedo de Jesus, A. (2012). Le programme Bolsa Família (Bourse familiale) : analyse du programme brésilien de transfert conditionnel de revenus. Special Issue, 4, [Numéro de pagination si disponible].
- Purière, A. (2012). Les effets des revenus d'assistance : Mythe ou réalité ? Vie Sociale, 1, [Numéro de pagination si disponible].
- Souza, P. H. G. F., Osorio, R., Paiva, L. H., & Soares, S. (2019). Os Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a Pobreza e a Desigualdade: Um Balanço dos Primeiros Quinze Anos (Texto para Discussão, n° 2499). Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

Rapports

- Centre Robert Schuman pour les études avancées, Institut universitaire européen. (2010). La protection sociale pour un développement inclusif (Rapport européen sur le développement). [Si possible, ajouter le numéro du rapport ou d'autres informations d'identification].

• Chen, D., Leroy de la Brière, B., & Poupart, N, « Royaume du Maroc. Ciblage et protection sociale». Note d'orientation stratégique (Rapport AAA65, Social protection), Banque Mondiale, (2011).

• Conseil Économique, Social et Environnemental, « La protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales » (Avis n° 34/2018), (2018).

• Conseil Economique, Social et Environnemental, « Projet de loi 72-18 relatif au système de ciblage des bénéficiaires des programmes d'appui social et à la création de l'Agence nationale des registres », (Avis n° 44/2020), (2020).

• Haut-Commissariat au Plan, « La femme marocaine en chiffres (Rapport thématique) », (2023).

• Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement Chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance (MAGG), « Mapping de la protection sociale au Maroc », (2015).

• Pionetti, C., Achary, L., & Righes, H., « Femmes et travail de soin au Maroc : Une analyse rapide »,Oxfam, (2021).

Site Electronique

• ONU Femmes. (s. d.). Formes de violence à l'égard des femmes, sur bit.ly/4fBI5uh, Consulté le 16 novembre 2024.

Social Protection for the Elderly in Morocco : From Vulnerability to Active Aging

الحماية الاجتماعية لكبار السن في المغرب: من الهشاشة إلى الشيخوخة النشيطة

Chaîmae El Ghazi[81]

Abstract: This paper examines the position of the elderly in Morocco within the context of the nationwide implementation of social protection programs. Given the continuous growth of this demographic group within the population pyramid and the vulnerability associated with it, it has become imperative to prioritize this segment in the reform programs of social protection systems. The responsibility of economically and socially integrating Moroccan seniors falls on the current government as well as future administrations. In this regard, reviewing the National Action Plan for Promoting Active Aging serves as a key entry point to highlight the most important procedural measures aimed at improving the quality of life for the elderly. Particular focus is placed on two urgent aspects : providing financial assistance and retirement benefits to the elderly, and ensuring adequate health coverage to address the costs of medical care and treatment. Despite the promising measures outlined in this action plan, the challenges faced by the elderly remain numerous and are likely to intensify in the coming years. This situation underscores the need for greater support at both governmental and societal levels to better meet the needs of this vulnerable and growing segment of the population.

Keywords: social protection; elderly; national action plan for promoting active aging ; health coverage.

[81] Phd Researcher in Constitutional law and Political science from Mohamed V University, Rabat

ملخص: تعمل هذه الورقة على مناقشة موقع كبار السن في المغرب من ورش تعميم الحماية الاجتماعية. نظرا للتزايد المستمر لهذه الفئة داخل الهرم الديمغرافي، وسمة الهشاشة التي تقترن بها، كان لزاما إعطاؤها أهمية قصوى في برامج إصلاح أنظمة الحماية الاجتماعية. يقع على عاتق الحكومة الحالية والحكومات القادمة مهمة إدماج كبار السن المغاربة اقتصاديا واجتماعيا. ولهذا، فإن الاطلاع على خطة العمل الوطنية من أجل النهوض بالشيخوخة النشيطة، تعد إحدى المدخلات التي من خلالها تم تسليط الضوء على أهم التدابير الإجرائية التي من شأنها تحسين جودة عيش الأشخاص المسنين، خصوصا في أكثر جانبين ملحين هما: تزويد الاشخاص المسنين بمنح المساعدة والتقاعد ثم توفير التغطية الصحية اللازمة لتحمل تكاليف العلاج والتداوي. وعلى الرغم من الإجرءات التي تبدو واعدة ضمن خطة العمل هذه، إلا أن التحديات التي تواجه كبار السن متعددة وتنذر بالتزايد في السنوات القادمة، مما يتطلب مزيدا من الدعم على المستويين الحكومي والمجتمعي لتلبية احتياجات هذه الفئة على نحو أفضل.

كلمات مفتاحية: الحماية الاجتماعية- كبار السن- خطة العمل الوطنية للنهوض بالشيخوخة النشيطة- التغطية الصحية.

Introduction

Addressing the situation of the elderly worldwide is a complex issue, as this demographic is steadily increasing globally due to rising life expectancy and declining fertility rates[82]. Moreover, defining a unified concept for the elderly and establishing a clear criterion for identifying an elderly person is challenging. Although the World Health Organization refers to old age as starting at 60[83], age alone is not sufficient to define old age, due to differences between countries, genders, and the quality of life.

Globally, this is the case, but in Morocco specifically, legal and institutional awareness of the elderly's situation emerged relatively late. The moral and emotional values embedded in Islamic principles have long protected the elderly through natural respect, grounded in ethical authority and the sacred social heritage linking parents and grandparents within family structures.

However, this situation could not endure indefinitely, as postmodern societal developments caused economic factors to intersect with social transformations, leading to a contraction in the extended family model. This gave rise to nuclear families, focused solely on meeting the basic needs of a limited number of individuals.

The issue becomes particularly dire when elderly individuals lose their independence and rely on others for even the simplest tasks. At this point, they face partial or complete loss of physical, mental, or material capacities, or, in some cases, all of these. The consequences of this fragile condition extend beyond the individual elderly person and present challenges for states and governments. These challenges relate to economic growth, savings, investment and consumption rates, labor markets, tax systems, pensions, and healthcare systems.

---

[82] - According to the latest data provided by the Population and Housing Census in Morocco in 2024, the total fertility rate (number of children per woman) decreased from 2.5 in 2004 to 2.2 in 2014, and then to 1.97 in 2024. This rate has fallen below the generational replacement threshold of 2.1 children per woman.

[83] - Check out this link :
https://shorturl.at/xJ5pW

The United Nations General Assembly addressed these concerns by adopting the "UN Principles for Older Persons" in 1991, which emphasize independence, participation, care, self-fulfillment, and dignity. However, it is important to note that no explicit international instrument has been adopted to enshrine the rights of the elderly. It is implicitly assumed that older persons are entitled to the same rights as any other group, as outlined in the Universal Declaration of Human Rights and other international human rights conventions.

References to elderly rights can be found within various civil, political, economic, social, and cultural rights frameworks. Yet, the UN Principles for Older Persons clearly state that elderly individuals should have access to sufficient food, water, shelter, clothing, and healthcare[84]. While the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities underscores the need for social care programs and poverty reduction measures for the elderly.

This gap in the international framework has sparked debates. One camp advocates for the creation of a specific international reference for elderly rights, while another believes it is sufficient to rely on the existing human rights framework, which is inclusive of the elderly.

This brief overview of the international context for elderly protection helps us understand the delay in the development of a clear public policy for the elderly in Morocco. As Africa remains a young continent, it has struggled to grasp the full implications of the demographic changes brought about by modernization, technology, and their socio-demographic effects.

In recent decades, Morocco has begun addressing this issue by integrating the elderly into various programs aimed at improving their living conditions and strengthening familial solidarity. However, these policies have remained fragmented, sectoral, and lacking in an integrated approach, failing to provide comprehensive healthcare solutions tailored to the specific needs of the elderly.

These policies have not sufficiently addressed the challenges faced by the elderly in Morocco, and the question remains: what standard approaches

[84] - Please refer to the United Nations Principles for Older Persons at the following link : https://shorturl.at/idcgS

could be adopted to enhance the cultural capital of the elderly while ensuring comprehensive social protection for them?

This question has emerged in multiple contexts, including the 2011 constitutional amendment, where the elderly were directly addressed as beneficiaries of economic, social, and cultural rights, alongside other social groups. The most pressing issue arose in the context of the reform of the social protection system, as the elderly are often considered among those with special needs, most deserving of protection against poverty, illness, and deprivation.

Without delving into the historical, political, and economic backgrounds that led to the adoption of social protection reforms, it is essential to note that one of the main prerequisites for such reforms is a comprehensive approach that covers all age groups under the principle of universality. Following the King's call for social protection system reform, preparations began to extend coverage to all Moroccans by 2025[85].

To implement this reform, the government has initiated public policies aligned with the goal of providing social protection for all Moroccans under the framework of Law No. 09.21. Among the relevant ministries in this context is the Ministry of Solidarity, Social Integration, and Family, which launched the National Action Plan for Promoting Active Aging.

This plan is expected to provide a comprehensive vision of the situation of the elderly in Morocco and the challenges they face, proposing solutions that intersect with other reforms in line with the broader social protection and development projects. From this context, the following questions arise: what is the role of this plan within the overall framework of the social protection system, both substantively and procedurally? And to what extent can it fulfill the "active aging" slogan, given the challenges of financing social protection in Morocco?

Addressing these questions requires a detailed and critical examination of the plan in light of the broader social protection project, recognizing the

[85] Othman Makhon, «Morocco's social protection programs: can the country overcome the odds? », **Arab reform initiative**, 5/9/2023, seen : 25/10/2024, available at: https://shorturl.at/zcy9r

plan as a branch of the larger system. Before delving into this analysis, however, it is necessary to provide both a quantitative and qualitative diagnosis of the situation of the elderly in Morocco, followed by conclusions that identify the challenges and propose a forward-looking framework.

I. Diagnosis of the Situation of the Elderly in Morocco: Vulnerability and Weak Social Integration

As mentioned earlier, the elderly are no longer merely a demographic figure, but rather a clear indicator of the transformation affecting Morocco's demographic structure. While youth still dominate the upper end of the demographic pyramid, the base of elderly individuals has significantly expanded in recent decades, raising questions about how this group will be economically and socially integrated in the coming years.

In numerical terms, according to the High Commission for Planning (HCP), the number of people aged 60 and over in 2021 reached approximately 4.3 million, accounting for 11.7% of the population. The population aged 60 years and above reached approximately 5 million in 2024. Among them, individuals under the age of 70 constitute more than half (58.8%) of the total elderly population, while those aged between 70 and 79 represent 28.3%[86].

Based on HCP's demographic projections, the elderly population is expected to exceed 6 million by 2030, a 42% increase compared to 2021, representing 15.4% of the total population[87]. Furthermore, elderly women represent half of this group (51%), with their proportion expected to reach 52% by 2030 due to the accelerating increase in life expectancy among women[88], exacerbating the economic disparities between elderly men and women.

These figures only take on meaning when considering several pre-existing determinants that make old age particularly challenging in Morocco,

---

[86]- A memorandum on the main results of the 2024 General Population and Housing Census, covering the demographic, social, and economic characteristics of the population, available on the official website of the High Commission for Planning.
See : https://bit.ly/4iV9R6S

[87]- مذكرة إخبارية بمناسبة اليوم العالمي للمسنين برسم سنة 2021، بعنوان "أي مستقبل للأشخاص المسنين في بلادنا؟"، المندوبية السامية للتخطيط، على الرابط الآتي: https://shorturl.at/C9MMq

[88] - Ibid.

contributing to vulnerability and a lack of integration into a rapidly changing society with growing risks and rising living costs.

1. Determinants of Vulnerability

Vulnerability has become a reality for many elderly individuals in Morocco, as their standard of living is at risk due to the convergence of several factors, which can be seen as determinants of this fragility.

One of the primary determinants is the low educational level of the elderly in Morocco. According to the 2018 national population and family health survey, the educational level of elderly individuals nationwide is alarmingly low. About 72% of elderly individuals have no formal education, 20.9% completed only basic education, and only 7.5% reached secondary school or higher[89].

This high percentage of illiteracy among the elderly implies that most of them depend on limited and unstable sources of income. The situation is even worse in rural areas, where over 82% of the elderly lack any education, compared to 62% in urban areas. In 2012, illiteracy rates among elderly women were higher than those of men, at 87% versus 57%, respectively[90].

In rural areas, illiterate elderly individuals face a double handicap: first, physical incapacity prevents them from working the land as they did in their youth; second, their lack of knowledge about available support mechanisms hinders their access to aid programs.

Another critical determinant of vulnerability is the low living standards of the elderly, especially since many are the primary breadwinners of their families. When they become incapacitated, whether temporarily or permanently, the survival of their families is threatened. According to a report from the High Commission for Planning on the occasion of the International Day for the Elderly (October 1, 2017), 9 out of 10 elderly men head households, with men (91.6%) more often taking on the role of household

[89]- check out this link : https://bit.ly/4eOYom0

[90]- الأشخاص المسنون في المغرب، تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2015/20 على الرابط الآتي:

https://bit.ly/4g7nP3d

head than women (28.8%), particularly in households with five or more members[91].

The socio-economic status of elderly individuals in Morocco suggests that after retirement, those not benefiting from pension systems will either have to continue working or remain trapped in poverty and hunger. As mentioned, most elderly individuals in Morocco work in the informal sector, without social protection or decent working conditions, earning meager wages. The 2015 report on the situation of the elderly in Morocco indicates that 78.8% of working elderly individuals are self-employed, with 88% working in agriculture and 68% in the urban services sector[92].

While these statistics may highlight the elderly's continued participation in the workforce, suggesting a certain vitality, they do not entirely reflect the concept of "active aging." Other data from the High Commission for Planning indicate a sharp decline in activity rates with age: 52.3% of men aged 60-64 are active, but this drops to just 15.7% for those aged 75 and above[93].

Additionally, not all elderly individuals have a stable income. About half of those over 60 (52.4%) have no source of income, compared to 47.6% who do[94]. Therefore, the notion of "active aging" may not persist in the long run, as aging inevitably brings physical decline, and while mental and cognitive abilities may remain intact, physical abilities diminish significantly.

Consequently, many elderly individuals who were once active in the workforce face difficulties in accessing pension systems. This issue is becoming more pronounced due to ongoing pension reforms under the contributory system. According to the national survey on population and

---

[91]- مذكرة إخبارية للمندوبية السامية للتخطيط، بمناسبة اليوم العالمي للأشخاص المسنين فاتح أكتوبر 2017، على الرابط الآتي:
https://shorturl.at/ez6M4

[92]- الأشخاص المسنون في المغرب، مرجع سابق، ص: 34.

[93]- مذكرة إخبارية للمندوبية السامية للتخطيط، بمناسبة اليوم العالمي للأشخاص المسنين فاتح أكتوبر 2017، مرجع سابق.

[94]- المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة سنة 2018، متاح على الرابط الآتي: https://bit.ly/414ptOZ

family health, around 49% of elderly individuals benefit from pension systems, with women (54%) benefitting more than men (48%)[95].

While expanding access to pensions is a cornerstone of the social protection reform, financing remains a major challenge, as the blend of contributory and solidarity-based systems raises numerous implementation issues. Without clear and robust criteria for defining poverty, the tax-financed social policies risk missing their target, potentially exacerbating inequality[96].

Elderly individuals, who are among the most vulnerable, may find themselves marginalized by the social protection system. The fragmented nature of pension systems may further entrench inequalities, with different groups of elderly individuals having varying levels of access to social benefits depending on the type of pension system they belong to[97].

One of the most significant determinants of vulnerability, which intersects with the previous challenges related to pension systems and healthcare, is the prevalence of chronic illnesses and disabilities among the elderly. According to the High Commission for Planning's quantitative studies, aging and chronic diseases will affect millions of elderly individuals in Morocco by 2030. It is projected that by that year, 3.9 million elderly individuals will suffer from chronic illnesses, and 2.8 million will experience functional disabilities[98].

The individuals aged 60 years and older who suffer from at least one chronic disease and functional impairment during the years 2021 to 2030.

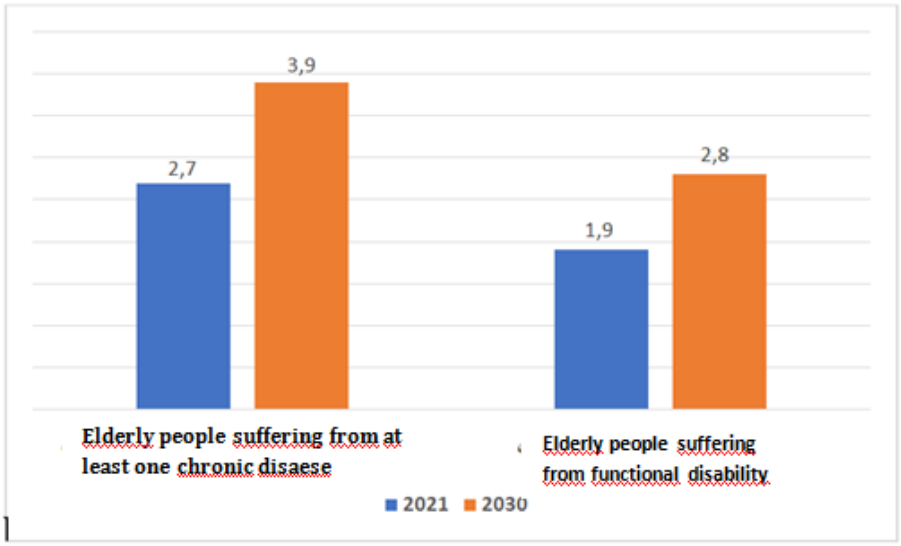
---

[95] - المرجع نفسه، ص : 26.

[96] - عبد الرفيع زعنون، "تعميم الحماية الاجتماعية: تأسيس لدولة الرعاية أم تكريس لسياسة التخلي؟"، المعهد المغربي لتحليل السياسات، بتاريخ 2022/11/24، شوهد في 2024/10/26، على الرابط الآتي: https://bit.ly/4i8TByI

[97] Makhon, op.cit.

[98] - مذكرة إخبارية بمناسبة اليوم العالمي للأشخاص المسنين سنة 2021، المندوبية السامية للتخطيط، على الرابط الآتي:https://shorturl.at/oraQy



Source : High Commission for Planning

The High Commission for Planning emphasizes, in the same press release, the need to pay significant attention to the elderly population, particularly those aged 70 years and older, as they are also steadily increasing (projected to reach 2.6 million by 2030). This demographic shift necessitates strengthening healthcare provision and ensuring the delivery of care tailored to the specific needs of this vulnerable group, which is prone to numerous severe diseases.

As for the most common chronic diseases among the elderly, diabetes and hypertension top the list. One in five elderly individuals (20%) suffers from diabetes, while approximately one-third (34%) experience hypertension. It is worth noting that women are more affected by these conditions compared to men.

The distribution of two types of chronic diseases (diabetes/hypertension) between women and men in percentages.

Type of chronic disease	Women	Men
Diabetes	22.9 %	17.3 %
Hypertension	41.9 %	26.2 %

Source : compiled by the researcher

Aging process extends beyond diabetes and hypertension to include osteoporosis, cataracts, and even cancers. With this, the costs associated with purchasing medications, medical care, and health monitoring rise, and in most cases, the signs of frailty among the elderly deepen.

2. Social Integration Challenges

The stage of old age may be accompanied by the elderly withdrawing from social life and daily mobility. With the rise of individualistic values and the shrinkage of large families into smaller ones, elderly individuals may become unable to integrate, a situation that is further exacerbated by the influence of modern technology and the generational gap.

In such cases, the elderly person suffers from social exclusion, meaning they are marginalized, disconnected from social activities, and excluded from participating as wise individuals in the process of generating ideas and solutions. This situation, where the elderly are unable to keep pace with the society they live in or the family with whom they reside, renders them among those affected by social exclusion.

In truth, the concept of social exclusion is not straightforward. According to researcher **Amartya Sen**, it is linked to several indicators that conceptualize it, such as poverty and deprivation, which affect various social groups that cannot easily access resources and services. However, social exclusion goes beyond this; to talk about it, there must be a deliberate and ongoing process of excluding individuals or groups, either partially or completely, from full participation in the society they live in[99].

Regarding the elderly, the concept of social exclusion prevails in environments where the elderly experience a life dominated by illness and health-related issues, coupled with feelings of social isolation, neglect, and rejection by others. Additionally, the loss of friendships and social groups contributes to this phenomenon.

With growing awareness of the importance of social care alongside healthcare, addressing the issue of social empowerment has become a

[99] Amartya Sen, **Social exclusion : concept, application, and scrutiny**, office of environment and social development , (Asian development bank, June 2000). P : 3.

fundamental approach to reducing social exclusion among the elderly. This is despite the relatively recent focus on the relationship between social exclusion and the elderly in the Arab world[100].

The challenges accompanying the aging process have been the focus of numerous theories attempting to envision a viable framework for living a healthy and active old age.

Among the theories frequently mentioned in this context is the **Continuity Theory[101]**, which is based on the notion that older adults can maintain their usual way of life effectively. In essence, they do not drastically alter their lifestyle but rather continue engaging in their daily activities and previous life patterns. The primary adjustment lies in the pace of their activities, which tends to slow down rather than remain fast-paced.

It is noticeable that social integration challenges among the elderly are more pronounced in urban areas than in rural ones. While elderly individuals in rural areas face difficulties in accessing basic social services due to the lack of proximity and the heavy burden on families in general, urban lifestyle changes, including housing, further deepen the social exclusion of the elderly. The growing trend toward living in apartments reduces opportunities for interaction across generations due to confined living spaces. Even in larger environments, individuals' tendency to isolate themselves through phones and technological applications limits the chances for family interaction.

The issue is not limited to families shrinking in size and other changes, such as the delay in children's marriage age, where children sometimes need care themselves in addition to caring for their parents. It extends to ways of creating a quality life for the elderly that is marked by mobility and activity. This can be achieved by creating senior clubs, similar to youth clubs, providing media programming that addresses the challenges of the elderly, and offering infrastructure that meets the special needs of the elderly, such as green spaces, benches for rest, appropriate public restrooms, and accessible

---

[100] Sanna Mohammed Zahran Omar, « social empowerment as an approach to reduce social exclusion of elderly », **Niles journal for geriatric and gerontology**, Vol.2, Issue 1, June 2019.

[101]- Karen Frank Barney & Margaret perkinson, **occupational therapy with aging adults: promoting quality of life through collaborative practice,** (Elsevier, December 2015).

cultural activities, including museums and cinemas, with special programs targeting this demographic.

Moreover, why not activate the participation of the elderly by providing voluntary work opportunities and involving them in civil society organizations, so that they can actively engage and feel a sense of effectiveness within their communities[102].

The **Activity Theory** emphasizes the critical importance of integrating older adults into society by enabling them to engage in activities that align with their physical capabilities and endurance[103]. This approach extends beyond focusing solely on paid employment to include any form of work through which older individuals can feel a sense of value and contribution within the productive sphere of society, even in voluntary roles.

In contrast to the Activity Theory, the **Disengagement Theory** presents aging as a natural process of withdrawal, where older individuals tend to retreat from social life, focusing instead on the needs and realities of their age[104]. This phase is characterized by a balance between calmness and wisdom, alongside a gradual release from the obligations and pressures of life.

II. An Analysis of the Dimensions and Contents of the National Action Plan for Promoting Active Aging

In this regard, it is essential to present an analytical and in-depth reading of the plan developed by the Ministry of Solidarity, Social Integration, and Family to improve the quality of aging in Morocco[105], elevating it to the level of active and productive aging. However, it should be noted that this reading

---

[102]- In this regard, see : Patrick J. O'connor, Et al. « Physical activity and depression in the Elderly», **Journal of aging and physical activity**, (vol.1, issue.1, 1993).

[103]- Vicki Winstead, Et al. «The impact of activty interventions on the well-being of older adults in continuing care communities», **Journal of applied Gerontology**, (Vol. 33, Issue. 7, 2014).

[104]- Sumi Rani Saha & Ashikuzzaman, « Satisfaction in old age : activity or disengagement», **Journal of sociological research,** (Vol. 12, Issue. 1, 2021).

[105]- راجع خطة العمل الوطنية للنهوض بالشيخوخة النشيطة 2023-2030، على الموقع الرسمي لوزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، على الرابط الآتي: https://bit.ly/4i7HlyE

will be conducted in light of the overall social protection system, and as such, it may address more urgent aspects than other elements.

Nevertheless, it is worth outlining the main areas of focus within the plan. The policy aimed at benefiting the elderly is based on: firstly, enhancing their participation and valuing their experiences through various measures, ranging from encouraging engagement in economic, social, political, and cultural initiatives and activities, to supporting lifelong learning. This also includes recognizing the human experiences of this group through the promotion of a culture of acknowledgment of their intellectual, artistic, and creative contributions. Secondly, the plan emphasizes strengthening solidarity between generations by raising awareness about the importance of supporting the elderly through media and educational efforts.

The second dimension of the plan, concerning the enhancement of social protection and the promotion of healthy aging, will be addressed last, given its significant connection to social protection.

In the third area, the plan targets the development of an enabling environment for the elderly, meaning the enhancement of their mobility and access to facilities and services needed in their daily lives. This includes transportation, housing, and access to public facilities, with a particular emphasis on prioritizing elderly individuals and combating violence they may encounter, whether internally within the family or externally.

Furthermore, the plan seeks to reinforce the role of the family in caring for and supporting the elderly, which can only be achieved through strengthening the family's role in elderly care, encouraging home-based caregiving, and increasing family awareness on elderly issues through audiovisual media. Most importantly, the plan aims to reduce the stereotypical representations of elderly people as fragile, complaining, and outdated individuals.

The fourth objective addresses the legal framework, which is seen as a key lever for improving the situation of the elderly. In this regard, it is clear that a regulatory legal framework that aligns with international standards for the protection of the elderly is essential. This necessitates significant actions that go beyond mere legislation to include practical implementation and

activation. Among these procedural measures is the development of a legal framework for the protection of the elderly, indicating the continued need for clear and precise legal texts that emerge from the parliament, capable of addressing the growing elderly population in Morocco.

Additionally, the completion of the regulatory texts related to Law No. 66.15 on social welfare institutions, as well as the regulatory text concerning the application of Article 118[106] of Law 65.00 on compulsory health insurance, is necessary. It is crucial that this legal framework is effectively monitored and enforced, ensuring the establishment of institutional and communicative mechanisms to oversee the implementation of protective laws for the elderly.

In addition to the above, the plan includes cross-cutting areas with 12 measures aimed at developing knowledge, monitoring, and evaluating policies by promoting all forms of research and studies focused on aging, whether in the social sciences, medicine, or epidemiology. Moreover, it aims to provide comprehensive training for stakeholders and digitize interventions and services. This includes training for professionals and workers interacting with the elderly, whether those working in social welfare institutions, geriatric medicine within hospitals, personal home assistants, or mental health staff. The training should be extended to include civil society organizations active in the field of elderly protection and care, so as to expand their capacities and knowledge for better understanding and care of the elderly.

Returning to the second aspect of the National Action Plan for Active Aging, which focuses on enhancing social protection, particularly the protection against the risks associated with aging, its connection to two main components—healthcare systems and retirement schemes—raises important questions about the political actions of the current and successive governments. The measures to be taken, which are numerous (18 in total), go

---

[106]- Article 118 of Law No. 65.00 concerning compulsory basic health insurance stipulates in its first paragraph:
Persons eligible by operation of law for full medical assistance include:

- Residents of charitable institutions, orphanages, shelters, rehabilitation centers, or any public or private non-profit institution that provides accommodation for abandoned children or adults without family support.

beyond mere recommendations, involving crucial steps in financing and targeting all vulnerable groups.

If we address some of these measures, they are divided according to specific objectives :

a) Generalizing Pension Systems and Health Coverage: This is achieved by expanding the enrollment base in pension systems for active elderly individuals, which aligns with Article 4 of Framework Law No. 09.21 in the section dedicated to extending pension systems to individuals who are employed but do not benefit from any pension. Additionally, universalizing compulsory basic health insurance to cover all elderly individuals, including those residing in social welfare institutions and those with chronic diseases.

b) Strengthening Disease Prevention and Early Diagnosis : The plan for this objective includes a set of mechanisms, such as developing vaccination programs for the elderly to prevent infectious diseases, organizing awareness days, and conducting medical and preventive campaigns aimed at elderly individuals to promote healthy aging. It also includes prevention of domestic accidents (such as fires and slips).

c) Providing and Developing Therapeutic Services and Health Care Mechanisms: This involves improving the quality of medical services provided to elderly individuals, particularly enhancing care for elderly patients suffering from chronic and intractable diseases such as Alzheimer's. It also includes providing mobile medical services for elderly individuals in vulnerable situations, especially those isolated in remote rural areas, through organizing periodic medical convoys, thereby safeguarding their right to health while allowing them to remain in their homes.

d) Enhancing Social Welfare Institutions for the Elderly: This focuses on encouraging the private sector to invest in elderly care and support, with an emphasis on increasing volunteer work within social welfare institutions for the elderly, as well as upgrading the physical infrastructure of these institutions.

It seems that the plan's components and objectives are in harmony with the social protection reforms, particularly in terms of the fundamental principles related to the universalization of social protection and the

proximity of economic and social rights for vulnerable groups. However, when it comes to the implementation of policies and programs, the awareness of the elderly and senior citizens is not clearly reflected.

The statistics help us understand the situation of the elderly, which can be described as precarious. The percentage of active individuals not benefiting from a pension is 60%, and the Economic, Social, and Environmental Council's report considers the pension system in Morocco to be fragmented, as the coverage area for pensions consists of a mixture of mandatory basic systems and a range of supplementary systems[107].

Moreover, these multiple systems within the pension structure lead to fragmented benefits. The differences between the systems to which an elderly person belongs may reinforce disparities and inequalities, as the pension received by an employee in the public sector differs from that in the private sector, not to mention the deprivation affecting workers in the liberal professions and the informal sector.

Although the new direction in the social protection system targets all these groups, its implementation faces challenges, especially when it comes to the elderly who have no income. Additionally, the ability of assistance and pensions to fully support them—healthcare, economically, and socially—is still a matter of concern.

Regarding health coverage, according to the Economic, Social, and Environmental Council's report on social protection in Morocco, by the end of 2016, 54.6% of the Moroccan population was covered by a health insurance system, while 45.5% of the population had no health coverage[108].

The number of individuals aged 60 and above benefiting from the mandatory basic health insurance system was approximately 927,449, accounting for 11.7% of the total enrollees. The number of elderly individuals

---

[107]- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الحماية الاجتماعية في المغرب، إحالة ذاتية رقم 2018/34، على الرابط الآتي:

http://bit.ly/4eGWhAJ

[108]- Ibid, P : 77.

benefiting from the Medical Assistance System (RAMED) was around 1,538,251, which accounts for 12% of the total enrollees[109].

It is important to note that the current trend, under the draft law 54.23 amending and supplementing Law No. 65.00 Concerning mandatory basic health insurance, aims to unify basic health insurance systems, with the responsibility for managing the health insurance system for public sector employees being transferred from the National Fund for Social Welfare Organizations to the National Social Security Fund.

It is not yet possible to measure the impact of this on ensuring equal access to healthcare for citizens, except to emphasize that the elderly and their struggles with chronic diseases are increasing, as are the rising costs of medicines and the burden of paying contributions.

It should be noted that the health coverage expansion project operates alongside a subscription (contribution) system, but the nature of this solidarity and how it will be implemented, as well as ensuring it does not disproportionately disadvantage certain groups, is of utmost importance, particularly when it comes to the elderly.

Ensuring the sustainability of social protection financing in Morocco is one of the key issues requiring serious consideration. The annual cost of universalizing social protection benefits amounts to 51 billion dirhams, with 28 billion dirhams coming from the contribution mechanism for those who can afford to contribute, and 23 billion dirhams collected in a solidarity framework to cover those who cannot contribute[110]. These costs are accompanied by concerns about the sustainability of the financial framework for social protection systems, particularly from a tax perspective, as it would require fiscal adjustments to help finance the social protection project. Additionally, the role of the Compensation Fund in preserving part of citizens' purchasing power and the gradual reduction of state subsidies for foodstuffs and energy to finance social protection measures is of concern.

---

[109]- البرنامج الوطني المندمج للنهوض بأوضاع الأشخاص المسنين (2021-2030)، وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، متاح على الرابط الآتي: https://bit.ly/49b4SuA

[110]- Makhon, op.cit.

Indeed, the importance of thinking about a permanent financial system to fund social protection is an issue shared by all Arab countries, especially when social protection financing becomes synonymous with debt and austerity[111].

III. Conclusions and Findings

Any social protection system aimed at ensuring all citizens enjoy economic and social rights, particularly healthcare and pension benefits, requires an awareness of the situation of the elderly as a growing demographic group in Arab societies, including Morocco, with numerous needs and requirements.

At the conclusion of this paper, several key findings and conclusions emerge:

- The diagnosis of the health, economic, and social situation of the elderly indicates the seriousness of the issue. Regarding diseases, there is an exacerbation of chronic illnesses among the elderly, meaning there is a greater need for diverse medical structures and substantial, ongoing human resources, in addition to offering a wide range of treatments and continuous care for this group.

- Elderly women suffer from double vulnerability. They are economically and socially disadvantaged, and they also face chronic health problems that worsen their condition.

- There are programs and policies implemented by the government to improve the situation of the elderly. However, these programs and policies need to be more clearly integrated into the broader social protection agenda, especially when it comes to targeting aging and providing comprehensive care for the elderly.

- The growing vulnerability of the elderly in Morocco requires a clear and well-defined legal framework that would turn governmental programs

[111] Farah al shami, "financing universal social protection systems in the Arab region: what alternatives to debt and austerity? », **Arab reform initiative**, published: 16/10/2024, seen: 02/11/2024, available at : https://bit.ly/3VaNfFk

into an explicit expression of the people's will, especially considering that a significant portion of the population consists of elderly individuals.

- There needs to be more focus on elderly people in rural areas, where there is spatial injustice, and many elderly individuals struggle to access medical services, particularly in critical situations, leading to many of them experiencing a slow death due to untreated illness.

- The economic and health condition of the elderly should be considered, as pensions and compulsory basic health insurance will likely not be sufficient to meet their needs. These will, unfortunately, not cover the cost of living, medical treatments, and medications, particularly for those elderly individuals without an income.

- The situation of aging in Morocco requires the necessary preparation through the strengthening of the healthcare system, with a focus on public health, including equipping hospitals with adequate logistical and human resources to care for the elderly. The same applies to social welfare institutions that shelter the elderly, especially given the changes in family structures.

- The development of an aging population in Morocco will necessitate the availability of qualified medical staff specializing in geriatric care, including doctors, nurses, and social workers in hospitals and care homes, especially since elderly individuals may become physically or mentally incapacitated, experiencing difficulties with mobility, sight, hearing, etc.

- The National Action Plan for Promoting Active Aging is still in its early stages, making it premature to provide a thorough evaluation. However, it must be required to translate its objectives into the social protection framework in a way that ensures commitment and seriousness, regardless of subsequent government changes.

Conclusion

Awareness of the critical importance of the elderly within the framework of social protection systems has grown considerably. As a result, government efforts have increasingly focused on integrating this demographic into public policies alongside younger generations. This shift has led to the development of national strategies and programs, most notably the recent *National Action Plan for Promoting Active Aging*. The concept of active aging encapsulates a vision in which seniors in Morocco can navigate this stage of life smoothly, free from the challenges of vulnerability, poverty, and social exclusion.

While these objectives are commendable and have been clearly articulated with procedural measures to achieve them, the current reality remains distant from these aspirations. This gap highlights the urgent need for focused efforts to meet these goals, as numerous challenges continue to face Moroccan seniors. One of the most pressing concerns is the lack of adequate health coverage for this group. Current assessments of the health conditions of older adults present alarming statistics regarding the future prevalence of age-related diseases and the inadequacy of the existing healthcare coverage.

The responsibility for promoting active aging lies, first and foremost, with the state and its institutions within the framework of a "social state." The task goes beyond strategic plans and requires comprehensive reforms targeting laws and institutions. The entire social protection system must undergo continuous development and enhancement—financially, logistically, and in terms of human resources—so that the benefits of these reforms can reach all citizens, including Moroccan seniors.

Furthermore, this responsibility extends to all segments of society. Raising awareness at both the family and community levels about the role of the elderly in fostering balance within the family unit is essential. While aging is an inevitable phase of life, fostering a deeper understanding and appreciation of this stage can only be achieved through educating and sensitizing society to value, respect, and care for its elders.

References

- **Foreign references**

- ***Books :***

- Sen, Amartya. Social exclusion: concept, application, and scrutiny. office of environment and social development, (Asian development bank, June 2000).
- Barney, Karen Frank & Perkinson, Margaret. Occupational therapy with aging adults: promoting quality of life through collaborative practice**,** (Elsevier, December 2015).

- ***Articles :***

- Ashikuzzaman& Saha, Rani. «Satisfaction in old age: activity or disengagement », **Journal of sociological research,** (Vol. 12, Issue. 1, 2021).
- Mohammed Zahran Omar, Sanna. «social empowerment as an approach to reduce social exclusion of elderly», **Niles journal for geriatric and gerontology**. (Vol.2, Issue 1, June 2019).
- J. O'connor, Patrick Et al. «Physical activity and depression in the Elderly », **Journal of aging and physical activity**, (vol.1, issue.1, 1993).
- Winstead, Vicki Et al. «The impact of activty interventions on the well-being of older adults in continuing care communities», Journal of applied Gerontology, (Vol. 33, Issue. 7, 2014).

- ***Electronic Research :***

- Al shami, Farah. « Financing universal social protection systems in the Arab region: what alternatives to debt and austerity? », **Arab reform initiative,** available at : https://bit.ly/3VaNfFk
- Makhon, othman. «Morocco's social protection programs: can the country overcome the odds?», **Arab reform initiative,** available at**:** https://shorturl.at/zcy9r

المراجع بالعربية

- **دراسات إلكترونية**

- ✓ عبد الرفيع زعنون، "تعميم الحماية الاجتماعية: تأسيس لدولة الرعاية أم تكريس لسياسة التخلي؟"، المعهد المغربي لتحليل السياسات، متاح على الرابط الآتي:

https://bit.ly/4i8TByI

- **برامج وسياسات حكومية**

✓ خطة العمل الوطنية للنهوض بالشيخوخة النشيطة 2023-2030، على الموقع الرسمي لوزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، متاح على الرابط الآتي:

https://bit.ly/4i7HlyE

✓ البرنامج الوطني المندمج للنهوض بأوضاع الأشخاص المسنين (2021-2030)، وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، على الرابط الآتي:

https://bit.ly/49b4SuA

- **تقارير ومذكرات رسمية**

✓ مذكرة حول النتائج الرئيسية للإحصاء العام للسكان والسكنى 2024، الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للسكان. على الرابط الآتي:

✓ مذكرة إخبارية بمناسبة اليوم العالمي للمسنين برسم سنة 2021، بعنوان "أي مستقبل للأشخاص المسنين في بلادنا؟"، المندوبية السامية للتخطيط، على الرابط الآتي:

https://shorturl.at/C9MMq

✓ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الأشخاص المسنين في المغرب، إحالة ذاتية رقم 2015/20، متاح على الرابط الآتي:

https://bit.ly/4g7nP3d

✓ مذكرة إخبارية للمندوبية السامية للتخطيط، بمناسبة اليوم العالمي للأشخاص المسنين فاتح أكتوبر 2017، على الرابط الآتي:

https://shorturl.at/ez6M4

✓ المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة سنة 2018، متاح على الرابط الآتي:

https://bit.ly/414ptOZ

✓ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الحماية الاجتماعية في المغرب، إحالة ذاتية رقم 2018/34، على الرابط الآتي:

http://bit.ly/4eGWhAJ

مختبر الأبحاث القانونية وتحليل السياسات (LAREJAP)،
جامعة القاضي عياض مراكش

فرص وحدود التجربة المغربية في مجال سياسة الحماية الاجتماعية

مؤلف جماعي

تنسيق
محمد بلعربي/ عبد الرحيم العلام

الكتاب: فرص وحدود التجربة المغربية في مجال سياسة الحماية الاجتماعية

مؤلف جماعي

تنسيق: محمد بلعربي/ عبد الرحيم العلام

الطبعة: الأولى 2026

الإيداع القانوني: 2026MO1404

ردمك: 978-9920-8839-4-8

الناشر:

مركز تكامل للأبحاث والدراسات

دار العرفان للطباعة والنشر والتوزيع

رقم 97 شارع عبد الله كنون حي السلام أكادير

محفوظة جميع الحقوق

لا يجوز إعادة النشر أو الطبع أو التوزيع
أو الاستنساخ بأي وسيلة من الوسائل

الفهرس

تقديم **5**

ذ.محمد بلعربي و ذ.عبد الرحيم العلام

تجارب عالمية في مجال الحماية الاجتماعية: حالة ألمانيا والبرازيل **8**

ليلى الادريسي العزوزي

سياسة الحماية الاجتماعية في البرازيل: حالة برنامج "بولسا فاميليا" **45**

محمد ضريف

التمكين من الحق في الصحة وسؤال الدولة الاجتماعية في المغرب **73**

إبراهيم اليحياوي

التغطية الصحية الشاملة وسؤال العدالة الصحية -حالة إقليم وزان- **110**

مبارك علوي الطايعي وكريم الديبوش

الحماية الاجتماعية وسؤال السيادة المالية **151**

انويب عبد الواحد

التنزيل المالي لتعميم الحماية الاجتماعية: من سنة 2021 إلى مشروع قانون مالية سنة 2025 **187**

زهيرة الادريسي

ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب مقاربة سوسيولوجية للقطاع غير المهيكل **229**

مريم المفرج وسارة الخنوس

تقديم

في سياق عالمي تسود فيه برامج الليبرالية الجديدة، وما يرتبط بها من سيطرة لمنطق السوق (وفقا لقانون العرض والطلب) وتحلل الدولة من التزاماتها، واتجاهها نحو ما اصطلح عليه بـ "دولة الحد الأدنى" أو "حارس ليلي" (night watchman) (Robert NOZICK)، مما نتج عنه ازدياد عدد المقصيين والمهمشين من الفقراء وبعض شرائح الطبقات المتوسطة، وهو وضع حدا بالمؤسسات الدولية، حتى تلك الساهرة على حماية السوق الرأسمالية، كالبنك الدولي، إلى المناداة بـ "الحماية الاجتماعية الشاملة" وهو ما من شأنه ضمان "الإنصاف وخلق الفرص"، وتمكين الأسر من الاستثمار في تعليم وصحة أبنائهم؛ والاستعداد لمواجهة الأزمات (والتي كانت أزمة كوفيد 19 في نفس الوقت فرصة لأخذ الدروس والعبر).

من هذا المنطلق، يستلزم وجود الدولة الاجتماعية اقامة دولة حامية لحقوق المواطن في كل المجالات الاجتماعية بالخصوص : في الصحة، وفي التعليم، وفي الإدارة، وفي المستشفى، وفي الأمن الجسدي والنفسي... فالدولة لا يمكنها أن تتخلى عن هذه القطاعات الاجتماعية والتنمية الاجتماعية بشكل عام، بالخصوص في السياقات النامية.

وفي هذا السياق، جاء خطاب الحكومة المغربية عن "الدولة الاجتماعية"، التي من تجلياتها الإعلان عن فتح ورش تعميم الحماية الاجتماعية. ويتجلى هذه الورش، كتفعيل للسياسات العمومية الاجتماعية في مجال الحد من الفقر والهشاشة، والتي بدأت في 2005 بإعلان المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، ونظام

المساعدة الطبية، وبرنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية، وبرامج دعم تمدرس الأطفال مثل "برنامج تيسير" و"برنامج دعم الأرامل"، وصولا إلى المبادرة الجديدة لإحداث "السجل الاجتماعي الموحد"، ووضع مجموعة من البرامج/ الآليات من قبيل: التأمين الاجتماعي والمساعدة الاجتماعية. وهوما تم تجسيده في إطار قانوني تمثل في القانون الإطار رقم 09.21 الصادر في 22 شعبان 1442 (5 أبريل 2021)، والذي يهدف إلى:

- تعميم التغطية الصحية الإجبارية في أفق 2022، لفائدة 22 مليون مستفيد إضافي؛

- تعميم التعويضات العائلية في أفق 2024، لفائدة حوالي 7 ملايين طفل في سن التمدرس؛

- توسيع الانخراط في أنظمة التقاعد في أفق 2025، لفائدة 5 ملايين مغربي من الساكنة النشيطة؛

- تعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل في أفق 2025، بالنسبة لكل شخص يتوفر على عمل قار.

وبالنظر إلى أهمية هذه السياسة الاجتماعية، وأبعادها الاستشرافية ارتأينا فتح هذا الموضوع للنقاش العلمي للوقوف عند الجوانب الإيجابية وما حققته هذه المبادرات من نتائج على المستوى العملي، رغم قصر المدة، ولكن كذلك لتقديم المقترحات لتطويرها، أخذا بالاعتبار تجارب الدول الرائدة في المجال الاجتماعي في سياق ما ينعت بـ "دولة الرفاه" أو "الدولة الاجتماعية".

وقد تم اقتراح المحاور الآتية أمام عموم المهتمين للكتابة والمساهمة في النقاش:

- سياق برامج الحماية الاجتماعية في التجربة المغربية.

- قراءة في البرامج الحكومية وجديد في برنامج الحكومة الحالية.

- قراءة في بعض التجارب العالمية من أجل استفادة المغرب منها.

- قراءة في عوائق السياسات العمومية (حالة برامج الحماية الاجتماعية).

- قراءة في موقع برامج الحماية الاجتماعية في قوانين المالية السابقة ومشروع قانون المالية للعام 2025.

- انعكاس مشروع الحماية الاجتماعية على القطاع الغير- مهيكل.

فالدراسات و الأبحاث التي جمعت في هذا المؤلف الجماعي هي ثمرة أشغال الندوة المعنونة **بالحماية الاجتماعية** : **الفرص و الحدود** ، التي احتضنتها كلية الحقوق بمراكش على مدار يومي 14 و 15 دجنبر 2024. فهذا الكتاب هو نافذة للتعرف على اكراهات سياسة الحماية الاجتماعية في السياق المغربي من خلال تناول بعض الجوانب من المحاور الأنفة الذكر. و يعد هذا المؤلف مساهمة لتشخيص و تجاوز مكامن الخلل التي تلف المسارالحالي لتعميم الحماية الاجتماعية الشاملة بكل تعقيداته و تحدياته.

ذ.محمد بلعربي و ذ.عبد الرحيم العلام

تجارب عالمية في مجال الحماية الاجتماعية: حالة ألمانيا والبرازيل

Global Experiences in Social Protection: The Case of Germany and Brazil

ليلى الادريسي العزوزي[1]

ملخص:

تعتبر الحماية الاجتماعية أداة رئيسية لمكافحة الفقر وتعزيز العدالة الاجتماعية، حيث تلعب دورًا أساسيًا في تحسين مستوى الحياة للفئات الضعيفة، إذ تعتمد العديد من الدول حول العالم استراتيجيات فعّالة في هذا المجال، وتُعد التجربتان الألمانية والبرازيلية من أبرز النماذج التي يمكن أن يستفيد منها المغرب في تعزيز نظامه الاجتماعي، وتشمل هذه التجارب أهم الممارسات التي يمكن تكييفها لتلبية احتياجات المغرب. لتنفيذ نظام فعال للحماية الاجتماعية في المغرب، من الضروري تعديل السياسات بما يتناسب مع الخصوصيات المحلية، مع ضمان شمولية البرامج الاجتماعية لاستهداف الفئات المهمشة، واستخدام التكنولوجيا في تحسين إدارة البرامج. كما يمكن تحقيق العدالة الاجتماعية والتنمية المستدامة في المغرب من خلال تعزيز الشراكات وتطوير استراتيجيات شاملة تساهم في رفع مستوى حياة المواطنين.

الكلمات المفتاحية: الأمان الاجتماعي، الحماية الاجتماعية، بولسا فاميليا، الضمان الاجتماعي.

* دكتورة في القانون العام والعلوم السياسية، جامعة محمد الخامس السويسي، الرباط.

Abstract Social protection is a key tool in combating poverty and promoting social justice, playing a fundamental role in improving the quality of life for vulnerable groups. Many countries around the world adopt effective strategies in this field, with the German and Brazilian experiences offering valuable lessons that could benefit Morocco in strengthening its social welfare system, these experiences include best practices that can be adapted to meet Morocco's needs. To establish an effective social protection system in Morocco, it is essential to tailor policies to local contexts, enhance inclusivity by targeting marginalized groups, and utilize technology to improve program management. Through strengthening partnerships and developing comprehensive strategies, Morocco can achieve social justice and sustainable development, contributing to an improved quality.

Keywords : Social Security, Social Protection, Bolsa Familia, Social Insurance.

مقدمة

تعد الحماية الاجتماعية أداة مهمة للقضاء على الفقر وتعزيز العدالة الاجتماعية، وتلعب دورًا رئيسيًا في تحسين نوعية حياة الفئات الضعيفة، وتعتمد العديد من البلدان حول العالم استراتيجيات فعالة في هذا المجال، وتوفر تجربة الحماية الاجتماعية في ألمانيا والبرازيل دروسا مهمة للمغرب لتعزيز مؤسساته الاجتماعية.

ينظر إلى الحماية الاجتماعية" كمجموعة من الأدوات الفعالة للوقاية والحد من الفقر[2]". وهي تتخذ صورتين: الصورة الأولى هي التأمين الاجتماعي (الضمان الاجتماعي) الذي يشمل التأمين عن المرض وحوادث العمل والتأمين عن البطالة والتأمين عن الشيخوخة وتعويضات الأمومة[3]، والصورة الثانية تشمل المساعدات المالية أو المادية المباشرة والتي تمنح للأسر أو للأفراد الذين يعيشون في وضعية فقر وهشاشة.

حدد الدستور المغربي في مجموع من فصوله، الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، منها الفصل 31 الذي نص على: "تحميل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، مسؤولية تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب

[2]Abderrahim Timiq et Noureddine Abdelbaki, "Le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc", **International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics**, Volume, Issuse 4-1, 2023, p 175.

[3] عبد الحفيظ ماموح، "السياسة الجديدة للمغرب في مجال الحماية الاجتماعية: مقاربة حقوقية"، **ورقة سياسات**، المنظمة العربية للقانون الدستوري، الدورة السابعة- أكاديمية القانون الدستوري، 2022، ص2.

استفادة المواطنين والمواطنات[4]، على قدم المساواة، من الحق في الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة".

وفي السياق ذاته، تطور نظام الضمان الاجتماعي في المغرب بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة، حيث تنفيذ سلسلة من البرامج والسياسات الرامية إلى تعزيز الضمان الاجتماعي وتحسين مستويات المعيشة (تعميم التأمين الاجباري عن المرض، تعميم التعويضات العائلية)، بموجب القانون الإطار رقم 10. 09.21 المتعلقة بمنظومة الحماية الاجتماعية، الصادر بتاريخ 23 مارس 2021[5]، والنصوص الأخرى المتعلقة به .

اعتمدت العديد من الدول أنظمة متنوعة للحماية الاجتماعية، تشمل التأمينات الاجتماعية، والدعم المالي والرعاية الصحية والتعليم[6]، ولعل أبرزها "النموذج الألماني" الذي يعتبر من أكثر أنظمة الضمان الاجتماعي تقدما في العالم، لتوفير الأمان الاجتماعي للمواطنين، وقد كان تقنين أول نظام تأمين اجتماعي تحت رعاية (أوتو فون بسمارك)[7]، مثابة علامة فارقة على ظهور الدولة

---

[4] الفصل 31 من الدستور المغربي، ظهير شريف رقم 91-11-1 صادر في 27 من شعبان 1432 (29 يوليوز 2011).

[5] القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الصادر بتاريخ 23 مارس 2021، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 6975 بتاريخ 5أبريل 2021.

[6] رداد شمال، "بناء الدولة الاجتماعية بالمغرب (الكرونولوجيا والمقومات)"، **مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والقضائية**، العدد 52، مارس 2023، ص 292.

[7] جميل سالم، "قراءة في مفهوم الدولة الاجتماعية: النموذج الألماني دراسات حول نموذج اقتصاد السوق

الاجتماعية الألمانية، أما بالنسبة للحماية الاجتماعية في "التجربة البرازيلية" تعتبر نموذجا مثيرا للاهتمام، لأنها تجمع بين مجموعة من البرامج والسياسات التي تهدف إلى تقليل الفقر، وتعزز التعليم والرعاية الصحية (برنامج بولسا فاميليا Bolsa Familia).

يمكن للمغرب الاستفادة من هذه التجارب بعدة طرق؛ عبر تطوير نظام تأمين اجتماعي يوازن بين المساهمات الحكومية والقطاع الخاص كما في النموذج الألماني من جهة، ومن جهة أخرى اعتماد برامج الدعم النقدي المشروط لتعزيز التعليم والصحة في المناطق الفقيرة، كما هو الحال في البرازيل.

يواجه المغرب عدة تحديات في تطبيق نماذج الحماية الاجتماعية العالمية، بما في ذلك: نقص الموارد المالية، وضعف الخدمات الأساسية، والإجراءات المعقدة، وأيضا انتشار الفساد الذي يؤثر سلبا على توزيع المساعدات.

من أجل تطبيق التجارب العالمية بنجاح، يحتاج المغرب إلى معالجة التحديات من خلال استراتيجية شاملة تركز على تحسين التمويل وتعزيز البنية التحتية وتطوير الإدارة الفعالة، ورفع مستوى الوعي، وتعزيز الشفافية وتبسيط الإجراءات.

انطلاقا من هذه الأهمية التي يحظى بها موضوع الحماية الاجتماعية، وقع الاختيار على مقاربته من خلال إثارة الإشكالية التالية: كيف يمكن للمغرب تطوير نظام الحماية الاجتماعية ليكون أكثر فعالية واستدامة في مواجهة

الاجتماعي"، **سلسلة أوراق بحثية حول القانون والاقتصاد**، 6، 2018، ص 3.

التحولات الاقتصادية والاجتماعية الراهنة، من خلال الاستفادة من التجارب العالمية الناجحة؟

يتفرع عن هذه الإشكالية، الأسئلة التالية:

ما هي الدول التي تعتبر نماذج ناجحة في هذا المجال؟ كيف يمكن استثمار التجارب الناجحة لتناسب السياق المغربي؟ ما هي التحديات المحتملة التي قد تواجه المغرب عند تطبيق هذه التجارب؟

جوابا على الإشكالية أعلاه، تقوم الدراسة على فرضيتين مفادهما:

-الفرضية الأولى: إن تكييف السياسات العامة المغربية مع نماذج الحماية الاجتماعية الناجحة في بلدان أخرى يمكن أن يزيد من الفعالية والاستدامة، كما أن الاستفادة من نماذج التمويل المستخدمة عالميًا ستعزز قدرة المغرب على توفير الموارد الكافية للحماية الاجتماعية.

-الفرضية الثانية: تؤدي الفوارق الاقتصادية والاجتماعية في المغرب إلى تعقيد تنفيذ نموذج الحماية الاجتماعية، الذي يحتاج إلى تعديلات لتلبية الاحتياجات المحلية.

لأجل اختبار هذه الفروض ومعالجة الإشكالية من جهة، ومحاولة الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بها من جهة أخرى فقد اعتمدنا في مقاربتنا لهذا الموضوع على مجموعة من المناهج من أهمها:

-المنهج التاريخي

يُستخدم هذا النهج لفهم تطور أنظمة الحماية الاجتماعية مع مرور الوقت في المغرب، ويساعد هذا المنهج على استكشاف كيفية تغير السياسات والبرامج الاجتماعية استجابة للظروف الاقتصادية والسياسية المختلفة.

-المنهج الوصفي

تم استخدام المنهج الوصفي لدراسة تطور برامج الحماية الاجتماعية في ألمانيا والبرازيل والمغرب، والذي شمل جمع البيانات التاريخية ودراسة كيفية تطور الأنظمة الاجتماعية مع مرور الوقت في كلا البلدين، فضلا عن تحليل السياسات الاجتماعية القائمة.

اعتمدنا أيضا المقاربة المقارنة، لدراسة تجارب الحماية الاجتماعية المختلفة، وستساعد هذه المقارنة في تحديد نقاط القوة والضعف في كل نموذج.

أولا- تجليات الحماية الاجتماعية في المغرب وألمانيا والبرازيل

تعد الحماية الاجتماعية من الركائز الأساسية لضمان رفاهية الأفراد وتوفير شبكة أمان لهم في مواجهة المخاطر الاجتماعية مثل البطالة والمرض والتقاعد، وتسعى العديد من الدول إلى تحسين أنظمة الحماية الاجتماعية الخاصة بها من خلال تبني أنماط ناجحة لدول أخرى.

1- الحماية الاجتماعية في المغرب

تعود بداية الحماية الاجتماعية في المغرب إلى فترة ما بعد الاستقلال (1956)، حيث كانت الدولة بحاجة إلى بناء نظام اجتماعي يواكب التطورات

الاقتصادية والاجتماعية، ففي هذه الفترة، تم التركيز على التأمينات الاجتماعية لفئات معينة من الموظفين في القطاع العام وبعض الفئات في القطاع الخاص، وكانت هذه البرامج تهدف أساسًا إلى توفير الحماية للعمال ضد مخاطر مثل العجز، والبطالة، والشيخوخة.

تم إرساء النظام الوطني للتقاعد في سنة 1975، الذي كان يهدف إلى توفير معاشات تقاعدية للعمال في القطاع العام، وكان هذا النظام هو الأساس الذي بدأ يتوسع تدريجياً ليشمل موظفي القطاع الخاص، وفي هذه المرحلة، كانت الحماية الاجتماعية لا تزال مقتصرة على شريحة صغيرة من المواطنين.

شرعت الحكومة المغربية في إجراء إصلاحات عميقة في السياسة الاجتماعية بداية التسعينيات من القرن الماضي، ركزت على توسيع شبكة الحماية الاجتماعية لتشمل فئات أكبر من المجتمع. وفي هذه الفترة، بدأ إصلاح نظام التغطية الصحية بشكل تدريجي، بداية من توفير برامج صحية لموظفي القطاع العام، ثم توسيعها لتشمل موظفي القطاع الخاص في أواخر التسعينات. وفي عام 2002 أقر المغرب تشريعا يقضي بإنشاء نظام موحد إلزامي للتأمين الصحي[8]، هو التأمين الاجباري عن المرض، ومع بداية القرن الحادي والعشرين، بدأ المغرب في تنفيذ سياسة تهدف إلى تحقيق شمولية الحماية الاجتماعية، مع التركيز على قطاعين رئيسيين: التغطية الصحية والتقاعد.

---

[8] إصلاح نظم الحماية الاجتماعية في البلدان العربية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإلسكوا)، الأمم المتحدة، 2019، ص 25.

تعد التغطية الصحية أحد العناصر الأساسية في نظام الحماية الاجتماعية بالمغرب، حيث تهدف إلى ضمان وصول المواطنين إلى الرعاية الصحية المناسبة دون تكبد تكاليف مرتفعة، وقد تطور نظام التغطية الصحية في المغرب عبر عدة مراحل :

أ- إطلاق نظام التغطية الصحية الإجباري والتأمين الصحي للفقراء:

أطلقت الحكومة المغربية في سنة 2005، النظام الوطني للتغطية الصحية الإجباري [9](AMO)، وهو خطوة هامة نحو توسيع نطاق الحماية الاجتماعية في المملكة، وقد شمل هذا النظام العاملين في القطاعين العام والخاص، مع السعي لتوسيع نطاقه ليشمل فئات أخرى مثل المهنيين المستقلين والمزارعين. وفي هذا السياق، قامت الدولة بإنشاء الوكالة الوطنية للتأمين الصحي[10](ANAM) ، وهي الهيئة المسؤولة عن إدارة وتنظيم الخدمات الصحية.

---

9 لطيفة جبرن، "التأمين الاجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا"، **مجلة القانون والأعمال الدولية**، شوهد في 2024/11/25 على الساعة 21:47، انظر الرابط التالي:

https://www.droitentreprise.com/%D8%A7%D9%84%AA%D8%A3%D9%85%D9%86-%

10 الجريدة الرسمية عدد 5058- رمضان 1423 (21 نونبر2002)، ص 3457.

في نفس الإطار، تم إحداث نظام[11] (Ramed)في عام 2008 في جهة تادلة أزيلال، وعمم هذا النظام في مارس 2012 ليشمل جميع جهات المملكة[12]، و هو برنامج يهدف إلى توفير الخدمات الصحية للفئات الفقيرة والمحتاجة من المواطنين، بحيث قامت بدعم مباشر لفائدة الاسر المسجلة في نظام التأمين الصحي (راميد) بمبالغ تصل ل 800 درهم للأسر المكونة من فردين على الأقل، و1000 درهم للأسر المكونة من ثلاثة أو أربعة أفراد، و 1200 درهم للأسر المكونة من أكثر من أربعة

أفراد، واستمر هذا الدعم هو الآخر ثلاثة أشهر[13]، ويركز هذا النظام على تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية للذين ليس لديهم دخل ثابت أو الذين لا يشملهم التأمين الصحي في إطار العمل.

يشمل نظام الحماية الاجتماعية في المغرب أيضًا التأمين ضد الشيخوخة والتقاعد، وهو جزء أساسي من أمان المواطنين في مرحلة ما بعد العمل، ممثلة في الصندوق المغربي للتقاعد (CMR) تأسس هذا الصندوق لتوفير المعاشات

---

[11] حوسى أزارو "وآخرون"، **عمل الدولة في الحماية الاجتماعية بين عسر النشأة وإشكالات تدبير المخاطر، زلزال الحوز ورهانات بناء الدولة الاجتماعية بالمغرب**، الطبعة الأولى، (فاس: مطبعة وراقة بلال 2024)، ص 23.

[12] تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، "الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، إحالة ذاتية 2018/34، ص 77.

[13] رشيد أوراز، "مواجهة كوفيد 19 في المغرب: الرضى عن الوضعية الاقتصادية لا يحجب طلب مزيد من فرص الشغل ومحاصرة الفساد"، موقع معهد الشرق الأوسط، 28 شتنبر 2021، شوهد بتاريخ 2024/11/04
www.arabbarometer.org/ar/2021/09/%D9

التقاعدية لموظفي الدولة والعاملين في القطاع العمومي[14]، وهذا الصندوق يقدم خدماته لفئات معينة من العمال، ولكنه يواجه العديد من التحديات المتعلقة بالاستدامة المالية، بسبب الانخفاض الكبير في نسبة المساهمات مقارنة مع عدد المستفيدين، والنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد (RCAR) الذي يقوم بتدبير أنظمة التقاعد المدنية، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي(CNSS) باعتباره مؤسسة عمومية تشرف على تدبير النظام الاجباري للضمان الاجتماعي لفائدة مجموع الاجراء في القطاع الخاص[15]، ويمنحهم الحق في الحصول على معاشات التقاعد بناءً على اشتراكاتهم خلال فترة عملهم، هذا النظام يشمل أيضًا التأمين ضد حوادث العمل وبعض التغطيات الصحية الخاصة بالقطاع الخاص، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS)، وهو المؤسسة الأولى المشرفة على التأمين الاجباري للمرض بالنسبة للمأجورين في القطاع العمومي.

ب- <u>دعم الفئات الهشة والمساعدات الاجتماعية والمالية</u>

يشكل نظام الحماية الاجتماعية في المغرب أهمية خاصة للفئات الهشة والفقيرة، التي تحتاج إلى دعم مباشر لتلبية احتياجاتها الأساسية. في هذا السياق، اعتمدت الحكومة المغربية في عام 2014 إصلاحًا جديدًا في مجال الصحة، بهدف التحول إلى التغطية الصحية الشاملة، كان الهدف الرئيسي لهذا

---

14 قانون رقم 011.71 بتاريخ 12 ذي القعدة 1391(30 دجنبر 1971) منشور بالجريدة الرسمية عدد 3087 مكرر بتاريخ 13 ذي القعدة 1391(31 دجنبر 1971).

15 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، التقرير السنوي 2017، ص 6.

الإصلاح هو تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لجميع المواطنين، لا سيما فئة السكان في وضعية الفقر ووضعية الهشاشة[16]، وكانت الخطة الأساسية تتضمن توسيع نطاق التأمين الصحي ليشمل جميع الفئات المهنية والمواطنين بشكل عام.

أطلقت الحكومة أيضا برنامج "تيسير"، الذي يعد أحد المبادرات الحكومية الرائدة في مجال دعم التعليم في المناطق الفقيرة، يهدف البرنامج إلى تقديم مساعدات مالية للأسر التي تقوم بتسجيل أطفالها في المدارس الابتدائية والثانوية، مما يساهم في زيادة نسبة التمدرس ويقلل من ظاهرة الهدر المدرسي، إلى جانب هذا البرنامج، تم إطلاق المبادرة الملكية "مليون محفظة" التي ترمي إلى التخفيف من أعباء الأسر في تحمل مصاريف الدراسة، وتستهدف تلاميذ المستوى الابتدائي والاعدادي المنحدرين من أوساط معوزة[17].

تبنت الدولة أيضا سياسات لدعم الأسر الفقيرة، من خلال برامج الدعم النقدي المباشر؛ يشمل ذلك "برنامج الحد الأدنى للكرامة" الذي يقدم مساعدات مالية للمواطنين في وضعيات اجتماعية صعبة مثل الفقر المدقع والعجز عن العمل. بالإضافة إلى ذلك، تم إطلاق برامج "لدعم الأسر المعوزة"، تشمل مساعدات اجتماعية للأسر ذات الدخل المنخفض في شكل منح نقدية، تشمل

16 فاتن اقريقز، "التغطية الصحية الشاملة تكريس للدولة الاجتماعية بالمغرب"، **المجلة الالكترونية للدراسات القانونية والتنمية**، مجلد 2، العدد الثاني، 2024، ص 13.

17 "الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2018/34، ص 17.

توفير المساعدات للأسر في المناطق النائية أو التي تعاني من الفقر المدقع، كما تعتبر التحويلات النقدية أداة مهمة في مكافحة الفقر، حيث تقدم الحكومة مساعدات للأسر التي لا تمتلك دخلاً ثابتًا أو تأمينًا اجتماعيًا.

ج- التأمين ضد البطالة والنظام الوطني للضمان الاجتماعي

على الرغم من أن نظام التأمين ضد البطالة في المغرب لا يزال في مرحلة التطوير، إلا أن الحكومة بدأت في اتخاذ خطوات لتوفير تعويضات للمواطنين الذين يفقدون وظائفهم، في سنة 2014، تم العمل على قانون البطالة (التعويض عن فقدان العمل) الذي يهدف إلى تقديم الدعم المالي للمواطنين الذين يفقدون وظائفهم في القطاع الخاص[18]. ومع ذلك، يظل هذا النظام قاصرًا على عدد محدود من الأفراد الذين ينتمون إلى القطاع الرسمي، مما يحد من فعاليته في مواجهة البطالة في القطاع غير الرسمي.

يشمل النظام الوطني للضمان الاجتماعي جميع الأنظمة المتعلقة بالتأمين ضد الأمراض، الحوادث، والشيخوخة، ويعد عنصرًا أساسيًا في تعزيز العدالة الاجتماعية في المغرب. يركز النظام على تحسين الوضع الاجتماعي للمواطنين من خلال تشجيعهم على المشاركة في الاشتراكات المالية التي تضمن لهم الحصول على تعويضات عند الحاجة.

18 "التعويض عن فقدان الشغل: أية بدائل في ضوء مقتضيات القانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية"؟ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2021/32، ص 30.

ح- إطلاق برنامج التعويضات العائلية

وضع القانون المتعلق بالحماية الاجتماعية خطة زمنية محددة في خمس سنوات (2021-2025)، وهذا ما يوضحه الجدول أسفله:

2022-2021	2024-2023	2025
تعميم التغطية الصحية الاجبارية		
	تعميم التعويضات العائلية	توسيع الانخراط في أنظمة التقاعد
		تعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل

المصدر: وزارة الاقتصاد والمالية، فبراير 2021.

تم تكثيف الجهود في إطار القانون 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية[19]، لتوسيع الحماية الاجتماعية لتشمل المخاطر المرتبطة بالمرض، الطفولة، الشيخوخة، وفقدان العمل[20]، و تم توسيع التغطية الصحية الإجباريّة لتشمل 22

---

[19] محمد المرابط، "الدولة الاجتماعية بالمغرب بين المقاربة المركزية والمقاربة الترابية للسياسات العمومية الاجتماعية"، **مجلة الدراسات المتكاملة في الاقتصاد والقانون والعلوم التقنية والتواصل**، المجلد 1، العدد 1، 2024، ص 14.

[20] عبد الرفيع زعنون، "تعميم الحماية الاجتماعية تأسيس لدولة الرعاية أم تكريس لسياسة التخلي:، شوهد في 27-10-2024: https://mipa/institue/8856

مليون مستفيد بنسبة التغطية الصحية تقدر بحوالي 90٪ من السكان مع نهاية 2022. كما تم تسجيل 3.8 مليون مؤمن في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بينما استفاد أكثر من 5 ملايين شخص من التغطية الصحية، وتعميم المنح العائلية لتشمل حوالي 7 ملايين طفل مغربي في سن الدراسة[21]، وقد بلغت مساهمات الدولة في اشتراكات هذه الفئات حوالي 9.5 مليار درهم.

2- الحماية الاجتماعية في التجربتين الألمانية والبرازيلية

نظراً لأهمية الحماية الاجتماعية في تحقيق العدالة الاجتماعية والرفاهية الاقتصادية، تتوجه العديد من الدول إلى تطوير أنظمة فعالة تضمن الأمان الاجتماعي لمواطنيها. في هذا السياق، تبرز ألمانيا والبرازيل كنماذج دولية بارزة في هذا المجال.

أ- التجربة الألمانية في الحماية الاجتماعية

تعد ألمانيا من أبرز الدول التي تتبنى سياسات حماية اجتماعية متقدمة تهدف إلى توفير الأمان الاجتماعي والاقتصادي لجميع المواطنين والمقيمين على أراضيها، وتستند الحماية الاجتماعية في ألمانيا إلى مجموعة من السياسات التي تهدف إلى تأمين رفاهية المواطنين وضمان العدالة الاجتماعية. يعد النظام

[21] Chteoui Souad et Chaima Chaimaa, "L'extension de la Couverture Sociale Au Maroc Moteur de L'innovation Sociale : Quels Enjeux pour les Etablissements de Santé "? **Revue de Management et Cultures (REMAC)**, N° 10, 2023, p 124.

الألماني من الأنظمة الرائدة في العالم في مجال الضمان الاجتماعي[22]، و يعتمد على المبادئ الأساسية التالية:

-التأمين الاجتماعي الشامل

يوفر النظام الألماني مجموعة واسعة من التأمينات الاجتماعية التي تشمل التأمين الصحي، التأمين ضد البطالة، التأمين على الشيخوخة، تأمين الإعاقة، والتأمين ضد الحوادث. يساهم المواطنون وأرباب العمل في تمويل هذه التأمينات من خلال اقتطاعات من الأجور.

-نظام التأمين الصحي(Gesetzliche Krankenversicherung - GKV)

يُعد نظام التأمين الصحي في ألمانيا من أفضل نظم الرعاية الصحية في العالم، ويشمل التأمين الصحي جميع المواطنين والمقيمين بشكل دائم في البلاد، كما يوفر النظام تغطية شاملة للرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك العلاج الطبي، الجراحة، الأدوية، والرعاية الوقائية، ويتم تمويل التأمين الصحي عبر مساهمات شهرية يتم اقتطاعها من دخل الأفراد.

-التأمين ضد البطالة(Arbeitslosenversicherung)

يوفر نظام التأمين ضد البطالة دعمًا ماليًا للمواطنين الذين يفقدون وظائفهم[23]، يضمن هذا النظام توفير دخل للأفراد العاطلين عن العمل لفترة

22- عبد الحق بولنوار، الاختصاص القضائي بمنازعات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، **المجلة الالكترونية للأبحاث القانونية**، العدد 1، 2018، ص 115.

23 Sibert Horst, "Germany's social security system under strain", **Working Paper**, No 1555, Kiel Institute for World Economics (IFW), March 2003, p17.

زمنية محددة، بشرط أن يكون قد تم دفع المساهمات بشكل منتظم قبل فقدان الوظيفة.

- **نظام التقاعد**(Gesetzliche Rentenversicherung - GRV)

يُعتبر نظام التقاعد في ألمانيا من الركائز الأساسية للحماية الاجتماعية، فرواتب التقاعد هي مساعدة مالية دائما؛ إذ يهدف النظام إلى ضمان دخل كافٍ للمتقاعدين من خلال تحويلات شهرية بعد بلوغهم سن التقاعد[24]. يتم تمويل النظام من خلال مساهمات الأفراد وأرباب العمل. فيحصل العمال في ألمانيا، على سبيل المثال لا الحصر، على راتب تقاعد من تأمين التقاعد، أما من لم يكن يعمل فيحصل على راتب أساسي من المساعدات الاجتماعية.

- **الضمان الاجتماعي للعائلات**(Kindergeld, Elterngeld)

يعد نظام التقاعد في ألمانيا من الركائز الأساسية للحماية الاجتماعية، يهدف هذا النظام إلى ضمان دخل كاف للمتقاعدين من خلال تحويلات شهرية بعد بلوغهم سن التقاعد، مما أرسى مفهوم الإعانات باعتبارها حقا وأتاح تطبيقها على القوى العاملة الصناعية برمتها[25].

---

[24]- بربرا مونير، **دولة الرفاه الاجتماعي، الفرص والدعم للجميع، الديمقراطية الاجتماعية: المختصر الواضح 3**، ترجمة وليام جوزيف ورد (عمان: مؤسسة فريدريش ايبرت، 2018)، ص 47.

[25]" الضمان الاجتماعي من أجل العدالة الاجتماعية وعولمة عادلة"، التقرير السادس، البند السادس من جدول الاعمال، مؤتمر العمل الدولي، الدورة المائة، الطبعة الأولى، مكتب العمل الدولي، جنيف،2011، ص 5.

توفر الحكومة الألمانية برامج مالية لدعم العائلات، مثل تلك المخصصة ل لبطالة غير المستقرة وعقبات سوق العمل. رغم انخفاض معدلات البطالة الإجمالية في ألمانيا، إلا أن البطالة غير المستقرة أو "العمل الهش" (مثل العقود المؤقتة والجزئية) تمثل تحدياً، إذ يعاني البعض من بطالة طويلة الأمد أو من عقبات في العودة إلى سوق العمل، مما يؤثر على استدامة نظام التأمين ضد البطالة.

2-التجربة البرازيلية في الحماية الاجتماعية

تعد الحماية الاجتماعية أحد العناصر الأساسية لتحقيق العدالة الاجتماعية والتنمية المستدامة في أي مجتمع. ففي البرازيل، يشهد نظام الحماية الاجتماعية تطوراً مستمراً من خلال عدد من البرامج الحكومية التي تهدف إلى تحسين ظروف الحياة للأسر الفقيرة والمحرومة، وتقديم الدعم المالي والخدمات الاجتماعية الأساسية للأفراد الأكثر احتياجاً.

يتميز النظام الاجتماعي في البرازيل بتعدد السياسات والبرامج التي تركز على حماية الأفراد في حالات الفقر، المرض، العجز، وكبار السن، وتشمل الحماية الاجتماعية في البرازيل مجموعة من البرامج التي تهدف إلى تحسين رفاهية المواطنين وتوفير الأمان الاقتصادي والاجتماعي. ومن أبرز هذه البرامج:

- برنامج بولسا فاميليا :

يُعد بولسا فاميليا[26] من أبرز وأهم برامج الحماية الاجتماعية في البرازيل، حيث تم تأسيسه في عام 2003 بهدف تقديم دعم مالي مباشر للأسر ذات الدخل المنخفض، لتحسين مستواها المعيشي، على أساس أن تعرف الاسر الفقيرة بأنها الاسرة التي يقل دخلها عن 28 دولار شهريا[27]، يتم تخصيص المساعدات بناءً على معايير اجتماعية مثل مستوى دخل الأسرة وعدد الأطفال في المنزل، و يشترط البرنامج على الأسر المستفيدة الالتزام بحضور الأطفال في المدارس والمشاركة في الفحوصات الصحية، بهدف ضمان تحسين مستوى التعليم والرعاية الصحية للأجيال القادمة.

يعتبر هذا البرنامج من أنجح السياسات الاجتماعية في تقليل الفقر في البرازيل[28]، حيث يساهم في تقليل الفجوة الاقتصادية بين الطبقات الاجتماعية، ويعزز فرص التعليم والرعاية الصحية.

- برنامج "ألتير:(Auxílio Brasil) "

تم استبدال بولسا فاميليا ببرنامج ألتير(Auxílio Brasil) في عام 2021، الذي يهدف إلى توسيع نطاق الدعم المقدم للأسر الفقيرة مع التركيز على تحسين

[26] Armando Brrientos & Leonith Hinojosa-Valencia, "A Review of Social Protection in Latin", (**Brooks World Poverty Institute**, University of Manchester, UK, June 2009), p 14.

[27] أمل مختار، "تجربة النمو الاقتصادي في البرازيل: نموذج استرشادي لمصر"، موقع مركز الاهرام للدراسات السياسية والاستراتيجية، http://is.gd/YLuOBW

[28] الضمان الاجتماعي من أجل العدالة الاجتماعية وعولمة عادلة، ص67.

مستوى المساعدات، ويسعى هذا البرنامج إلى تقديم دعم مالي أكبر للأسر الأكثر فقراً، بالإضافة إلى تعزيز الجهود في مجالات التعليم والصحة.

- الضمان الاجتماعي والتقاعد:(INSS)

يوفر النظام البرازيلي للضمان الاجتماعي (INSS) مجموعة من الفوائد للأفراد، تشمل التقاعد والمزايا الخاصة بالحالات المرضية أو العجز، بالإضافة إلى منح العائلات التي تعولها أفراد فاقدين للأهلية، ويضمن هذا النظام تقديم حماية اجتماعية للأفراد طوال حياتهم المهنية وبعد التقاعد.

- الرعاية الصحية العامة (SUAS):

تتم تنسيق جميع سياسات الحماية الاجتماعية للأسر الفقيرة والمستضعفة في البرازيل من خلال نظام المساعدة من خلال نظام المساعدة الاجتماعية الموحد (SUAS) [29] ، إذ يوفر النظام الصحي العام في البرازيل الرعاية الصحية المجانية لجميع المواطنين والمقيمين في البلاد، بما في ذلك العناية الصحية الأولية، التخصصية، والعلاج في المستشفيات العامة.

---

[29] Simone Cecchini-Rodrigo Martinez, Inclusive Social Protection in Latin America: A Comprehensive Rights-Based Approach, (United Nations: ECLAC, January 2012), p 79.

- التعليم الاجتماعي والبرامج التعليمية:

تقدم الدولة البرازيلية دعمًا ماليًا للأطفال والشباب في المناطق الفقيرة لضمان حصولهم على التعليم الأساسي والثانوي، كما تعمل على توفير المنح الدراسية والفرص التعليمية للوصول إلى التعليم.

ثانيا: تقييم إمكانية تطبيق الدروس المستفادة في السياق المغربي

1- الدروس المستفادة من التجارب العالمية

يمكن للمغرب الاستفادة من تجربة ألمانيا والبرازيل في تطوير نظام الحماية الاجتماعية من خلال عدة جوانب؛ أولا، يجب تطوير نظام شامل للحماية الاجتماعية، عن طريق تعزيز التغطية الصحية والتأمين الاجتماعي[30]، ليشمل الفئات الهشة، ودعم الأسر المعوزة وتوسيع التغطية الصحية والاجتماعية على غرار نموذج الرعاية الصحية الألماني، واعتماد النموذج البيسماركي في التأمين الاجتماعي الذي يتم تمويله من الاقتطاعات الإلزامية من دخل الاجراء والموظفين[31]، وتطوير التأمين الصحي ليشمل جميع المواطنين والمقيمين في المغرب، مع التركيز على المناطق الريفية والنائية. كما أن دعم برامج التعليم والتكوين المهني، يمكن أن يساهم في إحداث مدن المهن والكفاءات[32]،

---

30 الحافظ النويني، ص 9.

31 ادريس مقبوب "وآخرون"، **الدولة الاجتماعية: نشأة المفهوم سؤال التنزيل، زلزال الحوز ورهانات بناء الدولة الاجتماعية بالمغرب**، الطبعة الأولى، (فاس: مطبعة وراقة بلال، 2024)، ص 47.

32 Oumaima Mengouchi et Abdelmalek Bekkaoui , "L'Etat social Marocain: Leviers de réussite face aux transformation de la societé", **Revue Internationale des Sciences de Gestion**, Volume 7, N° 4, 2024, p 1439.

و دمج مشاريع التدريب المهني في النظام الاجتماعي، كما فعلت ألمانيا. من جهة أخرى، يجب تحفيز التوظيف وتقليل الفقر، وتحسين مستويات المهارات وزيادة فرص العمل، ويمكن أيضا تنفيذ برامج الدعم النقدي المشروط على غرار (بولسا فاميليا) البرازيلية، ال تعد أكبر برنامج للتحويلات النقدية المشروطة في العالم[33] ، وذلك بهدف استهداف الأسر الفقيرة من خلال برنامج يتطلب من الأسر الفقيرة الالتزام بتعليم الأطفال والرعاية الصحية، مع تخصيص إعانات للأمهات لضمان تحسين ظروف الأطفال والاسرة[34] والتمكن من العيش بشكل أفضل. ثانيا، يجب تعزيز الشراكات الدولية من خلال التعاون مع المنظمات الدولية للاستفادة من الخبرات والتجارب الناجحة التي طبقتها الدول الأخرى في مجال الحماية الاجتماعية. ثالثا، تطوير السياسات المحلية من خلال وضع استراتيجيات تتناسب مع الخصوصيات المحلية مع الاستفادة من الدروس المستفادة من التجارب العالمية، أما رابعا، يجب تعزيز الشمولية من خلال العمل على إدماج الفئات المهمشة والعاملين في الاقتصاد غير الرسمي في خطط الحماية الاجتماعية، وأيضا تحسين الوصول للخدمات الصحية من خلال تعزيز أنظمة الرعاية الصحية الشاملة وتسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية[35]،

---

[33]Anthony Hall, **The last shall be first: political dimensions of conditional cash transfers in Brazil**, Poverty, income and social protection, (by Routledge, 2013), p 26.

[34] "الضمان الاجتماعي من أجل العدالة الاجتماعية وعولمة عادلة"، التقرير السادس لمنظمة العمل الدولية، المنبثق عن مؤتمر العمل الدولي الدورة المائة 2011، ص 48، http://is.gd/PDaLen

[35] سعاد لكحل، "**الحماية الاجتماعية بالمغرب**: **إرادة التنزيل وإكراه التمويل**"، رسالة لنيل دبلوم ماستر متخصص في القانون العام، جامعة القاضي عياض، مراكش، السنة الجامعية 2021-2022، ص 31.

خامسا، يجب الاستفادة من التكنولوجيا لتسهيل الوصول إلى المعلومات والخدمات، على سبيل المثال؛ من خلال استخدام التطبيقات الرقمية لتقديم الدعم الاجتماعي، كما يجب تحسين نظام التأمين الاجتماعي لاستيعاب أكبر عدد من المواطنين مع تقديم دعم خاص لكبار السن والفئات الضعيفة، خاصة عند توقفهم عن النشاط المهني[36]، سادسا، تشجيع الشراكة بين القطاعين العام والخاص من خلال توسيع التعاون بين الحكومة والقطاع الخاص لتنفيذ مشاريع الإسكان وبرامج التشغيل، بالإضافة إلى تمكين المواطنين من ولوج الوظائف العمومية وفق الاستحقاق والتنمية المستدامة[37]، وحماية الفئات الضعيفة من مخاطر البطالة[38]. يمكن أيضا استخدام الأنظمة الرقمية والابتكارات التكنولوجية لتسريع عملية توزيع المساعدات الاجتماعية، كما في التجربة البرازيلية.

---

[36] تيسير الوردي، "أنظمة التقاعد: النشأة والأزمة والإصلاح"، **المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية**، عدد 146، ماي 6 يونيو، 2019، ص 391.

[37] ميلود الرحالي " وآخرون"، ص 114.

[38] عادل تميم، "نظام الحماية الاجتماعية بالمغرب في أفق التعميم"، **مجلة استشراف للدراسات والأبحاث القانونية**، العدد 11، دجنبر 2021، ص 221.

2- التحديات المحتملة التي يواجهها المغرب في اعتماد نظام الحماية الاجتماعية

حقق تقدما كبيرا في مجال الحماية الاجتماعية في السنوات الأخيرة، إلا أنه لا يزال يواجه تحديات متعددة مثل الفقر والبطالة، تفاوت الدخل وضعف التغطية الصحية والاجتماعية في بعض المناطق.

أ- الاختلافات الهيكلية والاقتصادية بين الدول

تعتبر الخلفية الاقتصادية والاجتماعية من العوامل الرئيسية التي تؤثر على نجاح أو فشل أنظمة الحماية الاجتماعية، وتعتبر ألمانيا دولة صناعية متقدمة تتمتع باقتصاد قوي وموارد مالية قوية، مما يجعلها من الدول الرائدة في مجال الاقتصاد الأخضر[39]، في حين تعد البرازيل واحدة من أكبر الاقتصادات في أمريكا اللاتينية[40]، فإن المغرب يعد اقتصادا ناشئا يعاني من ارتفاع معدلات البطالة والفقر، خاصة في المناطق الريفية.

إن تبني النظام الألماني القائم على نظام تأمين اجتماعي متين يتطلب ميزانية ضخمة، وهو ما قد يكون صعبًا في ظل التحديات الاقتصادية الحالية،

---

[39] مايح بيب الشمري - حسين علي الشامي، **الحوكمة والنمو الاقتصادي دراسة في دول مختارة مع إشارة خاصة للعراق**، (لبنان: دار المنهل، 2019)، ص 129.

[40] رنا أبو عمرة، **البرازيل وشيلي والاكوادور وتجربة الترسيخ الديمقراطي**، الطبعة 2، (العربي للنشر والتوزيع، 2023)، ص 53.

كما أن النموذج البرازيلي قد يواجه أيضا صعوبة في التكيف مع الواقع المغربي، نظرًا لاختلاف الفئات الاجتماعية وأولويات الحماية في كلا البلدين.

ب- نظام التمويل والموارد المالية والبنية التحتية الرقمية

يعد نظام التمويل من التحديات الأساسية التي قد يواجهها المغرب عند اعتماد النظامين الألماني أو البرازيلي، إذ يعتمد النظام الألماني أساسا على مساهمات العمال وأرباب العمل في صناديق التأمين الاجتماعي، في حين تعتمد البرازيل على التمويل الحكومي من خلال الضرائب العامة، بما في ذلك الضرائب التصاعدية على الدخل، بينما يواجه المغرب مشكلة توسيع قاعدة دافعي الضرائب، حيث يمثل القطاع غير الرسمي حصة كبيرة من الاقتصاد المغربي، مما يجعل من الصعب ضمان التمويل المستدام لنظام الحماية الاجتماعية[41]. علاوة على ذلك، قد لا تكون البنية التحتية المالية والتنظيمية في المغرب كافية لتطبيق نظام اشتراك مثل النظام الألماني أو تمويلات شاملة كما في النظام البرازيلي، وأيضا الحاجة لتأمين تمويل مستدام للنظام، وضرورة تطوير بنية تحتية رقمية لتسهيل توزيع الدعم، وحل مشاكل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ومهارات التواصل واللغة[42].

---

[41] عز الدين رماش، "ورش الحماية الاجتماعية: معيقات وأفاق"، **مجلة قانونك**، العدد 16، الموسم الرابع 1444، أبريل - يونيو، 2023، ص 17.

[42] صائب حسن مهدي، "البطالة في الدول العربية الواقع والأسباب في ظل عالم متغير"، **مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية**، المجلد 12، العدد 3، 2010، ص 95.

ج- الاختلافات في السياسات العامة والبنية الاجتماعية

يختلف النظامان الألماني والبرازيلي في طريقة تصميم آليات الحماية الاجتماعية، ففي ألمانيا يعتمد النظام على آليات فعالة للتمييز بين الفئات الاجتماعية وتوزيع المزايا بشكل متناسب وفقا للاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية لكل فئة، ومن ناحية أخرى يشهد النظام البرازيلي محاولات لتوسيع نطاق الحماية من خلال برامج دعم مالية للأسر الأكثر فقراً [43]، مثل برنامج "بولسا فاميليا"، ولكن في المغرب، المجتمع الذي يتميز بتكوين اجتماعي متنوع ومستويات متفاوتة من الفقر والاحتياجات الاجتماعية، يواجه التنسيق بين هذه الفئات تحديات كبيرة.

من المرجح أن يواجه تبني النظام الألماني أو البرازيلي صعوبة في استيعاب الاختلافات الواسعة بين الطبقات الاجتماعية والمجموعات التي تحتاج إلى تدخل مستهدف، كما أن تغير الهياكل الأسرية وارتفاع معدلات الهجرة من الريف إلى المدن في المغرب يضع أعباء إضافية على تصميم سياسات الحماية الاجتماعية الفعالة.

ورغم أن المغرب أحرز تقدما في مجال الحماية الاجتماعية، إلا أن الفقر والتفاوت الاجتماعي لا يزالان يشكلان تحديات كبيرة[44]، فهناك غياب للعدالة المجالية بين جهات المغرب ومناطقه، ولا تزال البطالة مرتفعة، خاصة في

[43] Julie Drolet, **Social Developement and Social Work Perspectives on Social Protection**, (by Routledge, 2016), p 64.

[44] Othman Makhon, "Morocco's Social Protection Programs: Can the Country Overcome the Odds"? Paper No, 7, **Arab Reform Initiative**, September 2023, p 4.

صفوف النساء أكثر من الرجال، حيث بلغت سنة 2018 ما معدله 14.1 بالمائة في صفوف النساء، مقابل ما نسبته 8.1 في صفوف الرجال[45]، كما أن هناك نسبة كبيرة من السكان ليس لديهم تأمين صحي[46]، وعدم المساواة في الحصول على الرعاية.

ح- البيروقراطية وضعف الإدارة

تعتمد الأنظمة الاجتماعية في ألمانيا والبرازيل على بنية بيروقراطية معقدة تتطلب إدارة فعالة وقوية لضمان توزيع المنح والمساعدات. في المغرب، رغم وجود بعض المحاولات لتطوير النظام الإداري، إلا أن البيروقراطية ما زالت تمثل عقبة كبيرة، وخاصة أن فلسفة التحديث ترتبط بالمسائلة والتحديث والمحاسبة والإدارة بالأهداف والتقييم[47]، وأيضا عدم وجود تنسيق كافٍ بين المؤسسات الحكومية، بالإضافة إلى ضعف إدارة الموارد البشرية، قد يؤدي إلى تباطؤ وتيرتي توزيع المساعدات وتنفيذ السياسات مما يقلل من فعالية البرامج.

يشكل القطاع غير الرسمي في المغرب أكثر من 50٪ من الاقتصاد الوطني، والعديد من العاملين في هذا القطاع لا يحصلون على تغطية صحية أو تقاعدية

---

[45] محمد لعتابي، "**الحماية الاجتماعية بالمغرب بين طموح النص وواقع الإمكانات**"، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون العام والعلوم السياسية، جامعة محمد الخامس، أكدال، السنة 2021-2022، ص 104.

[46] Fadwa Mhidia, "La Généralisation de la couverture médicale (GCM), un RAMED pour tous ?", **Policy Briefs de Sciences Po**, N° 6, 2021, p 7.

[47] لمياء العمراني، "**جدلية السياسي والإداري في المغرب: دراسة في طبيعة العلاقة وتأثيرها على تحديث الإدارة العمومية**"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون العام والعلوم السياسية، جامعة محمد الخامس السويسي، الرباط، السنة الجامعية 2022-2023، ص 205.

والذين هم في حاجة لمثل هذه الإعانات لكن لم تتم استفادتهم[48]، هذا يشكل تحديًا كبيرًا في ضمان الشمولية في برامج الحماية الاجتماعية.

د- التوجه نحو الشمولية والتقبل الاجتماعي

تتمثل التحديات الأخرى في ضرورة ضمان الشمولية في تغطية الحماية الاجتماعية، ويشير النظام الألماني إلى توفير ضمانات للرعاية الصحية، والتقاعد، والبطالة، ولكن هذه التغطية ليست كاملة في جميع الحالات، وتختلف حسب حالة العاملين. أما في البرازيل، فإن النظام يشهد انتقادات بسبب تذبذب تنفيذه وضعف الوصول إلى الخدمات في المناطق الريفية.

سيحتاج أي نظام للحماية الاجتماعية إلى تحقيق أكبر قدر من الشمولية، خاصة بالنسبة للفئات الأكثر ضعفًا[49]، مثل النساء في القرى، والأشخاص ذوي الإعاقة، والمهاجرين، والعاطلين عن العمل في القطاع غير الرسمي، و يستلزم ذلك توفير الخدمات الملائمة لأوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية.

يتطلب تبني أنظمة الحماية الاجتماعية إحداث تغيير في الوعي الاجتماعي والثقافي، حيث رسخت ألمانيا، ثقافة لحق الأفراد في الاستفادة من الحماية الاجتماعية، كما شهدت البرازيل، رغم تحدياتها، زيادة في الوعي بأهمية هذه الأنظمة من خلال برامج شعبية واسعة النطاق.

---

[48] سعاد لكحل، ص 35.

[49] Abderrahim Bensaid et "Autres", **La protection sociale au Maroc : Enjeux politiques et sociaux**, (Rabat : Centre Marocain des Recherches et d’Analyse des Politiques, Décembre 2022), p 136.

في المقابل، قد تواجه المغرب مقاومة اجتماعية أو عدم فهم كامل لنظام الحماية الاجتماعية، خاصة في الأوساط الريفية أو بين الأفراد الذين لا يرون أهمية للضرائب أو الاشتراكات الاجتماعية، ومن الضروري أن يتزامن تطوير النظام مع برامج توعية وتثقيف لضمان تحقيق النجاح الاجتماعي والاقتصادي.

الخاتمة

تسلط التجارب العالمية الناجحة في مجال الحماية الاجتماعية، مثل تجارب البرازيل وألمانيا، الضوء على أهمية تطوير استراتيجيات فعالة تتسق مع التحديات الاقتصادية والإدارية والاجتماعية التي قد يواجهها المغرب. من الممكن أن يكون تطبيق الدروس المستفادة من هذه التجارب مفيدا لتحسين النظام الوطني للحماية الاجتماعية.

ينبغي للمغرب تعزيز الشراكات مع المنظمات الدولية والمحلية والعمل على رفع مستوى الوعي المجتمعي بأهمية الحماية الاجتماعية، ومن خلال هذه الشراكات والتوعية، يمكن توسيع تغطية التأمين الاجتماعي والتأمين الصحي لتشمل الفئات الأكثر ضعفا، مثل المرأة الريفية والأشخاص ذوي الإعاقة والعاطلين عن العمل في القطاع غير الرسمي .يتطلب بناء نظام قوي للحماية الاجتماعية التزاما قويا من جميع الأطراف المعنية، بما في ذلك الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع المدني، ولا يمكن تحقيق العدالة الاجتماعية والتنمية المستدامة إلا من خلال هذا التعاون، كما أن النظام الفعال للحماية الاجتماعية يؤدي إلى الاستقرار الاجتماعي والتنمية، ويعزز قدرة الفئات

الضعيفة على تحسين مستويات معيشتها، مما يساهم في تعزيز التنمية الشاملة والمستدامة .

لتحقيق هذه الإنجازات، كان من الضروري التوفر على ترسانة قانونية هامة إضافة إلى تكريس أليات جديدة لحكامة هذا المجال، مع تخصيص موارد مالية كافية وتوفير مصادر تمويلية جديدة تساهم في نجاح هذا المشروع الاجتماعي الضخم، كما كان من المهم الاستفادة من تجارب الدول التي حققت نجاحات في مجال الحماية الاجتماعية، لتبادل المعرفة والخبرات، وتعزيز فعالية السياسات المعتمدة.

المصادر والمراجع المعتمدة

المراجع باللغة العربية

أولا: الكتب

-أبو عمرة، رنا. **البرازيل وشيلي والاكوادور وتجربة الترسيخ الديمقراطي**، الطبعة 2، مصر: العربي للنشر والتوزيع، 2023.

-أزارو، حوسى. **عمل الدولة في الحماية الاجتماعية بين عسر النشأة وإشكالات تدبير المخاطر**، ط 1، فاس: مطبعة وراقة بلال،2024.

-مايح بيب الشمري- علي الشامي، حسين. **الحوكمة والنمو الاقتصادي دراسة في دول مختارة مع إشارة خاصة للعراق**، لبنان: دار المنهل، 2019.

-مونير بربرا. **دولة الرفاه الاجتماعي، الفرص والدعم للجميع، الديمقراطية الاجتماعية: المختصر**، ترجمة وليام جوزيف ورد، عمان: مؤسسة فريدريش ايبرت، 2018.

ثانيا: المجلات

-"الصحة في افريقيا: ماء بيئة وأمن غذائي، المناظرة الافريقية الثانية للحد من المخاطر الصحية"، **مجلة وزارة الصحة والحماية الاجتماعية**، عدد رقم 2، 2023.

- اقريقز، فاتن. "التغطية الصحية الشاملة تكريس للدولة الاجتماعية بالمغرب"، **المجلة الالكترونية للدراسات القانونية والتنمية**، مجلد 2، العدد الثاني، 2024.

- بولنوار، عبد الحق. "الاختصاص القضائي بمنازعات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي"، **المجلة الالكترونية للأبحاث القانونية**، العدد 1، 2018.

- تميم، عادل. "نظام الحماية الاجتماعية بالمغرب في أفق التعميم"، **مجلة استشراف للدراسات والأبحاث القانونية**، ع 11، دجنبر 2021.

- حسن مهدي، صائب. ا"لبطالة في الدول العربية الواقع والأسباب في ظل عالم متغير"، **مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية**، المجلد 12، العدد 3، 2010.

- رداد، شمال. "بناء الدولة الاجتماعية بالمغرب (الكرو ولوجيا والمقومات)"، **مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والقضائية**، العدد 52، 2023.

- رماش، عز الدين. "ورش الحماية الاجتماعية: معيقات وأفاق"، **مجلة قانونك**، العدد 16، الموسم الرابع 1444، أبريل-يونيو، 2023.

- سالم، جميل. "قراءة في مفهوم الدولة الاجتماعية: النموذج الألماني دراسات حول نموذج اقتصاد السوق الاجتماعي"، **سلسلة أوراق بحثية حول القانون والاقتصاد**، 6، 2018.

-ماموح، عبد الحفيظ. "السياسة الجديدة للمغرب في مجال الحماية الاجتماعية: مقاربة حقوقية"، **ورقة سياسات**، المنظمة العربية للقانون الدستوري، الدورة السابعة- أكاديمية القانون الدستوري، 2022.

-المرابط، محمد. "الدولة الاجتماعية بالمغرب بين المقاربة المركزية والمقاربة الترابية للسياسات العمومية الاجتماعية"، **المجلة المتكاملة في الدراسات الاقتصادية، القانونية، والتقنية، والتواصل**، العدد 1، 2024.

-الوردي، تيسير. "أنظمة التقاعد: النشأة والأزمة والإصلاح"، **المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية**، عدد146، ماي6يونيو، 2019.

ثالثا: **الأطاريح الجامعية والرسائل**

-العمراني، لمياء. "**جدلية السياسي والإداري في المغرب**: **دراسة في طبيعة العلاقة وتأثيرها على تحديث الإدارة العمومية**"، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، سلا، جامعة محمد الخامس السويسي، الرباط، سنة 2022-2023.

-لعتابي، محمد. "**الحماية الاجتماعية بالمغرب بين طموح النص وواقع الإمكانات**"، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون العام والعلوم السياسية، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، أكدال، جامعة محمد الخامس، الرباط، السنة 2021-2022.

-لكحل، سعاد. "**الحماية الاجتماعية بالمغرب**: **إرادة التنزيل وإكراه التمويل**"، رسالة لنيل دبلوم ماستر متخصص في القانون العام، جامعة القاضي عياض، مراكش، السنة 2021-2022.

رابعا: المواقع الالكترونية

- جبرن لطيفة، "التأمين الاجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا"، **مجلة القانون والاعمال الدولية**، شوهد في 2024/11/25 على الرابط:

https://www.droitentreprise.com/%D8%A7%D9%84%AA%D8%A3%D9%85%D9%86-%

- زعنون، عبد الرفيع. "تعميم الحماية الاجتماعية تأسيس لدولة الرعاية أم تكريس لسياسة التخلي"، شوهد في 27-10-2024، على الرابط: https://mipa/institue/8856

- مختار، أمل. "تجربة النمو الاقتصادي في البرازيل: نموذج استرشادي لمصر"، موقع مركز الاهرام للدراسات السياسية والاستراتيجية، على الرابط: http://is.gd/YLuOBW

- رشيد أوراز، مواجهة كوفيد 19 في المغرب: الرضى عن الوضعية الاقتصادية لا يحجب طلب مزيد من فرص الشغل ومحاصرة الفساد، موقع معهد الشرق الأوسط، 28 شتنبر 2021، على الرابط: www.arabbarometer.org/ar/2021/09/%D9

خامسا : التقارير

- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، "الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، (المغرب: المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية 2018/34).

- الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، المغرب: إحالة ذاتية رقم 2018/34.

- الضمان الاجتماعي من أجل العدالة الاجتماعية وعولمة عادلة، التقرير السادس، البند السادس من جدول الاعمال، مؤتمر العمل الدولي، الدورة المائة، الطبعة الأولى، جنيف: مكتب العمل الدولي، 2011.

- إصلاح نظم الحماية الاجتماعية في البلدان العربية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإلسكوا)، الأمم المتحدة، 2019.

- المراجع باللغة الأجنبية

1- **Ouvrages / Books**

- Bensaid, Abderrahim. **La protection sociale au Maroc : Enjeux politiques et sociaux,** Rabat : Centre Marocain des Recherches et d'Analyse des Politiques, Décembre 2022.

- Cecchini Simone et Martinez Rodrigo. **Inclusive Social Protection in Latin America: A Comprehensive Rights-Based Approach**, United Nations: ECLAC, January 2012.

- Drolet, Julie. **Social Development and Social Work Perspectives on Social Protection**, by Routledge, 2016.

- Hall, Anthony. **The last shall be first: political dimensions of conditional cash transfers in Brazil**, Poverty, income and social protection, by Routledge, 2013.

2- **Revues/ Scientific Journals**

- Chteoui, Souad. Chaima, Chaimaa. "L'extension de la Couverture Sociale Au Maroc Moteur de L'innovation Sociale: Quels Enjeux pour les Etablissements de Santé "? **Revue de Management et Cultures (REMAC)**, N° 10, 2023.

- Makhon, Othman. "Morocco's Social Protection Programs: Can the Country Overcome the Odds"? Paper No, 7, **Arab Reform Initiative**, Septembre 2023

- Mengouchi , Oumaima. Bekkaoui, Abdelmalek. "L'Etat social Marocain: Leviers de réussite face aux transformation de la société", **Revue Internationale des Sciences de Gestion**, Volume 7, N° 4, 2024.

- Mhidia, Fadwa. "La Généralisation de la couverture médicale (GCM)، un RAMED pour tous ?", **Policy Briefs de Sciences Po**, N° 6, 2021.

- Timiq, Abderrahim et Abdelbak, Noureddine. "Le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc", **International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics**, Volume 4, Issuse 4-1, 2023.

سياسة الحماية الاجتماعية في البرازيل:
حالة برنامج "بولسا فاميليا"

Social Protection Policy in Brazil : The Case of the Bolsa Familia Program

محمد ضريف[50]

ملخص:

تسلط هذه الورقة الضوء على برنامج "بولسا فاميليا" في البرازيل كأحد أبرز نماذج الحماية الاجتماعية في تقليص الفقر وتعزيز التنمية المستدامة. يعتمد البرنامج على تقديم تحويلات نقدية مشروطة بالتزامات مثل تعليم الأطفال والرعاية الصحية، مما ساهم في تحسين حياة الفئات الهشة والتقليص من الفجوة الاقتصادية. ورغم التحديات والانتقادات التي واجهها، خاصة فيما يتعلق بقدرته على معالجة الفقر البنيوي، يبقى "بولسا فاميليا" من البرامج الاجتماعية التي سعت إلى إرساء عقد اجتماعي جديد بين الدولة والمجتمع، يمكن استلهامه لتطوير أنظمة حماية اجتماعية مستدامة في دول أخرى مثل المغرب.

كلمات مفتاحية : البرازيل، الحماية الاجتماعية، برنامج بولسا فاميليا، الحد من الفقر، التماسك الاجتماعي

[50] أستاذ باحث في القانون العام وعلم السياسة، جامعة محمد الخامس.

Abstract :

This paper highlights the Bolsa Familia programme in Brazil as one of the most prominent models of social protection in reducing poverty and promoting sustainable development. The programme relies on providing cash transfers conditional on commitments such as children's education and health care, which has contributed to improving the lives of vulnerable groups and reducing the economic gap. Despite the challenges and criticisms it has faced, particularly regarding its ability to address structural poverty, Bolsa Familia remains a pioneering model of a new social contract between the state and society, which can be inspired to develop sustainable social protection systems in other countries such as Morocco.

Keywords : Brazil, social protection, Bolsa Família program, poverty reduction, social cohesion

مقدمة

تعد الحماية الاجتماعية منظومة من السياسات والبرامج المصممة لضمان تحقيق الأمن الاقتصادي والاجتماعي للأفراد والأسر، لاسيما في فترات الحاجة مثل البطالة أو المرض أو الإعاقة أو الشيخوخة. وتشمل هذه السياسات برامج المساعدات الاجتماعية وأنظمة الحماية الشاملة. من بين أبرز هذه المبادرات برنامج "بولسا فاميليا"، الذي أطلقته البرازيل مطلع الألفية الثالثة، ويهدف إلى مكافحة الفقر عبر تقديم مساعدات مالية للأسر ذات الدخل المحدود، إلى جانب توفير التعليم والرعاية الصحية. انطلق البرنامج في عام 2003 لمعالجة التشتت في برامج التحويلات النقدية الفيدرالية، حيث يقدم تحويلات نقدية شهرية للأسر التي تعاني من الفقر المدقع.

تتناول هذه الورقة برنامج "بولسا فاميليا" في البرازيل كأحد أبرز النماذج العالمية لمكافحة الفقر وتقليل الفجوة الاجتماعية. أُطلق البرنامج عام 2003 في بلد يزيد سكانه على 200 مليون نسمة، حيث كان حوالي 25٪ منهم يعيشون تحت خط الفقر، و10٪ في فقر مدقع. استهدف البرنامج الأسر ذات الدخل المحدود، مقدمًا تحويلات نقدية مشروطة بالتعليم والرعاية الصحية، مما ساهم في خفض الفقر المدقع بنسبة تفوق 15٪ وتقليل التفاوت الاجتماعي بنسبة 27٪. إن اختيار البرازيل كنموذج للدراسة يعود إلى التحديات الاجتماعية والاقتصادية العميقة التي كانت تواجهها، رغم كونها واحدة من أكبر الاقتصادات الناشئة في العالم. فقد كانت تعاني من فوارق اجتماعية كبيرة ومعدلات فقر مرتفعة. ومع ذلك، فإن نجاح برنامج "بولسا فاميليا" في مواجهة

هذه التحديات جعل منه نموذجًا يُحتذى به، ليس فقط للبرازيل، بل للعديد من الدول النامية.

تتمحور إشكالية هذه الورقة في مدى نجاح البرازيل في تشكيل نظام قوي للحماية الاجتماعية على الرغم من المشاكل الاقتصادية والسياسية الرئيسية، وما يمكن أن تقدمه هذه التجربة لدول أخرى، مثل المغرب. إذن، كيف ساهم برنامج "بولسا فاميليا" في الحد من حدة الفقر؟ و هل يمكن أن يكون تجربة ملهمة يمكن أن يحتذى بها؟

تفترض هذه الورقة بأن السياسات الشاملة للحماية الاجتماعية كبرنامج "بولسا فاميليا" قد يلعب دوراً فعّالاً في الحد من الفقر وتحسين مستوى معيشة الفئات الأكثر هشاشة وزيادة التماسك الاجتماعي. تتجلى أهمية هذا الموضوع في كونه يسلط الضوء على برنامج "بولسا فاميليا" الذي يعتبر من أشهر برامج الحماية الاجتماعية على المستوى العالمي؛ بحيث أظهرت العديد من الدراسات أن البرنامج يتميز باستهداف دقيق نسبياً وقد أحدث تأثيرات كبيرة، بما في ذلك الحد من الفقر وعدم المساواة وتحسين المؤشرات التعليمية والصحية.[51]

تتوسل هذه الورقة إطارا نظريا يستند إلى مقاربة تقوم على حقوق الإنسان، التي تفترض ضرورة إعطاء الأولوية لأولئك الذين يعيشون في أوضاع اجتماعية صعبة والتي من شأنها أن تؤثر على حقوقهم الأساسية.

[51] Paiva, L. H., Cotta, T. C., & Barrientos, A. Brazil’s Bolsa Família Programme (September 2019). Oxford Academic, Accessed on October 12, 2024, https://shorturl.at/GJFRy

كما سيتم توظيف المنهج الوصفي التحليلي في هذا البحث لوصف وتحليل سياسات الحماية الاجتماعية في البرازيل، مع التركيز على دراسة حالة برنامج "بولسا فاميليا"، الذي يُعد تجربة مهمة في مجال مكافحة الفقر.

أولا- في ماهية ومجالات أنظمة الحماية الاجتماعية

ظهر "السؤال الاجتماعي" في ثلاثينيات وأربعينيات القرن التاسع عشر في كل من فرنسا وألمانيا، وكان مرتبطًا بقضايا الفقر وعدم المساواة والظلم الاجتماعي، باعتبارها من الظواهر التاريخية ذات الجذور العميقة المرتبطة بالتجربة الإنسانية. وقد ساهم عصر التنوير في تسليط الضوء على قضايا حقوق الإنسان وعدم المساواة، خاصة في سياق الثورة الصناعية التي أدت إلى انتشار الفقر والبؤس نتيجة للعمل المأجور.[52]

تُعتبر الحماية الاجتماعية أحد الركائز الأساسية لتعزيز تماسك المجتمع، حيث لا تقتصر السياسات الاجتماعية على إعادة توزيع الموارد فحسب، بل تشمل أيضًا الاعتراف بالمجموعات المهمشة والمستبعدة داخل المجتمع. بمعنى أن هذه السياسات لا تعالج الفقر وعدم المساواة من خلال التوزيع العادل فقط، بل تسهم في تعزيز التماسك الاجتماعي عبر الاعتراف الثقافي والاجتماعي، مما يمكّن من معالجة قضايا تتجاوز نطاق السياسات التوزيعية التقليدية.

[52] Leisering, Lutz (ed.), One Hundred Years of Social Protection: The Changing Social Question in Brazil, India, China, and South Africa. Palgrave Macmillan, Publication Date 2020.p 24.

تلعب أنظمة الحماية الاجتماعية المبنية على أسس متينة دورًا فعّالًا في الحد من عدم المساواة، وكسر حلقة الفقر التي تنتقل بين الأجيال. وتتنوع أدوات الحماية الاجتماعية بين التأمينات الاجتماعية، والمساعدات المباشرة، وبرامج الشمول الاقتصادي، ورعاية العمالة، والتي تهدف جميعها إلى دعم الأفراد في تحسين جودة حياتهم. على سبيل المثال، تمكّن هذه الآليات الأسر من الاستثمار في تعليم أبنائها وصحتهم، وتوفير الأمن الغذائي، كما تعزز من إنتاجية الأفراد وتوفر حماية لكبار السن، مما يسهم في بناء مجتمع أكثر استدامة وعدالة.[53]

تعد الحماية الاجتماعية حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان، ويعزز هذا المبدأ ما تنص عليه المواثيق الدولية، مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948). وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، تكون الدول ملزمة بتوفير الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية لجميع الأفراد دون تمييز. ويُعتبر ضمان الحماية الاجتماعية جزءًا أساسيًا من حقوق الإنسان، ويشمل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية، والسكن، والمياه والصرف الصحي، والغذاء، والتعليم الأساسي.

أصبح الحق في الحماية الاجتماعية اليوم من الحقوق الأساسية للإنسان، بعدما كان لفترة طويلة يُعتبر، سواء من حيث المفهوم أو الممارسة، عملاً إنسانيًا يحمل طابعًا خيريًا وشكلاً من أشكال البر والإحسان. وقد تعززت مكانة هذا الحق

[53] World Bank. "Social Protection, Labor, and Employment." World Bank, No publication date, Accessed 12 Oct. 2024 , https://shorturl.at/S4W5X

من خلال الاتفاقيات الدولية، مثل تلك التي أصدرتها الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية. كما دعمت العديد من المبادرات العالمية المهمة هذا الحق، أبرزها في عام 2015 مع اعتماد أهداف التنمية المستدامة.[54] وتُعد الحماية الاجتماعية اليوم الركيزة الأساسية التي يقوم عليها العقد الاجتماعي وروابط الأخذ والعطاء والتضامن؛ فبدون هذه الروابط، لا يمكن لأي مجتمع، مهما كان مستوى تنميته، أن يضمن تماسكه أو ازدهاره أو أن يصون كرامة مواطنيه.[55]

إن المقاربة القائمة على الحقوق تجعل الحماية الاجتماعية حقًا من حقوق الإنسان، وليس مجرد عمل خيري أو احتياجات أو شفقة. وتعني هذه المقاربة أن الحماية الاجتماعية يجب أن تستند على مبادئ حقوق الإنسان الأساسية

[54] تتسم أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالحماية الاجتماعية بترابط وثيق، حيث توفر إطارًا شاملاً لتعزيز رفاهية الأفراد وضمان حقوقهم الأساسية. يركز الهدف الأول على القضاء على الفقر بجميع أشكاله، بينما يدعم الهدف الثالث ضمان الصحة الجيدة والرفاه من خلال توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية. ويُعنى الهدف الرابع بتوفير تعليم جيد ومنصف للجميع، في حين يعزز الهدف الخامس المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات. كما يدعو الهدف الثامن إلى تحقيق نمو اقتصادي مستدام وتوفير فرص عمل لائقة، مما يستدعي دعم أنظمة الحماية الاجتماعية لتعزيز الاستقرار الاقتصادي. وأخيرًا، يسعى الهدف العاشر إلى تقليص أوجه عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها.

[55] الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، رأي صادر عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2018/38، شوهد بتاريخ 20 أكتوبر 2024، ص 8. https://shorturl.at/oHn6B

المتمثلة في المساواة وعدم التمييز والتي ينبغي ادماجها عند تصميم وتنفيذ ومراقبة وتقييم أنظمة الحماية الاجتماعية.[56]

ثانيا- تطور نظام الحماية الاجتماعية في البرازيل

ارتبط ظهور نظام الحماية الاجتماعية في البرازيل بالتحولات الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها في ثلاثينيات القرن العشرين، حيث انتقلت البلاد من نموذج التنمية الذي يقوم على الزراعة والتصدير إلى نموذج صناعي حضري، عموده الفقري طبقة عاملة ناشئة، لها حاجيات ومطالب جماعية متزايدة نتيجة عملية التصنيع والتحضر. تم تعزيز أنظمة الحماية الاجتماعية في سبعينيات القرن الماضي، بحيث عملت الأنظمة السلطوية العسكرية، إلى الانخراط فيما يسمى بـ " الصفقة السلطوبة"، إذ تم توجيه البرامج والخدمات الاجتماعية لشراء السلم الاجتماعي.

لقد شكّل دستور سنة 1988 تقدمًا كبيرًا وتجاوزًا للنماذج الدستورية السابقة، إذ أكد على تعزيز الحقوق الاجتماعية والحماية الشاملة للمواطنين، حيث نص في المادة 194 على أن "الرفاهية الاجتماعية تشمل كلاً من الإجراءات التي تنظمها الحكومة والمجتمع بهدف ضمان الحقوق في الصحة والضمان الاجتماعي والمساعدة". كما يحدد الدستور في الفقرة الأولى من المادة ذاتها الأهداف التي يجب أن تستند إليها الرفاهية الاجتماعية، ومنها شمولية التغطية وتكافؤ المنافع والخدمات بين السكان الحضريين والقرويين، والانتقائية

[56] Why We Need Social Protection, SOCIAL DEVELOPMENT POLICY GUIDES(2018) , Accessed 17 Oct. 2024 https://shorturl.at/cgucm

والتوزيع العادل للمنافع والخدمات، فضلاً عن ضمان عدم تخفيض قيمة المنافع، والمشاركة العادلة في التمويل، وتنوع مصادره، والإدارة الديمقراطية واللامركزية بمشاركة المجتمع، لا سيما العمال وأرباب الأعمال والمتقاعدين. كما نص في المادة 195، على أن تمويل الرفاهية الاجتماعية يتم من ميزانيات الاتحاد والمناطق الفيدرالية والبلديات، مع مساهمات من أصحاب العمل على أساس الرواتب والأرباح، وكذلك من العمال وإيرادات اليانصيب. [57]

قبل إطلاق برنامج "بولسا فاميليا"، كانت برامج الرعاية الاجتماعية في البرازيل تواجه تحديات عديدة أعاقت قدرتها على تحسين ظروف الفئات الفقيرة وتقليص الفجوات في مستويات المعيشة الأساسية. فقد عانت هذه البرامج من المركزية المفرطة والبيروقراطية الإدارية التي أدت إلى ضعف الكفاءة والفعالية، بالإضافة إلى نقص التنسيق بين المؤسسات المشرفة، مما أسفر عن تشتت الموارد المالية والبشرية وعدم القدرة على تلبية الاحتياجات الاجتماعية بشكل كامل. كما أن تداخل المهام بين المؤسسات الحكومية وغياب وضوح الأهداف وطرائق العمل ساهم في ضعف استقرار البرامج، خاصة في مراحلها التجريبية. علاوة على ذلك، أدى التركيز غير المتكافئ في تنفيذ القوانين الاجتماعية، بفضل التأثير الكبير للبيروقراطية والمصالح الخاصة، إلى إعاقة التوزيع العادل للموارد، في حين ساهم غياب قنوات التواصل الفعالة بين صناع

[57] Constitution of the Federative Republic of Brazil, 1988, with 1996 reforms. World Intellectual Property Organization (WIPO). República Federativa de Brasil / Federative Republic of Brazil. Última actualización / Last updated: November, 2008. Available at: https://shorturl.at/AewDM

القرار والمستفيدين وعدم وجود آليات قوية لمراقبة وتقييم البرامج الاجتماعية في تفاقم هذه المشاكل، مما حال دون اكتشاف حالات الاحتيال أو معالجة القصور في صرف المعاشات، وجعل البرامج غير قادرة على تقديم حلول فعالة أو تحقيق التغيير الاجتماعي المأمول.[58]

ثالثا- السياق الاجتماعي لبرنامج "بولسا فاميليا"

على مدى عقود، عانت البرازيل من مشاكل الفقر وعدم المساواة ذات الجذور البنيوية، مع مستويات عالية من الجوع والحرمان، لا سيما في الأحياء الهامشية التي تحيط بالمدن الكبرى مثل "ساو باولو "و"ريو دي جانيرو". وتشير تقديرات البنك الدولي إلى أنه بين عامي 1995 و2003، كان هناك أكثر من 20 مليون برازيلي (حوالي 11٪ من إجمالي السكان) يعيشون تحت خط الفقر الدولي، الذي كان يُعرَّف حينها بدخل أقل من 1.90 دولار أمريكي يوميًا. لقد كانت البرازيل في الثمانينيات القرن الماضي ثاني أكثر دول العالم تفاوتًا في الدخل. وفقًا لبيانات البنك الدولي والمعهد البرازيلي للجغرافيا والإحصاء (IBGE)، كانت البرازيل تعاني من مستويات عالية من عدم المساواة في الدخل، حيث بلغ معامل جيني، الذي يعد مقياسًا لعدم المساواة في الدخل، حوالي 0.60 في أواخر التسعينيات وأوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، مما يدل على الفجوة الكبيرة في توزيع الدخل. في عام 2001، أظهرت البيانات أن حوالي

[58] ديكسون، جون، وشيريل، روبيرت. دولة الرعاية الاجتماعية في القرن العشرين: تجارب الأمم المتقدمة في تكريم الإنسان. ترجمة سارة الذيب، الطبعة الأولى(بيروت: (الشبكة العربية للأبحاث والنشر 2014)، ص 95.

30% من سكان البرازيل كانوا يعيشون على أقل من 2 دولار أمريكي في اليوم (من حيث تعادل القوة الشرائية). وكان الفقر المدقع، الذي يُعرف بعيش الأفراد على أقل من 1.25 دولار في اليوم، مشكلة بارزة في بعض المناطق، لاسيما في الشمال الشرقي، حيث كانت هذه المناطق تعاني من أعداد كبيرة من السكان المتأثرين بهذه الحالة. بالإضافة إلى ذلك، أشار تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي إلى أن نسبة الفقر المدقع في البرازيل كانت تتراوح بين 10٪ و12٪ من إجمالي السكان قبل عام 2003،[59]

دفع هذا الوضع الكثير من البرازيليين للاعتقاد بأن الفقر نتيجة "لمجتمع غير عادل"، وليس بسبب فشل الفرد، وهذا ما كشفه استطلاع قيم العالم، بحيث يرى 76٪ من البرازيليين أن الفقراء يعانون من الفقر بسبب "ظلم المجتمع"، وأنهم لا يملكون فرصًا كبيرة للخروج من الفقر بمفردهم. وتبقى هذه التصورات أقوى في البرازيل مقارنة بالكثير من المناطق الأخرى، بما في ذلك أوروبا وأمريكا. وعلى النقيض من ذلك، في الولايات المتحدة، يُعزى الفقر إلى الكسل، ويعتقد الكثيرون أن الفقراء يمكنهم الخروج من الفقر إذا بذلوا جهدًا كافيًا. حتى النخبة البرازيلية تعترف بأهمية معالجة الفقر وعدم المساواة والتعليم؛ إذ أظهر استطلاع شمل 320 شخصية من القيادات السياسية والحكومية والقطاع الخاص والنقابات في البرازيل أن حوالي نصف المشاركين

[59] Ferreira, F. H. G., Leite, P. G., & Litchfield, J. A. (2008). The Rise and Fall of Brazilian Inequality: 1981-2004. Research Department, The World Bank. https://shorturl.at/IrvUT

اعتبروا هذه القضايا عوائق رئيسية أمام الديمقراطية، واعتبر 40٪ منهم أنها أولويات وطنية.[60]

لقد واجه العديد من البرازيليين حلقة مفرغة من الفقر المتوارث، بحيث كانت احتياجاتهم اليومية للطعام وللسكن وللرعاية الصحية، تعيق قدرتهم على التخطيط لحياتهم على المدى الطويل؛ بحيث كان معظم أفراد الأسرة، بغض النظر عن أعمارهم، يسعون للحصول على عمل رسمي أو غير رسمي للمساهمة في دخل الأسرة. ونتيجة لذلك، حُرم العديد من الأطفال من التعليم الذي يمكّنهم من كسر دائرة الفقر على المدى الطويل، مما خلق أزمات اجتماعية عابرة للأجيال.

لقد كانت الأمهات الشابات غالبًا ما يضطررن إلى التخلي عن الفحوصات الضرورية خلال فترة الحمل وبعدها. كما كان الكثير منهن لا يلتزمن بحضور الفحوصات الطبية الخاصة بأطفالهن، مما حال دون تطعيمهم. وأسهم ذلك في ارتفاع معدل وفيات الأطفال وخطر الإصابة بالأمراض المزمنة. لقد شكل إهمال التدابير الصحية الوقائية الضرورية عبئًا ماليًا طويل الأمد على الأسر ذات الدخل المنخفض، وهدد الاستدامة المالية لنظام الرعاية الصحية الشاملة.[61]

[60] Lindert, K., Linder, A., Hobbs, J., & de la Brière, B. (2007). Nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família program: Implementing conditional cash transfers in a decentralized context, Social Protection World The Bank p 10. https://shorturl.at/4gtru

[61] Bolsa Família in Brazil. Centre for Public Impact(2019). Accessed October 23, 2024. https://shorturl.at/o7Dhc

رابعا- أهداف برنامج "بولسا فاميليا"

تُعتبر برامج التحويلات النقدية المشروطة من الاستراتيجيات التي اعتمدتها العديد من الدول على مدى العقدين الماضيين، حيث تلعب دورًا محوريًا في تقليص الفجوات في الدخل وتعزيز الوصول إلى الخدمات الأساسية مثل الصحة والتعليم. يعد برنامج التحويلات النقدية البرازيلية (بولسا فاميليا) من بين أكبر البرامج المصممة للتخفيف من الفقر ومكافحة الجوع. في عام 2003، قام الرئيس البرازيلي "لويس إيناسيو لولا دا سيلفا" بتوحيد ثلاث مبادرات رئيسية ضمن برنامج "فوم 0" (الجوع 0) لدعم بعض الأغذية الأساسية. إلا أن المكونات المختلفة للبرنامج كانت تعمل بشكل مستقل، مما تسبب في تعارض معايير الاختيار، وإجراءات الإبلاغ، والترتيبات المصرفية. أدت قواعد البيانات غير المكتملة إلى حدوث أخطاء في الاستهداف، وتكرار استفادة بعض الأفراد، وارتفاع التكاليف الإدارية، فضلًا عن تعرض عملية اختيار المستفيدين للفساد.

عند إنشاء برنامج "بولسا فاميليا"، أظهر الحزب الحاكم في الحكومة الفيدرالية التزامًا قويًا بدعم البرنامج، حيث كان حريصًا على تجاوز المحافظين ذوي التوجهات اليمينية، الذين كانوا ينظرون بعين الريبة لهذا البرنامج، هذا في حين كان الرئيس "لويس إيناسيو لولا دا سيلفا" وحزبه، من أبرز المدافعين عن مبدأ برامج التحويلات النقدية المشروطة كوسيلة لتقليل الفقر والجوع وعدم المساواة. كما دعوا إلى توحيد البرامج القائمة، حيث كان دمج برامج التحويلات النقدية الفيدرالية جزءًا من برنامج الرئيس لولا دا سيلفا الانتخابي.

ورغم أن التركيز كان في البداية على برنامج الجوع 0 (Zero Hunger)، لعب الرئيس لولا دورًا حاسمًا في إنشاء برنامج "بولسا فاميليا" في عدة مراحل، مما جعله السياسة الاجتماعية الرائدة خلال فترة حكمه. وبعد أشهر من الخلاف بين الوزارات المختلفة، قرر الرئيس لولا تغيير قراره الأولي وتعديل أولويات سياسات حكومته الاجتماعية من التركيز على برنامج "الجوع صفر" إلى دمج برامج التحويلات النقدية المشروطة القائمة. وفي هذه المرحلة، قرر الرئيس تشكيل مجموعة صغيرة من البيروقراطيين الفيدراليين رفيعي المستوى، مُكلفة بإدارة المبادرات الأولى للبرنامج الجديد.[62] وفي يناير 2004، تم دمج وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة الأمن الغذائي لتشكيل وزارة التنمية الاجتماعية ومكافحة الجوع، التي أُوكلت إليها مسؤولية إدارة برنامج "بولسا فاميليا". استند هذا المشروع الاجتماعي الكبير إلى المرسوم الحكومي رقم 5/209 لعام 2004، الذي حدد الأهداف الرئيسية لبرنامج "بولسا فاميليا" فما يلي:

- تعزيز الوصول إلى شبكة الخدمات العامة، خاصة في مجالات الصحة والتعليم والمساعدة الاجتماعية.

- تعزيز استقلالية الأسر الفقيرة ودعمها للخروج من دائرة الفقر المدقع.

- مكافحة الجوع وتعزيز الأمن الغذائي.

- مكافحة الفقر بشكل عام.

- تعزيز التنسيق والتكامل بين البرامج الاجتماعية الحكومية.

[62] Ibid

ولتحقيق هذه الأهداف، تضمن البرنامج جملة من الاجراءات والتدابير، من بينها تقديم المساعدات للعائلات الفقيرة جدًا التي يقل دخل الشهري للفرد أقل من 70 ريال برازيلي (ما يعادل 25 دولارًا أمريكيًا) كما تضمن البرنامج:

- مساعدة أساسية غير مشروطة بقيمة 70 ريال برازيلي للعائلات الفقيرة جدًا.

- مساعدة بقيمة 32 ريال برازيلي للعائلات التي لديها ثلاثة أطفال تقل أعمارهم عن 15 سنة.

- مساعدة بقيمة 38 ريال برازيلي لطفلين كحد أقصى تتراوح أعمارهم بين 16 و17 سنة.

لقد ربطت الحكومة المساعدات التي تضمنها برنامج "بولسا فاميليا"، بدفتر تحملات على الأسر المستفيدة منه أن تخضع لشروطه والتي من أهمها:

- الحضور المدرسي بنسبة 87٪ للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و15 سنة، و75٪ للمراهقين بين 16 و17 سنة.

- الحرص على تقديم التطعيمات والرعاية الطبية للأطفال تحت سن السابعة.

- الحرص على القيام بالفحوصات الطبية قبل ولادة للنساء اللواتي يتراوح سنهن ما بين 14 و44 سنة.

- الحرص على القيام بفحوصات دورية للأطفال وللنساء المرضعات.

يُظهر تحليل هذه الشروط أن برنامج "بولسا فاميليا" يتجاوز كونه مجرد سياسة اجتماعية، ليعكس رؤية شاملة لدور الفرد والأسرة في المجتمع. وقد أكد الخبيران الاقتصاديان في البنك الدولي، "أربيل فيزبان" و"نور بيرد شادي"، أن هذه الشروط ساهمت في بناء انطباع شعبي بأن البرنامج لم يكن مجرد مساعدات للفقراء، بل كان يمثل نوعًا جديدًا من العقد الاجتماعي، حيث يُفترض أن يلتزم المستفيدون بدورهم في العملية. ومع ذلك، تم تطبيق هذه الشروط بمرونة لتناسب واقع الأسر المختلفة:[63]

- المخالفة الأولى تؤدي إلى التحذير.

- المخالفة الثانية تؤدي إلى تعليق المساعدة لمدة شهر، لكنها تُعاد عند الامتثال.

- المخالفتان الثالثة والرابعة تؤديان إلى تعليق المساعدة لمدة شهرين بدون استرداد.

- بعد المخالفة الخامسة، يتم إلغاء المساعدة بشكل نهائي.

في بعض الأحيان، يتم إعفاء الأسر من هذه الشروط في حال عدم توفر الخدمات الضرورية، أو في حالات مثل مرض الأطفال أو وجود حالات صحية أو وفاة في الأسرة. ومع ذلك، تُفرض عقوبات على حالات مثل التسول، وعمالة الأطفال، والإهمال، والعنف، والاعتداءات الجنسية[64]. إعتمد برنامج "بولسا

[63] Fiszbein, A., & Schady, N., with Ferreira, F. H. G., Grosh, M., Keleher, N., Olinto, P., & Skoufi, E. (2009). Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty. The International Bank for Reconstruction and Development, p. 10. https://urlshort.app/D17QVA

[64] Saad-Filho, A. (2015). Social Policy for Neoliberalism: The Bolsa Família

فاميليا" بشكل أساسي على الميزانية الفيدرالية في البرازيل، حيث يتم تمويله من الإيرادات الضريبية وتوجيه الموارد من برامج اجتماعية أخرى لتحقيق فاعلية أكبر. إلى جانب ذلك، حصل البرنامج على دعم دولي من مؤسسات مثل البنك الدولي ومساهمات من جهات مانحة، مما ساعد في توسيع نطاقه وتحسين بنيته التحتية لتلبية احتياجات المستفيدين بشكل أفضل.[65]

خامسا- نتائج برنامج "بولسا فاميليا"

حظي برنامج "بولسا فاميليا" بتقدير عالمي كأحد أنجح نماذج برامج التحويلات النقدية المشروطة. يخدم البرنامج سنويًا حوالي 11.1 مليون أسرة، أي ما يزيد عن 46 مليون شخص، مما يجعله الأكبر عالميًا في هذا المجال. وقد أثبت البرنامج فعاليته في تحقيق تأثيرات إيجابية ملموسة، مثل الوصول إلى المستفيدين، وخفض معدلات الفقر والجوع وعدم المساواة، وتحسين المؤشرات الصحية والتعليمية. وفقًا للبنك الدولي، ساهم البرنامج في خفض نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي من 13٪ إلى 3٪، أي ما يعادل سبعة ملايين شخص تقريبًا. كما تشير التقديرات إلى أن معدلات الفقر المدقع كانت ستكون أعلى بنسبة تتراوح بين 33٪ و50٪ لولا وجود هذا البرنامج.[66]

لقد كان لبرنامج "بولسا فاميليا" أثر واضح في تحسين الأداء الدراسي للأطفال المستفيدين منه. فقد أتمّ 75.6٪ من هؤلاء الأطفال تعليمهم الأساسي

Programme in Brazil. Development and Change journal, https://shorturl.at/pQJws

[65] Hellmann, Aline Gazola, How Does Bolsa Familia Work?: Best Practices in the Implementation of Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean, Accessed October 21, 2024. https://shorturl.at/zEpVS

[66] ibid

في السن المتوقع (حتى 15 عاماً)، مقارنة بـ79.4٪ من أقرانهم في المدارس العامة. ويبرز هذا التأثير الإيجابي بوضوح في المناطق الأكثر فقراً، مثل الشمال الشرقي للبرازيل، حيث أكمل 71.3٪ من المستفيدين تعليمهم الأساسي مقارنة بـ64٪ فقط من غير المستفيدين. كما أظهرت دراسة أن الأطفال المستفيدين حققوا تقدماً دراسياً أفضل بمقدار 6 نقاط مئوية مقارنة بأطفال من نفس الفئة الاجتماعية غير المشمولين بالبرنامج. ومن الجدير بالذكر أن البرنامج يقلل من احتمالية الرسوب، حيث أظهرت الأبحاث أن التلاميذ المستفيدين أقل عرضة للرسوب بنسبة 11٪. وعند التزامهم بالحضور المدرسي المطلوب، تنخفض احتمالية الرسوب بشكل أكبر، بنسبة تصل إلى 40٪ للأطفال الذين يحققون نسبة حضور مرتفعة.[67]

حقق برنامج "بولسا فاميليا" تقدمًا ملحوظًا في جهود مكافحة الجوع والفقر في البرازيل، إذ ساهم بشكل مباشر في تخفيف حدة الفقر من خلال التحويلات النقدية الموجهة إلى الأسر الفقيرة. وقد أظهرت البيانات الصادرة عن استطلاعات متعددة مثل المسح الأسري البرازيلي (PNAD) ومعهد البحوث الاقتصادية التطبيقية (IPEA) أن البرنامج أسهم في تقليص نسبة الفقر المدقع من 12% في عام 2003 إلى 4.8٪ في عام 2008، وكان مسؤولًا عن 21٪ من التحسن في مؤشر جيني، الذي يقيس درجة عدم المساواة في الدخل. كما أكدت الدراسات التي أجرتها مؤسسات دولية وبرازيلية، مثل البنك الدولي ومؤسسة

[67] Résultats et impacts des conditions imposées aux bénéficiaires du programme Bolsa Família dans le domaine de l'éducation. Monde sans pervertie. Sans date. Consulté le 2 décembre 2024. Disponible sur : https://shorturl.at/QLwmi.

"غيتوليو فارغاس"، على حدوث انخفاض في معدلات الفقر وعدم المساواة الاجتماعية.[68]

ساهم برنامج "بولسا فاميليا" بشكل كبير في تقليص الفقر وعدم المساواة، حيث قلل الفقر المدقع بنسبة تصل إلى الثلث وخفض معامل جيني بنحو 15٪ خلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. كما أدى البرنامج إلى تحسين المؤشرات الصحية من خلال خفض معدلات وفيات الأطفال وزيادة حضور التلاميذ وتقدمهم الدراسي، مما ساعد في كسر دورة الفقر عبر الاستثمار في رأس المال البشري. على الرغم من الأزمات السياسية والاقتصادية، ظل البرنامج صامدًا واستمر في دعم حوالي 14.1 مليون أسرة في عام 2018، مع زيادات تفوق معدلات التضخم. تميز البرنامج بإدارته الشفافة والمبتكرة وهيكله اللامركزي، مما عزز التنفيذ الفعّال وأدى إلى تحقيق دعم سياسي وشعبي واسع، وساهم في تعزيز شرعية الحكومات، ليصبح نموذجًا عالميًا لسياسات مكافحة الفقر المستدامة.[69]

لقد أكدت مجموعة من الدراسات والتقارير التي عالجت إشكالية اللامساواة أن برنامج "بولسا فاميليا" ساهم في تقليص فجوة الدخل الإجمالي في البرازيل بنسبة تصل إلى الثلث، وقد تم تصنيفه كأحد أهم العوامل المساهمة

---

68 Mourão, L., & Macedo de Jesus, A. (2012). Bolsa Família (Family Grant) Programme: an analysis of Brazilian income transfer programme. Field Actions Science Reports, Special Issue 4, Fighting Poverty, between market and gift. Retrieved December 2, 2024. https://shorturl.at/FazJa

69 Paiva, L. H., Cotta, T. C., & Barrientos, A. (2019). Brazil's Bolsa Família Programme. In Oxford Academic. Retrieved from https://academic.oup.com/book/42635/chapter/358101315

في هذا التغيير بعد النمو الاقتصادي العام. وفقًا لما ذكرته "تيريزا كامبيلو"، وزيرة التنمية الاجتماعية، فقد ارتفع دخل أفقر 20٪ من البرازيليين بنسبة 6.2٪ بين العامين 2002 و 2013، بينما ارتفع دخل أغنى 20٪ من السكان بنسبة 2.6٪ فقط. هذا يشير إلى تباين ملحوظ مقارنة بالولايات المتحدة، حيث ارتفع دخل أغنى 10٪ بنسبة 6.7٪ خلال نفس الفترة، بينما انخفض دخل أفقر 10٪ بنسبة 8.6٪.[70]

فضلا عن ذلك، حقق "بولسا فاميليا" تقدمًا كبيرًا نحو الهدف الذي سطره الرئيس "لولا" في منع انتقال الفقر بين الأجيال. من خلال هذا البرنامج، تم زيادة معدلات التطعيم إلى 99٪ من السكان، كما تم تقليص معدلات سوء التغذية بين الأطفال في المناطق الأكثر فقرًا بنسبة 16٪. كما تحسنت فرصهم في الوصول إلى المعدلات الصحية للوزن إلى العمر بنسبة 26٪، وانخفضت معدلات وفيات الأطفال الرضع بنسبة 40٪ في العقد الماضي، مع تراجع الوفيات الناتجة عن سوء التغذية بنسبة 58٪، وهو أحد أكبر التخفيضات التي سجلها أي بلد على الإطلاق[71].

كما انخفضت نسبة الأطفال الذين أجبروا على العمل بدلاً من الذهاب إلى المدرسة بنسبة 14٪. كما أظهر المستفيدون من البرنامج معدلات تخرج أعلى من الأطفال الفقراء الذين لم يشملهم البرنامج، حيث ارتفعت نسبة التخرج

[70] Bui, Q. (2014, October 2). 40 Years of Income Inequality in America, in Graphs. NPR, Retrieved November 07, 2024 https://shorturl.at/9drHH
[71] Liu, A. (2013, December 31). How Giving Cash Directly to the Poor Paid Off in Brazil. Retrieved November 10, 2024, from : https://shorturl.at/YUild

بمقدار الضعف. بالإضافة إلى ذلك، تم تحسين التحاق الأطفال بالمدارس في المناطق الأكثر فقرًا بنسبة 14٪. كما أظهرت النتائج أيضًا ارتفاع معدل القراءة والكتابة الوطني.[72]

فقد أظهرت بعض الأبحاث أيضا أن البرنامج ساهم في تمكين النساء البرازيليات من خلال منحهن السيطرة على الحسابات المصرفية لأسرهن، على سبيل المثال، أظهرت الدراسات أن زيادة مشاركة النساء في "صندوق الأسرة" بنسبة 10٪ تعزز فرص تمتعهن بسلطة حصرية على وسائل منع الحمل في زيجاتهن. علاوة على ذلك، يبدو أن البرنامج كان له تأثير كبير على شعور الفقراء البرازيليين بامتلاك الإرادة والقدرة على إدارة حياتهم. فقد كشفت دراسة استقصائية حديثة شملت 400,000 مستفيد من "صندوق الأسرة" في ثلاث مدن مختلفة، أن ثلاثة أرباع المستجوبين أعربوا عن فخرهم بالتسجيل في البرنامج. وأوضحوا أن الصندوق ساعدهم على تحقيق تغذية سليمة وملبس مناسب دون الحاجة إلى التسول، مما منحهم حياة أكثر استقلالًا وكرامة[73].

سادسا- برنامج "بولسا فاميليا": الحدود والتحديات

أثار برنامج "صندوق الأسرة" جدلًا واسعًا عند إطلاقه لأول مرة من قبل الرئيس "لولا" في أكتوبر 2003. فقد كانت أغلب الخبراء والمنظمات الدولية ترى

[72] Pennies from heaven. (2013, December 12). The Economist. Retrieved November 10, 2024, from: https://shorturl.at/8Kiop

[73]- جوناثان تيبيرمان، الإصلاح: كيف تنجو الأمم وتزدهر في عالم يتداعى. ترجمة: أشرف سليمان، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، (سلسلة عالم المعرفة، العدد 494، 2021)، ص64.

أن تقديم أموال نقدية مباشرة للفقراء خطوة خاطئة وخطرة، حيث كان يُفضل في نظرهم تقديم المساعدات على شكل مواد غذائية أساسية أو خدمات مباشرة بدلًا من الأموال النقدية. وأكدت الخبيرة الاقتصادية في مجال الرعاية الاجتماعية "لينا لا فيناس" هذا الرأي بقولها إن الحكمة التقليدية آنذاك كانت تقوم على افتراض أن الفقراء لا يعرفون كيفية إدارة الموارد بشكل صحيح، مما يؤدي إلى الاعتقاد بأنهم قد ينفقون الأموال على الكحول أو السجائر أو الكماليات غير الضرورية.[74]

رأى بعض الاقتصاديين أيضًا أن الحكومة يجب أن تستثمر في البنية التحتية مثل المدارس بدلاً من دفع النقود مباشرة للأسر. كما أشار آخرون إلى أن من غير المعقول أن تفرض الحكومة على الآباء كيفية إدارة شؤون أطفالهم. وحذر النقاد المحافظون من أن التحويلات النقدية قد تؤدي إلى الاعتماد طويل الأمد على المساعدات الاجتماعية. من بين الانتقادات التي وجهتها المعارضة للبرنامج، صرحت "تيريزا كامبيلو"Campello Tereza وزيرة التنمية الاجتماعية آنذاك بأن البرنامج سيؤدي إلى خلق "جيش من الكسالى"، مستشهدة بالمقولة الصينية المشهورة: "تعليم الناس كيفية صيد السمك أفضل من إطعامهم السمك".[75]

وعلى الرغم من التوسع الكبير الذي عرفه برنامج "بولسا فاميليا"، فإن حوالي 28٪ من سكان البرازيل لا يزالون يعيشون في الفقر؛ إذ يشعر بعض

[74]- جوناثان تيبيرمان، المرجع السابق، ص54.

[75] نفس المرجع، ص 56

الخبراء بالقلق من أن تركيز البرنامج بشكل كبير على احتياجات الأطفال البرازيليين قد يترك أثرًا سلبيًا على الآباء الفقراء، حيث تقل استفادتهم بشكل كبير عندما يبلغ أطفالهم سن 17 عامًا. كما حذر باحثون نسويون، مثل "ماكسين مولينو Maxine Molyneux" من جامعة لندن كوليج، من أن جعل التحويلات النقدية مشروطة بمبادرات "الأمومة الجيدة" قد يعزز الأدوار التقليدية للمرأة؛ بحيث لا يتم إشراك الرجال بشكل جاد في البرامج، ولا يُبذل أي جهد لتعزيز تقاسم المسؤوليات بين الرجال والنساء. بدلًا من ذلك، يتم افتراض أن النساء سيؤدين العمل المرتبط بتلبية احتياجات الأطفال باعتباره جزءًا طبيعيًا من أدوارهن كأمهات.[76]

وقد تعرّض برنامج "بولسا فاميليا" لانتقادات بسبب اتهامه باستغلاله كأداة لأغراض سياسية وانتخابية. ويشير المنتقدون إلى أن البرنامج قد تم توظيفه في بعض الأحيان لضمان الأصوات والحفاظ على الولاء السياسي، خصوصًا بين الفئات ذات الدخل المنخفض المستفيدة منه مباشرة. وقد أثارت هذه الادعاءات جدلًا حول كيفية تنفيذ البرنامج وإمكانية إساءة استخدام سياسات الرعاية الاجتماعية لأهداف سياسوية و حزبية.[77]

[76] Molyneux, Maxine. (2006). Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: The PROGRESA/Oportunidades Programme in Mexico. In Gender and Social Policy in a Global Context, p 438. https://doi.org/10.1057/9780230625280_2

[77] Hall, A. (2024). The last shall be first: Political dimensions of conditional cash transfers in Brazil. The London School of Economics and Political Science. Retrieved October 25, 2024. https://shorturl.at/Az6Z3

كما تُنتقد برامج الحماية الاجتماعية كبرنامج "بولسا فاميليا"، باعتبارها آلية من آليات السياسات النيوليبرالية، التي تعزز فكرة تحمل الفقر ومكافحته بدلاً من معالجة جذوره البنيوية العميقة؛ بحيث تكون هذه السياسات قصيرة المدى، مركزة على تخفيف الفقر دون تحقيق تغييرات هيكلية طويلة الأمد، مما يحول دون المطالبة بالإصلاحات الجذرية مثل إعادة توزيع الثروات أو تحسين الأجور والخدمات العامة.

على الرغم من الانتقادات الموجهة إلى هذا البرنامج، إلا أن عدد مؤيديه يفوق عدد منتقديه. فقد وصفت "نانسي بيردسال Nancy Birdsall"، رئيسة مركز التنمية العالمية في مؤسسة أبحاث بواشنطن، صندوق الأسرة بأنه "أقرب ما يكون إلى رصاصة سحرية في مجال التنمية". كما أن هناك مجموعة مؤيدة أخرى، بما في ذلك صحيفة نيويورك تايمز التي اعتبرت البرنامج "من المحتمل أن يكون البرنامج الحكومي الأكثر أهمية لمكافحة الفقر الذي شاهده العالم على الإطلاق". بالإضافة إلى ذلك، وصفت صحيفة اقتصادية شهيرة « The Economist » البرنامج بأنه حقق "نجاحاً مذهلاً".[78]

[78] جوناثان تيبيرمان، المرجع السابق، ص68.

خاتمة

يتضح مما سبق أن برنامج "بولسا فاميليا" يُعد تجربة مهمة في مجال التحويلات النقدية المشروطة، حيث أسهم في إحداث تحول اجتماعي واقتصادي كبير في البرازيل. لم يكن هذا البرنامج مجرد سياسة اجتماعية للتخفيف من حدة الفقر، بل كان بمثابة عقد اجتماعي جديد بين الدولة والمجتمع، يقوم على التزامات متبادلة تهدف إلى تحسين الصحة والتعليم وتعزيز الاستقلالية المالية. ورغم هذه النجاحات الكبيرة، لم يخلُ برنامج "بولسا فاميليا" من التحديات والانتقادات، فقد أثيرت تساؤلات حول جدوى البرنامج في معالجة الفقر البنيوي الذي لا يمكن أن يُحل بمجرد التحويلات النقدية. مع ذلك، يظل البرنامج نموذجا متميزًا لسياسات مكافحة الفقر على المستوى العالمي. فقد أثبتت البرازيل من خلال هذا البرنامج أنه من الممكن تحقيق تقدم اجتماعي واقتصادي عند دمج السياسات الاجتماعية مع التزامات الدولة والأفراد. لقد ساهم هذا البرنامج، من خلال الأرقام التي تم التوقف عندها، في تحسين حياة ملايين البرازيليين وأصبح سياسة مرجعية للدول الأخرى الساعية إلى تطوير سياسات فعالة لمكافحة الفقر وتعزيز أنظمة الحماية الاجتماعية.

المراجع

- الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، رأي صادر عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2018/38، شوهد بتاريخ 20 أكتوبر 2024، . https://shorturl.at/oHn6B

- تيبيرمان، جوناثان. الإصلاح: كيف تنجو الأمم وتزدهر في عالم يتداعى. ترجمة: أشرف سليمان، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، (سلسلة عالم المعرفة، العدد 494، 2021).

- ديكسون، جون، وشيريل، روبيرت. دولة الرعاية الاجتماعية في القرن العشرين: تجارب الأمم المتقدمة في تكريم الإنسان. ترجمة سارة الذيب، الطبعة الأولى(بيروت: (الشبكة العربية للأبحاث والنشر 2014).

- Bolsa Família in Brazil. Centre for Public Impact(2019). Accessed October 23, 2024. https://shorturl.at/o7Dhc.

- Bui, Q. (2014, October 2). 40 Years of Income Inequality in America, in Graphs. NPR, Retrieved November 07, 2024 https://shorturl.at/liqNx

- Ferreira, F. H. G., Leite, P. G., & Litchfield, J. A. (2008). The Rise and Fall of Brazilian Inequality: 1981-2004. Research Department, The World Bank. https://shorturl.at/IrvUT

- Fiszbein, A., & Schady, N., with Ferreira, F. H. G., Grosh, M., Keleher, N., Olinto, P., & Skoufi, E. (2009). Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty. The International Bank for Reconstruction and Development, https://urlshort.app/D17QVA .

- Hall, A. (2024). The last shall be first: Political dimensions of conditional cash transfers in Brazil. The London School of Economics and Political Science. Retrieved October 25, 2024. https://shorturl.at/Az6Z3

- Hellmann, Aline Gazola, How Does Bolsa Familia Work?: Best Practices in the Implementation of Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean, Accessed October 21, 2024. https://shorturl.at/zEpVS.

- Leisering, Lutz (ed.). One Hundred Years of Social Protection: The Changing Social Question in Brazil, India, China, and South Africa. Palgrave Macmillan, 2020.

- Lindert, K., Linder, A., Hobbs, J., & de la Brière, B. (2007). Nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família program: Implementing conditional cash transfers in a decentralized context The World Bank. https://shorturl.at/30VPe.

- Liu, A. (2013, December 31). How Giving Cash Directly to the Poor Paid Off in Brazil. Retrieved November 10, 2024, from https://shorturl.at/mI1AP.

- Molyneux, Maxine. (2006). Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: The PROGRESA/Oportunidades Programme in Mexico. In Gender and Social Policy in a Global Context, p 438. https://shorturl.at/DZhSa.

- Mourão, L., & Macedo de Jesus, A. (2012). Bolsa Família (Family Grant) Programme: an analysis of Brazilian income transfer programme. Field Actions Science Reports, Special Issue 4, Fighting Poverty, between market and gift. Retrieved December 2, 2024. https://shorturl.at/FazJa

- Neves, J. A., de Assis Guedes de Vasconcelos, F., Machado, M. L., & Recine, E. (2020). The Brazilian cash transfer program (Bolsa Família): A tool for reducing inequalities and achieving social rights in Brazil. Global Public Health,. https://shorturl.at/qT6zS.

- Paiva, L. H., Cotta, T. C., & Barrientos, A. (2019). Brazil's Bolsa Família Programme. In Oxford Academic. Retrieved from https://academic.oup.com/book/42635/chapter/358101315.

- Paiva, L. H., Cotta, T. C., & Barrientos, A. (2024). Brazil's Bolsa Família Programme. Retrieved October 12, 2024, from Social Protection in Brazil. https://shorturl.at/2eEtp.

- Pennies from heaven. (2013, December 12). The Economist. Retrieved November 10, 2024, from https://www.economist.com/international/2013/12/12/pennies-from-heaven.

- Saad-Filho, A. (2015). Social Policy for Neoliberalism: The Bolsa Família Programme in Brazil. Development and Change journal, https://shorturl.at/pQJws.

- Why We Need Social Protection, SOCIAL DEVELOPMENT POLICY GUIDES , https://www.socialprotection-toolbox.org/files/documents/Social-Protection-module-1.pdf

World Bank. "Social Protection, Labor, and Employment." World Bank, www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/overview. Accessed 12 Oct. 2024

التمكين من الحق في الصحة وسؤال الدولة الاجتماعية في المغرب

Empowering the Right to Health and the Question of the Social State in Morocco

إبراهيم اليحياوي[79]

ملخص:

عرف المغرب خلال السنوات الأخير سيادة خطاب "الدولة الاجتماعية" في مختلف النقاشات العمومية الرسمية وغير الرسمية، تركزت أساسا حول كيفية كسب رهان تحقيق التنمية في مختلف تجلياتها بما يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة، وهو الأمر الذي يستوجب تدخل الدولة للاضطلاع بمسؤوليتها لتمكين المواطنات والمواطنين من حقوقهم الأساسية، خصوصا ذات الطابع الاقتصادي والاجتماعي. وفي هذا السياق عمل المغرب على إقرار استراتيجية تعزيز أوراش النهوض بالأوضاع السوسيو- اقتصادية بمدخل تحسين الوضع المعيشي، وتوفير فرص الشغل للشباب، وحماية الأسرة والطفولة، وتوفير مناخ الإحساس بالأمن والتضامن الاجتماعيين عبر دعم الفئات الهشة في المجتمع، والعمل على إتاحة التعليم العمومي للجميع بدون تمييز وتجويده، وتأهيل المنظومة الصحية لتمكين المغاربة من التمتع بحياة خالية من الأمراض، تتوفر فيها جودة الخدمات الصحية والطبية ومجانيتها؛ هي مجموعة من الإجراءات والتدابير الحكومية تمت بلورتها في ورش "تعميم الحماية الاجتماعية"، هذه الآلية التي تتأسس على مقومات معيار التمكين من الحقوق الاقتصادية

[79]- حاصل على الدكتوراه في القانون العام، باحث في حقوق الإنسان والحركات الاجتماعية.

والاجتماعية في مجموعها، وفي مقدمتها الحق في الصحة، والرعاية الصحية، والوصول إلى العلاج الجيد والمجاني، القائم على الإنصاف وانتفاء الفوارق الاجتماعية والمجالية. وبهذا يكون معيار التمكين من الحق في الصحة كما هو متعارف عليه في الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان التي صادق عليها المغرب، المدخل المحوري لتفعيل آلية الحماية الاجتماعية، كما يشكل مبدأ إعماله من عدمه التحدي الرئيسي لقياس مدى وجاهة الخطاب حول مفهوم "الدولة الاجتماعية" أو "دولة الرعاية الاجتماعية" في المغرب.

كلمات مفتاحية: الدولة الاجتماعية، الحق، الصحة، الرعاية، التمكين.

Summary :

In recent years, Morocco has witnessed a growing focus on the issue of the "social state" in both official and unofficial public discussions. These discussions mainly revolve around how to achieve development in its various forms, in line with sustainable development goals, which requires state intervention to ensure that citizens can access to their basic rights, particularly those of an economic and social nature.In this context, Morocco has developed a strategy aimed at promoting socio-economic conditions, enhancing living standards, providing job opportunities for youth, protecting families and children, fostering a sense of security and social solidarity, supporting vulnerable groups, improving the quality of education and ensuring this right for all without discrimination. Moreover, the Moroccan government has reformed the healthcare system to enable citizens to enjoy a healthy life with quality, and free healthcare services. It is

a set of governmental procedures and measures that were formulated in the framework of "Social Protection Generalization" workshops. This mechanism is based on the principles of enabling access to economic and social rights as a whole, with a focus on the right to health, healthcare, and access to good and free treatment, grounded on fairness and the reducing of social and spatial inequalities. Thus, the standard of empowerment of the right to health, as recognized in the international human rights treaties ratified by Morocco, seems to be the key step for implementing the social protection in the country, and so establishing the so-called "welfare state."

Keywords: social state, right, health, care, empowerment.

مقدمة

شكل موضوع وظيفة الدولة محور النقاشات الحادة والمكثفة التي صاحبت فكرة نشأتها وتطورها، وقد كانت للمتغيرات السياسية والسوسيو-اقتصادية التي عرفتها مراحل تطور المجتمعات، الدور البارز في إحداث قطائع معرفية حاسمة في تحديد دور الدولة وماهية المهام التي تستوجب الاضطلاع بها؛ وكان من بين المفاهيم التي تقاطعت حولها العديد من التصورات رغم اختلاف منطلقاتها، هو مفهوم "الدولة الاجتماعية" أو "دولة الرفاه" والذي يعني في مجمله: تدخل الدول وحكوماتها من أجل ضمان الخدمات الأساسية للمواطنات والمواطنين وحمايتها، وتعزيز التماسك والتضامن الاجتماعيين، لضمان بناء مجتمع حر وعادل، ويحقق الكرامة والرفاهية للمواطنات والمواطنين، بما تقتضيه مبادئ المساواة وتكافؤ الفرص وعدم التمييز. وبهذا تكون الدولة الاجتماعية هي الطرف الرئيسي الملزم لإقامة آلية الرعاية الاجتماعية بوصفها فضاءً مؤسساتيا وقانونيا يعمل على إنتاج الرفاه والازدهار الاقتصادي والاجتماعي، ويوفر الخدمات الصحية والتعليمية وفرص الشغل وحماية حقوق الفئات الهشة ومحاربة الفقر والهشاشة، مع تأمين النفقات والموارد المالية اللازمة لذلك، مما يؤهلها لتأسيس مبادئ دولة المواطنة التي تلتزم باحترام مبادئ حقوق الإنسان في كونيتها وشموليتها، وفي جانبها الاقتصادي والاجتماعي بالدرجة الأولى.

لم يكن واقع المغرب مستقلا عن السياق الإقليمي والدولي، بخصوص الاهتمام بالقضايا الاجتماعية وتعزيزها، إذ عمل على وضع استراتيجية النهوض بالحقوق الأساسية للمواطنات والمواطنين، وفي مقدمتها الحق في الصحة والرعاية

الصحية، والضمان الاجتماعي، وحماية الأسرة والطفولة، والتمكين من الولوج إلى الحق في التعليم، وتوفير فرص الشغل ومكافحة مظاهر الفقر، وغيرها من الحقوق الأساسية التي تتميز بالطابع الجماعي والاجتماعي، والتي تستوجب تدخل الدولة لحمايتها قانونيا، وتأطيرها مؤسساتيا، ودعمها ماليا، مما يكس معايير وأسس دولة الرعاية الاجتماعية التي تبلورت أسسها وأدوارها بتكريس قاعدة الالتزام بالشرعة الدولية لحقوق الإنسان، وتبني الحقوق الاقتصادية والاجتماعية كإطار مرجعي للحقوق ذات الطبيعة الجماعية، وهذا ما كرسه المغرب منذ الاستقلال، وعمل على تثبيته في الوثيقة الدستورية سارية المفعول التي اعتمدها سنة 2011.

من المعلوم أن رهان التمكين من الحق في الصحة يشكل إحدى الركائز الأساسية التي تقوم عليها فلسفة الحماية الاجتماعية، لأنه من الصعب الحديث عن مؤشرات تحسن الوضعية الاجتماعية، دون ضمان الرعاية الطبية وتوفير التغطية الصحية، باعتبارهما حقوقا جوهرية مرتبطة بالحياة اليومية للناس، كما هو شأن باقي الحقوق الأخرى ذات الصلة. وفي هذا السياق حرص المغرب منذ الاستقلال على وضع الحق في الصحة واستراتيجية الولوج إلى العلاج، من أولويات العمل الحكومي والتدبير السياسي للقطاعات الاجتماعية، منذ المناظرة الوطنية حول الصحة لسنة 1959، ومرورا بجميع الوثائق الدستورية من دستور 1962 إلى دستور 2011، والذي أعقبته العديد من التدابير التشريعية والمؤسساتية للنهوض بالمنظومة الصحية وإصلاحها، بدءا بإصدار القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات سنة 2011، ثم

تفعيل وتعميم نظام التغطية الصحية الطبية (راميد ramed) ابتداءً من سنة 2012، وصولا إلى إصدار القانون الإطار 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية بتاريخ 23 مارس 2021، والذي يسعى إلى بناء منظومة قوية توفر الحماية الاجتماعية للفئات الأكثر هشاشة، والمتمثلة بالدرجة الأولى في توسيع التغطية الصحية الإجبارية، والتأمين الإجباري عن المرض.

من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن الوظيفة الأساسية للدولة الاجتماعية تتجلى في التدخل الفعلي والإيجابي لتفعيل معيار إعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية عموما، ومن بينها الحق في الصحة باعتباره حقا جوهريا مرتبطا بالحياة اليومية للناس لا يقبل التنازل أو التأجيل، وهو معيار يتطلب تخصيص مقدرات مالية وموارد بشرية، بما يتوافق مع مبادئ التدرج والإمكانيات لضمان حق المواطنين في الولوج إليه بدون تمييز، مما يعني في هذا الإطار، ضرورة دراسة وتحليل برامج السياسات العمومية المعتمدة في قطاع الصحة، للوقوف على مدى ملاءمتها مع المعايير الدولية وانسجامها مع مبادئ الدولة الاجتماعية واستجابتها لتطلعات المغاربة.

- ✓ **تحديد الإشكالية**

إن تحليل ودراسة مسؤولية الدولة ومجالات تدخلها لضمان التمتع بالحق في الصحة، وحدود تمكنها من تفعيل معيار الإعمال في ذلك، هو الذي رسم مدخل صياغة الإشكالية التي تبلورت في السؤال التركيبي التالي:

ماهي حدود نجاعة السياسات العمومية في الميدان الصحي لكسب رهان فعلية الحق في الصحة بما يتلاءم مع مبادئ الحماية الاجتماعية ويستجيب لتطلعات المواطنات والمواطنين؟ وهي إشكالية تتفرع عنها مجموعة من الأسئلة ستوجب التحليل من قبيل: أية مسؤوليات تتحملها الدولة ومؤسساتها بخصوص مبدأ إعمال الحق في الصحة كما هو متعارف عليه عالميا؟ ماهي مؤشرات بنية المنظومة الصحية في المغرب المتعلقة بالموارد المالية والبشرية لتوفير العلاج؟ إلى أي حد تمكنت المبادرات الحكومية المرتبطة بتأهيل وإصلاح المنظومة الصحية لتجاوز الاختلالات التي تعاني منها؟ كيف تمكن المغرب من تثبيت مسألة الحماية الاجتماعية كوظيفة أساسية للدولة الاجتماعية؟ وهل ثمة تناقض بين الخطاب الرسمي حول الحماية الاجتماعية والدولة الاجتماعية وواقع أعطاب التمكين من الحق في الصحة؟

✓ **الفرضيات**

انطلاقا من الإشكالية البحثية والأسئلة الفرعية المرتبطة بها، يمكن وضع الفرضيات التالية كمدخل أساسي لتحليلها:

- إن مبدأ إعمال الحق في الصحة والوصول إلى مستوى فعال من الخدمات الصحية والعلاج في المغرب، وفق ما تقتضيه مبادئ الحماية الاجتماعية وأسس الدولة الاجتماعية، تعترضه عدة إشكاليات هيكلية وبنيوية، تتمثل أبرزها في عدم توفير المقدّرات المالية الكافية المخصصة لقطاع الصحة من الميزانية العامة،

كما حددتها معايير منظمة الصحة العالمية لضمان تمويل القطاع وتحسين مستوى التغطية الصحية؛

- تتطلب عملية تأهيل قطاع الصحة، بما يتوافق مع معايير وآليات الحماية الاجتماعية ومرتكزات الدولة الاجتماعية، ترسيخ رؤية إستراتيجية متكاملة لتوحيد وتنسيق مسار إصلاح المنظومة الصحية، واعتماد سياسات عمومية ناجعة لتعزيز المنهج الوقائي الصحي، وتعزز التدبير الرشيد للموارد البشرية والمالية؛

- تساهم مظاهر التفاوتات المجالية والاقتصادية والاجتماعية بين الجهات والمناطق، وعدم توفير الأطر الطبية وشبه الطبية الكافية، في اختلال بنية المنظومة الصحية، مما يجعلها غير قادرة على تلبية حاجيات المغاربة في مجال المعالجة والتطبيب وفق ما تقتضيه مبادئ حقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية.

✓ المنهجية المعتمدة

تهدف هذه الورقة البحثية إلى إثارة النقاش بشأن مقومات وأسس الدولة الاجتماعية، التي تتأسس على ضمان كرامة المواطنات والمواطنين عبر اضطلاعها بمهام التمكين من حقوقهم الأساسية ذات الطابع الاقتصادي والاجتماعي وعلى رأسها الحق في الصحة، كما تسعى إلى فهم العلاقة التركيبية بين مسؤولية الدولة في مبدأ إعمال هذه الحقوق وحدود الإمكانيات المادية والبشرية والتدابير التشريعية التي توفرها من أجل ذلك، ولبلوغ النتائج التي تم طرحها في الفرضيات أعلاه، سيم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي،

للوقوف على حدود التزامات الدولة ومسؤولياتها للنهوض بقطاع الصحة، بما يتلاءم ومقومات الدولة الاجتماعية، ويستجيب لتطلعات المواطنات والمواطنين. بالإضافة إلى استخراج بيانات المقدرات المادية والمالية والبشرية الضرورية التي يتم اعتمادها لإعمال هذا الحق، وحدود ملاءمتها مع المعايير الدولية، ومن ثم إعادة تركيبها في شكل استنتاجات وخلاصات بعد تحليل بياناتها.

أولا- في تحديد مفهوم الدولة الاجتماعية ومقوماتها

تأسس مفهوم "الدولة الاجتماعية" في سياق تاريخي اتسم باحتدام علاقات الصراع المتشابكة بين الأفكار المتباينة حول وظيفة الدولة وأدوارها، وهو تشابك فكري متناقض طغى على المناخ السياسي وتجلياته الاقتصادية والاجتماعية الذي ساد أوروبا مع نهايات القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، حيث بدأت الأسئلة الصعبة تطرح نفسها بخصوص مسؤولية الدولة ومهامها السوسيو-اقتصادية، وحول حدود تفاعلات أدوارها بوصفها جهازا إداريا للمصالح الجماعية، وبين الاختصاصات التي تمارسها سلطتها السياسية لاتخاذ تدابير واستراتيجيات تفرض نفسها كقرارات شرعية ومشروعية[80]، وقد كانت هذه المغيرات النظرية التي طُرحت بحدة بخصوص مسألة العلاقة بين الدولة والسلطة السياسية والمجتمع حتمتها فترات تاريخية مفصلية، إذ دشنتها تصاعد وتيرة نضالات الحركة العمالية التي توجت بالثورة الروسية في الشرق،

[80]- بيير بورديو، **عن الدولة**: **دروس في كوليج دو فرانس (1989-1992)**، ترجمة مصير مروة، (بيروت: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، 2016)، ص ص 65- 66.

مما سيفرض على الغرب بعد ذلك تبني نموذج "دولة الرفاهية" كجواب على الخطر الشيوعي؛ وتدعّمت في الجنوب بانتصارات حركات التحرر الوطني[81]. كما ارتبطت أيضا بسعي الشعوب نحو بناء أوطان تنعم فيها بالحرية، وإرادة تقرير مصيرها السياسي والاقتصادي والاجتماعي، بما يؤهلها للاهتمام بطاقاتها وتطلعاتها، بمعيار تحقيق التنمية باعتبارها "عملية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية شاملة، تستهدف التحسين المستمر لرفاهية السكان بأسرهم والأفراد جميعهم على أساس مشاركتهم، النشطة والحرة والهادفة، في التنمية وفي التوزيع العادل للفوائد الناجمة عنها"[82]، وبهذا يكون طموح إقامة أسس "الدولة الاجتماعية"، قائم بالأساس حول توفير المساحة الواسعة في المجتمعات للتمتع بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية الأساسية، وتعزيز أسس التنمية والنهوض بها بدعائم سياسية تستند إلى توفير بنية سلطة سياسية للدولة ترتكز على معيار سيادة القانون كضمان للديمقراطية وحرية المشاركة في اتخاذ القرار.

لقد كان الجدال النظري بخصوص المحددات والمتغيرات الحاسمة في وظائف الدولة يتثمل أساسا في التحديد الدقيق للازدواجية الوظيفية للدولة وتمفصلاتها، والتي كانت محصورة بين الفكرة التي لخصها بيير بورديو (Pierre Bourdieu) باعتبار الدولة حقل السلطة الذي يمكن تسميته "حقلا إداريا" أو

81- سمير أمين، **الاقتصاد السياسي للتنمية في القرنين العشرين والواحد والعشرين**، ترجمة فهيمة شرف الدين، (بيروت: دار الفرابي، 2002)، ص47

82- راجع ديباجة إعلان الحق في التنمية، اعتمد ونشر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 41/ 128، بتاريخ 4 دجنبر 1986.

"حقل الوظيفة العمومية" الذي يمتلك الاحتكار المشروع والشرعي للعنف المادي والرمزي من أجل إنتاج التراتبيات الاجتماعية وقوننتها قوننة شرعية"[83]، وبين الفكرة القائلة بضرورة "إعطاء الدولة الدور الحاسم في سلسلة من الأنشطة من أجل تأهيلها، من قبيل التدخل في مجال البحث العلمي، وفي إعادة بنية الاقتصاد، وفي نظام الدراسة والتأهيل الوظيفي، وفي مجالات مثل السكن والصحة والنقل والرعاية الاجتماعية، وتنظيم البيئة، والاستهلاك الجماعي، وغيرها من الإجراءات التي تترتب عليها نتائج سياسية واقتصادية واجتماعية هامة"[84]. بمعنى أن النقاش ركز على تحيد ماهية وظائف الدولة والغاية من وجود كيانها، وهو ما تم حسمه عبر ما تمت مراكمته من تفاعلات نظرية مختلفة، التي فرضتها سياقات تاريخية متعددة -خصوصا في أوروبا (آثار الحربين العالميتين الأولى والثانية، والأزمة الاقتصادية 1929، وتصاعد نضالات الحركة العمالية، وتمدد الأفكار الاشتراكية وانتشارها...)، إلى تقاطع الرؤى المختلفة حول ضرورة انتقال وظائف الدولة من مفهوم "الدولة الحارسة" (Etat gendarme) في شكلها المحدد والتقني، إلى مفهوم "دولة الرفاه" (Etat providence)، هذه الأخيرة التي تضطلع، إلى جانب دورها الأمني والدفاعي، بمسؤولية التدخل لتوفير الحقوق الأساسية للمواطنات والمواطنين خصوصا ذات البعد الاقتصادي

---

[83]- بورديو، مرجع سابق، ص ص 18، 29.

[84]- نيكولاس بولانتزاس، **نظرية الدولة**، ترجمة ميشيل كيلو، (بيروت: دار الفرابي، 2007)، ص ص 177 -178.

والاجتماعي، عبر إقرار سياسيات عمومية متوازنة للنهوض بالحقوق ذات الصلة وحمايتها.

وبهذا تكون "دولة الرعاية الاجتماعية" هي تلك التي يتمثل هدفها في التدخل من أجل تعزيز التماسك والتكامل والشمول الاجتماعي، الذي يضمن بناء مجتمع حر وعادل وأكثر أمانا، ويحقق الكرامة والرفاهية لأكبر عدد من الأفراد[85]، كما أنها تمثل نموذج الدولة الحديثة التي لم تعد تتلخص سيادتها في ضبط النظام العام الداخلي وحراسة الحدود، بل أصبحت فيها "الثقافة واللغة والمسكن وتوفير المناعة للصناعة الوطنية لضمان قدرتها التنافسية، وتطوير القدرات الاقتصادية، وضبط الصراعات الاجتماعية وتحقيق السلام الاجتماعي، وضمان العدل في توزيع الثروات الاجتماعية وتأمين الرفاه الاجتماعي، عن طريق توفير الخدمات العامة الصحية والتربوية والترفيهية، وضبط حركة السوق والاستهلاك، والتحكم في سياسة الأسعار والتضخم والأجور وسوق الشغل،من صلب المهمات التي تضطلع بها"[86]؛ مما يعني أن هدف دولة الرفاه أو الدولة الاجتماعية يتمثل في إقرار سياسات واستراتيجيات عمومية وبرامج تنموية، تستهدف تعزيز أوراش النهوض بالوضع الاجتماعي في شموليته، والتي يجب أن تقوم بالأساس على تحسين الوضع المعيشي، وتوفير

---

[85]- جون ديكسون وروبرت شيريل، **دولة الرعاية الاجتماعية في القرن العشرين**: تجارب الأمم المتقدمة في تكريم الإنسان، ترجمة سارة الذيب، (بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2014)، ص 322.

[86]- محمد حافظ يعقوب، "دولة الرفاه"، في كتاب: **الإمعان في حقوق الإنسان**: موسوعة عالمية مختصرة، الجزء الأول، تحرير هيثم مناع، (دمشق: الأهالي للنشر والتوزيع، 2000)، ص 138.

الشغل للجميع دون تمييز والتعويض عن فقدانه، وضمان الحق في التمتع بحياة خالية من الأمراض تتوفر فيها جودة الخدمات الصحية والطبية ومجانيتها، والإحساس بالأمن الاجتماعي عبر تعزيز مظاهر التضامن والتماسك الاجتماعيين.

لقد طغى بشكل مكثف في الآونة الأخيرة مفهوم "الدولة الاجتماعية" على الخطاب الرسمي في المغرب، وهوما أثار نقاش السياقات السياسية والاجتماعية المحيطة به، وحدود تمكن المغرب من تثبيت نموذج "الدولة الاجتماعية" كما تطورت تاريخيا، واضطلاعها بمسؤولية تمكين المواطنات والمواطنين من حقوقهم الأساسية، خصوصا تلك المرتبطة بالحماية الاجتماعية والضمان الاجتماعي، والنهوض بالوضع التنموي القادر على معالجة المعضلات الاجتماعية في مختلف تجلياتها، هذا دون إغفال إشكالية عدم وضوح التصور الذي يصرفه هذا الخطاب بخصوص مفهوم الدولة الاجتماعية وتمظهراته، "سواء على مستوى تحليل مضامينه ومقوماته وحيثياته، أو من حيث خصوصياته في السياق المغربي الحالي، خاصة بعد إعلان فشل النموذج التنموي (مبادرة التنمية البشرية)، وما واكب ذلك من آمال شعبية وخطابات رسمية رفعت سقف التحدي الاجتماعي إلى أفق تعميم الحماية الاجتماعية لجميع المواطنات والمواطنين، وتحقيق طموح "الدولة الاجتماعية"[87]، بما تعنيه من وظيفة تدخلية في المجالات الاقتصادية والاجتماعية، لتعزيز القدرات المادية والبشرية لتعميم التضامن الاجتماعي،

[87]- ميلود الرحالي وادريس شكربة، **الدولة الاجتماعية في المغرب دلالات المفهوم وتجلياته في البرامج والسياسات العمومية**، (المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، 2023)، ص 8.

وإقرار التغطية الصحية للجميع، والتعويض عن فقدان الشغل، ورعاية المسنين، وتوفير الإمكانيات الضرورية لحماية الفئات المعوزة من الفقر والهشاشة، وتعزيز المبادرات التنموية الكفيلة بتحقيق العدالة الاجتماعية والمجالية.

لقد ركز الخطاب الرسمي المغربي حول "الدولة الاجتماعية" عبر طرحه الحدود والتطبيقات الفعلية والتشريعية لبناء نموذج يكسب رهان إقامة دعائم "الحماية الاجتماعية"، والتي ركزت أساسا على معيار تعميم التغطية الصحية الشاملة عبر هدف إدماج أزيد من 22 مليون مستفيد في نظام التأمين الصحي الإجباري، مع العمل على توسيع قاعة المستفيدين من المنح العائلية لشمل أزيد من سبعة ملايين طفل في سن التمدرس، بالإضافة إلى زيادة نسبة المستفيدين من معاش التقاعد ليصل إلى أكثر من خمسة ملايين مستفيد[88]، وقد كان رفع هذا التحدي يسعي إلى وضع خارطة طريق دقيقة عبر آلية "السجل الاجتماعي الموحد"، لتحديد عدد الفقراء الذين سيستفيدون من نظام الحماية الاجتماعية، وبرامج المساعدة الاجتماعية بما تقتضيه مبادئ المساواة وعدم الاستبعاد والإقصاء، ولمكافحة مظاهر الفقر والهشاشة. إذا كان هذا هو التحدي الذي وضعه المغرب من خلال إقرار "نظام الحماية الاجتماعية"، لكسب رهان أسس الدولة الاجتماعية، مع تركيزه في ذلك على إعطاء الأولوية لقطاع الصحة وتأهيله، فإلى أي حد استطاع تحقيق مبدأ التمكين من الحق في الصحة والرعاية

[88] Hamza SAOUDI,"la protection social au Maroc: quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universelle, soutenable et efficace", (Policy Center for the New South, 2024), p 03.

الصحية، وتعميم التغطية الصحية والتأمين الإجباري عن المرض، وفق ما تقتضيه المعايير المنصوص عليها في الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان التي صادق عليها، وتتوافق مع مبادئ ومقومات الدولة الاجتماعية؟ وهو سؤال محوري سيتم تحليله أدناه.

ثانيا- الحق في الصحة: تحديد المدلول ومعايير الإعمال

يرتبط الحق في الصحة بشكل وثيق بحياة الأفراد والجماعات، ويعتبر من الحقوق الأساسية ضمن هيكلة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ونظرا لأهميته، فإن أي خلل يصيبه إلا ويجعل مبدأ الحق في الحياة معرضا للانتهاك وغير ممكن التحقق. وبهذا عمل المنتظم الدولي على مراكمة ترسانة من الإنجازات والدارسات والأبحاث، في جوانبها الطبية والقانونية والحقوقية لمواجهة الأمراض والقضاء على الأوبئة، وتأهيل الشروط المناسبة لإرساء بيئة مجتمعية تتوفر فيها أدوات العلاج والوقاية من الأمراض وانتشارها، وتمتع الناس بالصحة الجيدة، هذه الأخيرة التي عرفها دستور منظمة الصحة العالمية بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"[89]. وباعتبار التمتع بالصحة الجيدة يستوجب سلامة النفس والجسد، فقد عرفها منصف المرزوقي بأنها "حالة الرضى النفسية الناتجة عن قدرة الشخص على الفعل

[89]-voir l'introduction de la Constitution De L'organisation Mondial De La Santé (OMS), disponible sur le lien, https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1/.

المستقل، والتفاعل المتوازن، بفضل ما يتوفر عليه الجسم من برنامج جيني سليم، وما يوفره له المحيط من موارد مادية وعلاقات بشرية إيجابية"[90].

إذا كان ما تم ذكره أعلاه هو تعريف للصحة، فما هو الحق في الصحة؟ إن الإجابة عن هذا السؤال تقود إلى فهم كيفية تحول الصحة إلى قضية تستوجب مجموعة من الظروف المناسبة، حتى يتمكن جميع الأفراد من التمتع بها، وهي ظروف ومستلزمات تتحمل فيها الدولة مسؤولية إقرارها، وبهذا كان لحضور الحق في الصحة قوة معيارية واعتبارية، في جميع المواثيق والاتفاقيات الدولية الموضوعاتية والخاصة، وكذا في التشريعات الوطنية. وفي هذا السياق نص الفصل 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على" أن الصحة حق من حقوق الإنسان"[91]، كما شددت المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في بندها الأول، بضرورة "إقرار الدول الأطراف بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"[92]، وفي نفس السياق أكدت اتفاقية حقوق الطفل في المادة 27 منها على أن "لكل طفل الحق في مستوى معيشي ملائم لنموه البدني والعقلي والروحي والمعنوي والاجتماعي"[93]. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن إقرار الحق في الصحة، تم

---

[90]- منصف المرزوقي، "الحق في الصحة"، في كتاب، **الإمعان في حقوق الإنسان**: موسوعة عامة مختصرة، الجزء الأول، تحرير هيثم مناع،(دمشق: الأهالي للنشر والتوزيع، 2000)، ص 116.

[91]- راجع الفصل 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

[92]- راجع المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

[93]- راجع المادة 27 من اتفاقية حقوق الطفل، تم اعتمادها بموجب قرار الجمعية العامة 25 / 44، 20 نونبر 1989، بدأ نفاذها بتاريخ 2 سبتمبر 1990.

التنصيص عليه في جل الاتفاقيات الدولية الموضوعاتية والخاصة المشكلة للشرعة الدولية لحقوق الإنسان، والقانون الدولي لحقوق الإنسان، حيث لا يسع المجال هنا لذكرها.

لم تتوقف المنظومة الدولية لحقوق الإنسان في حدود إقرار الحق في الصحة فحسب، بل عملت على طرح مجموعة من الشروط الأساسية من أجل إعماله، وإلزام الدول والحكومات على اتخاذ التدابير اللازمة لحمايته، ووضع سياسات خاصة للنهوض به، حتى تُتاح إمكانية تمتع الأفراد والجماعات على قدم المساواة بالصحة الجيدة الخالية من المرض، تضمن سلامة النفس والجسد. وقد لخصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية في تعليقها رقم 14 الصادر في 11 غشت 2000، مسألة الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، بضرورة توفر العناصر الأساسية المترابطة التالية:

1- **التوافر**: ويعني أن توفر الدولة القدر الكافي من المرافق المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية، وكذلك من السلع والخدمات والبرامج، ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقا لعوامل عديدة، من بينها مستوى التنمية عند الدول فيما يتعلق بالبنية التحتية من المرافق كالمستشفيات والعيادات والأطباء والمهنيين وتوفير الأدوية؛

2- **إمكانية الوصول**: تعني أن يتمكن الجميع دون تمييز من الاستفادة من المرافق والخدمات المرتبطة بالصحة؛

3- **المقبولية**: تعني احترم جميع المرافق والخدمات المرتبطة بالصحة والأخلاق الطبية، وأن تكون مناسبة ثقافيا مع خصوصيات المجتمعات، فضلا عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين؛

4- **الجودة**: بالإضافة إلى ضرورة كون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافيا، ينبغي أن تكون مناسبة علميا وطبيا وذات نوعية جيدة[94].

لم يخرج المغرب عن نطاق الاعتراف بالحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان، كما هو متعارف عليه عالميا منذ الاستقلال إلى الوقت الراهن، وقد عمل منذ البداية على وضع استراتيجيات فعل حكومي، تضمن الولوج إلى العلاج والتمتع بالحق في الصحة لكل المغاربة بشكل متساو[95]. وفي إطار تعزيزه

---

[94]- Conseil Économique Et Social, Comité Des Droits Economiques Sociaux Et Culturels, "le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du pacte international aux droits économiques sociaux et culturels)", observation générale N° 14 (2000), disponible sur le lien suivant, file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/G0043935.pdf.

[95]- حرص المغرب منذ الاستقلال على وضع الحق في الصحة واستراتيجية الولوج إلى العلاج من أولويات العمل الحكومي والتدبير السياسي للقطاعات الاجتماعية، ويمكن التذكير في هذا الصدد على سبيل المثل لا الحصر ما يلي:

- المناظرة الوطنية حول الصحة لسنة 1959، وتعتبر أول لقاء وطني ترأسه الملك الراحل محمد الخامس وتم التأكيد من خلاله على الارتباط الوثيق بين الصحة والتنمية، وجعلت هذا الأمر من المسؤوليات الملزمة للدولة، وألزمت من خلاله وزارة الصحة بوضع برامج صحية تتيح حق المواطنات والمواطنين في الولوج إلى العلاج؛

للمنظومة الصحية عمل على تكريس الحق في الصحة دستوريا في الفصل 31 من الوثيقة الدستورية السارية المفعول، حيث أقر فيها على "عمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في: العلاج والعناية الصحية والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية"[96]، وهو ما أثار نقاشا عموميا حول مدى التزام المغرب بتنفيذ تعهداته في ميدان الصحة، بوصفها جزءا محوريا في الحقوق الاقتصادية والاجتماعية التي تم التنصيص عليها، وحول ماهية الضمانات التي تم وضعها بخصوص مبدأ الإعمال، بما يتلاءم مع ما تقتضيه الاتفاقيات الدولية ذات الصلة والآليات المنبثقة عنها، خصوصا وأن الصيغة التي تم من خلالها إدراج الحق في الصحة، لا تعبر عن مبدأ الالتزام بالتوفير كما هو محدد في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[97]، والذي يعتبر اتفاقية ملزمة للمغرب بعد المصادقة عليه، لأن صيغة

- أقرت وثيقة القانون الأساسي للمملكة سنة 1961 على التزام الدولة بإقرار نظام اقتصادي يضمن العدالة الاجتماعية المبنية على التزام الدولة بضمان الحقوق الاقتصادية والاجتماعية ومن ضمنها الحق في الصحة؛

- التزمت الدولة بضمان الحق في الصحة في جميع الوثائق الدستورية من دستور 1962 إلى دستور 2011، وبالرغم من أن بعض نصوصها لم تكن صريحة الدلالة بتوفير الصحة والخدمات الطبية، غير أنها كانت متضمنة في النصوص العامة بخصوص احترام توفير الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، للمزيد من التفاصيل في هذا الصدد، راجع، سعيد الرجراجي، **الحق في الصحة**: الواقع والآفاق دراسة مقارنة، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، (الرباط: مطبعة المعارف الجديدة، 2019)، ص ص 60 - 65.

[96]- دستور المملكة المغربية، سنة 2011، الفصل 31.

[97]- ينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على تعهد كل دولة طرفا فيها بأن تتخذ، وبأقصى ما تسمح به مواردها المتاحة، ما يلزم من خطوات لضمان التمتع الفعلي

"تعمل الدولة على تيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في: العلاج والعناية الصحية و الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية"، لا ترقى إلى مبدأ الضمانة الدستورية من أجل الإعمال، كما أنها تُسقط المسؤولية الملزمة للدولة ومؤسساتها بخصوص ضمان حق المواطنات والمواطنين في التمتع بالصحة والولوج إلى العلاج، وهو أمر يتناقض مع مقررات وتوصيات الآليات الدولية التي تُلزم الدول الأطراف بضرورة الوفاء بتعهداتها، حيث "يقع على عاتق كل دولة من الدول الأطراف حد أدنى من الالتزام الأساسي بضمان الوفاء، على أقل تقدير، بالمستويات الأساسية الدنيا لكل حق من الحقوق"[98]، وهو ما يعني مسؤولية الدولة في تنفيذ التزاماتها المتعلقة باتخاذ التدابير اللازمة للنهوض بالحق في الصحة وحمايته وفق المبادئ الدولية التوجيهية التي صادقت عليها في ميدان حقوق الإنسان.

رغم اعتماد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مبدأ التدرج لبلوغ أهداف إقرار هذه الحقوق، إلا أنه ربط ذلك بالتحقيق التام لها عبر سلك كل الخطوات المتاحة للتمكين منها، كما أن مفهوم

التدريجي بالحقوق المعترف بها في العهد الذكور، وسلكها جميع السبل المناسبة، خصوصا سبيل اعتماد تدابير تشريعية، للمزيد من التفاصيل راجع: العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الجزء الثاني، المادة 02.

[98]- اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 03 (1990)، بشأن طبيعة التزام الدول الأطراف، المادة 02 (1) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ص 184، شوهد في 14-11-2024 على الرابط:
.http://hrlibrary.umn.edu/arab/GC3.pdf

التدرج لا يمكن أن يكون مبررا لتملص الدولة من التزاماتها، خصوصا وأن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية حسمت رأيها في هذا الأمر معتبرة أن "الإعمال التام للحقوق ذات الصلة يمكن تحقيقه تدريجيا، فلابد من اتخاذ خطوات باتجاه هذا الهدف في غضون مدة قصيرة معقولة من الزمن بعد بدء نفاذ العهد بالنسبة للدول المعنية"[99]، وهو نفس المنحى الذي أقرته مبادئ ليمبورغ بشأن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، حيث أكدت أن "ضمان التمتع الفعلي التدريجي بالحقوق المعترف بها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يستلزم أن تتجه الدول الأطراف بأسرع ما يمكن نحو إعمالها، ولا يمكن تحت أي ظرف من الظروف إرجاؤها، بل يتوجب على جميع الدول البدء فورا باتخاذ التدابير اللازمة للوفاء بالتزاماتها بموجب العهد"[100]، وهو ما يعني عدم مقبولية تذرع الدول بمبرر "التدرج" و "التوفير عبر مراحل"، للتنصل من مسؤولياتها السياسية والاجتماعية والاقتصادية لتمكين المواطنات والموطنين من حقوقهم الاجتماعية الأساسية.

[99] - المرجع نفسه، ص 182.

[100] - راجع مبادئ ليمبورغ بشأن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، شوهد بتاريخ 14-11-2024 متوفر على الرابط:
http://hrlibrary.umn.edu/arabic/LimburgguidelinesAR.html.

ثالثا- وضعية الحق في الصحة بالمغرب: المعطيات والمؤشرات

احتل المغرب الرتبة 121 في المؤشر العالمي للتنمية البشرية حسب تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لسنة 2020[101]، وقد تراجع درجتين فيما يقارب سنتين فقط حيث احتل المرتبة 123بمؤشر بلغ 0،683 حسب تقرير نفس المنظمة لسنتي 2021\ 2022[102]، ليتمكن بعد ذلك بسنتين من تحقيق تقدم طفيف في التصنيف العالمي إذ سيحتل الرتبة 120 بمؤشر بلغ 0،698[103]، وهو مؤشر يوحي إلى عدم تمكن المغرب من مواكبة تطور تحسين مؤشرات التنمية البشرية التي تقوم أساسا على تحسين شروط العيش والصحة والتعليم والقضاء على البطالة، وهو ما يؤكد أيضا، أنه رغم المبادرات التي يتم إعلانها رسميا بخصوص النهوض بالقطاعات الاجتماعية، وفي مقدمتها المنظومة الصحية، إلاّ أن نتائجها لم تستطع تحقيق المستوى المطلوب، حسب التقارير الرسمية وغير الرسمية حول الموضوع.

لقد أثارت النقاشات حول الحق في الصحة بالمغرب بعد اعتماد دستور 2011 تفاعلات مختلفة بخصوص مبدأ الإعمال، ومدى استجابة المخططات التي طرحتها الدولة للنهوض بالخدمات الصحة لتطلعات المغاربة، وقد تبلورت هذه التفاعلات في صيغتين: الأولى متعلقة بالمبادرات الحكومية المتعلقة

101- Observatoire National du Développement Humain, rapport sur le développement humain 2020, « être jeune au Maroc de nos jours », p 24.

102- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2021/ 2022, P 303.

103- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2023/ 2024, P 304

بإصلاح المنظومة الصحية والنهوض بها[104]، وفي المقابل، برزت أصوات تعبر عن عدم الرضا عن واقع الصحة بالمغرب، حيث شددت على أن القطاع يعاني من إكراهات متعددة تستوجب الوقوف عندها وتشخيصها لبلورة برامج عمل لتطوير وتأهيل المنظومة الصحية، حتى تتمكن من كسب رهان آفاق معيار الإعمال كما هو متعارف عليه عالميا.

في هذا السياق، وفي إطار سعي المغرب إلى تنزيل ورش النموذج التنموي الجديد، وإطلاق دينامية تطوير وتحسين مؤشرات المقدرات الاقتصادية والمالية لتطوير القطاعات الاجتماعية، وتعزيز آليات الحماية الاجتماعية، بما في ذلك حق الولوج إلى الخدمات الصحية بما يتوافق مع مبادئ الجودة والتمكين والمساواة، وفي إطار تثبيت إصلاح المنظومة الصحية وتأهيلها وتنفيذ رؤية

[104]- بعد إقرار دستور 2011، عملت الدولة على تنزيل مجموعة من البرامج الحكومية للنهوض بالوضع الصحي، وإصدار في شأنها مجموعة من القوانين والتشريعات لإصلاح منظومة الصحة في المغرب كان من أبرزها:

- إصدار قانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات سنة 2011، حيث حدد مسؤولية الدولة حسب مقتضيات المادة 02 منه، في تحقيق أهداف المنظومة الصحية لتوفير الحق في العلاج والتطبيب المبني على مبادئ التضامن والمساواة في الولوج إلى العلاج والخدمات الطبية، والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد الصحية، والتكامل بين القطاعات، واعتماد مقاربة النوع في الخدمات الصحية؛
- تفعيل وتعميم نظام التغطية الصحية الطبية (راميد ramed) ابتداء من سنة 2012، بعد أن تم تنزيله في نونبر2008 على شكل تجربة في جهة درعة تافيلالت، وكان الهدف منه هو إعفاء الفئات الفقيرة والهشة والمعزوة من تكاليف العلاج، وتوفيرها مجانيا من طرف المستشفيات العمومية؛
- إصدار قانون الإطار 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية بتاريخ 23 مارس 2021، والذي يسعى إلى بناء منظومة قوية توفر الحماية الاجتماعية للفئات الأكثر هشاشة، والمتمثلة بالدرجة الأولى في توسيع التغطية الصحية الإجبارية، والتأمين الإجباري عن المرض.

مخطط الصحة 2025، فإن من الإجراءات الأساسية التي أقدمت عليها الحكومة لضمان حق المغاربة في الصحة، هو الرفع من الميزانية المرصودة للقطاع في الميزانية العامة خلال السنوات الأخيرة، حيث انتقلت النسبة المخصصة لقطاع الصحة في الميزانية العامة من نسب 5,7 % سنة 2020 إلى نسبة 7,7% سنة 2024[105]، وهو معطىً يشير إلى اهتمام المغرب بتطوير هذا القطاع الحيوي في المجتمع، من خلال إدراكه لضرورة رفع المقدرات المالية الأساسية لتأهيل وتعزيز المنظومة الصحية في البلاد ماديا وبشريا، وتشكل المحور الأساسي لبلوغ طموح ضمان حق "الرعاية الاجتماعية"، باعتباره حقا من حقوق الإنسان يستوجب تدخل الدولة لإتاحته بما يتوافق مع تطلعات المواطنات والمواطنين.

وبالإضافة إلى الإمكانيات المالية، انكب العمل الحكومي خلال السنوات الأخيرة على بلورة استراتيجية تعزيز المكتسبات وتقويتها بهدف تحقيق تطوير ميدان الصحة العمومية، وتركزت بالأساس على تعزيز العرض الصحي الاستشفائي، وخلق مناصب مالية جديدة للرفع من قدرات الموارد البشرية وتثمين الرأسمال البشري، وتعميم الحماية الاجتماعية لضمان حق الفئات الهشة في الاستفادة من الحق في التطبيب والحصول على الأدوية والمستلزمات الطبية، مع العمل على تقليص الفوارق المجالية في هذا الخصوص[106]. وفي سياق

[105]- وزارة الاقتصاد والمالية، مشروع قانون المالية لسنة 2025، "التقرير الاقتصادي والمالي"، ص57.

[106]- وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025"، شوهد في 15-11-2024 متوفر على الرابط

https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/02/bilan%20sant%C3%A9%202018.pdf

ورش تعميم الحماية الاجتماعية تم رفع عدد المنخرطين الجدد في التأمين الإجباري عن المرض حتي نهاية 2023 إلى 14،1 مليون مستفيد في أفق تحقيق هدف ما مجموعه 22 مليون مستفيد سنة 2025[107]، مع تمكين حوالي أربعة ملايين أسرة فقيرة من الولوج إلى العلاج بالمستشفيات العمومية والخاصة، مع تحميل الدولة لاشتراكاتهم في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من خلال تعبئة غلاف مالي ما بين فترة فاتح دجنبر 2022 إلى أخر دجنبر 2023 يقدر بحوالي 8،4 مليار درهم[108]، وفي إطار تعزيز الطاقم البشري للمنظومة تم خلق 5500 منصب مالي في إطار قانون مالية 2024[109]، وذلك من أجل تأهيل الموارد البشرية اللازمة من الأطر الطبية وشبه الطبية لتلبية تطلعات المغاربة، ومواكبة طموح الإصلاح الشامل للمنظومة الصحة لتعزيز خدماتها بما يتوافق مع غايات برنامج الحماية الاجتماعية الذي وضع هدف تأهيل قطاع الصحة العمومية من أولوياته.

كما تم وضع برامج عمل متنوعة لتعزيز بنية العرض الاستشفائي من خلال تأهيل العديد من المراكز الاستشفائية وتجهيزها، وتشييد مستشفيات جامعية وإقليمية جديدة، وإعادة تأهيل القائمة منها عبر تهيئة قدراتها الاستيعابية، كما تم تطوير وتحديث المعدات الطبية والعلاجية والتجهيزات

[107]- وزارة الاقتصاد والمالية، "ملخص التقرير حول المؤسسات والمقاولات العمومية المرفق بقانون المالية لسنة 2024"، ص 04.

[108]- وزارة الاقتصاد والمالية، "مذكرة تقديم لقانون المالية 2024"، ص 49.

[109]- المرجع نفسه، ص 55.

الخاصة في عمليات التطبيب، والمستلزمات الطبية- التقنية الخاصة بمختبرات تحليلات الأمراض، مع تكثيف حملات آلية الصحة المتنقلة بتنظيم قوافل طبية متكررة تستهدف النهوض بالوضع الصحي في العالم القروي؛ هذا، بالإضافة إلى تحسين الولوج إلى الأدوية والمستلزمات الطبية وذلك من خلال تخفيض أثمنة أزيد من 270 دواء الأكثر استهلاكا والموجه أساسا لعلاج بعض الأمراض المزمنة والخطيرة[110]. إذن هي مجموعة من التدابير والإجراءات التشريعية والمالية والمادية والتقنية عمل المغرب على اتخاذها طيلة خمس السنوات الأخيرة (2018-2024)، بهدف تأهيل المنظومة الصحية وإصلاحها بما يتوافق مع أهداف مرتكزات "الدولة الاجتماعية" القائمة على بلوغ طموح إنجاح ورش "الحماية الاجتماعية"، وتحقيق التنمية المتوازنة بين الجهات والأقاليم في إطار المبادئ التوجيهية للتنمية المستدامة 2030التي وضعت تحقيق الصحة الجيدة والرفاه للجميع في المرتبة الثالثة من أهدافها.

رابعا- إعمال الحق في الصحة بين مسؤولية الدولة وأعطاب التمكين

يشكل الحق في الصحة إحدى التحديات الكبرى التي يحاول المغرب النهوض بها وكسب رهان التمكين منها، غير أن المؤشرات والمعطيات المتنوعة المرتبطة بالقطاع، تبين صعوبة تمكنه من بناء منظومة صحية قوية تتوفر فيها

---

[110]- وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025"، شوهد في 15-11-2024 متوفر على الرابط
https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/02/bilan%20sant%C3%A9%20 2018.pdf.

شروط الحق في الصحة كما تم التنصيص عليها في المقررات الأممية التي صادق عليها، والتي تحدد المعايير التي يتوجب توفيرها لتمكين كافة المواطنات والمواطنين التمتع بهذا الحق الأساسي على قدم المساواة، وبوصفه القاعدة الرئيسية والمدخل المحوري لبناء دولة الحقوق والمواطنة، المبنية على تلبية الاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية الأساسية لجميع المغاربة، لأنه من الصعب الحديث عن مؤشرات تحسن الوضعية السوسيو- اقتصادية، دون ضمان الرعاية الطبية وتوفير التغطية الصحية، باعتبارهما حقوقا جوهرية مرتبطة بالحياة اليومية للناس، كما هو شأن باقي الحقوق الأخرى ذات الصلة غير القابلة للتجزيء أو التأجيل.

مما لا شك فيه أن مبدأ إعمال الحق في الصحة والوصول إلى مستوى فعال من الخدمات الصحية والعلاج في المغرب، تعترضه عدة إشكاليات هيكلية وبنيوية، تتمثل أبرزها حسب الدراسات والأبحاث المهتمة بالموضوع في:

1- غياب العدالة المجالية وسيادة واقع التفاوتات الجغرافية والاقتصادية والاجتماعية بين الجهات والمناطق؛

2- عدم توفير المقدرات المالية الكافية المخصصة لقطاع الصحة من الميزانية العامة، كما هي محددة في المعايير الدولية لضمان تمويل القطاع وتحسين مستوى التغطية الصحية؛

3- غياب العدد الكافي من الأطباء المختصين والممرضين، لتلبية حاجيات المغاربة في مجال المعالجة والتطبيب؛

4- نهج سياسة خوصصة قطاع الصحة مما يساهم في إعاقة الاستفادة من الخدمات الصحية تضمن مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص في الولوج إلى العلاج الجيد، بالإضافة إلى ضعف إستراتيجية التعاون بين القطاعين العام والخاص للنهوض بأوضاع الصحة في البلاد؛

5- غياب استراتيجية توحيد وتنسيق مسار إصلاح المنظومة الصحية، وغياب أساليب التدبير الرشيد للموارد البشرية، إضافة إلى ضعف المبادرات المتعلقة باعتماد المنهج الوقائي الصحي، بما يتوافق مع المحددات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية المحيطة[111].

كما يتضح من خلال الإحصائيات المتضمنة في التقارير الرسمية وغير الرسمية، أن قطاع الصحة في المغرب لا زال يعاني من عدة اختلالات رغم المجهودات المبذولة، حيث أن مؤشر عدد السكان لكل طبيب لازال مرتفعا مقارنة مع المؤشرات الدولية، وأن عرض الموارد البشرية الصحية البالغ 8773 طبيب و20735 ممرض غير كاف لسد حاجيات القطاع المرتفعة، إضافة إلى كون كثافة العاملين في قطاع الصحة تبلغ 21،2 طبيب وممرض لكل 10.000 نسمة[112]، وهو مؤشر يتناقض جوهريا مع المعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية وفقا لمنهجية مؤشر أهداف التنمية المستدامة لتوفير العلاج الضروري لكافة

[111]- سعد الزبيري، "الحق في الصحة في المغرب، أبرز المشكلات والتحديات"، متضمن في منشور **سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية**، (بيروت، شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، 2023)، ص ص 12- 13.

[112]- إحصائيات وزارة الاقتصاد والمالية وإصلاح الإدارة، شوهد في 16-11-2024 متوفر على الرابط، https://www.finances.gov.ma/ar

المواطنين، حيث تم تحديد عتبة إرشادية لكثافة إجمالية تبلغ 44،5 طبيب وممرض على الأقل لكل 10.000 مواطن[113]، وفي نفس السياق تشير مجموعة من التقارير الرسمية إلى ضعف كبير في الكثافة الطبية والشبه الطبية مقارنة مع العديد من البلدان النامية والصاعدة مثل البرازيل والأردن وتونس والتايلاند[114]، مما يؤكد وجود مفارقة حادة بين واقع توفير الأطر الطبية وشبه الطبية في المغرب والحد الأدنى الذي حددته الآليات الدولية. وجدير بالذكر أيضا، أنه رغم تضاعف ميزانية الدولة المخصصة لقطاع الصحة في السنوات الأخيرة من نسبة 5،7% سنة 2020 لتصل إلى حدود 7،7% سنة 2024،غير أنها تبقى نسبة غير كافية لتحقيق حاجيات القطاع حسب معايير منظمة الصحة العالمية المحددة في نسبة 12%على الأقل من الميزانية العامة للدولة[115]، وهو ما يبين أن المقدرات المالية المخصصة لقطاع الصحة في المغرب لازال لم تبلغ مستوى الحد الأدنى المحددة عالميا، مما يجعلها تكون موضوع تناقض بين خطاب "دولة الرعاية الاجتماعية" وواقع الاختلال الناتج عن النسبة المالية المتدنية المخصصة للقطاع، مما يؤدي موضوعيا إلى التأثير السلبي على عملية تطويره وتأهيله.

كما يشكل غياب العدالة المجالية أحد المعضلات الأساسية التي يعاني منها قطاع الصحة في المغرب، وفي هذا الإطار خلص المجلس الوطني لحقوق

---

[113]World Health Organization, "Global strategy on human resources for health: Workforce 2030", Geneva, Switzerland, 2016, p.42.

[114] - قانون المالية لسنة 2022، التقرير الاقتصادي والمالي، ص 40.

[115]- المرجع نفسه، ص41.

الإنسان في تقريره الموضوعاتي حول فعلية الحق في الصحة، إلى ضرورة عمل الدولة على تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية لتحقيق رهان هذا الحق، وهو رهان يتوقف على ربط الإصلاحات في مجال الصحة بتقليص التفاوتات المجالية، سواء بين الوحدات الترابية أو داخل نفس الوحدة (العالم الحضري في مقابل العالم القروي)، مؤكدا أن بناء سياسة صحية مناهضة للتمييز، وعلى رأسها التمييز على أساس الانتماء المجالي، تقتضي إعطاء الأولوية للمناطق الأكثر هشاشة، عبر إيجاد وسائل مبتكرة لتمييزها إيجابيا لمساعدتها على تدارك الخصاص البنيوي في المجال الصحي، بالإضافة إلى العمل على إيجاد حلول ترابية لإشكالية استقرار الموارد البشرية الصحية في المناطق المهمشة [116]. وانطلاقا من هذه التوصيات يتبين أن إشكالية تردي الخدمات الصحية في المغرب يرتبط إلى حد بعيد بمعضلة غياب العدالة المجالية والترابية في تجلياتها المتنوعة التي ذكرها التقرير، خصوصا في جانبها المتعلق بتوفير الموارد البشرية وتدبيرها.

وفي نفس السياق، سجل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي أنه رغم التحسن الذي عرفته المنظومة الصحية في المغرب خلال السنوات الأخيرة، إلاّ أنها تظل دون ما تقتضيه دينامية تعميم التغطية الصحية، خصوصا في الجانب المتعلق بالتوزيع المجالي والجغرافي حيث غياب معايير العدالة المجالية، هذا، بالإضافة إلى الخصاص الذي يعاني منه قطاع الصحة في الموارد البشرية، مما يؤثر سلبا على عملية ولوج المواطنات والمواطنين إلى الخدمات الطبية الأمر الذي

---

[116]- المجلس الوطني لحقوق الإنسان، "فعلية الحق في الصحة"، التقرير الموضوعاتي، 2022، ص ص 31-32.

ينعكس على نتائج مؤشر ثقة الأسر، إذ كشف هذا الأخير برسم سنة 2022 بأن 60،8 % من الأسر المغربية لا تزال تعتبر أن جودة الخدمات الصحية تعرف تدهورا[117]. وبدوره كشف تقرير المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي التي شكلها مجلس المستشارين، بأن قطاع الصحة لازال يعاني من إكراهات هيكلية تحول دون تحقيق النجاعة المطلوبة في تدبير المنظومة الصحية الوطنية، "أهمها تعاقب مجموعة من الإصلاحات دون إحداث تغيير حقيقي في القطاع، خاصة على مستوى ضعف النتائج المحققة بخصوص المبادرة الوطنية لتكوين 3300 طبيب سنويا، هذا، دون إغفال العجز البنيوي الكمي والنوعي في الموارد البشرية، وتوزيعها بشكل غير عادل بين الجهات وبين المجال الحضري والقروي، وعدم تحفيزها بالشكل الكافي، مما يجعلها تفضل الهجرة على البقاء في وطنها"[118].

إذا كان واقع حال المنظومة الصحية في المغرب يعاني من الاختلالات البنيوية المشار إليها أعلاه حسب تشخيص المؤسسات الوطنية الرسمية، فمن الأهمية بمكان الإشارة كذلك، إلى أن الأعطاب التي تعاني منها يمكن ملامستها أيضا من خلال التعبير عن الرفض الجمعي لوضعها المتفاقم الذي عبر عنه المغاربة في كثير من المناسبات الاحتجاجية، والتي طالبوا عبرها بتحسين مستوى الخدمات الصحية والنهوض بها بما يستجيب لتطلعاتهم، وإعلانهم أن

117- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، التقرير السنوي، 2022، ص 76.

118- مجلس المستشارين، المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، تقرير موضوعاتي، "الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية"، 2022، ص ص 42- 43.

العراقيل التي تواجههم للولوج إلى الخدمات الطبية والعلاج الجيد جعلتهم يفقدون الثقة في البرامج التي يتم الإعلان عنها رسميا لتحسين أوضاعها، محملين الدولة ومؤسساتها الرسمية مسؤولية تراجع دورها في حماية حقوقهم والنهوض بها، واتخاذ التدابير اللازمة لتفعيل مبدأ إعمال الحق في الصحة، وتعزيز الحماية الاجتماعية، بما تستوجبه مبادئ العدالة الاجتماعية والمجالية، وكما تم تكريسها دستوريا وتشريعيا، ومتضمنة في المواثيق الدولية التي صادقت عليها، وهو ما تمثل بشكل بارز في احتجاجات حراك الريف وحراك جرادة[119]، وفي مجموعة من المحطات الاحتجاجية التي تطالب بتعزيز المنظومة الصحية بما تقتضيه من تأهيل لبنية العرض الصحي، وتوفير الموارد المالية والبشرية الملائمة القادرة على الاستجابة لتطلعات المغاربة في التطبيب والتغطية الصحية الجيدة.

[119]- عرفت الساحة الاحتجاجية المغربية في السنوات الأخيرة موجة احتجاجات واسعة تميزت بالاعتراض على الوضعية المتفاقمة التي تعرفها القطاعات الاجتماعية وخدماتها، وقد تجسدت بشكل قوي في احتجاجات حراك الريف وحراك جرادة، وقد كان لمطلب تحسين الخدمات الصحية العمومية وتجويدها والتمكين من العلاج للفئات التي تعاني من الهشاشة في المجتمع، ووضع الحد لمظاهر اللاعدالة المجالية التي يعاني منها القطاع، وقد كان لهذه الاحتجاجات تأثير قوي في المشهد السياسي المغربي، وخلفت تفاعلات رسمية وغير رسمية متعددة، تقاطعت كلها حول عدالة مطالبها، ومن بينها مطلب النهوض بالحق في الصحة وحمايته، للمزيد من المعلومات في هذا الشأن، راجع، إبراهيم اليحياوي، **الحركات الاحتجاجية وسؤال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية بالمغرب**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة محمد الأول، وجدة، سنة 2024، ص ص. 141-160.

خاتمة

إن انخراط المغرب في مسايرة ركب النهوض بأوضاع حقوق الإنسان في شموليتها، جعله يتبنى استراتيجيات الاهتمام بالقضايا الاقتصادية والاجتماعية باعتبارها حقوقا أساسية ترتبط ماديا ومحوريا بحياة المغاربة، وإذا كانت الآليات الدولية التي تتولى مهام الحماية والنهوض بحقوق الإنسان، خصوصا تلك المتعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية تشدد على ضرورة وفاء الدول الأطراف بتعهداتها بشأن مبدأ إعمال الحقوق ذات الصلة، حيث يقع على عاتقها توفير الحد الأدنى من الالتزام الأساسي بضمان الوفاء، على أقل تقدير، بالمستويات الأساسية الدنيا لكل حق من الحقوق، فقد كان لزاما على المغرب، باعتباره عضوا فيها، أن يعمل على إقرار حزمة من التدابير والإصلاحات الهيكلية والقطاعية للنهوض بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وحمايتها، والتي عززها بإطلاق ورش الحماية الاجتماعية التي تستهدف أساسا تأهيل المنظومة الصحة وتدعيمها بالارتقاء بباقي الحقوق المرتبطة بها فعليا. لكن بالرغم من الديناميات التي أطلقها المغرب لإرساء أسس الدولة الاجتماعية بمدخل تعميم الحماية الاجتماعية، إلاّ أن واقع التمكين من الحق في الصحة كشف حجم الأعطاب التي تعاني منها المنظومة الصحية، والمتمثلة أساسا في غياب معايير الإعمال من التوافر وإمكانيات الوصول والمقبولية والجودة، إذ يعاني القطاع من سيادة مظاهر التمييز على الأساس الاجتماعي والذي يتمظهر خصوصا في التفاوتات المجالية التي يعرفها سواء بين المركز والهامش، أو بين المجال الحضري والعالم القروي، مما يكرس مظاهر التوزيع غير المتكافئ وغير المنصف

للخدمات الطبية والعرض الصحي، بالإضافة إلى ضعف مقدرات الموارد البشرية والمالية مما ينعكس سلبا على ضمان تحسين عملية الولوج إلى الخدمات الصحية وتجويدها؛ كما أن الإشكالية الملموسة التي يعاني منها القطاع تبرز بشكل أعمق في تعزيز آلية خوصصته، مع تراجع مؤشرات برامج الاستثمار العمومي المتعلقة بتأهيله وتعزيزه، مما يكرس قاعدة خدمة القطاع العام للقطاع الخاص وليس آلية الشراكة والتكامل بينهما، وهو ما يتنافى مع أسس مفهوم الدولة الاجتماعية ويساءل الخطاب الرسمي حولها.

لائحة المراجع

العربية

- أمين، سمير، **الاقتصاد السياسي للتنمية في القرنين العشرين والواحد والعشرين**، ترجمة فهيمة شرف الدين، بيروت: دار الفرابي، (2002).
- بورديو، بيير، **عن الدولة دروس في كوليج دو فرانس (1989–1992)**، ترجمة مصير مروة، بيروت: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، (2016).
- بولانتزاس، نيكولاس، **نظرية الدولة**، ترجمة ميشيل كيلو، بيروت: دار الفرابي، (2007).
- جون، ديكسون وروبرت شيريل، **دولة الرعاية الاجتماعية في القرن العشرين تجارب الأمم المتقدمة في تكريم الإنسان**، ترجمة سارة الذيب، بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر، (2014).

- الرجراجي، سعيد، **الحق في الصحة: الواقع والآفاق دراسة مقارنة**، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، الرباط: مطبعة المعارف الجديدة، (2019).
- الرحالي، ميلود وشكربة، ادريس، **الدولة الاجتماعية في المغرب دلالات المفهوم وتجلياته في البرامج والسياسات العمومية**، المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، (2023).
- الزبيري، سعد، "الحق في الصحة في المغرب، أبرز المشكلات والتحديات"، **سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية**، بيروت: شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، (2023).
- مناع، هيثم، **الإمعان في حقوق الإنسان موسوعة عالمية مختصرة**، الجزء الأول، دمشق: الأهالي للنشر والتوزيع، (2000).
- مجلس المستشارين، المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، تقرير موضوعاتي، "الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية"، 2022.
- المجلس الوطني لحقوق الإنسان، "فعلية الحق في الصحة"، التقرير الموضوعاتي، 2022.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، التقرير السنوي، 2022.

- وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025".

- وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025".

- وزارة الاقتصاد والمالية، "ملخص التقرير حول المؤسسات والمقاولات العمومية المرفق بقانون المالية لسنة 2024".

- وزارة الاقتصاد والمالية، مشروع قانون المالية لسنة 2025، "التقرير الاقتصادي والمالي".

- وزارة الاقتصاد والمالية، "مذكرة تقديم لقانون المالية 2024".

- وزارة الاقتصاد والمالية، قانون المالية لسنة 2022، التقرير الاقتصادي والمالي.

بالأجنبية

- SAOUDI, Hamza, "**la protection social au Maroc : quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universelle, soutenable et efficace** ", Policy Center for the New South, 2024.

- Conseil Économique Et Social, Comité Des Droits Economiques Sociaux Et Culturels, " le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du pacte international aux droits économiques sociaux et culturels) ", observation générale N° 14 (2000).

- L'introduction de la Constitution De L'organisation Mondial De La Santé (OMS.

- Observatoire National du Développement Humain, rapport sur le développement humain 2020, « être jeune au Maroc de nos jours ».

- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2021/ 2022.

- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2023/ 2024.

- World Health Organization, "**Global strategy on human resources for health: Workforce 2030**", Geneva, Switzerland, 2016.

التغطية الصحية الشاملة وسؤال العدالة الصحية
-حالة إقليم وزان-

Universal Health Coverage and the Question of Health
-The Case of Ouezzane Region-

مبارك علوي الطايعي[120]
وكريم الديبوش[121]

ملخص:

خلال العقديين المنصرمين، قام المغرب بإصلاح قطاع الصحة، لا سيما مع تعميم التغطية الصحية الذي بدأ سنة 2021. لكن رغم كل الجهود تظل الفوارق واضحة بين الجماعات الترابية مما يشكل عائقا حقيقيا لتحريك مس، بالنظر إلى غياب تدابير ملموسة تكرس لعدالة صحية وتعكس الإرادة الحقيقية لبناء مغرب الغد. فلا رهان حقيقي، في ظل مغرب الأوراش الكبرى، وتوزيعها الجغرافي، دون تكريس عدالة صحية تقلص الفوارق والإقصاء الاجتماعي بين الجماعات الترابية وتوطد لعلاقة تكاملية بينها. في هذا السياق، ستقف هذه الدراسة من جهة أولى على أثر البرامج الصحية بمجتمع الدراسة لتحقيق أهدافها الحقيقية وتكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات من خلال تشخيص واقع العدالة الصحية بالإقليم، من خلال تحليل بعض الجزئيات الظاهرة والخفية المفضية لتحولاته السوسيو اقتصادية والاجتماعية. ومن جهة ثانية سيتم تحليل رضا الساكنة

[120] أستاذ باحث في علم الاجتماع جامعة ابن طفيل، القنيطرة
[121] باحث في علم الاجتماع جامعة ابن طفيل، القنيطرة

للبرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بالإقليم، ثم من جهة أخيرة إبراز أهم التحديات التي تواجهها الرعاية الصحية بإقليم وزان.

كلمات مفتاحية: الحماية الاجتماعية، العدالة الصحية، الإقصاء الاجتماعي، التغطية الصحية، البرامج الصحية.

Abstract :

During the last two decades, Morocco has reformed the health sector, especially with the universal health coverage that started in 2021. However, despite all the efforts, disparities between local communities remain, which constitutes a real obstacle to moving forward, given the absence of concrete measures that enshrine health justice and reflect the real will to build the Morocco of tomorrow. There is no real bet, in light of the Morocco of major projects and their geographical distribution, without establishing a healthy justice that reduces disparities and social exclusion between territorial communities and consolidates a complementary relationship between them. In this context, this study will firstly examine the impact of health programs in the study community to achieve their real objectives and establish a harmonious regional dimension at the level of structures and services by diagnosing the reality of health justice in the region, by analyzing some visible and hidden parts leading to its socio-economic and social transformations. On the other hand, the satisfaction of the population with the health programs and the level of structures and services provided to them in the region will be analyzed, and finally, the most important challenges faced by health care in the region of Ouezzane.

Keywords: Social protection, health justice, social exclusion, health coverage, health programs.

مقدمة

شهد المغرب على مدى السنوات العشرين الماضية، تغيرات هيكلية من خلال عمليته الديمقراطية مع الإصلاح الدستوري سنة 2011، وثانيًا من خلال إطلاق مشاريع البنية التحتية التي أدت إلى تحسين شبكة الطرق وشبكات السكك الحديدية، وتوفير مياه الشرب والكهرباء والصرف الصحي لأكثر من 90٪ من السكان.

إن إدخال التغطية الطبية الأساسية سنة 2002 (CMB)، في مكون التأمين الصحي الإلزام(AMO) ، وخطة التأمين الصحي (RAMED) للفقراء والمحرومين اقتصاديا، ثم إطلاق المبادرة الملكية الوطنية للتنمية البشرية (INDH)للحد من التفاوتات الاجتماعية والمالية والحد من مؤشرات الفقر والهشاشة والمساهمة في تحسين مؤشرات التنمية والحالة الصحية للسكان. ومؤخرا أحدث التأمين الإجباري عن المرض تضامن (AMO TADAMO)، لضمان حصول الجميع على الخدمات الصحية والرعاية الصحية، لا سيما للفئات الأكثر ضعفا فقد كان لهذا البرنامج تأثير في تسهيل حصول الفئات الضعيفة غير القادرة على رعاية نفسها على الخدمات الطبية من خلال توفير التغطية الطبية لهذه الفئات، والحد من أوجه عدم المساواة في الرعاية الصحية، مع الحفاظ على كرامة الفئات الأكثر حرمانا.

ومع ذلك، يواجه نظام الرعاية الصحية بالمغرب العديد من التحديات المختلفة. وعلى الرغم من الجهود المبذولة لتحسين الرعاية الصحية من طرف السلطات المختصة، إلا أن الحصول على الرعاية الطبية الجيدة لا يزال يمثل تحديا حقيقيا، لا سيما بالمناطق القروية الأمر الذي تؤكده بطاقة الأداء الاجتماعي[122] المغربية من خلال تدني مؤشرات الصحة التي لا تزال تعاني من مشاكل وتحديات مقلقة، حيث يسجل عدد من أوجه القصور والخلل التي تقوض كفاءة النظام الصحي الوطني، وتتمثل أساسا في التفاوتات البينية في الموارد والبنيات، والتفاوتات في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وحوكمة توفير الرعاية الصحية التي لا تزال غير مكيفة مع الطلب والاحتياجات الصحية.

[122] تعتبر بطاقة الأداء الاجتماعي أداة مهمة لتحليل ورصد الحالة الصحية للسكان، وتقديم معلومات شاملة حول مستوى الخدمات الصحية وظروف الصحة العامة. وتشمل هذه البطاقة مجموعة من المؤشرات تتعلق بمجالات مختلفة، مثل:

- مؤشرات الصحة العامة: مثل متوسط العمر المتوقع، ونسبة وفيات المواليد، ونسبة الوفيات بسبب الأمراض المزمنة.
- الوصول إلى الخدمات الصحية: مثل نسبة السكان الذين لديهم تأمين صحي، وعدد المرافق الصحية في المناطق الحضرية والريفية.
- جودة الخدمات الصحية: مثل مستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة، وتوفر الأدوية الأساسية.
- الرعاية الصحية الأولية: قياس نسبة تغطية الرعاية الأولية، وزيارة الأطباء العامين.
- الصحة النفسية: متابعة انتشار الأمراض النفسية وتوافر خدمات الصحة النفسية.

وعليه، يستكشف هذا المقال في مقام أول أثر البرامج الصحية بمجتمع الدراسة لتحقيق أهدافها الحقيقية وتكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات من خلال تشخيص واقع العدالة الصحية بالإقليم، من خلال تحليل بعض الجزئيات الظاهرة والخفية المفضية لتحولاته السوسيو اقتصادية والاجتماعية.

ومن جهة ثانية سيتم تحليل رضا الساكنة للبرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بالإقليم، ثم من جهة أخيرة إبراز أهم التحديات التي تواجهها الرعاية الصحية، والاستراتيجيات الموضوعة لتلبية هذا الطلب المتزايد على الرعاية والتغطية الصحية من حيث التكلفة وجودة الرعاية من أجل تحقيق عدالة صحية بإقليم وزان.

أولا: الجانب المنهجي للدراسة

1. إشكالية الدراسة

إن بناء هذه المقالة ارتبط بإشكالية محورية أساسية شغلت بال العديد من الباحثين والسوسيولوجيين والمرتبطة أساسا بمسألة العدالة الصحية داخل المجال العالمي وتوزيع الموارد والثروات والغنى وأسباب إنتاج التفاوتات المجالية والتباينات والفوارق السوسيومجالية، حيث نجد رغم لجهود التي يبدلها مختلف المتدخلين في الشأن الصحي من أجل تطويره وتنميته ـ مجموعة من المجالات الترابية، ومن بينها إقليم وزان مجال الدراسة الذي يعاني من تفاوتات مجالية واجتماعية؛ تتمثل في ضعف

الولوج إلى خدمات الصحة، وعدم المساواة في تقديم الخدمات الطبية، وأداء ضعيف للنظام الصحي؛ وعليه تتبلور إشكالية هذا المقال العلمي من خلال السؤال الإشكالي التالي: **إلى أي حد أثرت البرامج الصحية الفاعلين في المجال الترابي في إرساء عدالة صحية بإقليم وزان؟**

وللإجابة عليه قمنا بتقسيمه إلى مجموعة من الأسئلة الفرعية الآتية:

-هل حققت البرامج الصحية أهدافها الحقيقية وساهمت في تكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات؟

-ما مستوى رضا الساكنة عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة بالإقليم؟

2. **فرضيات الدراسة**

تعد الفرضية بمثابة محاولة لتفسير وفهم ظاهرة معينة، فهي "اقتراح يسبق العلاقة بين لفظين، يمكن أن يكونا مفاهيم أو ظواهر. فالفرضية إذن هي اقتراح مؤقت يتطلب التحقق منه"[123]، وسعيا منا نحو الربط بين رهانات العدالة الصحية وسؤال التنمية، توجه بحثنا حول فرضية محورية عامة تم صياغتها كالتالي:

[123] LUC Van Compenhoudt et Raym onQuivy, Manuel de recherches en sciences sociales,2017, p128.

إن العلاقة التفاعلية بين التحولات والبرامج الصحية وبين إرساء عدالة صحية بالإقليم هي علاقة تأثر وتأثير؛ إذ تتأثر البرامج الصحية بكل السياسات والتحولات المحيطة بها على المستوى الخارجي والداخلي، وبالمقابل تنعكس سياساتها التدبيرية في خلق عدالة صحية بين الجماعات الترابية بالإقليم.

ويمكن تعميق هذه الفرضية المركزية من خلال الفرضيات الفرعية التالية:

- **حققت البرامج الصحية أهدافها الحقيقية وساهمت في تكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات.**
- **الساكنة راضية عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة بالإقليم.**

3. أهمية الدراسة

من الناحية أو الوجهة النظرية تكشف هذه الدراسة القناع على التحديات التي يعرفها المجال القروي على مستوى الخدمات والبنيات التحتية الصحية، فضلا عن تتبع أثر البرامج الصحية وتأهيل المناطق القروية على المستوى الصحي، ساعين من وراء ذلك إلى كشف الستار عن واقع العدالة الصحية بالجماعات الترابية المدروسة، بمعنى آخر هل هناك عدالة صحية أم أن العكس هو الصحيح. أما من الناحية العملية فتتجلى

أهمية الدراسة في إلقاء الضوء على آليات التدخل الاجتماعية المتصلة بالقطاع الصحي من خلال تبيان كيفية تدخل الدولة عبر مختلف مؤسساتها من أجل إرساء عدالة صحية حقيقة بين الأفراد والجماعات الترابية القروية بإقليم وزان.

4. أهداف الدراسة:

إن الهدف الرئيسي من هذا العمل من جهة أولى؛ هو إبراز دور التغطية الصحية الشاملة في الاستخدام الفعلي للخدمات الصحية، ثم من جهة ثانية دراسة مسار الرعاية الصحية للسكان القرويين الذين يتمتعون أو لا يتمتعون بتغطية طبية على أرض الواقع. بشكل أكثر تحديدا، يتعلق الأمر بتحديد دور التغطية الصحية الشاملة في الاستخدام الفعلي لخدمات الرعاية الصحية، ثم فهم توقعات السكان بشكل أفضل فيما يتعلق بالخدمات الصحية، ومن جهة أخيرة تقييم التغطية الصحية الشاملة بالإقليم، ومحاولة تتبع مسار الرعاية الصحية بشكل دقيق لفهم كيفية استخدام الخدمات الصحية العامة بشكل فعال. مع الأخذ بعين الاعتبار المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبشرية لقطاع الصحة.

5. منهجية الدراسة وأدوات البحث الميدانية

أ. منهجية الدراسة

ستعتمد الدراسة الراهنة على المنهج النسقي وذلك لتحقيق أهدافها والتحقق من صحة فرضياتها باعتباره إطارا تحليليا يهدف إلى فهم كيف

تتفاعل مختلف العوامل والنظم داخل سياق الرعاية الصحية لتحقيق أو عرقلة العدالة الصحية. حيث يقودنا إلى النظر لقطاع الصحة بإقليم وزان كنسق له مدخلات، وهي الإصلاحات المنجزة في أنظمة التغطية الصحية، ومخرجات تتمثل في الخدمات الصحية المقدمة للساكنة، وتغذية راجعة تتمثل في ردة فعل الساكنة تجاه الخدمات الصحية. وفيما يلي تفاصيل حول كيفية تطبيق هذا المنهج بدراستنا:

-تشخيص النظام: تحليل المرافق الصحية المتاحة، مثل المؤسسات الصحية، المستشفيات، والأطر الطبية.

-الحكامة: دراسة كيفية تصميم السياسات الصحية ومدى كفاءتها في معالجة احتياجات المجتمع القروي.

- **المدخلات**:

-التمويل: دراسة مدى كفاية الموارد المالية المخصصة للرعاية الصحية في المناطق القروية.

-البنية التحتية: المرافق، الطرق، والخدمات الأساسية.

- **العمليات**:

-تقديم الخدمات: كيف يتم تقديم الخدمات الصحية (مثل الرعاية الأولية، والتواصل بالإرشادات).

- **المخرجات والنتائج المتوقعة**:

-الرعاية الصحية: مدى رضا السكان عن الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها.

-التوصيات: تقديم اقتراحات لتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية وتعديل السياسات لتعزيز العدالة الصحية.

-تحسين الأداء الصحي: تعزيز النتائج الصحية في المجتمعات القروية من خلال تطوير برامج مستدامة.

- **التحديات**:

-صعوبة الوصول: التحديات اللوجستية والاقتصادية في الوصول إلى المناطق القروية.

ب. أدوات البحث الميداني

- **الملاحظة الميدانية**: تعتبر الملاحظة من أقدم الوسائل التي لجئ إليها الإنسان، باعتبارها نمط يرتكز على الوصف والملاحظة السطحية دون الارتقاء إلى التحليل. على الرغم من ذلك، تعتبر الملاحظة من أهم الوسائل لفهم واقع المجال حتى ينصب التحليل في الاتجاه الصحيح، وعليه فقد تم زيارة الجماعات الترابية المدروسة من أجل تشخيص مكامن القوة والخلل لهذه المجالات خصوصا فيما يتعلق بمعاينة البنيات والمؤسسات الصحية، وقد تم استحضار بعض المؤشرات التي تم التركيز عليها بشبكة الملاحظة حتى ينبني التحليل على أسس منطقية وموضوعية وهي:

- عدد الأطر الطبية والتمريضية المتوفرة بكل جماعة ترابية ومدى حضورهم في المداومات؛
- عدد الأسرة المتواجدة بكل مؤسسة صحية؛
- جودة الاشتغال على مستوى الإرشادات؛
- توافر معدات الفحص وسيارات الإسعاف؛
- مدة الانتظار لزيارة الطبيب المختص (أولوية الحالات الصعبة...)؛
- الزبونية.

▪**الاستمارة**: بالنسبة للجماعات الترابية المستجوبة توزعت الاستمارات الموجهة للساكنة بهذه المجالات، والتي بلغ عددها 160 استمارة لم يسترجع منها إلا 154 استمارة، ونظرا لطبيعة البحث والفئة المبحوثة فقد لجأنا إلى اعتماد عينة قصدية تم بناؤها انطلاقا من الحرص على ضمان تمثيلية مختلف فئات مجتمع الدراسة، ليس على أساس مراعاة الوزن العددي للفئات التي تمثلها أو كيفية انتشارها في المجال كما هو الشأن بالنسبة للعينات المعتمدة عادة في البحث الكمي.

6. الحدود المكانية للدراسة

إن هذه الدراسة قد اختارت إقليم وزان كمكان للدراسة الاجتماعية، وقد كان الدافع إلى ذلك كون إقليم وزان يمثل نموذجا حيا للعالم القروي، ولقد حرصنا على أن تكون العينة المختارة ممثلة لجميع الحالات الأخرى رغم إقرارنا باستحالة تعميم النتائج المستخلصة على كل

جماعات الإقليم، فالجماعات الترابية التي اخترناها بعناية كانت النماذج المثلى لواقع إقليم وزان، علاوة على أن هاته المجالات قدمت لنا عينة خصبة من الحالات الاجتماعية. ولما أنه كان من المستحيل إجراء الدراسة على الإقليم كله فقد عمدنا إلى طريقة العينة رغم ما تتضمنه هذه الطريقة من محدودية. ونظرا لضخامة الإقليم واستحالة الحصول على كل المعلومات، فقد عمدنا إلى "العينة الحصصية" لتجنب كثير من العراقيل التي يتعرض لها الباحث في مثل هذه الحالات، ومن بين الخصائص التي تم اعتمادها نجد كل من:

1. **المستوى التعليمي** :نسبة المتعلمين وغير المتعلمين، ومستويات التعليم المختلفة بين السكان بالجماعات الترابية المدروسة.

2. **الحالة الاجتماعية والاقتصادية** :مثل مستوى الدخل، نوع المهنة (زراعة، حرف، إلخ)، والوضع الاجتماعي للأسرة.

3. **حجم الأسرة** :عدد الأفراد في الأسرة.

4. **المستوى الصحي** :الوصول إلى الخدمات الصحية.

5. **البنية التحتية والخدمات** :توفر الطرق، المياه، والكهرباء، والاتصالات.

وعليه، يشمل مجال الدراسة مجموعة من الجماعات الترابية بحيث تم اختيار خمس عينات مختلفة من حيث الخصائص الطبيعية والبشرية

والعمرانية والسكنية والاقتصادية وغيرها، بغية إسقاط النتائج المتوصل إليها على باقي الجماعات الترابية الأخرى بحكم التشابه الكبير بين هاته الجماعات، حيث خصص المجال الأول لجماعة سيدي "رضوان"[124]، فيما همّ المجال الثاني جماعة "اسجن"[125]، أما المجال الثالث فقد خصص لجماعة ازغيرة[126]، ثم المجال الرابع لجماعة زومي[127]، أما المجال الأخير فقد خصص لجماعة "لمجاعرة"[128].

---

[124] تقع جماعة سيدي رضوان في الطرف الجنوبي للمجال الجغرافي الذي يدعى بتلال مقدمة جبال الريف التي ترتبط بوحدة تضاريسية متصلة وهي جبال الريف، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي126.96 كلم^2، وتنتمي إلى دائرة وزان. أما على المستوى البشري، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 17903 نسمة و5124 أسرة موزعين على 32 دوار.

[125] تنتمي جماعة اسجن حاليا لقيادة ابريكشة، بدائرة مقريصات، بإقليم وزان، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي 169,4 كلم^2، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 13139 نسمة و2865 أسرة موزعين على 25 دوار .

[126] يوجد مقر جماعة ازغيرة بدوار بني ربيعة، قيادة تروال، دائرة الوحدة، تحد شرقا بإقليم تاونات وشمالا بإقليم شفشاون. وصل عدد سكانها خلال إحصاء 2024 حوالي 13415 نسمة، و3637 أسرة موزعين على 27 دوار . للإشارة تعتبر جماعة ازغيرة من بين الجماعات القروية الأكثر فقرا بإقليم وزان بجانب كل من جماعتي ونانة وسيدي أحمد الشريف.

[127] تنتمي جماعة زومي حاليا لقيادة زومي، بدائرة زومي، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي 131,63 كلم^2، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 36573 نسمة و9762 أسرة موزعين على 60 دوار .

[128] تنتمي جماعة لمجاعرة لدائرة الوحدة، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي 100 كلم مربع، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 19162 نسمة و4579

ثانيا: معطيات عامة حول إقليم وزان

1. مجال الدراسة

يقع إقليم وزان في مقدمة جبال الريف، وينتمي ترابيا لجهة طنجة تطوان الحسيمة، يتوسط أقاليم شفشاون شمالا، تاونات شرقا، سيدي قاسم جنوبا، القنيطرة والعرائش غربا، تبلغ مساحته الاجمالية حوالي 2040 كلم مربع، وتقدر ساكنته بحوالي 200051 نسمة[129]. وقد تم إحداث عمالة إقليم وزان سنة 2009، وهو يضم 17 جماعة: 16 جماعة لها طابع قروي، وجماعة وزان الحضرية، باشوية واحدة مع ثلاث مقاطعات وأربعة دوائر تضم 10 قيادات. ويتميز إقليم وزان بطابعه القروي، وهو إقليم فلاحي بامتياز. يشتهر بإنتاج الزيتون، حيث تبلغ المساحة المزروعة بأشجار الزيتون أكثر من 65 ألف هكتار، بإنتاج سنوي يقدر ب 78 ألف طن في الظرفية المناخية الملائمة[130]. وإضافة إلى ذلك فالزراعة المعيشية هي السمة البارزة لأغلب الأسر بالعالم القروي من خلال زراعة أنواع القمح والقطاني والمنتجات المجالية وعلى رأسها عسل النحل، وتحتل الصناعة التقليدية المرتبة الثانية في الأنشطة المزاولة على المستوى الإقليمي بعد الفلاحة. حيث تنتشر عدة وحدات حرفية، ينشط بها أكثر

أسرة موزعين على 32 دوار.

[129] حسب نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024.

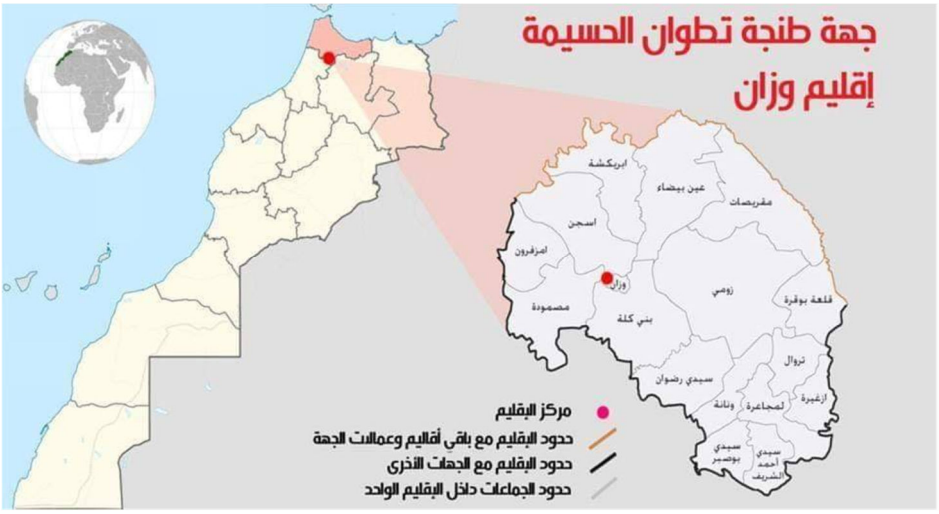
[130] بوابة المبادرة الوطنية للتنمية البشرية - فرع وزان (indh-ouezzane.ma) .

من 7500 حرفي، وتتوزع الحرف المزاولة على 7 قطاعات، أهمها حياكة النسيج وما يرتبط بها من غزل الصوف وخياطة الجلابة الوزانية وكذا الخشب والجلد. ويتمظهر الإنتاج الحرفي بمدينة وزان بكثرة عبر تجارة الحرف اليدوية المنتشرة بالمدينة العتيقة. كما أن الإقليم معروف أيضا بإمكانياته السياحية الهائلة التي تحتاج إلى حسن الاستغلال الاقتصادي، وإحداث فرص الشغل للشباب. ومن ضمنها سد الوحدة، بحيرة بودروة، المدينة العتيقة التي تضم وحدات الصناعة التقليدية ومحلات عرض المنتجات الحرفية اليدوية، والسلاسل الجبلية (جبل بني عيش) ومناظر طبيعية خلابة (غابة بلوطة، جبل أبي هلال...)، ومزارات روحية (مولاي عبد الله الشريف، حاخام عمران بن ديوان بأسجن...).

2. المعطيات الطبيعية والديموغرافية

الموقع الجغرافي: يقع إقليم وزان بشمال المملكة، على مساحة تقدر بحوالي 2040 كلم^2 (25 كلم2 مجال حضري، و2014 كلم2مجال القروي)، يحده شمالا إقليم شفشاون، جنوبا إقليم سيدي قاسم، شرقا إقليم تاونات، وإقليمي القنيطرة والعرائش غربا.

خريطة رقم 1: توطين المجال المدروس



المصدر: برنامج التنمية المندمج لإقليم وزان 2022-2026

- **المناخ**: يتمتع الإقليم بمناخ متوسطي، جاف في الصيف، مع درجات حرارة تتراوح بين 24 و44 درجة مئوية، وبارد في فصل الشتاء مع درجات حرارة تتراوح بين 6 و14 درجة مئوية. متوسط تساقطات الأمطار السنوي هو 800 ملمتر، موزعة بشكل غير منتظم.

- **التضاريس**: يتموضع إقليم وزان في منطقة ذات تضاريس بين التلال الوعرة التابعة لجبال الريف، وسهل الغرب على جنوب واد لوكوس. ويعلو على سطح البحر ب 614 متر، تستحوذ الجبال على % 40,43من مساحة الإقليم، ثم التلال بنسبة ٪29,49 والسهول التي تتجاوز نسبتها 31,7%.

ثالثا: التغطية الصحية الشاملة كمؤشر على أداء أنظمة الصحة

1. مؤشرات عامة لمستوى وعدالة التغطية الصحية

بشكل متزايد وفي إطار أهداف التنمية المستدامة، يعتبر توفر التغطية الصحية الشاملة مؤشرا مهما في قياس أداء أنظمة الصحة وحالة صحة السكان[131]. لقد اقترح البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية مؤشرين أساسين لتقييم النظام الصحي المتعلق بالتغطية الصحية الشاملة، حيث يعتمد هذان المؤشران أولا على المستوى العام للتغطية الصحية الشاملة ثم على عدالتها من حيث القدرة على الحماية من المخاطر المالية للجميع (بما في ذلك المناطق القروية والمعزولة)، وقد حددهما فيما يلي:

- نسبة السكان الذين يمكنهم الوصول إلى خدمات صحية أساسية ذات جودة؛
- نسبة السكان الذين ينفقون جزءا كبيرا من دخل الأسرة على الصحة.

تظهر النتائج المختلفة أن تقييم أنظمة الصحة فيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة هو أمر معقد، ويعتمد أولا على ما هو سياسي لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة، وثانيا على السياق الديموغرافي والوبائي الوطني

[131] Naylor, DC, Iron K, Handa K. (2002). Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: Smith PC, ed. Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, p.p. 13–34

أو الإقليمي، وثالثا على النموذج التنظيمي وحوكمة نظام الصحة، وأخيرا القدرات التمويلية المؤسسية والفردية.

وعليه، تقدم منظمة الصحة العالمية 16 خدمة صحية أساسية في أربع فئات كمؤشرات لمستوى وعدالة التغطية الصحية[132]، والمبينة بالجدول التالي:

جدول رقم 1: نوع الفئة والخدمة الصحية العالمية حول التغطية الصحية الشاملة، 2017

الفئة	نوع الخدمة الصحية
صحة الإنجاب، الأم، حديثي الولادة، الطفل	- تنظيم الأسرة؛ - الرعاية السابقة للولادة والتوليد؛ - التطعيم الكامل للطفل؛ - طلب الرعاية من أجل الالتهاب الرئوي.
الأمراض المعدية	-علاج السل؛ -العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لفيروس نقص المناعة البشرية؛ - علاج التهاب الكبد؛

[132] للإشارة كثفت منظمة الصحة العالمية سنة 2017 جهودها لدعم مجموعة من الدول لتطوير استراتيجياتها ورؤاها وخرائط الطريق لبلوغ التغطية الصحية الشاملة. واشتملت الأنشطة الاستراتيجية الرئيسية الشاملة على وضع حزمة الفوائد ذات الأولوية للتغطية الصحية الشاملة، وتعزيز المشاركة مع القطاع الخاص، والتركيز على تضافر الجهود من خلال ما يسمى بالنهج القائم على الارتباط بين التنمية والإنسانية والسلام، من أجل تعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود في سياقات الطوارئ.

	-استخدام الناموسيات المشبعة بالمبيدات الحشرية للوقاية من الملاريا؛ -خدمات الصرف الصحي الكافية.
الأمراض غير السارية	-الوقاية وعلاج ارتفاع ضغط الدم؛ - الوقاية وعلاج ارتفاع نسبة السكر في الدم؛ - الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم؛ -عدم استهلاك منتجات التبغ.
القدرات الولوجية	-الوصول إلى الخدمات الطبية الأساسية؛ -كثافة الطاقم الطبي؛ -الوصول إلى الأدوية الأساسية؛ -الأمن الصحي: احترام اللوائح الصحية الدولية.

المصدر: دراسة منظمة الصحة

2. تطور السياسة الصحية بالمغرب

أعطى المغرب الأولوية للمساواة والتضامن في الحصول على الخدمات الصحية. وقد تم تعزيز هذه الأولوية عندما تم إطلاق مشروع التغطية الطبية الأساسية. وقد شهد المغرب منذ الاستقلال وحتى سنة 2018، تطورا مهما لمؤشرات الصحة في المغرب في اتجاه تحسين متوسط العمر المتوقع والحالة الصحية للسكان فيما يتعلق بالأمراض المعدية وصحة الأمهات والأطفال.

كما أن إرساء التغطية الصحية، وتعزيز المهارات البشرية، والاستثمار في البنى التحتية وتحديثها، وسياسة الأدوية وإعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية، كلها إنجازات. وبالمثل، فإن إصلاحات السياسة

العامة المتعلقة بتوفير الرعاية الصحية، وحوكمة مؤسسات الرعاية الصحية، وتمويل نظام الرعاية الصحية، وإدارة الميزانية، وقانون التغطية الطبية (بمكونين هما التأمين الصحي الإجباري لموظفي القطاعين العام والخاص (AMO) ونظام التأمين الطبي السابق للمحرومين اقتصاديا (RAMED)، وتوفير الرعاية الصحية الإقليمية. كانت هذه الالتزامات ولا تزال ضرورية، لكن رغم ذلك فإنه يسجل تفاوتات كبيرة في مستوى الصحة والوفيات بين مختلف فئات السكان، والتي لا ترتبط بالمحددات البيولوجية أو الفيزيولوجية بل ترتبط أساسا بالتفاوتات الاجتماعية والاقتصادية أو الثقافية، أو بجودة رعاية أقل من المستوى الأمثل.

3. التأمين الإجباري عن المرض تضامن AMO solidaire كمؤشر لتعميم الاستفادة

يمكن إثارة الآثار الرئيسية لإدخال برنامج التأمين الإجباري عن المرض تضامن AMO solidaire في المغرب على ميزانية الدولة وعلى الجهات الفاعلة في القطاع الصحي الخاص. بالنسبة للدولة، على الرغم من أن تمويل هذا البرنامج يمثل تكلفة كبيرة، إلا أنه يمكن اعتباره استثمارا استراتيجيا. فمن خلال الوقاية من الأمراض الخطيرة وتوفير التغطية الطبية المبكرة، يمكن للبرنامج أن يقلل من الإنفاق العام على المدى الطويل، لا سيما من خلال تقليل التكاليف المرتبطة بالعناية المركزة أو التدخلات الطبية الطارئة. بالإضافة إلى ذلك، فإن السكان الذين يتمتعون

بصحة أفضل يكونون أكثر إنتاجية، مما قد يزيد من الإيرادات الضريبية ويعوض تكاليف البرنامج. بالنسبة للقطاع الصحي الخاص، يحفز برنامج " تضامن" الطلب على خدماته، مما قد يشجع على توسيع البنية التحتية والاستثمار في المجال الطبي. ويمكن أن تُترجم هذه الزيادة في الطلب إلى فرص عمل جديدة ونمو لشركات الرعاية الصحية الخاصة. وبالإضافة إلى ذلك، يساعد دمج الرعاية الخاصة في المخطط على تنويع مصادر التمويل وتقليل الضغط على المؤسسات العامة، مع تحسين وصول المستفيدين إلى الرعاية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تمثل الإيرادات الضريبية المحصلة من أنشطة مقدمي الرعاية الصحية الخاصة عائدا كبيرا على الاستثمار بالنسبة للدولة، وبالتالي يمكن أن تغطي نسبة كبيرة من تكاليف تمويل هذا المشروع والمساهمات الناتجة عنه.

بالإضافة إلى ذلك، فإن توسيع نطاق التغطية الاجتماعية يؤثر على فئات أخرى من الأسر، غير تلك التي يغطيها التأمين الإجباري عن المرض "تضامن" AMO solidaire. ومن المتوقع أن تدفع هذه الفئات مساهماتها وفقا لمستويات دخلها، ويجب على المستفيدين في إطار هذا المشروع التصريح عن دخلهم من أجل الاستفادة من التغطية الطبية والحماية الاجتماعية. وهذا يعزز مبدأ التضامن، من ناحية، ويمكن أن يكشف عن الجانب المظلم للقطاع غير الرسمي من ناحية أخرى، من خلال السماح بعائد مالي كبير من القطاع غير الرسمي للمجتمع، وتوفير

بيانات ذات صلة وقيمة للدولة، خاصة في المشاريع المستقبلية الأخرى، وكذلك في المسائل الضريبية. وباختصار، تلعب AMO Solidaire دورا حاسما في الاقتصاد المغربي من خلال تقليل الإنفاق المباشر للأسر المعيشية وتحسين المالية العامة وتحفيز الصناعة والنشاط الاقتصادي في القطاع الصحي الخاص. وتساهم هذه الآثار مجتمعة في تحقيق نمو اقتصادي أكثر شمولا واستدامة مع تعزيز المرونة الاقتصادية للبلاد.

رابعا: نتائج الدراسة

1. استخدام الأسر للخدمات الصحية

أ. الخصائص الاجتماعية والديموغرافية

إن دراستنا لمسار الرعاية الصحية سمحت لنا بتحديد العوامل الرئيسية لاستخدام خدمات الصحة بكل جماعة ترابية. وفيما يلي توزيع الأسر حسب الجماعات مع عدد مستهدف يتناسب مع وزنها السكاني.

جدول رقم 2: توزيع الأسر المدروسة حسب الجماعة الترابية

الجماعات الترابية	الترددات	النسبة المئوية
زومي	33	21,15
سيدي رضوان	31	87,19
لمجاعرة	34	79,21
اسجن	32	51,20
ازغيرة	26	59,18
المجموع	156	100

المصدر: نتائج التشخيص الميداني للدراسة 2024

من جهة أخرى تحيل البيانات السوسيو-ديموغرافية للأسر المستجوبة أن عينة الدراسة تتكون من 51٪ من النساء، و56.3٪ من الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 40 عاما، و42.2٪ الذين كانوا في نشاط مهني، و40.2٪ من الأميين، و69.9٪ من الأشخاص المتزوجين، و41.6٪ الذين ليس لديهم أي دخل و35٪ ليس لديهم تغطية طبية.

2. التجهيزات والمرافق العمومية: اختلال في التوزيع ونقص في التجهيزات

أ.الخدمات الصحية بإقليم وزان بشكل متباين

تنقسم التجهيزات والمرافق العمومية الموجودة بالإقليم، والتي تعرف نوعا من الاختلال على مستوى التوزيع، إلى نوعين: الأول يشمل المرافق العمومية الكبرى والتجهيزات البنيوية ذات الإشعاع الإقليمي، فيما يشمل النوع الثاني تجهيزات القرب العادية ذات الإشعاع المحلي، ونقصد بها المرافق والتجهيزات الموجودة على مستوى الأحياء السكنية. ورغم توفر الإقليم على مجموعة من المرافق والتجهيزات، إلا أنها تظل غير كافية لأسباب سبق ذكرها.

تعرف وزان ثلاث إشكالات جوهرية فيما يخص المرافق والتجهيزات العمومية، **أولها** يتعلق بنقص التجهيزات بأغلب المؤسسات الصحية ذات المستوى الأول والثاني، الشيء الذي يطرح إشكالية الجودة في الخدمات المقدمة بهذه المؤسسات[133].

[133] لم يعترف صراحة بالحق في الصحة إلا من خلال دستور يوليوز 2011. فهذا الدستور يعترف بسبعة حقوق ترتبط بالصحة، هي الحق في الحياة (الفصل 20) الذي يشمل كذلك محاربة حالات الوفيات الممكن تفاديها، والحق في السلامة وفي حماية الصحة (الفصل 21)، والحق في العلاج وفي بيئة سليمة وفي التغطية الصحية (الفصل 31)، والحق في الصحة بالنسبة للأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة (الفصل 34)، والحق في الولوج إلى علاجات ذات جودة وفي الاستمرارية في أداء الخدمات (الفصل 154). (تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي،

جدول رقم 3: المؤسسات الصحية والطاقم الطبي بالجماعات الترابية المدروسة

الجماعات	عدد الدواوير	عدد الأسر	عدد السكان	مستوصف	مركز صحي رقم 1	مركز صحي رقم 2	المجموع		
							العدد	الطاقم الطبي	
								عدد الأطباء العامون	عدد الممرضين متعددي الوظائف	عدد المولدات
ازغيرة	27	3637	13415	1	0	1	10	2	5	3
سيدي رضون	32	5124	17903	2	0	1	9	1	5	3
اسجن	25	3048	11479	2	1	0	7	2	4	1
زومي	60	9762	36573	2	0	1	14	0	7	7
لمجاعرة	32	4579	19162	1	0	1	10	1	4	5
المجموع	490	26150	98532	8	1	4	50	6	25	19

المصدر: نتائج التشخيص الميداني للدراسة 2024

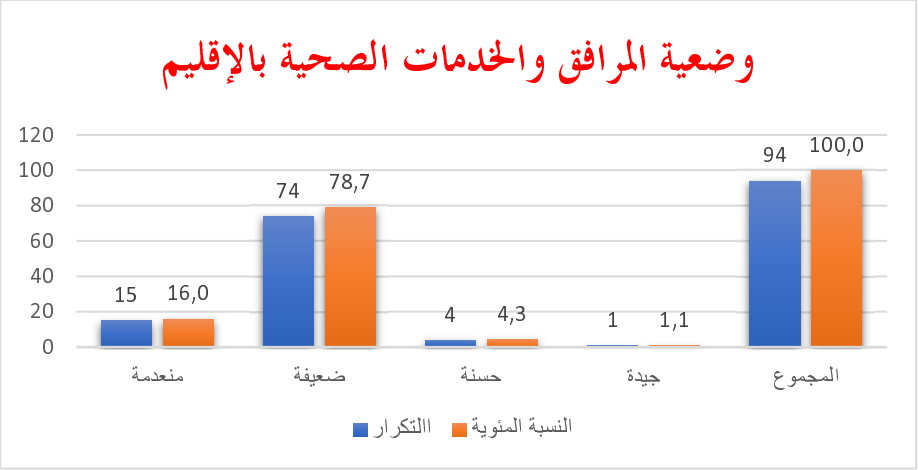
من خلال معطيات الجدول الثالث نسجل على أن الإقليم يواجه نقصا مزمنا في عدد مهنيي الصحة[134]، مما يشكل عائقا كبيرا يقف في وجه

الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعمم، ص16، 2013).

[134] يعد المغرب واحدا من 57 بلدا يعاني من نقص حاد في عدد المهنيين الصحيين، بحصة قدرها 1.86 لكل 1000ساكن، وهي حصة أدنى من الحصة الحرجة المقدرة بنحو 2.37 لكل 1000

تحقيق أهداف الصحة، وأيضا من نقص حاد جدا في عدد المؤسسات الصحية، ومن أوجه تفاوت كبيرة في توزيعهم بين الوسطين الحضري والقروي، مما سيزيد من خلق تباينات وتفاوتات كبيرة بين جماعات الإقليم.

رسم بياني رقم 1: وضعية المرافق والخدمات الصحية بالإقليم



المصدر: نتائج التشخيص الميداني للدراسة 2024

إن تردي مستوى الخدمات الصحية بإقليم وزان مرده لمجموعة من الإكراهات والإشكالات، فرغم تنبيهات المجتمع المدني التي طالبت في وقت سابق بتحسين جودة الخدمات الصحية بمختلف مستوصفات

ساكن، التي حددتها منظمة الصحة العالمية كعتبة لتأمين تغطية التلقيح عند الأطفال بنسبة 80 بالمائة، وضِمان ولادات بمساعدة مهنيي الصحة لنسبة 80 بالمائة من النساء الحوامل، وضمان تحسين مستدام لمؤشرات الصحة لمجموع الساكنة (تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعمم، ص31، 2013).

والمراكز الصحية بجماعات الإقليم، إلا أنه نجد أن هاته الإشكالات بقيت على حالها مما يطرح علامات استفهام كبرى. كما أن عجز المستشفى الإقليمي الحالي عن استقبال الأعداد الكبيرة من المرضى من مختلف الجماعات الترابية التابعة له، ونتيجة افتقار جل إن لم نقل كل الجماعات للتخصصات الطبية الأمر الذي يؤدي بأغلبية الحالات التي تقصد المستشفى الإقليمي "أبي القاسم الزهراوي" إما التوجه إلى مدينة شفشاون أو تطوان من أجل الاستشفاء، وهو الأمر الذي أكدته نتائج الاستمارات الموجهة للمبحوثين والمتعلقة بوضعية المرافق والخدمات الصحية، حيث بينت أن القطاع الصحي يعاني من ضعف كبير لا على مستوى الأداء أو التجهيزات وذلك بنسبة وصلت لـ 78.7%، كما صرح أيضا 16% منهم على أن وضعية المرافق والخدمات الصحية منعدمة، فيما أكد باقي المبحوثين وبنسبة ضئيلة جدا على أن المجال الصحي هو جيد وذلك بنسبة 1,1%.

جدول رقم 4: بناء المركز الاستشفائي الإقليمي وزان

المشروع	الوضعية	الكلفة المالية (بالدرهم)	ملاحظات
بناء المركز الاستشفائي الإقليمي وزان	في طور الإنجاز	223 517 231,30	بلغت نسبة تقدم الأشغال25%

المصدر: تركيب شخصي بناء على المعطيات الواردة ببرنامج التنمية المندمج لإقليم وزان 2022-2026

لكن بالمقابل من ذلك، هناك مجهودات لا يمكن نكرانها ذات الارتباط بتعزيز وتجويد البنية الصحية خصوصا فيما يتعلق بالبنيات التحتية، حيث تم البدء في بناء مركز استشفائي إقليمي بوزان رغم أن نسبة تقدم الأشغال تسير بوتيرة بطيئة وهذا ما يبينه الجدول رقم 4، فالمشفى الجديد سيضم مركبا جراحيا، إضافة إلى مختبر مجهز للتحاليل، ومرافق أخرى كصيدلية، وفضاء للاستقبال، ومستودع للأموات، وقطب للطب وقطب للجراحة، ومصلحة للمستعجلات، وقطب للأم والطفل يشتمل على مصلحة للولادة ومصلحة لطب الأطفال وقاعات إنعاش.

أما **ثاني هذه الإشكالات** فيتعلق باختلال في توزيع المرافق، بحيث تتوزع عبر الجماعات الترابية المدروسة بشكل غير متكافئ وهو ما تؤكده معطيات الجدول رقم 5، حيث تتكدس في جماعة على حساب أخرى خصوصا فيما بالطاقم الطبي والتمريضي العامل بالمؤسسات الصحية بالجماعات الترابية المدروسة، في حين تبقى باقي الجماعات ضعيفة المحتوى الوظيفي، بالرغم من الدينامية المجالية التي تعرفها، فهي تبقى مرتبطة ارتباطا وثيقا بهذا المركز على المستوى الوظيفي"[135]، فإذا كانت التفاوتات المجالية قائمة على مستوى البنية التحتية، فإن نفس الشيء يمكن ملاحظته على مستوى التباينات المجالية، والاختلافات القائمة بين المركز

[135] مريم سلطان، "الأنشطة الحضرية بمدينة الناظور: بين التوسع والتعمير"، في: "التمدن والتعمير في جبال الريف بالمغرب"، منشورات مجموعة البحث الجغرافي حول جبال الريف، سلسلة دراسات مجالية رقم: 1، الطبعة الأولى، مطبعة الخليج العربي، تطوان، المغرب، الصفحة 98، 2002.

والهامش، ففي كثير من الأحيان نجد المركز يحتكر كل الامتيازات والموارد والرساميل، ويستقطب الخيرات والثروات المادية والرمزية والثقافية، دون أن يحظى الهامش بجزء يسير من ذلك، وهنا تصبح العدالة المجالية مطلبا وضرورة ملحة، لخلق التوازنات وتكريس العدالة والاستقرار، وإلا فإن ذلك سيقودنا حتما نحو اللاعدالة وتكريس التباينات والتناقضات المجالية، وتكريس الطبقة المجالية والاجتماعية في الوقت نفسه، فكل الطبقات السوسيومجالية، بمعنى كل المجموعات البشرية، تتحدد معيار الانتماء المجالي، ويمكن النظر إلى توزيعها من خلال المعارضة القائمة ما بين المركز والهامش متغيرة، وقد تكون معلنة أو خفية، تتم عبر تيارات اقتصادية أو اجتماعية ضمنية، وأحيانا أخرى قد تكون قوية واضحة، وقد تتسبب في صراعات وحروب وثورات اجتماعية[136].

[136] Alain Reynaud, Le Concept de classe socio spatiale, TIGR, n38, pp 10-20, 1980.

جدول رقم 5: ترتيب الجماعات الترابية حسب المؤشر المزدوج للصحة بإقليم وزان (الولوجية والجودة)

الجماعات	عدد الدواوير	عدد الأسر	عدد المؤسسات الصحية	المؤشر المزدوج للصحة	نسبة الولوجية		نسبة الجودة	
					الولوج جغرافيا	التغطية الصحية	جودة المباني	جودة المعدات
ازغيرة	27	3314	2	45,1	62.3	75.0	72.5	58.8
لمجاعرة	32	2683	1	54,3	53.3	82.5	85.0	75.0
سيدي رضون	32	4464	3	39,9	53.6	77.5	67.5	54.2
اسجن	25	2804	2	47,4	59.0	67.5	78.8	71.3
زومي	60	7792	2	42,6	44.7	75.0	78.8	63.8

المصدر: تركيب شخصي بناء على المعطيات الواردة ببرنامج التنمية المندمج لإقليم وزان 2022-2026

من خلال معطيات الجدول رقم 5 يتضح على أن غالبية منشآت الجماعات الترابية المدروسة، تتميز إلى حد ما بالتباين في النتائج وبالتالي تفرز جودة متفاوتة. فمن خلال المعاينة المباشرة وجدنا على أن الأسقف والنوافذ، وكذلك بعض المساحات الداخلية، في حالة جيدة إلى سيئة بشكل عام خصوصا بجماعة "سيدي رضوان"، وهو ما أكدته النسب المتحصل عليها، حيث وصلت نسبة جودة المؤسسات الصحية المتواجدة بهذه الجماعة إلى 67.5%.

ومن جهة أخرى ووفقا لمعدل إمكانية الولوج، فإن غالبية الجماعات الترابية المدروسة عرفت نسبا متوسطة، باستثناء جماعة زومي والتي وصلت لنسبة تحت المتوسط لمعدل الولوج للمؤسسات الصحية بنسبة 44,7% علما أن هاته الجماعة تتميز بكثافة سكانية مهمة مقارنة بجماعات الإقليم. أما بالنسبة للجودة، فترتفع المعدلات خطيا لتعطي صورة أكثر إيجابية من سابقتها، حيث تحافظ الجماعات الترابية على معدلات مرضية كما هو الحال بالنسبة لجماعة "زومي" التي بلغت نسبة الجودة فيها 78.8٪.

3. توقعات مخيبة للساكنة وافتقار واضح للرضا

أ. رضا ستخدمي خدمات الصحة

عبر 67.7٪ من مستخدمي خدمات الصحة بوزان على أنهم غير راضين عن نظام الصحة بالإقليم. إن مستوى الرضا العام يختلف حسب نوع التغطية، حيث يكون أعلى لدى المستفيدين من التأمين الخاص بنسبة وصلت إلى 47.6٪ وأدنى في حالة عدم وجود تغطية طبية بنسبة 23.8 %. أما الغالبية العظمى ممن لا يمتلكون تغطية طبية فقد عبرت عن عدم رضاها بنسبة 52,6٪، لكن التصنيف حسب نوع التغطية أو القطاع المستخدم يظهر ثلاث اتجاهات: عدم الرضا هو عام بغض النظر عن نوع التغطية، في القطاع الخاص، عدم الرضا هو بشكل خاص من نصيب المستفيدين من AMO TADAMON ، بينما في القطاع العام،

الأشخاص غير المؤمن عليهم ثم حاملي بطاقة AMO TADAMON هم الأكثر عدم رضا. كما بينت النتائج على أن من يعانون من مرض مزمن يشعرون أيضا بعدم الرضا بسبب التكلفة المالية وتعقيد المساطر بنسبة وصلت إلى 96.3%.

ب. الرضا تجاه نظام الرعاية الصحية

- **الحالة الصحية المدركة حسب نوع التغطية**

في الواقع، مستوى الصحة المدرك ليس محددا أساسيا لاستخدام خدمات الصحة، بل إن القدرات المالية ونوع التغطية المتاحة هما الأهم. فيما يتعلق برضا الساكنة المستجوبة حول التغطية الصحية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فقد عبر 73.6% على أنهم غير راضون تماما عن المبالغ المسترجعة من الملفات الصحية المقدمة، فيما وصلت نسبة رضا الساكنة عن هذه الخدمات لما يناهز 26.3%.

- **مستوى رضا الساكنة المستجوبة عن زيارتهم لمستشفى أبي قاسم الزهراوي**

عبر أغلب المستجوبين بنسبة وصلت إلى 96% أنهم(ن) غير راضون عن فترة الانتظار الطويلة جدا قبل الحصول على موعد مع الطبيب المختص عند زيارتهم للمستشفى الإقليمي بوزان. وتبرز أيضا تكلفة التدخلات الجراحية ثم تكلفة الإقامة في المستشفى التي

تختلف حسب عدد الليالي التي تقضيها في المستشفى، وأيضا المبالغ النقدية المدفوعة كـ "إكراميات"[137]، ثم سوء المعاملة من حراس الأمن، حيث بلغت نسبة عدم رضاهم بهذا الخصوص بنسبة مرتفعة بلغت 98،7%.

خامسا: مناقشة عامة للفرضيات

الفرضية الأولى: حققت البرامج الصحية أهدافها الحقيقية وساهمت في تكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات (فرضية مرفوضة)

أظهرت نتائج الدراسة على أن إغفال تفعيل المقاربة المجالية خصوصا في بعدها التشاركي والالتقائي مع كافة المتدخلين بالشأن الصحي قد شكل عائقا وسدا منيعا لتكريس بعد إقليمي صحي منسجم، إضافة إلى غياب بدائل أخرى بفعل السياسات المرتجلة وغير الواضحة للسلطة المحلية سواء التنفيذية أو التمثيلية مما ساهم في خلق مزيد من التفاوتات بين الجماعات الترابية، وبين المجالين الحضري والقروي بالإقليم، كما يجب أن تندرج السياسات الصحية العامة ضمن نموذج جديد وتؤدي وظيفة جديدة حيث يكون للدولة دور الرؤيا، والتنظيم، والتيسير،

[137] في التداول الشعبي يتم التعبير عن الإكرامية بـ"القْهِيوة"؛ وهي بمثابة مبلغ مالي أو عيني يقدم في الغالب إلزاميا من أجل تلقي أو تسهيل خدمة معينة، أما في الاصطلاح العادي فيعبر عنها بـ"الرشوة".

والضغط للعثور على الوسائل والموارد العامة والخاصة التي تضمن الوصول العادل والمستدام إلى خدمات الصحة الضرورية بتكلفة فردية وجماعية معقولة، مما سيكرس لا محلة بعدا إقليميا منسجما من حيث التوازن والمساواة في البنيات والخدمات، من جهة ثانية بعد تشخيص دقيق للمعطيات المتوفرة والميدانية حول البنيات التحتية الاستشفائية بالجماعات الترابية المدروسة، توصلنا إلى أنه لا يمكن للبرامج الصحية المنجزة أن تحقق كل أهدافها وتساهم بالتالي في الرفع من مؤشرات التنمية الصحية بالإقليم بسبب العجز في العرض وعدم العدالة في توزيعه، كما أن دراستنا سمحت لنا بجمع مجموعة مهمة من المعطيات حول أنشطة مؤسسات الرعاية الصحية. حيث تمكنا من تسليط الضوء على تباينات كبيرة بين الجماعات الترابية المدروسة خصوصا فيما يتعلق بمؤشرات تقديم الرعاية الصحية وكذلك الإنتاجية خلال السنوات الأخيرة. وهكذا، تُظهر المؤشرات العامة لعروض الرعاية الصحية أن هاته الجماعات تعاني من نفس الإشكالات.

من جهة ثالثة أظهرت لنا النتائج على أن أغلبية المبحوثين تأثرت بشكل غير متناسب مع الخطط والبرامج غير المدروسة، ويرجع ذلك جزئيا إلى الحرمان الاجتماعي والاقتصادي الناجم من جهة عن عامل الهشاشة والفقر الذي يعاني منه أغلب ساكنة الإقليم، وأيضا لعامل الولوج الجغرافي الذي أثر بشكل كبير جدا في التحاق الساكنة القروية سواء

بالمؤسسات الصحية الأولية والثانوية أو بالمستشفى الإقليمي أبي قاسم الزهراوي، إضافة إلى صعوبة ولوج الساكنة لوكالة الضمان الاجتماعي من أجل الاستفادة من تعويضات الملفات الطبية.

الفرضية الثانية: الساكنة راضية عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بالإقليم (فرضية مرفوضة)

أظهرت لنا النتائج بشكل ملموس على أنها غير راضية عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بفعل ضعف البنيات الاستشفائية الجماعاتية، ووجود بعض البنيات الاستشفائية الأولية في وضعية متهالكة، إضافة إلى وجود خصاص على مستوى الأطر الطبية والتمريضية والتجهيزات الطبية في العديد من المؤسسات الصحية الأولية والثانوية بالجماعات الترابية المدروسة، وأيضا عدم استعمال جهاز «الراديو» و«السكانير» ومختبرات التحاليل الطبية بشكل ناجع من طرف الأطر الطبية بمستشفى أبي قاسم الزهراوي بوزان للتخفيف من إعطاء المواعيد لمدة طويلة تتجاوز في بعض الأحايين ل 60 يوما وأكثر، بالإضافة إلى عدم جاهزية المؤسسات الاستشفائية للقرب على القيام بالمهام المنوطة بها.

ومن خلال استقراء هذه المعطيات المتعلقة بتوزيع الموارد البشرية سواء العاملة بالقطاع العام على المستوى الإقليم، يتبين مدى الخصاص الذي يعرفه القطاع، وذلك على مستويين: أولهما ضعف في التأطير الطبي،

قياسا بمعايير منظمة الصحة العالمية التي تحدد عدد الأطر الطبية لكل 10000 نسمة، بحيث أن التأطير الطبي بالمغرب يمثل نسبة 6.02 طبيب لكل10.000[138]، ونظرا لأهمية العنصر البشري في تعزيز العرض الصحي، فإن تقرير النموذج التنموي الجديد يقترح زيادة تغطية العاملين في قطاع الصحة بنسبة 5.4 لكل 1.000 نسمة بحلول 2035، مقابل 2 لكل 1.000 نسمة حاليا، الأمر الذي يستدعي تكوين 3.600 .طبيب و7.100 ممرض سنويا في المتوسط[139].

خاتمة

بناء على نتائج الدراسة الميدانية، والمعطيات الإحصائية، وتحليل واقع العدالة الصحية بإقليم وزان بالمجال المدروس، اتضح لنا توفر الإقليم على مجموعة من المؤهلات الطبيعية والبشرية والمتمثلة أساسا في الموقع المتميز له، إذ تعتبر هاته المؤهلات مكسبا حقيقيا وذلك إذا ما تم تأطير الساكنة وتنميتها وتعزيز قدراتها. لكن هذا لا ينفي وجود إكراهات حقيقية تواجه إقليم وزان وتتلخص في ضعف البنية التحتية والمرافق الصحية وشبه غياب للأطر الطبية والتمريضية، إضافة إلى ضعف الأداء الجماعي ومحدودية تدخل الفاعلين المحليين والترابيين

[138] وزارة الصحة، سياسة قطاع الصحة في مجال تدبير الموارد البشرية، مديرية الموارد البشرية، 2014، ص4.

[139] التقرير العام للنموذج التنموي الجديد، أبريل، 2021، ص101.

الذين تنقصهم الرؤية التنموية والتخطيط الاستراتيجي؛ وهي تعبير واضح لغياب عدالة مجالية الأمر الذي لن تتحقق معه العدالة الصحية خصوصا والتنمية عموما. وهذه الوضعية تستدعي بدون شك، تبني مقاربة ترابية تنموية شمولية، والاستثمار في التجهيزات الاقتصادية والاجتماعية من أجل الرفع من مؤشرات التنمية الصحية وتقوية قدراتها التنافسية. وهذا لن يتأتى إلا بترسيخ مبادئ الحكامة الجيدة واعتماد الشراكة والتشاور والتعاون بين مختلف مؤسسات القطاع العمومي ومكونات المجتمع المدني.

أمام هذه العوائق، وأمام ضعف الموارد تظل فعالية المجالس الجماعية أو القطاع الوصي عن الصحة بالإقليم عاجزا عن إحداث تغيرات اجتماعية في المنطقة، ومن ثم في وضع برامج ومشاريع تنموية وإنجازها محدودة لا تتعدى القيام بدور الوساطة بين السلطة المركزية والساكنة المحلية؛ وهو دور يتم ترسيخه بمثابة قاعدة في شبكة العلاقات الاجتماعية. أما خضوع المحلي للمركزي، ازدواجية التقليد والتحديث، تفاوت درجة التغير، على بطئه وتعثره، بين البنية التحتية والبنية الفوقية، وجدل الفعل ورد الفعل في ذلك التغير، فتلك محددات وخاصيات مشتركة نراهن على أنها، تنطبق بدرجات متفاوتة، وأشكال مختلفة على مجالات محلية متعددة بالمغرب عموما وبإقليم وزان خصوصا، إذ أن الطبيعة الارتجالية التي اتسمت بها توزيع المؤسسات الصحية الأولوية والثانوية

والمستوصفات الأطر الطبية والتمريضية بالجماعات الترابية المدروسة في ظل غياب أو تغييب تشخيص دقيق وعميق للمشاكل الحقيقية التي تعاني منها الساكنة القروية.

إن تحقيق التنمية الصحية والمستدامة يتطلب بناء تصور شمولي واضح وتكاثف جهود كل الفاعلين الترابيين من سياسيين وجمعويين ومثقفين من أجل تجاوز الإكراهات التي مازالت تعيق مسلسل التنمية الصحية بإقليم وزان، وذلك من خلال الاعتماد على مقاربة تشاركية وتفعيل سياسة القرب والحكامة الجيدة، ولن يتأتى ذلك إلا بتسيير محكم للشأن المحلي مبني على كسب ثقة الساكنة المحلية التي من شأنها أن تساهم في تحسين جاذبية مجالها وتنافسيته.

وعلى ضوء مما سبق ذكره من نتائج، يمكن اقتراح جملة من التوصيات والتي نوردها فيما يلي:

- توسيع نطاق التغطية الطبية على عموم الساكنة القروية؛

- مراجعة الشروط المتعلقة بالمؤشر الاجتماعي خصوصا وأنه لوحظ على أن مجموعة من المبحوثين والمبحوثات تم إقصاؤهم(ن) من الاستفادة من التغطية الصحية المجانية رغم أنهم يعانون من ويلات الفقر والهشاشة؛

- المرونة من حيث عدم احترام قطاع الرعاية من قبل المرضى، خاصة بالنسبة للقادمين من المناطق القروية؛

- بناء مراكز صحية محلية جديدة (مستوصفات) بالجماعات الترابية التي تعرف خصاصا؛

- توفير الأطر الصحية بمجموعة من المؤسسات الصحية سواء مستوى أول أو ثان التي تعاني من خصاص مهول؛

- الإسراع في تنفيذ الجهوية المتقدمة، مما سيجعل من الممكن أن يكون هناك تغطية صحية شاملة واحدة لكل منطقة ومن بينها إقليم وزان؛

- تحسين جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المؤمن عليهم من أجل تحقيق فوائد كبيرة للفقراء والفئات الضعيفة من السكان؛

- قدرة المتدخلين بالقطاع الصحي على منح غالبية السكان أو جميعهم إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية الجيدة دون إجحاف مالي.

لائحة المراجع:

باللغة الأجنبية:

- Alain Reynaud, Le Concept de classe socio spatiale, TIGR, n38, 1980.
- LUC Van Compenhoudt et Raym onQuivy, Manuel de recherches en sciences sociales, 2017.
- Naylor, DC, Iron K, Handa K. Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: Smith PC, ed. Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2002.

التقارير:

- التقرير العام للنموذج التنموي الجديد، أبريل، 2021.
- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعمم، 2017.
- دراسة منظمة الصحة العالمية حول التغطية الصحية الشاملة، 2017.

المواقع الالكترونية:

www.indh-ouezzane.ma

الحماية الاجتماعية وسؤال السيادة المالية

Funding Social Protection and the Question of Financial Sovereignty

انويب عبد الواحد[140]

ملخص: يعد تمويل الحماية الاجتماعية تحديًا رئيسيًا تواجهه العديد من الدول، بما في ذلك المغرب، حيث يواجه النظام المالي ضغوطًا كبيرة نتيجة التوسع في برامج الحماية الاجتماعية واحتياجات المواطنين المتزايدة. وفي ظل هذا السياق يبرز سؤال السيادة المالية كقضية أساسية تتعلق بقدرة الدول على التحكم في مواردها المالية وتحقيق العدالة الاجتماعية، دون الاضطرار للاعتماد على الجهات الخارجية أو القروض الدولية.

الكلمات المفاتيح : تمويل مستدام؛ السيادة المالية؛ الحماية الاجتماعية.

Abstract :The financing of social protection represents a major challenge for many countries, including Morocco, where the financial system is under significant pressure due to the expansion of social protection programs and the growing needs of citizens. In the face of this financial deficit, the issue of financial sovereignty emerges as a critical concern regarding the ability of states to manage their financial resources and achieve social justice without having to rely on external entities or international loans.

Keywords: Sustainable financing, **financial sovereignty**, **social protection**

---

[140] دكتور في القانون العام والعلوم السياسية، تخصص قانون عام دولي، بجامعة الحسن الثاني، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية عين الشق الدار البيضاء.

مقدمة

أهمية الموضوع العلمية والأكاديمية

يتمتع هذا الموضوع بأهمية كبيرة من الناحيتين العلمية والأكاديمية لأنه يسلط الضوء على العلاقة بين النظام المالي والاجتماعي ويدرس كيفية توجيه الموارد نحو تمويل السياسات الاجتماعية. البحث في هذا المجال يساعد في تقديم رؤى حول كيفية تعزيز الاستدامة المالية لأنظمة الحماية الاجتماعية، وهو ما يهم الأكاديميين وصناع القرار على حد سواء.

من الناحية الأكاديمية، يمكن للباحثين دراسة تأثير السياسات الحكومية والإصلاحات المالية على تعزيز أو إضعاف السيادة المالية للدولة. مناهج الاقتصاد الكلي والسياسة العامة تتيح فرصًا لدراسة فعالية الأنظمة الحالية والتحديات المحتملة.

تمويل الحماية الاجتماعية بشكل مستدام يعزز العدالة الاجتماعية ويقلل من الفجوة الاقتصادية بين الفئات المختلفة في المجتمع. كما أن استعادة السيادة المالية سيمكن الحكومة المغربية من اتخاذ قرارات اقتصادية تستجيب بشكل أفضل لاحتياجات المجتمع دون الاعتماد على الشروط التي تفرضها المؤسسات المالية الدولية.

راهنية الموضوع

في سياق المغرب، يمثل عجز تمويل الحماية الاجتماعية قضية ملحة، خاصة في ظل الجهود الكبيرة التي تبذلها الحكومة لتعزيز التغطية الاجتماعية الشاملة. المبادرات مثل تعميم التأمين الصحي وتوسيع شبكات الضمان الاجتماعي تتطلب تمويلًا مستدامًا، وهو ما يضع ضغوطًا إضافية على الميزانية العامة.

من جهة أخرى، يرتبط سؤال السيادة المالية بالمغرب بقدرة الدولة على اتخاذ قرارات مالية مستقلة دون التأثر بالضغوط الخارجية. في السنوات الأخيرة، كان المغرب يعتمد بشكل ملحوظ على القروض الدولية والتمويلات الخارجية لتغطية جزء من نفقاته العامة، وهو ما قد يؤثر على سيادته المالية على المدى البعيد.

لطرح أسئلة علمية حول موضوع "عجز تمويل الحماية الاجتماعية وسؤال السيادة المالية"، يمكننا تناول عدة جوانب اقتصادية واجتماعية وسياسية، مع تسليط الضوء على الإشكالية الكبرى التي يمكن أن تشكل محورًا للمقال:

الإشكالية الرئيسية

كيف يمكن للمغرب تحقيق استدامة في تمويل الحماية الاجتماعية دون التأثير على سيادته المالية في ظل الاعتماد المتزايد على القروض والتمويلات الخارج.

الأسئلة الفرعية

- ما مدى فعالية النظام الحالي لتمويل الحماية الاجتماعية في المغرب؟
- ما العلاقة بين عجز تمويل الحماية الاجتماعية وارتفاع الدين العام في المغرب؟
- كيف يمكن تعزيز السيادة المالية للمغرب في ظل التحديات الاقتصادية العالمية؟
- ما دور المؤسسات الدولية في التأثير على سياسات تمويل الحماية الاجتماعية في المغرب؟
- هل يوجد نموذج بديل لتمويل الحماية الاجتماعية يمكن للمغرب تبنيه دون التأثير على سيادته المالية؟

إشكالية البحث

"في ظل السياق الاقتصادي العالمي الحالي والمخاطر المالية المتزايدة، كيف يمكن للمغرب تحقيق توازن بين استدامة تمويل الحماية الاجتماعية والحفاظ على السيادة المالية، دون المساس بالاستقلالية المالية للبلاد؟".

هذه الأسئلة والإشكالية الكبرى يمكن أن تكون أساسًا لدراسة معمقة وشاملة تتناول التحديات الحالية والمستقبلية التي يواجهها المغرب فيما يتعلق بتمويل الحماية الاجتماعية وسؤالي السيادة والاستدامة المالية.

في إطار موضوع "تمويل الحماية الاجتماعية وسؤال السيادة المالية"، يمكن صياغة عدة فرضيات علمية قابلة للاختبار من خلال البحث الأكاديمي والعملي. هذه الفرضيات تركز على العلاقة بين التمويل، الاستدامة المالية، والسيادة الاقتصادية. فيما يلي بعض الفرضيات التي يمكن أن تسترشد بها الدراسات في هذا المجال:

فرضيات البحث

1-فرضية الاستدامة المالية:

الفرضية: توسيع برامج الحماية الاجتماعية في المغرب سيؤدي إلى زيادة العجز المالي، مما يفرض ضغوطًا إضافية على ميزانية الدولة ما لم يتم تحسين كفاءة الإنفاق العام ورفع إيرادات الدولة.

التبرير: بالنظر إلى التوسع المستمر في برامج الحماية الاجتماعية، مثل تعميم التأمين الصحي وزيادة التعويضات، قد يتفاقم العجز المالي ما لم تُتخذ إجراءات لتعزيز الإيرادات أو تحسين آليات الإنفاق.

2- فرضية العلاقة بين السيادة المالية والتمويل الخارجي:

الفرضية: الاعتماد المتزايد على التمويل الخارجي لتغطية عجز الحماية الاجتماعية يقلل من قدرة المغرب على التحكم في قراراته الاقتصادية والمالية، مما يؤثر سلبًا على سيادته المالية.

التبرير: كلما زادت الدولة من اعتمادها على القروض الخارجية، كلما أصبحت أكثر عرضة لضغوط سياسية واقتصادية خارجية قد تؤثر على سيادتها في اتخاذ قراراتها المالية.

3-فرضية تأثير العجز المالي على جودة الخدمات الاجتماعية:

الفرضية: العجز المستمر في تمويل الحماية الاجتماعية سيؤدي إلى تدهور جودة الخدمات المقدمة للفئات الهشة، مما يزيد من الفجوة الاجتماعية والاقتصادية في المغرب.

التبرير: عندما تكون هناك فجوة تمويلية، قد تضطر الحكومة إلى تقليص الإنفاق الاجتماعي أو تقديم خدمات أقل جودة، مما يؤثر على مستوى المعيشة للأفراد الأكثر حاجة.

4-فرضية تأثير المؤسسات المالية الدولية:

الفرضية: الشروط التي تفرضها المؤسسات المالية الدولية على القروض قد تؤثر سلبًا على قدرة المغرب في تحقيق استدامة مالية لتمويل الحماية الاجتماعية على المدى الطويل.

التبرير: عادةً ما تفرض المؤسسات المالية الدولية مثل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي شروطًا قاسية على الدول المقترضة، مما قد يحد من قدرتها على توجيه الموارد نحو الحماية الاجتماعية.

أولا: تحليل السياق المالي والاقتصادي لنظام الحماية الاجتماعية في المغرب

يواجه المغرب منذ عقود تحديًا يتمثل في ارتفاع نسبة العاملين في القطاع غير المهيكل من التجار، ومقدمي الخدمات المستقلين، والحرفيين، ومهني الصناعة التقليدية، والفلاحين، بالإضافة إلى أسرهم، الذين يفتقرون إلى أي شكل من أشكال التأمين أو الضمان الاجتماعي. ومن خلال جعل الحماية الاجتماعية إلزامية، تسعى الدولة إلى دمج هذه الفئة ضمن المنظومة الرسمية، وضمان حصولها على حقوقها الأساسية، مثل التغطية الصحية والرعاية الاجتماعية. هذا التوجه يُعزز مبدأ التضامن الوطني، حيث تُساهم الفئات الأكثر قدرة ماليًا في دعم الفئات ذات الدخل المحدود، مما يضمن استدامة النظام المالي للحماية الاجتماعية.[141]

في حين توجه المغرب في السنوات الأخيرة نحو إرساء نظام شامل للحماية الاجتماعية، وجعله إلزاميًا، يأتي في إطار رؤية استراتيجية شاملة تهدف إلى تحقيق العدالة الاجتماعية وتقليص الفوارق الاقتصادية والاجتماعية. تُعتبر هذه الخطوة استجابة للتحديات المتزايدة التي تواجه المجتمع المغربي، حيث أظهرت جائحة كوفيد-19 الحاجة الملحة إلى نظام

[141] Lamiaa EL RHAZ, Yasmine BOUZINEB, Le secteur informel au Maroc : principales caractéristiques et tendances d’évolution, rapport « Les Brefs du Plan », DPP-HCP. N° 16 • 2 mars 2021

قوي للحماية الاجتماعية قادر على حماية الفئات الأكثر هشاشة من الصدمات الاقتصادية والاجتماعية.

كما أن هذا الإصلاح يتماشى مع مقتضيات دستور 2011،[142] الذي يُعد وثيقة مرجعية تؤكد على مبادئ العدالة الاجتماعية والكرامة الإنسانية. بالإضافة إلى ذلك، تأتي هذه الخطوة استجابة للتوجيهات الملكية التي أبرزت الحماية الاجتماعية كأولوية وطنية واستراتيجية أساسية لتحقيق التنمية المستدامة وتعزيز الاستقرار الاجتماعي. ففي خطاب العرش لعام 2020، أكد الملك محمد السادس على ضرورة تعميم الحماية الاجتماعية باعتبارها مشروعًا وطنيًا يهدف إلى تحسين جودة حياة المواطنين وتعزيز الاقتصاد الوطني.[143]

من الناحية الاقتصادية، يمثل هذا التوجه استثمارًا استراتيجيًا يهدف إلى تحسين الإنتاجية الوطنية من خلال تحسين الظروف الاجتماعية والمعيشية للفئات العاملة. فالتغطية الصحية الوقائية، على سبيل المثال، تساهم في خفض التكاليف المرتفعة للرعاية الطارئة وتعزيز صحة القوى العاملة.[144] لكن في المقابل، تواجه الدولة تحديات تمويل

---

[142]- دستور المملكة المغربية لسنة 2011.

[143]- نص الخطاب السامي الذي وجهه جلالة الملك إلى الأمة بمناسبة عيد العرش المجيد، بتاريخ: 29 يوليوز 2020.

[144]- الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعية والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2018/34.

هذا النظام، وهو ما دفعها إلى توسيع قاعدة المساهمين من خلال الإلزامية، مما يتيح جمع الموارد المالية اللازمة بشكل أكثر استدامة.

يأتي هذا الإصلاح أيضًا كاستجابة لالتزامات المغرب الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان، خاصة تلك التي تتعلق بالحق في الصحة والكرامة الإنسانية.[145] كما يُسهم في تعزيز مكانة المغرب كنموذج إقليمي في تنفيذ إصلاحات اجتماعية شاملة. ومن بين المصادر التي تناولت أهمية هذه الإصلاحات "تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الحماية الاجتماعية"[146] و"دراسة البنك الدولي حول إصلاحات الضمان الاجتماعي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا[147]".

في النهاية، يُعد التوجه نحو نظام شامل وإجباري للحماية الاجتماعية في المغرب خطوة جريئة تعكس وعيًا عميقًا بالتحديات الاجتماعية والاقتصادية الحالية، ورؤية استراتيجية لتحقيق التنمية المستدامة والعدالة الاجتماعية لجميع المواطنين.

[145] تقرير: حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، منظمة الأمم المتحدة حقوق الإنسان، المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان. 2010.

[146] تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصلية وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 2018/34

[147] إعادة تصور الحماية الاجتماعية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، تقرير مجموعة البنك الدولي .2023

Rapport : MAPPING DE LA PROTECTION SOCIALE AU MAROC, Année de production du Rapport : 2015. Année d'édition du Rapport : 2018.

• السياق الاقتصادي الوطني

يشهد المغرب منذ سنوات تحديات اقتصادية ومالية تؤثر بشكل مباشر على استدامة نظام الحماية الاجتماعية، حيث يشكل هذا النظام إحدى الركائز الأساسية لتحقيق العدالة الاجتماعية وتقليص الفوارق بين الفئات المجتمعية. ومن الضروري فهم السياق المالي والاقتصادي الذي يحيط بهذا النظام للتعامل مع التحديات الحالية ووضع رؤى مستقبلية قائمة على أسس علمية وإحصائية.

يُعد الاقتصاد المغربي من الاقتصادات الصاعدة، حيث يعتمد على تنوع القطاعات الاقتصادية مثل الزراعة، الصناعة، الخدمات، والتعدين. لكن منذ بداية جائحة كوفيد-19، تأثرت العديد من القطاعات الحيوية، ما أدى إلى انخفاض معدل النمو الاقتصادي إلى حوالي 1.2٪ في 2020 مقارنة بـ3.6٪ في 2019 وفق تقارير بنك المغرب.[148] ومع استعادة التعافي التدريجي، بلغ معدل النمو في 2023 حوالي 3.4٪ مدفوعًا بانتعاش القطاع الفلاحي وتحسن الطلب الخارجي، خاصة من الاتحاد الأوروبي.

إلا أن الاقتصاد المغربي لا يزال يواجه تحديات كبرى، مثل ارتفاع نسبة البطالة، التي بلغت 11.4٪ في 2023، وفق المندوبية السامية للتخطيط، مع تسجيل معدلات أعلى في أوساط الشباب (حوالي 30٪). كما أن القطاع غير المهيكل، الذي يمثل حوالي 30٪ من الناتج المحلي

[148]- التقرير السنوي الذي قدمه والي بنك المغرب العاهل المغربي برسم السنة المالية 2019.

الإجمالي، يضعف قدرة الدولة على تعبئة الموارد الضريبية لدعم نظام الحماية الاجتماعية.[149]

• إطار التمويل لنظام الحماية الاجتماعية

يعتمد تمويل نظام الحماية الاجتماعية بالمغرب على عدة مصادر،[150] أبرزها:

• الميزانية العامة للدولة: تُخصص الحكومة حوالي 8٪ من الناتج المحلي الإجمالي سنويًا[151] لتمويل مختلف برامج الحماية الاجتماعية، مثل نظام المساعدة الطبية (RAMED) وبرامج دعم الفئات الهشة. لكن هذه النسبة تظل غير كافية لتغطية التوسع المستمر في الاحتياجات.

• مساهمات العاملين وأرباب العمل: تُعتبر هذه المساهمات المصدر الرئيسي لتمويل أنظمة التقاعد والتأمين الصحي الإجباري (AMO)، إلا أن ضعف المساهمات من القطاع غير المهيكل يُشكل عائقًا أمام تحقيق العدالة المالية.

---

[149]- مذكرة إخبارية للمندوبية السامية للتخطيط حول وضعية سوق الشغل خلال الفصل الثالث من سنة 2023

[150] : BOUTALEB, I., & LAHMAR, H. (2023). Dynamique de la protection sociale au Maroc : État des lieux et perspectives. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 4(3-1), 412-424. https://doi.org/10.5281/zenodo.8061040

[151] عملية حسابية قمنا بها أثناء البحث، اعتمادا على معطيات رقمية بخصوص الناتج الداخلي الخام للمغرب السنوي انطلاقا من الميزانية العامة للدولة.

•الدعم الدولي: تلقت الحكومة المغربية في السنوات الأخيرة مساعدات من شركاء دوليين، مثل البنك الدولي، الذي وافق على قرض بقيمة 450 مليون دولار في 2021 لدعم إصلاحات الحماية الاجتماعية.

•الإصلاحات المالية والاستراتيجيات المستقبلية

لضمان استدامة نظام الحماية الاجتماعية، أطلقت الحكومة المغربية عدة إصلاحات، من بينها:

•تعميم الحماية الاجتماعية: تهدف الحكومة إلى تحقيق التغطية الشاملة بحلول 2025، وفقًا للقانون الإطار رقم 09.21،[152] الذي يضع أسس توسيع التغطية الصحية والاجتماعية لتشمل جميع المغاربة، بمن فيهم العاملون في القطاع غير المهيكل.

•السجل الاجتماعي الموحد (RSU): يُعد هذا السجل أداة رئيسية لتحسين استهداف الفئات المستحقة للدعم الاجتماعي وتقليل الهدر في الموارد.[153]

•إصلاح أنظمة التقاعد: يتم العمل على دمج أنظمة التقاعد المختلفة في قطبَيْن رئيسيين (عام وخاص) بهدف تعزيز الكفاءة وتقليل

---

[152]- ظهير شريف رقم 30-21-1 صادر في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021) بتنفيذ القانون - الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[153]- تم إحداث وتنظيم السجل الاجتماعي الموحد بمقتضى كل من القانون رقم 72.18 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، والمرسوم رقم. 2.21.582 المتعلق بتطبيق القانون 72.18 فيما يخص السجل الاجتماعي الموحد..

العجز المالي، الذي بلغ حوالي 5٪ من الناتج المحلي الإجمالي في 2022.[154]

•دور بنك المغرب والسياسة المالية

يلعب بنك المغرب دورًا محوريًا في ضمان استقرار الاقتصاد الوطني ودعم السياسات الاجتماعية. في ظل ارتفاع التضخم العالمي الذي بلغ 6.6٪ في 2023، قام بنك المغرب برفع سعر الفائدة الأساسي تدريجيًا ليصل إلى 3٪، في محاولة للحد من التضخم وضمان استقرار القدرة الشرائية للمواطنين.[155]

كما أن السياسة النقدية لبنك المغرب تركز على تعزيز النمو الاقتصادي من خلال دعم تمويل المشاريع الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك مبادرات الحماية الاجتماعية. على سبيل المثال، أطلق البنك برنامج تمويل خاصًا لدعم الشركات الصغرى والمتوسطة، مما يساعد على تعزيز سوق العمل وتمويل المساهمات الاجتماعية.

•السياق المالي العالمي وتأثيره على المغرب

لا يمكن فصل الوضعية الاقتصادية بالمغرب عن السياق المالي العالمي، حيث أدى التباطؤ الاقتصادي العالمي نتيجة الأزمات الجيوسياسية وجائحة كوفيد-19 إلى زيادة تكلفة التمويل الخارجي. ومع

---

[154]- تقرير "نقطة يقظة"، المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي يوصي باستعجالية تفعيل الإصلاح الهيكلي والشمولي لقطاع التقاعد بالمغرب، 2022.

[155] Rapport sur la politique monétaire, N° 71 / 2024, document préparé pour le conseil de Bank al-Maghrib du 25 juin 2024.

اعتماد المغرب على الأسواق الدولية لتمويل جزء من عجزه المالي، ارتفع الدين العمومي إلى حوالي 70.5٪ من الناتج المحلي الإجمالي في 2023.[156]

• **الإحصائيات والتوقعات المستقبلية**

وفقًا لقانون المالية 2024، تخصص الحكومة ميزانية تقدر بـ 50 مليار درهم لتوسيع نظام التغطية الصحية، مع توقع زيادة هذه الميزانية تدريجيًا لتغطية برامج الدعم الأسري والتعويضات العائلية. كما تشير توقعات صندوق النقد الدولي إلى نمو الاقتصاد المغربي بنسبة 3.5٪ في 2024، ما يوفر فرصة لتعزيز تعبئة الموارد لتمويل الحماية الاجتماعية.

ثانيا: علاقة العجز المالي بالسيادة المالية: التحديات والفرص

في السياق المالي الدولي المعاصر، تمثل العلاقة بين العجز المالي والسيادة المالية إحدى القضايا الاقتصادية المحورية التي تتأثر بالتحولات الاقتصادية والمالية العالمية. يتزايد العجز المالي عندما تتجاوز النفقات الحكومية الإيرادات، وهو ما يتطلب تمويل العجز عبر الاقتراض المحلي أو الخارجي. في البلدان النامية مثل المغرب، يمكن أن يؤدي تزايد العجز المالي إلى تقليص السيادة المالية، أي قدرة الحكومة على اتخاذ قرارات اقتصادية مستقلة دون التأثيرات الناتجة عن التزامات مالية خارجية.

[156] Global Economic Prospects, A World Bank Group Flagship Report. June 2024. © 2024 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street NW, Washington, DC 20433.

من جانب آخر، يعكس العجز المالي في السياق الدولي المعاصر تزايد الاعتماد على الأسواق المالية العالمية، مثل سندات الدين الدولية، والتمويل من المؤسسات المالية الدولية مثل صندوق النقد الدولي والبنك الدولي. يبرز هذا في إطار ضغوطات التكيف الهيكلي والبرامج الاقتصادية التي تفرضها هذه المؤسسات في مقابل القروض. وفقًا لدراسة نشرها صندوق النقد الدولي في عام 2020، فإن العجز المالي الكبير يمكن أن يؤدي إلى زيادة الديون العامة، مما يهدد استقلالية القرارات الاقتصادية.

بالإضافة إلى ذلك، تعد تزايد معدلات الدين العام في العديد من الدول النامية عاملًا يزيد من التبعية للمؤسسات المالية العالمية. يقول جونسون ويلث في كتابه "التمويل الدولي والعجز المالي" (2021)، إن الدول التي تشهد زيادة في العجز المالي، تميل إلى التوجه نحو الاقتراض الدولي، مما يرفع من خطر فقدان السيادة المالية[157]. وتؤكد دراسات أخرى، مثل تلك التي أعدها البنك الدولي في "التمويل الخارجي والتنمية المستدامة" (2022)، على أن الاعتماد المستمر على القروض الخارجية يمكن أن يؤدي إلى تدخلات من المؤسسات المالية التي تفرض شروطًا قد تؤثر على السياسات الاقتصادية الداخلية.

[157] Abdelfettah EL FATIN, Abdelouahad NOUIB, «ONG et politiques publique au Maroc à l'épreuve de souveraineté des Etats: Approche analytique?» Democratic Arabic Center Berlin / Germany, p.169.

في سياق سيادة المغرب المالية ونهجه في تمويل نظام الحماية الاجتماعية، يواجه البلد تحديات كبيرة، خاصةً في سعيه لتحقيق التوازن بين احتياجاته الاقتصادية المحلية وضغوط النظام المالي العالمي. لقد تأثرت سيادة المغرب المالية ارتباطًا وثيقًا باعتماده على التمويل الخارجي، والذي يشمل القروض من المؤسسات الدولية مثل البنك الدولي. على سبيل المثال، في عام 2023، وافق البنك الدولي على قرض قدره 500 مليون دولار لدعم إصلاحات المغرب في قطاعات الحماية الاجتماعية والصحة.[158]

تثير هذه الاعتمادية على التمويل الخارجي مخاوف بشأن قدرة البلاد على الحفاظ على السيطرة الكاملة على سياساتها الاقتصادية. وبالتالي، فإن سيادة المغرب المالية ترتبط ارتباطًا وثيقًا باستراتيجياته في إدارة الديون العامة وضمان الاستدامة المالية على المدى الطويل. وفي السنوات الأخيرة، بذلت المغرب جهودًا لتعزيز استقلاليته المالية من خلال تنويع مصادر الدخل، إلا أن المساعدات الخارجية تظل جزءًا مهمًا من تمويل الحماية الاجتماعية.[159]

لقد كان البنك الدولي داعمًا لتوسيع المغرب لبرامج الحماية الاجتماعية، وخاصة من خلال التمويل والإرشاد بشأن الإصلاحات. ومع

[158] https://www.moroccoworldnews.com/2023/12/359672/world-bank-approves-500-million-loan-to-finance-moroccos-social-health-reforms, (Visité le 28/11/2024 à 14 :30).

[159] https://www.worldbank.org/en/country/morocco/publication/morocco-economic-monitor-building-momentum-for-reform, Visité le 28/11/2024 à 14 :58.

ذلك، فإن هذا الدعم يبرز التحديات التي يواجهها المغرب في الحفاظ على استقلاله المالي أثناء تنفيذ إصلاحات اجتماعية مكلفة. إن القدرة على تمويل هذه الإصلاحات دون الاعتماد المفرط على الديون الخارجية تعتبر أمرًا بالغ الأهمية للحفاظ على سيادة المغرب المالية. ومع استمرار البلاد في توسيع شبكات الأمان الاجتماعي، يظل التوازن بين الموارد الداخلية والمصادر التمويلية الخارجية مهمة دقيقة.[160]

إن العلاقة بين عجز تمويل الحماية الاجتماعية وارتفاع الدين العام في المغرب هي علاقة معقدة ومتداخلة، تعكس تحديات كبيرة في موازنة السياسات الاجتماعية والمالية. هناك عدة عوامل تساهم في هذه العلاقة، خاصة في ظل التوسع الكبير في برامج الحماية الاجتماعية وزيادة الإنفاق الاجتماعي من جهة، وارتفاع مستويات الدين العام من جهة أخرى.

زيادة الإنفاق الاجتماعي: مع تكثيف برامج الحماية الاجتماعية، بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة، والتعويضات العائلية، والتقاعد، يزداد الإنفاق الحكومي بشكل ملحوظ. على الرغم من أن هذه البرامج تهدف إلى تحسين العدالة الاجتماعية، إلا أن التمويل الكافي لها أصبح يشكل تحديًا بسبب الموارد المحدودة. وفقًا للتقرير السنوي للبنك الدولي (2023)، يتعين على الحكومة المغربية تخصيص المزيد من الأموال لتوسيع

---

[160] https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/12/03/world-bank-supports-moroccos-social-protection-response-and-reform, Visité le 28/11/2024 à 16 :05.

الحماية الاجتماعية في ظل الضغوط الاقتصادية والزيادة السكانية. هذا يضع ضغطًا إضافيًا على الميزانية العامة، ما قد يؤدي إلى تضخم العجز المالي.

ارتفاع الدين العام: في السنوات الأخيرة، ارتفع الدين العام في المغرب بشكل ملحوظ، حيث وصل إلى نحو 80٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2023، وفقًا للتقرير المالي من وزارة الاقتصاد والمالية المغربية. هذا الدين يتزايد نتيجة للاقتراض المحلي والدولي لتمويل النفقات العامة، بما في ذلك تمويل برامج الحماية الاجتماعية. هذا يشكل عبئًا ماليًا على المدى الطويل ويزيد من خطر استدامة الدين، حيث تظل الحكومة بحاجة إلى تخصيص جزء كبير من الميزانية لخدمة الدين العام، مما يقلل من القدرة على تمويل مشاريع أخرى.

الاعتماد على التمويل الخارجي: في إطار استراتيجية تمويل الحماية الاجتماعية، يعتمد المغرب بشكل جزئي على القروض والمساعدات من المؤسسات الدولية مثل البنك الدولي و صندوق النقد الدولي، ما يزيد من مستوى الدين الخارجي. على الرغم من أن هذه القروض قد تسهم في دعم الميزانية في المدى القصير، إلا أن الاعتماد على التمويل الخارجي يمكن أن يهدد السيادة المالية للبلاد ويزيد من تعرض الاقتصاد المغربي للتقلبات في الأسواق المالية الدولية. كما يمكن أن يؤدي ذلك إلى تحميل المغرب أعباء إضافية في المستقبل عند سداد هذه القروض.

دور العجز المالي في زيادة الدين: عندما يعجز النظام عن تمويل البرامج الاجتماعية من خلال الإيرادات المحلية أو عبر موارد أخرى مستقرة، يتم اللجوء إلى الاقتراض لتمويل العجز. هذا يزيد من الدين العام ويؤثر على التصنيف الائتماني للمغرب. حسب تقارير البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، تساهم السياسات الاجتماعية المكثفة، خاصة في مرحلة الانتقال إلى التغطية الصحية الشاملة، في تضخم الدين العام في المغرب إذا لم يتم تمويلها من خلال تحسين الإيرادات الضريبية أو ترشيد النفقات.

بناءً على هذه العوامل، يمكن القول أن العلاقة بين عجز تمويل الحماية الاجتماعية وارتفاع الدين العام في المغرب هي علاقة متبادلة، حيث أن ازدياد الإنفاق الاجتماعي قد يزيد من عجز الميزانية، مما يدفع الحكومة إلى الاقتراض. في المقابل، الديون المتزايدة تؤثر على الاستدامة المالية وتزيد من الضغوط على الموارد المالية لدعم الحماية الاجتماعية بشكل دائم.

ثالثا: الحلول المقترحة لاستدامة تمويل الحماية الاجتماعية وتعزيز السيادة المالية

في ظل التضخم العالمي والتحديات الناجمة عن سنوات الجفاف والديون الكبيرة للمغرب، من الممكن التفكير في حلول عملية لتمويل برنامج الحماية الاجتماعية بشكل يحفظ السيادة المالية للمغرب دون

اللجوء المفرط إلى القروض الخارجية. أولاً، يمكن تحسين كفاءة الإنفاق العام من خلال تقليص الفائض وترشيد النفقات، خاصة في القطاعات التي تعاني من هدر كبير. ثانياً، يجب تعزيز الإيرادات المحلية من خلال مواصلة إصلاح النظام الضريبي وتوسيع قاعدة الخاضعين أو الملزمين. ثالثاً، يمكن الاستفادة من الشراكات مع القطاع الخاص في تمويل مشاريع الحماية الاجتماعية، مما يخفف من الاعتماد على التمويل الحكومي المباشر. رابعاً، يجب أن تركز الحكومة على استثمار أموال الصندوق الوطني للتقاعد والتأمينات الاجتماعية في مشاريع تنموية طويلة الأجل تحقق عوائد مستدامة.[161]

في المغرب، هناك عدة قطاعات تعاني من هدر كبير في الموارد المالية. من أبرز هذه القطاعات الزراعة، حيث يُقدَّر أن حوالي 80٪ من الموارد المائية تُستخدم في الري الزراعي، ولكن لا يتم استغلالها بشكل كفء بسبب الأساليب التقليدية ونقص أنظمة الري الحديثة. في القطاع العام والإدارة الحكومية، كما أن المغرب ينفق نحو 13٪ من ميزانيته على الأجور، مما يشير إلى وجود هدر في الموارد البشرية بسبب البيروقراطية في بعض الإدارات. أما في القطاع الصحي، فإن الهدر يتمثل في نقص التجهيزات الطبية والعلاجية رغم زيادة الإنفاق، حيث يشير تقرير البنك

[161] TMIQ, A., & ABDELBAKI, N., Le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 4(4-1), 2023, 172-186. https://doi.org/10.5281/zenodo.8240312

الدولي إلى أن القطاع الصحي يتلقى 5٪ من الناتج المحلي الإجمالي، لكن الفجوات في الرعاية الصحية تبقى واضحة. في قطاع التعليم، يُقدر أن هناك 10٪ من ميزانية الدولة تذهب إلى هذا القطاع، ولكن لا تزال نتائج التعليم منخفضة مقارنة مع هذه الاستثمارات، بما في ذلك مشاكل التسرب المدرسي وضعف جودة التعليم في المناطق القروية. في القطاع الطاقي، تشير التقارير إلى أن المغرب يعاني من إهدار الطاقة في عدة قطاعات صناعية، خاصة في الصناعات التي تستهلك كميات كبيرة من الطاقة، مما يزيد من كلفة الإنتاج ويؤثر على استدامة النظام الطاقي.[162]

يمكن القول بأن السياسة المالية الحالية للمغرب تواكب التحديات الناجمة عن الصدمات المالية الدولية والتغيرات الاقتصادية العالمية[163]، لكن قدرتها على مقاومتها تعتمد على مجموعة من العوامل. أولاً، المغرب قد نجح في تقليص عجز الميزانية وديونه العامة، حيث أظهرت البيانات أن نسبة الدين العام إلى الناتج المحلي الإجمالي تراجعت بشكل طفيف، وهو ما يساعد على تقوية استقراره المالي (البنك الدولي،

[162] Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing, United Nations New York, 2014 United Nations publication, Visité le 28/11/2024 à 14 :30.
https://www.moroccoworldnews.com/2023/12/359672/world-bank-approves-500-million-loan-to-finance-moroccos-social-health-reforms, Visité le 28/11/2024 à 14 :30.

[163] ميزانية المواطن لمشروع قانون المالية لسنة 2025، من أجل استيعاب أفضل لمشروع قانون المالية ومقتضياته. ص: 20.

2022). ثانياً، الحكومة المغربية تبنت سياسات تهدف إلى تعزيز التنوع الاقتصادي وتقليل الاعتماد على قطاعات محددة، مثل النفط والغاز، مما يساهم في تقليل تعرضه لتقلبات الأسعار العالمية (وزارة المالية المغربية، 2023). ومع ذلك، لا يزال هناك تحديات تتمثل في الاعتماد على القروض الخارجية، حيث أن المغرب يعتبر من الدول التي تعتمد بشكل كبير على المؤسسات المالية الدولية، ما يعرضه لمخاطر التبعية المالية (البنك الدولي، 2022). علاوة على ذلك، فإن التغيرات المناخية وتأثيرات الحرب الأوكرانية على الأسواق العالمية قد تزيد من الضغط على الموازنة، خاصة في مجالات الدعم الطاقي والغذائي. وبالتالي، على الرغم من الجهود المبذولة لتحسين الأداء المالي، تبقى السياسة المالية المغربية عرضة للصدمات الخارجية إلا إذا تم تعزيز الاستقلالية المالية عبر تقوية القطاعات المحلية وتنويع مصادر الإيرادات.

وعلى الرغم من التحديات الاقتصادية والمالية التي يواجهها، أن يسعى لتحقيق توازن بين الاستفادة من الدعم المالي المقدم من البنك الدولي وحماية سيادته المالية. من خلال تعزيز السياسات المالية المستدامة وتنويع مصادر التمويل، مثل تطوير الأسواق المالية المحلية وزيادة الإيرادات الضريبية عبر إصلاحات اقتصادية شاملة، يمكن للمغرب تقليل اعتماده على القروض الخارجية. على سبيل المثال، الإصلاحات الأخيرة في النظام الضريبي ورفع مستوى الشفافية في إدارة الأموال العامة

قد تساهم في تحسين القدرة على تمويل البرامج الاجتماعية دون اللجوء المفرط إلى المؤسسات المالية الدولية (البنك الدولي، 2022). ومع ذلك، يبقى من الضروري للمغرب أن يحافظ على استقلاليته في اتخاذ القرارات الاقتصادية الداخلية، من خلال تنمية قطاعات الإنتاج المحلي وتعزيز التعاون مع المستثمرين المحليين والدوليين، مما يقلل من الضغوط التي قد تنجم عن القروض الخارجية. في هذا السياق، يمكن للحكومة المغربية أن تتفاوض مع البنك الدولي بطريقة تضمن الدعم المالي دون التدخل في السياسات الاقتصادية الداخلية، عبر التفاوض على شروط مرنة تتيح تحقيق أهداف التنمية دون التأثير على السيادة المالية.[164]

لضمان استدامة تمويل الحماية الاجتماعية في المغرب دون إثقال كاهل المواطنين بالمصاريف الجانبية، يجب أن تتبنى الحكومة مجموعة من السياسات المالية المستدامة. أولاً، يمكن تحسين إدارة الإنفاق العام من خلال ترشيد النفقات، خاصة في القطاعات التي تعاني من هدر كبير مثل الإدارة العامة والصحة والتعليم (البنك الدولي، 2022). ثانياً، يجب توسيع قاعدة الضرائب لتشمل القطاعات غير الرسمية مثل الاقتصاد الرقمي والتجارة الإلكترونية، مما يزيد من الإيرادات دون تحميل المواطنين عبئًا إضافيًا (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، 2023). ثالثاً، من المهم

[164]Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing, United Nations New York, 2014 United Nations publication, pp.5-9.

تعزيز الشراكات بين القطاع العام والخاص لتوسيع التمويل للحماية الاجتماعية عبر استثمارات مشتركة في المجالات الصحية والتعليمية (البنك الدولي، 2022). وأخيرًا، يجب تحسين الشفافية والمساءلة في تنفيذ برامج الحماية الاجتماعية لضمان وصول الأموال إلى المستفيدين الفعليين وتقليل الفساد الإداري.

هناك عدة نماذج بديلة لتمويل الحماية الاجتماعية التي يمكن أن يتبناها المغرب دون التأثير الكبير على سيادته المالية. يتمثل الهدف في ضمان استدامة التمويل دون الاعتماد المفرط على القروض والمساعدات الدولية. وفيما يلي بعض الحلول المبتكرة التي يمكن للمغرب النظر فيها بناءً على التجارب الدولية:

التمويل عبر السندات الاجتماعية والبيئية: تعتبر السندات الاجتماعية وسيلة مبتكرة لجذب التمويل من الأسواق المالية العالمية لتمويل برامج الحماية الاجتماعية. على غرار السندات الخضراء التي تستهدف التمويل البيئي، يمكن للمغرب إصدار سندات اجتماعية تستهدف تمويل البرامج الخاصة بالحماية الاجتماعية مثل التغطية الصحية والتقاعد. هذه السندات قد تجذب الاستثمارات من المؤسسات التي تركز على الأثر الاجتماعي، مما يتيح للمغرب جمع الأموال دون التأثير على السيادة المالية بشكل كبير.[165] مثال على ذلك، تطبيق هذا النموذج في

[165]Hamza Saoudi, « La protection sociale au Maroc : quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universel, soutenable et

بعض الدول مثل فرنسا والمملكة المتحدة حيث تم استخدام السندات الاجتماعية لتمويل البرامج الصحية والاجتماعية.

الشراكات العامة والخاصة: من خلال تعزيز الشراكات بين القطاع العام والقطاع الخاص (PPP)، يمكن للمغرب تمويل برامج الحماية الاجتماعية بطريقة أكثر استدامة وبدون الاعتماد على تمويلات خارجية. يمكن للقطاع الخاص أن يساهم في تطوير بنية تحتية للحماية الاجتماعية (مثل المستشفيات أو المستشفيات الخاصة بالنظام الصحي العام) على أن يتم تعويضه من خلال عوائد مالية على المدى الطويل. على سبيل المثال، تبنت دول مثل البرازيل وجنوب إفريقيا هذا النموذج لتمويل برامج الرعاية الصحية والمساكن الاجتماعية.

تحسين كفاءة النظام الضريبي: يمكن للمغرب زيادة تمويل الحماية الاجتماعية عن طريق تحسين تحصيل الضرائب. والذي يشكل نسبة كبيرة من الاقتصاد المغربي، ولا يحصل من خلاله إلا جزء ضئيل من الإيرادات الضريبية. تحسين النظام الضريبي وزيادة شمولية الضريبة يمكن أن يؤدي إلى زيادة الإيرادات المخصصة للحماية الاجتماعية، دون الحاجة إلى القروض الخارجية. العديد من دول أمريكا اللاتينية وآسيا تبنت هذا النموذج بنجاح، مع زيادة في الإيرادات الضريبية ورفع الكفاءة الإدارية.

efficace ?», Policy Brief, PB - N° 30/24 - Juin 2024.

تعزيز التحويلات النقدية المباشرة: يمكن أن تكون التحويلات النقدية المباشرة نموذجًا آخر لمساعدة الفئات الضعيفة، بدلاً من الاعتماد على تحويلات أو قروض من الخارج. على غرار ما فعلته الهند ومصر، يمكن للمغرب تقديم دعم نقدي مباشر للفئات الهشة، مما يقلل الحاجة إلى تمويلات خارجية مع توفير الدعم الاجتماعي الداخلي.

التنويع في مصادر التمويل المحلية: يمكن للمغرب أن يستثمر في تنويع مصادر تمويله المحلية مثل الاستثمارات في مشاريع بنية تحتية متكاملة في مجالات الطاقة المتجددة أو الزراعة المستدامة، والتي قد تساهم في تأمين موارد مالية ثابتة لدعم برامج الحماية الاجتماعية على المدى الطويل. على سبيل المثال، تُظهر التجربة الإسبانية كيف يمكن للدول أن تضمن التمويل المستدام من خلال استثمارات القطاع الخاص في مشاريع بنية تحتية مدرة للإيرادات.

إن تبني هذه الحلول المبتكرة يمكن أن يساعد المغرب على تحقيق استدامة مالية في تمويل الحماية الاجتماعية دون الاعتماد الكبير على القروض والمساعدات الدولية، مما يعزز السيادة المالية ويقلل من المخاطر المرتبطة بالديون الخارجية.

قياس الفرضيات

تذكير بالفرضيات:

• فرضية الاستدامة المالية: توسيع برامج الحماية الاجتماعية في المغرب سيؤدي إلى زيادة العجز المالي، مما يفرض ضغوطًا إضافية على ميزانية الدولة ما لم يتم تحسين كفاءة الإنفاق العام ورفع إيرادات الدولة.

في ظل السياسات الحالية للمغرب، يمكن القول بأن هناك تحديات كبيرة تتعلق بالعجز المالي، خاصة في تمويل برامج الحماية الاجتماعية. فمع التوسع الكبير في برامج الحماية الاجتماعية، مثل تعميم التأمين الصحي، وزيادة المعاشات والتعويضات العائلية، تزداد الضغوط على الميزانية العامة. الدراسات الحديثة تشير إلى أن تمويل هذه البرامج يتطلب تحسين كفاءة الإنفاق العام وزيادة الإيرادات الوطنية لضمان استدامتها على المدى الطويل. علاوة على ذلك، فإن المغرب يعتمد بشكل كبير على التمويل الداخلي والخارجي للمساهمة في تمويل هذه البرامج، مما يضعه أمام خطر تفاقم الدين العام إذا لم تتم معالجة العجز المالي بشكل فعال.

فيما يتعلق بعلاقة العجز المالي بمستويات الدين العام، تشير الدراسات إلى أن هناك ارتباطاً مباشراً بين زيادة الإنفاق الاجتماعي وتفاقم الدين العام، خصوصاً عندما تعتمد الحكومة على التمويل الخارجي . لذلك، من الضروري أن تعمل الحكومة على تطوير حلول مبتكرة لتحسين الإيرادات وتوسيع قاعدة التمويل المحلي، مثل تعزيز الشراكات

بين القطاعين العام والخاص أو استكشاف آليات تمويل جديدة مثل السندات الخضراء والاجتماعية، وهو ما قد يساعد في تخفيف الضغوط المالية دون التأثير على السيادة المالية.

من هذا المنطلق، يبقى من الأهمية بمكان أن يتبنى المغرب نموذجاً تمويلياً يمكنه الحفاظ على استقلالية قراراته المالية بينما يضمن الاستدامة المالية لبرامج الحماية الاجتماعية في المستقبل.

• فرضية العلاقة بين السيادة المالية والتمويل الخارجي: الاعتماد المتزايد على التمويل الخارجي لتغطية عجز الحماية الاجتماعية يقلل من قدرة المغرب على التحكم في قراراته الاقتصادية والمالية، مما يؤثر سلبًا على سيادته المالية.

الاعتماد على التمويل الخارجي في تمويل برامج الحماية الاجتماعية في المغرب قد يؤثر بالفعل على سيادته المالية. الدراسات الحديثة تشير إلى أن زيادة الدين العام، وخاصة الديون الخارجية، يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على النمو الاقتصادي على المدى القصير والطويل. ففي دراسة أجريت حول تأثير الديون العامة على النمو الاقتصادي في المغرب، تبين أن الديون الخارجية تساهم في تقليص قدرة المغرب على التحكم في قراراته الاقتصادية والمالية، مما يؤدي إلى تقليل مرونة السياسة المالية. هذا التأثير يكون أكثر وضوحًا على المدى القصير، حيث يضغط الدين العام

على الميزانية ويحد من قدرة الحكومة على اتخاذ قرارات مستقلة، خاصة في مجالات الإنفاق الاجتماعي والاقتصادي

إضافة إلى ذلك، إذا استمر الاعتماد على التمويل الخارجي لتغطية العجز المالي، فإن ذلك قد يفتح المجال للضغط السياسي والاقتصادي من قبل المانحين أو المقرضين الدوليين. وهذا يعني أن السيادة المالية قد تتأثر سلبًا، خاصة في ظل المتغيرات الاقتصادية العالمية وعدم استقرار أسواق التمويل الدولية.

لذلك، من المهم أن تسعى الحكومة المغربية إلى تقليل الاعتماد على التمويل الخارجي من خلال تعزيز الإيرادات المحلية وزيادة الكفاءة في الإنفاق العام، بما يضمن استدامة برامج الحماية الاجتماعية دون التأثير على السيادة المالية.

• فرضية تأثير العجز المالي على جودة الخدمات الاجتماعية: العجز المستمر في تمويل الحماية الاجتماعية سيؤدي إلى تدهور جودة الخدمات المقدمة للفئات الهشة، مما يزيد من الفجوة الاجتماعية والاقتصادية في المغرب.

التأثير المباشر للعجز المالي: وفقًا لتقرير المندوبية السامية للتخطيط (2022)، هناك انخفاض في نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية الأساسية، مما يؤدي إلى تدهور جودة الرعاية الصحية والتعليم في المناطق الهشة. وفي دراسة للبنك الدولي (2023)، أُشير إلى أن عدم

كفاية الموارد المخصصة لبرامج الحماية الاجتماعية يؤدي إلى ارتفاع معدلات الفقر والإقصاء الاجتماعي. إضافة إلى ضعف الميزانيات المرصودة للرعاية الصحية يجعل من المستشفيات العمومية تعتمد على تجهيزات قديمة ونقص في الكوادر الصحية، مما يرفع وقت انتظار المرضى ويقلل من جودة العلاج.

• فرضية تأثير المؤسسات المالية الدولية: الشروط التي تفرضها المؤسسات المالية الدولية على القروض قد تؤثر سلبًا على قدرة المغرب في تحقيق استدامة مالية لتمويل الحماية الاجتماعية على المدى الطويل.

التحقق من الفرضية التي تقترح أن شروط المؤسسات المالية الدولية، مثل صندوق النقد الدولي (IMF) والبنك الدولي، تؤثر على قدرة المغرب على تحقيق استدامة مالية طويلة الأجل في تمويل الحماية الاجتماعية يظهر تناقضًا نسبيًا في النتائج:

• الاعتماد على القروض الدولية: المغرب يعتمد بشكل كبير على آليات تمويل دولية لتغطية التحديات المالية، مثل الترتيبات مع صندوق النقد الدولي للحصول على خطوط ائتمان مرنة (FCL) بقيمة 5 مليارات دولار، وهي مصممة لتعزيز الثقة والاستقرار الاقتصادي، لكنها قد تشترط تنفيذ إصلاحات اقتصادية تزيد من أعباء الحكومة مثل تقليص الدعم أو إصلاح أنظمة التقاعد.

تأثير الشروط: الإصلاحات المرتبطة بالقروض الدولية غالبًا ما تشمل شروطًا مثل تحسين الإيرادات الضريبية وضبط الإنفاق العام. هذه الشروط قد تضع قيودًا على السياسات الاجتماعية للدولة، مما يجعلها عرضة لضغوط خارجية قد تحد من تخصيص الموارد للحماية الاجتماعية بشكل كامل.

الآثار الإيجابية: على الرغم من القيود، فإن التمويل الدولي يوفر أحيانًا استثمارات ضرورية لتحقيق استقرار الاقتصاد الكلي، مما يساعد على المدى الطويل في توفير بيئة اقتصادية تدعم برامج الحماية الاجتماعية.

بناءً على ذلك، يمكن القول إن العلاقة مع المؤسسات الدولية تمثل سيفًا ذا حدين: إذ توفر الدعم المالي لكنها تفرض شروطًا قد تحد من السيادة المالية وتؤثر على قدرة الدولة على اتخاذ قراراتها باستقلالية. لذلك، يتطلب تحقيق الاستدامة المالية تخطيطًا دقيقًا للموازنة بين الحاجة للتمويل الخارجي والحفاظ على المرونة الوطنية.

عرض نتائج وتوصيات البحث:

يمكن اقتراح بعض النتائج المحتملة بناءً على تحليل العلاقة بين العجز المالي وتمويل برامج الحماية الاجتماعية على الشكل التالي:

- التحديات المالية المستمرة: ستظهر النتائج أن العجز المالي الناتج عن التوسع في برامج الحماية الاجتماعية يشكل تحديًا كبيرًا للمغرب، مما يزيد من الضغوط على الميزانية العامة. يُحتمل أن يؤدي هذا إلى تأجيل أو

تقليص بعض البرامج الاجتماعية في المستقبل، ما لم يتم تحسين آليات الإنفاق العام وزيادة الإيرادات.

•الاعتماد على التمويل الخارجي: تشير النتائج إلى أن الاعتماد المتزايد على القروض الدولية قد يحد من سيادة المغرب المالية، إذ يشترط الدائنون الدوليون غالبًا تنفيذ إصلاحات اقتصادية معينة. ستتضح العلاقة بين التمويل الخارجي وعواقب اتخاذ القرارات المالية الوطنية، مما قد يؤثر على استقلالية السياسات الاقتصادية المحلية.

•إصلاحات لزيادة الاستدامة: قد تقترح النتائج حلولًا للإصلاحات الهيكلية في النظام المالي المغربي لتعزيز الاستدامة المالية لتمويل الحماية الاجتماعية. تشمل هذه الإصلاحات تحسين كفاءة جمع الإيرادات، مثل تطبيق ضريبة عادلة على الفئات القادرة على الدفع، أو تنويع مصادر التمويل مثل استخدام السندات الخضراء أو الاجتماعية.

•التوازن بين السيادة المالية والتنمية الاجتماعية: تظهر النتائج أنه من الممكن تحقيق توازن بين الحفاظ على السيادة المالية وتوسيع برامج الحماية الاجتماعية من خلال اعتماد نماذج تمويل مبتكرة، مثل الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وتحسين استراتيجيات التمويل المحلية بعيدا عن الاعتماد على التمويل الخارجي.

•التأثيرات على العدالة الاجتماعية: ستبين النتائج أن أي نقص في التمويل قد يؤدي إلى تقليص استفادة الفئات الهشة، مما يعمق الفجوات

الاجتماعية والاقتصادية. في هذا السياق، سيكون من الضروري إيجاد حلول مالية مبتكرة لضمان شمولية البرامج الاجتماعية وزيادة الوصول إليها دون التأثير على الاستقلالية المالية.

فتح أفاق بحثية جديدة بالموضوع:

- ❖ كيف يمكن لأنظمة الحوكمة المالية تحسين كفاءة الإنفاق العام لضمان استدامة برامج الحماية الاجتماعية؟
- ❖ ما دور الإصلاحات الضريبية في تقليل العجز المالي مع الحفاظ على التغطية الشاملة لبرامج الحماية الاجتماعية؟
- ❖ إلى أي مدى يمكن لتبني أدوات التمويل المبتكرة (مثل السندات الاجتماعية والخضراء) أن يدعم استدامة برامج الحماية الاجتماعية؟
- ❖ كيف يؤثر الاعتماد على التمويل الخارجي في استقلالية السياسات الاقتصادية المحلية وقدرة الحكومات على تنفيذ إصلاحات اجتماعية؟
- ❖ ما هي النماذج البديلة لتمويل الحماية الاجتماعية التي يمكن أن تحقق التوازن بين العدالة الاجتماعية والسيادة المالية؟
- ❖ كيف يمكن للتكنولوجيا الرقمية تعزيز كفاءة التوزيع وتقليل الفاقد المالي في تمويل برامج الحماية الاجتماعية؟

لائحة المراجع

أولا: المقالات

❖ Lamiaa EL RHAZ, Yasmine BOUZINEB, « Le secteur informel au Maroc : principales caractéristiques et tendances d'évolution », rapport « Les Brefs du Plan », DPP-HCP. N° 16, 2 mars 2021.

❖ BOUTALEB, I., & LAHMAR, H., « Dynamique de la protection sociale au Maroc : État des lieux et perspectives. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 20023, 4(3-1), 412-424.

❖ Hamza Saoudi, « La protection sociale au Maroc : quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universel, soutenable et efficace ? » , Policy Brief, PB - N° 30/24 - Juin 2024.

❖ TMIQ, A., & ABDELBAKI, N. (2023). Le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 4(4-1), 172-186. https://doi.org/10.5281/zenodo.8240312

❖ Abdelfettah EL FATIN, Abdelouahad NOUIB, ONG et politiques publique au Maroc à l'épreuve de souveraineté des Etats : Approche analytique ? P : 169. Democratic Arabic Center Berlin / Germany.

ثانيا: المواقع الإلكترونية

❖ https://www.moroccoworldnews.com/2023/12/359672/world-bank-approves-500-million-loan-to-finance-moroccos-social-health-reforms

❖ https://www.worldbank.org/en/country/morocco/publication/morocco-economic-monitor-building-momentum-for-reform

❖ https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/12/03/world-bank-supports-moroccos-social-protection-response-and-reform

ثالثا: الجرائد الرسمية والدساتير والمدونات القانونية

❖ دستور المملكة المغربية لسنة 2011.

❖ نص الخطاب السامي الذي وجهه جلالة الملك إلى الأمة بمناسبة عيد العرش المجيد، بتاريخ: 29 يوليوز 2020.

❖ الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعية والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2018/34

❖ ظهير شريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021) بتنفيذ القانون - الإطار رقم 09-21 المتعلق بالحماية الاجتماعية

❖ القانون رقم 72.18 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات،

❖ المرسوم رقم. 2.21.582 المتعلق بتطبيق القانون 72.18 فيما يخص السجل الاجتماعي الموحد.

❖ ميزانية المواطن لمشروع قانون المالية لسنة 2025، من أجل استيعاب أفضل لمشروع قانون المالية ومقتضياته.

مذكرة إخبارية للمندوبية السامية للتخطيط حول وضعية سوق الشغل خلال الفصل الثالث من سنة 2023

رابعا: التقارير

تقرير: حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، منظمة الأمم المتحدة حقوق الإنسان، المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان. 2010.

التقرير السنوي الذي قدمه والي بنك المغرب العاهل المغربي برسم السنة المالية 2019.

❖ Rapport : MAPPING DE LA PROTECTION SOCIALE AU MAROC, Année de production du Rapport : 2015. Année d'édition du Rapport : 2018.

❖ Rapport PROJET DE POLITIQUE PUBLIQUE INTEGREE DE LA PROTECTION SOCIALE 2020 – 2030, Ministère de l'Economie, des Finances et de la Réforme de l'Administration Département des Affaires Générales et de la Gouvernance. Novembre 2019

❖ Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing, United Nations New York, 2014 United Nations publication.

التنزيل المالي لتعميم الحماية الاجتماعية: من سنة 2021 إلى مشروع قانون مالية سنة 2025

Financial Implementation of the Universal Social Protection: From 2021 to the 2025 Finance Bill

زهيرة الادريسي[166]

ملخص:

تهدف هذه الورقة إلى الوقوف على الأليات المالية لتنزيل ورش تعميم الحماية الاجتماعية والتحديات التي تواجه المالية العمومية بالمغرب عامة و تمويل ورش الحماية الاجتماعية على وجه الخصوص إن على صعيد توفير الموارد و تدبيرها، وعلى إبراز ذلك بالأرقام و تحليلها وتم الاعتماد في هذا الشأن على منهجية المسح المكتبي و الدراسة التحليلية الثانوية لجمع البيانات من خلال التقارير الوطنية الصادرة عن جهات رسمية وطنية و تظهر نتائج المسح أن تنزيل تعميم الحماية الاجتماعية على المدى البعيد ستواجهه إشكالية الاستدامة المالية، رغم ما أخذته الحكومة على عاتقها في المضي قدما في توفير اليات التمويل اللازمة.

الكلمات المفتاحية: التمويل، الحماية الاجتماعية، قانون المالية، المالية العمومية، الميزانية

[166] زهيرة الادريسي: أستاذة المالية العامة (القانون العام) بالكلية المتعددة التخصصات، الناظور، جامعة محمد الأول وجدة.

Abstract :

This paper aims to examine the financial mechanisms for implementing the universal social protection reform and the challenges and obstacles facing public finances in Morocco, both in general and specifically with regard to the financing of the social protection initiative. This includes both the provision and management of resources. The research relies on presenting and analyzing relevant data, using a methodology based on desk research and an analytical study of various national reports issued by official local and international bodies. The results of this study indicate that the implementation of universal social protection will face issues of financial sustainability, despite the government's commitment to moving forward with providing the necessary funding mechanisms. However, this is a shared responsibility, as financing depends on two key mechanisms: solidarity and contribution, with an estimated annual cost of 51 billion dirhams for the project.

Keywords: Financing, Social Protection, Finance Law, Public Finance, Budget

مقدمة

يعتبر تعميم الحماية الاجتماعية ورش ملكي مجتمعي غير مسبوق، يشكل خطوة مهمة للنهوض بالعدالة الاجتماعية والمجالية وصون كرامة المواطنين، هذا المشروع الذي يوليه الملك محمد السادس عناية كبيرة واهتماما خاصا، من خلال حرصه على تمتيع كافة المواطنات والمواطنين ولا سيما الفئات الفقيرة والهشة، بالدعم والحماية الاجتماعيَيْن، بما يصون كرامتهم ويحفظ التماسك الاجتماعي، ويحسن ظروف عيشهم وقدرتهم الشرائية.

لذا ، يُجسّد هذا الورش تتويجًا لرؤية استراتيجية ملكية كان الملك محمد السادس وراء الدفع بها والسهر على إنضاجها منذ المراحل الأولى، بدءًا من مشروع *راميد* وصولًا إلى تعميمه. ولم يكن التعميم مقتصرًا فقط على التغطية الصحية، بل شمل أيضًا جميع مكونات منظومة التغطية، في مقدمتها التعويضات العائلية و ضمان معاش التقاعد. ومن ثم، فإن هذه المنظومة تُمثل مسارًا تدريجيًا طويل الأمد .

وتنزيلا للتوجيهات الملكية المضمنة بالعديد من الخطب[167] ، تم إصدار القانون الاطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية[168].

وقد تم الاستناد بالأساس على دستور 2011 خاصة الفصل 31 منه، الذي يكرس الحق في الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والاسترشاد بالالتزامات الدولية للمملكة المغربية في مجال الحماية الاجتماعية خصوصا العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي الصادرة عن منظمة العمل الدولية، والتوصية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية الصادرة عن هذه المنظمة، وكذا خطة الأمم المتحدة من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة التي يعد توسيع الحماية الاجتماعية من بين غاياتها الرئيسة[169].

وهكذا أصبح تمويل ورش الحماية الاجتماعية أولوية حاضرة بالقوانين المالية في السنوات الخمس الأخيرة بتكلفة 51 مليار درهم موزعة

---

[167] خطاب عيد العرش للذكرى الواحدة والعشرين لتربع جلالته على عرش أسلافه المنعمين ،يوم الأربعاء 29 يوليوز 2020 وكذا الخطاب الملكي الموجه للبرلمان بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الأولى من الولاية الحادية عشر يوم الجمعة 08 أكتوبر 2021.

[168] القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021) ، الجريدة الرسمية عدد 6975 بتاريخ 5 أبريل 2021 ،ص ،2178 .

[169] عبد الحفيظ ماموح، الحماية الاجتماعية :مقاربة حقوقية ،ورقة سياسات ،المنظمة العربية للقانون الدستوري ،الدورة السابعة ـ2022 ، ص 5 .

على مدى خمس سنوات، من خلال أليتين أولهما قائمة على الاشتراك ب 28 مليار درهم، و الثانية قائمة عل التضامن بمبلغ 23 مليار درهم.

غير أن هذا الحضور الاجتماعي وحماية الأفراد والجماعات جاء استكمالا لسيرورة الطروحات الفكرية والفلسفية لتوماس هوبز (Hobbes_Thomas) وجون جاك روسو (Jean jacques rousseau) الذين أخرجوا الإرادة الفردية والعامة من حالة الطبيعة إلى الحالة المدنية، والوصول لمجتمع قائم على السلم والأمن والحرية . وقد كشف بيير ر وزنفالو(Rosanvallon Pierre) من خلال حفر تاريخي في الفكر السياسي الغربي، أن دولة الرفاهية الاجتماعية، كما تم بناؤها بعد الحرب العالمية الثانية في العديد من دول أوروبا الشمالية والغربية، كانت امتدادا لفكرة الدولة الحامية (Etat protecteur) والتطورات التي شهدها القرن السابع والثامن عشر.[170]

إشكالية الموضوع:

مع تفاقم الفوارق الاجتماعية وتزايد الضغوط الاقتصادية، أصبحت برامج الحماية الاجتماعية محوراً أساسياً في سياسات الدولة لتخفيف العبء عن الفئات الهشة وتعزيز العدالة الاجتماعية. إلا أن تقييم فعالية هذه البرامج من حيث التمويل والتنفيذ في قوانين المالية

[170]- رشيد بن بيه ،أنظمة الحماية الاجتماعية بالمغرب :التحديات و الافاق ، مطبعة إفريقيا الشرق 2023 ، ص 7 .

السابقة بدءا من سنة 2021 يطرح العديد من التساؤلات حول مدى تحقيقها لأهدافها. في هذا السياق، كيف يتعامل مشروع قانون المالية لعام 2025 مع هذه التحديات؟ وهل يمثل هذا المشروع تحولاً نوعياً في دعم وتعزيز برامج الحماية الاجتماعية بالمقارنة مع السنوات الماضية؟

مفاهيم الدراسة:

الحماية الاجتماعية : قدمت العديد من التعاريف لمفهوم الحماية الاجتماعية فقد عرفها المجلس الاقتصادي و الاجتماعي و البيئي بأنها "التدابير والإجراءات القائمة على التأمين والتضامن، الهادفة إلى تحقيق الضمان الاجتماعي وتقديم المساعدة، ارتكازا على المساهمات أو بدونها ، من أجل ضمان القدرة على توفير الرعاية والدخل لجميع الأشخاص "[171].

وحسب وزارة التضامن و الادماج الاجتماعي و الأسرة يقصد بالحماية الاجتماعية جميع آليات الاحتياط الجماعي التي تمكن الأفراد أو الأسر من مجابهة الآثار المالية المترتبة عن المخاطر الاجتماعية. وترتكز على آليتين هما "التأمين الاجتماعي" و"المساعدة الاجتماعية[172]."

[171] تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئيحول الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية ، إحالة ذاتية رقم ،34/2018 ص.11

[172] Ministère de l'Economie, des Finances et de la Réforme de l'Administration: Département des AffairesGénérales et de la Gouvernance: PROJET DE POLITIQUE PUBLIQUE INTEGREE DE LA PROTECTION

حسب قانون الإطار 09،21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، تشمل هذه الأخيرة ما يلي:

- الحماية من مخاطر المرض

- الحماية من المخاطر المرتبطة بالطفولة وتخويل تعويضات جزافية لفائدة الأسر التي لا تشملها هذه الحماية

- الحماية من المخاطر المرتبطة بالشيخوخة

- الحماية من مخاطر فقدان الشغل[173]

قانون مالية السنة:يحدد قانون المالية، بالنسبة لكل سنة مالية، طبيعة ومبلغ وتخصيص مجموع موارد وتكاليف الدولة وكذا التوازن الميزانياتي والمالي الناتج عنها. وتراعى في ذلك الظرفية الاقتصادية والاجتماعية عند إعداد قانون المالية وكذا أهداف ونتائج البرامج التي حددها هذا القانون، تبتدئ السنة المالية في فاتح يناير وتنتهي في 31 دجنبر من نفس السنة[174].

SOCIALE 2020 – 2030p6.

[173]- المادة الثانية من القانونالإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية، السابق ذكره .

[174]- المادة الأولى و الثالثة من القانون التنظيمي رقم 13-130 لقانون المالية الصادر بتنفيذه الظهير شريف رقم 62-15-1 صادر في 14 من شعبان 1436 (2 يونيو 2015) الجريدة الرسمية عدد 6370.

المنهجية:

للتوصل إلى الهدف المنشود من هذه الدراسة ومعالجة مختلف جوانبها وللإجابة على الإشكالية المطروحة تم الاعتماد على كل من المنهج الوصفي التحليلي بصفة أساسية، وكذا على تقنية المسح المكتبي لمختلف قوانين مالية السنوات الخمس الأخيرة التي لها علاقة بالموضوع المبحوث فيه، بالاعتماد على الأرقام والاحصائيات الواردة بالتقارير الرسمية مع تحليلها و تفكيكها تم استعمال تقنية جمع البيانات الثانوية كألية من أليات البحث الميداني .

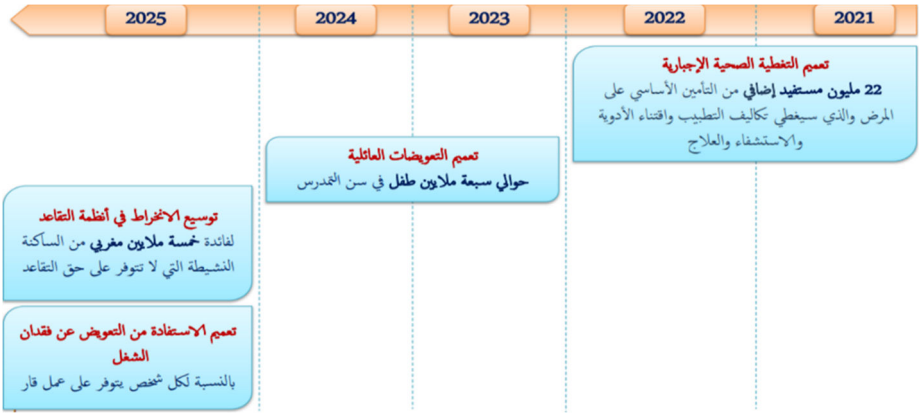
خطة الدراسة:

أولا: ورش الحماية الاجتماعية بقوانين المالية لسنوات من 2021 إلى 2024

ثانيا: ورش الحماية الاجتماعية بمشروع قانون مالية سنة 2025 و إكراه الاستدامة

أولا: ورش الحماية الاجتماعية بقوانين المالية لسنوات من 2021 إلى 2024

يأتي ترسيخ دعائم الدولة الاجتماعية على رأس أولويات القوانين المالية السنوية من سنة 2021 إلى سنة 2025، تنفيذا للتوجيهات الملكية وتنزيلا لأحكام القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الذي وضع الأسس والمبادئ التي يرتكز عليها هذا الورش، كما شكل خارطة طريق مهيكلة من أجل تنفيذ هذا الإصلاح وفق محاور محددة وتأطير زمني محكم و فق التسلسل المبين بالشكل التالي:



المصدر :عرض وزير الاقتصاد و المالية للمشروع القانون الاطار 09 .21 أمام لجنة المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية بمجلس المستشارين، يوم 22 فبراير 2021 منشور بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية www.finances.gov.ma

واعتبارا لما هو مبين في الشكل أعلاه فإن التنزيل مبرمج داخل إطار خمس سنوات من سنة 2021 إلى سنة 2025 و سيتطلب التنزيل المالي

تخصيص مبلغ إجمالي سنوي ب 51 مليار درهم منها 23 مليار سيتم تمويلها من الميزانية العامة للدولة من خلال قوانين المالية للسنوات الخمس الأخيرة بدءا من 2021 حتى 2025 .

1 .موقع ورش تعميم الحماية الاجتماعية في قوانين المالية لسنتي 2021ـ2022

عرفت سنة 2021 إطلاق المرحلة الأولى من الإصلاح لمتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية ، وسيمكن من التعميم التدريجي للتغطية الاجتماعية و التي يستدعي تنفيذها تحولات كبيرة تهم حكامة نظام الحماية الاجتماعية بالمغرب ،حيث تم الشروع في تعميم التغطية الصحية الاجبارية عن المرض (2021ـ2022) ستمكن حوالي 22 مليون مستفيد إضافي من الاستفادة من التأمين الصحي الأساسي الذي يغطي تكاليف العلاج و الأدوية و الاستشفاء [175].و تطلب تعميم التأمين الإجباري عن المرض إرساء تغطية صحية تأمينية شاملة و موحدة تشمل خاصة المستفيدين من نظام المساعدة الصحية "راميد " و فئات المهنيين و العمال المستقلين و الأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا.

وتنزيلا لهذه المرحلة الأولى ،فقد تم إدراج مجموعة من التدابير بقانون مالية سنة 2021 التي تخص التنزيل المالي لورش الحماية

[175] المذكرة التقديمية لقانون مالية سنة 2021، ص 82. منشورة بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد والمالية: www.finances.gov.ma .

الاجتماعية ، فقد تم تخصيص غلاف مالي قدر ب 4،2 مليار درهم لتنزيل تعميم التأمين الاجباري عن المرض خلال هذه السنة و تم إحداث نظام المساهمة المهنية الموحدة[176] التي تم من خلالها تجميع الضرائب المفروضة وطنيا و محليا على المهنيين ذوي الدخول البسيطة في مساهمة واحدة ،وكذلك واجبات تكميلية مرصدة للخدمات الاجتماعية لفائدتهم تشمل في مرحلة أولى التأمين الاجباري عن المرض ، كما تم إقرار مساهمة تضامنية على الأرباح و المداخيل في إطار آلية التمويل القائم على الاشتراك، وتقتصر هذه المساهمة على الأشخاص الذاتيين، الذين يفوق دخلهم الإجمالي الصافي 12000 درهم سنويا أي 10000 شهريا ،و كذا الشركات التي يفوق ربحها الصافي 5 ملايين درهم[177]، وحصيلة هاته المساهمة وحصيلة الضريبة الداخلية على الاستهلاك المطبقة على الإطارات المطاطية ولإعادة تدوير بعض التجهيزات الالكترونية والبطاريات المخصصة للمركبات والضريبة الداخلية على الاستهلاك المطبقة على المنتجات والآلات والأجهزة التي تشتغل بالكهرباء تم رصدها للصندوق دعم التماسك الاجتماعي الذي أحدث سنة 2012 كحساب مرصد لأمور خصوصية الذي ساهم في دعم برامج مختلفة على رأسها برنامج المساعدة الطبية "راميد" وبرنامج "تيسير" والمبادرة الملكية" مليون

---

[176] للمزيد انظر الدليل العملي الخاص بتطبيق نظام المساهمة المهنية الموحدة ، منشور بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية : www.finances.gov.ma .

[177] عرض وزير المالية لتقديم مشروع قانون مالية سنة 2021 بالبرلمان .

محفظة " و برنامج مساعدة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة و برنامج الدعم المباشر للنساء الأرامل في وضعية هاشة و بموجب قانون مالية سنة 2021 تم تخصيصه أيضا لدعم تمويل ورش الحماية الاجتماعية في شقيها المتعلقين بالتأمين الصحي الاجباري الأساسي عن المرض والدعم الاجتماعي المباشر.[178]

وبالنسبة لهاته الضرائب فقد حققت مداخيل مهمة سنتي 2021 و2022 كماهو مبين في الجدول التالي:

	2021	2022
المساهمة الاجتماعية للتضامن على الأرباح والدخول	4 مليار درهم	5,6 مليار درهم
الضريبة الداخلية على الاستهلاك المطبقة على الإطارات المطاطية	204 مليون درهم	200 مليون درهم
الضريبة الداخلية على الاستهلاك لإعادة تدوير بعض التجهيزات الإلكترونية والبطاريات المخصصة للمركبات	-	500 مليون درهم
الضريبة الداخلية على الاستهلاك المطبقة على المنتجات والآلات والأجهزة التي تشتغل بالكهرباء	-	150 مليون درهم

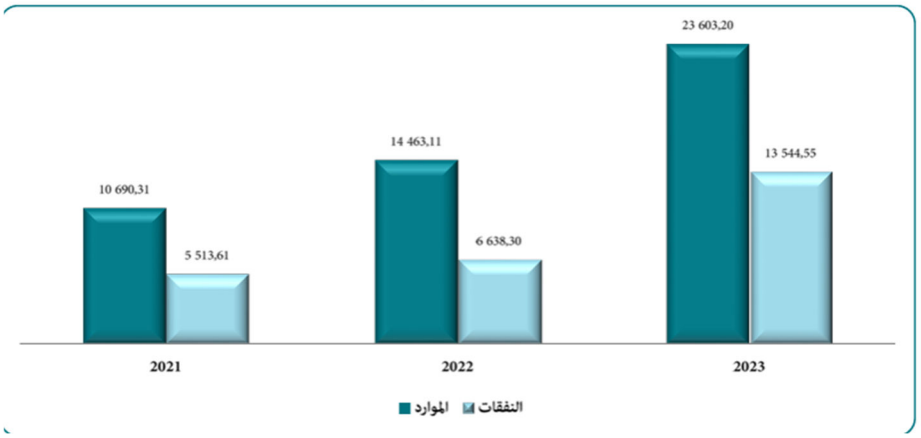
المصدر: مذكرة تقديم مشروع قانون مالية سنة 2024 ص 36 منشورة بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد والمالية www.finances.gov.ma .

وتطورت موارد ونفقات صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي خلال الفترة 2021 ـ2023 كماهو مبين في المبيان التالي:

---

[178]- تقرير الحسابات الخصوصية للخزينة المرفق بمشروع قانون مالية سنة 2025 ،ص 36 ،منشور بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية www.finances.gov.ma .

خلال الفترة 2021-2023 (بملايين الدراهم)

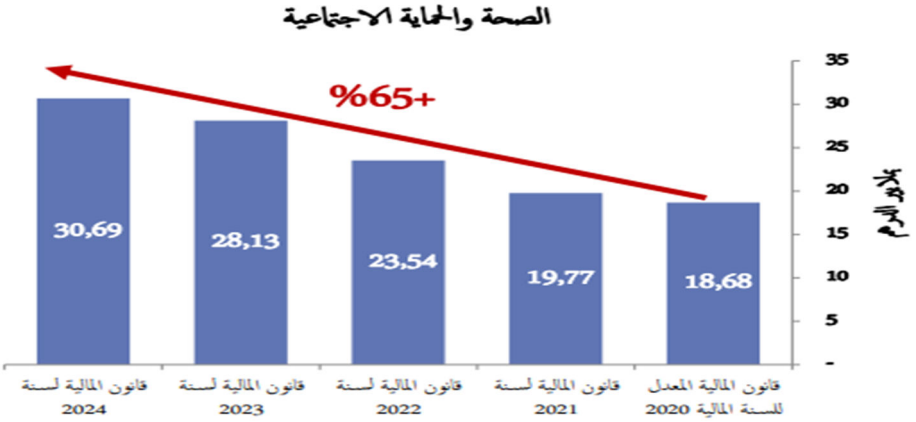


المصدر :تقرير الحسابات الخصوصية للخزينة المرفق بمشروع قانون مالية سنة 2025 ص 36

انطلاقاً من الرسم البياني، يتضح بجلاء أن نفقات وموارد الصندوق الخاص بدعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي شهدت ارتفاعاً ملحوظاً ومتدرجاً من سنة 2021 إلى سنة 2023، وهذا يعكس المرحلة المالية الأولى لتنفيذ مشروع تعميم الحماية الاجتماعية. كما هو موضح في عمود الموارد لسنة 2023، فقد ارتفعت هذه الموارد بشكل ملحوظ، حيث يمكن تقدير الزيادة بحوالي أكثر من النصف مقارنة بسنة 2021.

وهنا نستحضر أن المرحلة الأولى نحو تعميم الحماية الاجتماعية رصدت لها ميزانية تقدر ب 14 مليار درهم من بينها 9 ملايير درهم برسم النظام التضامني. ولمواكبة تعميم التغطية الصحية تم إطلاق ورش هام

لإصلاح قطاع الصحة بالمغرب حيث تم الرفع من الميزانية المخصصة لهذا القطاع إبتداء من سنة 2021 كما هو مبين في هذا المبيان:



المصدر: عرض الوزير المنتدب المكلف بالميزانية حول استدامة المالية العمومية لتنزيل ورش الحماية الاجتماعية بمجلس النواب بتاريخ 28 ماي 2024 منشور بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية.

انطلاقاً من الرسم البياني أعلاه، يتضح بجلاء الرفع التدريجي والمهم للميزانية المخصصة لقطاع الصحة في المغرب، تزامناً مع برنامج تعميم ورش الحماية الاجتماعية. ويعزى ذلك إلى المكانة الحيوية التي يحتلها قطاع الصحة كأحد الأعمدة الأساسية للحماية الاجتماعية، حيث يُعتبر توفير الرعاية الصحية من الحقوق الأساسية التي تسعى العديد من الدول إلى ضمانها من خلال برامج الحماية الاجتماعية.

بالمجمل، يمكن القول إن العلاقة بين زيادة الميزانية الصحية والحماية الاجتماعية هي علاقة تكاملية فزيادة الموارد في قطاع الصحة

تساهم بشكل مباشر في تحسين مستوى الحماية الاجتماعية عبر توفير خدمات صحية شاملة، بينما تساهم الحماية الاجتماعية بدورها في تعزيز قدرة الأفراد على الوصول إلى هذه الخدمات الصحية.

وسيتم خلال سنة 2022 مواصلة تنزيل إطلاق المرحلة الثانية المتعلقة بتوسيع الاستفادة من التأمين الاجباري الأساسي عن المرض لفائدة الفئات الهشة والفقيرة التي كانت تستفيد من نظام المساعدة الطبية "راميد "و تسريع الوثيرة لتعميم التغطية الصحية الاجبارية التي تعتبر من بين الركائز المهمة لهذا الورش.

وتماشيا مع هذا تم تعبئة 10 ملايير درهم برسم سنة 2022 [179]في إطار صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي. ومن الاجراءات المواكبة للإصلاح العمل على تعميم السجل الوطني للسكان قبل متم سنة 2022 والسجل الاجتماعي الموحد على مجموع الصعيد الوطني قبل متم سنة 2023، حيث مكن هذا الإجراء من انطلاق مرحلة منح التعويضات بناء على معايير الاهلية لهذين السجلين و ذلك موازاة مع الاصلاح التدريجي للمقاصة و تعويض البرامج الاجتماعية الأخرى .

ابتداء من فاتح دجنبر 2022 تم العمل على تحويل جميع المستفيدين من نظام المساعدة الطبية "راميد" بما فيهم ذوي الحقوق إلى نظام التأمين

[179]المذكرة التقديمية لمشروع قانون مالية سنة 2023 ،ص 33 منشورة بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية :www.finances.gov.ma

الاجباري عن المرض Amo -tadamon مع تحمل الدولة لواجبات اشتراكهم في هذا النظام . وقد تم تسديد مبلغ مالي يقدر بحوالي 15،50 مليار درهم لأداء واجبات الاشتراك بالنسبة للأشخاص المنخرطين في هذا النظام، منها 6،70 مليار درهم حتى متم شهر شتنبر 2024[180] . بالإضافة الى ذلك تم صرف أكثر من 557 مليون درهم لتغطية النفقات المتعلقة بتحمل الدولة للحصة المتبقية من المؤمن عليهم .

تجدر الإشارة أن تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة كل الفئات الاجتماعية والمهنية، مع مواصلة أداء الاشتراكات برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على أداء واجبات الاشتراك "أمو تضامن " بميزانية سنوية بلغت 10 ملايير درهم[181].

وفي إطار تحمل الدولة لاشتراكات الأشخاص المستفيدين من التأمين التضامني أكد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تحويل ما مجموعه 6،065 مليون درهم من طرف وزارة المالية لفائدته وذلك برسم شهر دجنبر 2022 و الأشهر التسعة الأولى من سنة 2023[182] .

---

[180]- المذكرة التقديمية لمشروع قانون مالية سنة 2025، مرجع سابق ص 34 .

[181]- عرض وزيرة الاقتصاد و المالية لمشروع قانون مالية سنة 2025 ،ص 7 .

[182]- التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2022ـ2023 ص 33 ،منشور بالموقع الرسمي للمجلس الأعلى للحسابات :www.courdescomptes.ma .

وعليه يشكل توفير الموارد الكافية لأجل تمويل هذا الورش شرطا أساسيا، لضمان نجاحه لذلك فإن من المهم اعتماد أليات التمويل الكافية لضمان استدامة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وإحداث الأليات المناسبة لتمويل باقي مكونات الحماية الاجتماعية.

2. موقع ورش تعميم الحماية الاجتماعية في قوانين المالية لسنتي 2024ـ2023

بعد التنزيل الفعلي للشق الأول من ورش تعميم الحماية الاجتماعية المتعلق بتعميم التأمين الاجباري الأساسي عن المرض، تم خلال سنتي 2023 و 2024 العمل على تنزيل الجزء الثاني المتعلق بالتعميم التدريجي للتعويضات العائلية لتشمل كافة الأسر ،الذي دخل حيز التنفيذ نهاية 2023 مع صدور القانون 23.58[183] المحدد لشروط و مسطرة الاستفادة ، وتستند منظومة الاستهداف الشامل للأسر على ثلاثة ركائز أساسية تتمثل في[184] :

[183] ظهير شريف رقم 1،23،87 ،صادر في 16 من جمادى الأولى 1445 (30 نونبر 2023) بتنفيذ القانون رقم 58،23 المتعلق بنظام الدعم الاجتماعي المباشر الجريدة الرسمية عدد 7253 بتاريخ 4 دجنبر 2023 ،ص10223 .

[184] المذكرة التقديمية لمشروع قانون مالية سنة 2023 ،ص 34 ،منشورة بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية.

ـ السجل الاجتماعي الموحد يعتمد على جمع البيانات السوسيو اقتصادية للأسر من أجل استهداف المؤهلين لاستفادة من الخدمات الاجتماعية.

ـ السجل الوطني للسكان من أجل تحديد الأشخاص و الأسر و يضمن هذا السجل تجميع و تسجيل و حفظ البيانات الديمغرافية و البيومترية .

ـ الوكالة الوطنية للسجلات التي ستدبر لحساب الدولة الاستخدام الأمثل للمعلومات المتضمنة في السجلين المشار إليهما أعلاه .

وقد كان الرهان هو تعميم السجل الوطني للسكان قبل متم سنة 2022 والسجل الاجتماعي الموحد قبل متم سنة 2023، لإنطلاق منح التعويضات العائلية بناء على معايير الأهلية لهذين السجلين وذلك موازاة مع الإصلاح التدريجي للمقاصة من أجل تحرير هوامش تمويل جزء من تعميم التعويضات العائلية، وتماشيا مع هذا عرف المبلغ الإجمالي لنفقات المقاصة انخفاضا ملحوظا منتقلا من حوالي 41 مليار درهم سنة 2022 إلى 26.6 مليار درهم سنة 2023 ليستقر في حدود 200 مليون درهم سنة 2025[185] بمعنى تخفيف و ليس تحرير كما هو مبين بالجدول أسفله:

[185] البرمجة الميزانياتية الاجمالية لثلاث سنوات 2023 ـ2025 ،ص 20 ،منشورة بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية .www.finances.gov.ma .

السنوات	توقعات قانون مالية سنة 2022	توقعات قانون مالية 2023	توقعات قانون مالية 2024	توقعات 2025
تحملات المقاصة بمليون درهم	40864	26580	8906	200

المصدر :البرمجة الميزانياتية الاجمالية لثلاث سنوات 2023 ـ2025 ص 20 منشورة بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد والمالية www.finances.gov.ma

تنزيل هاته المرحلة خلال سنتي 2023 و2024 يرتكز على تمكين الأسر من دعم شهري مباشر يوجه[186]:

• من جهة، للأسر المستهدفة التي لها أبناء، منذ ولادتهم إلى غاية بلوغهم سن الواحد والعشرين (21) سنة، لحمايتهم من مخاطر الطفولة وتنمية قدراتهم، خاصة فيما يتعلق بالتطبيب والمواظبة على الدراسة؛

• ومن جهة أخرى، يستفيد من الدعم الاجتماعي المباشر الأسر التي ليس لها أطفال، أو يتجاوز سن هؤلاء واحد وعشرون (21) سنة، خاصة منها تلك التي تتواجد في وضعية فقر أو هشاشة، للرفع من مستواها المعيشي ودعم قدرتها الشرائية وتحصينها أمام التقلبات الظرفية.

[186] كلمة رئيس الحكومة في جلسة عمومية مشتركة داخل البرلمان حول الدعم الاجتماعي المباشر بتاريخ 23 أكتوبر 2023 ص 6، منشورة بالموقع الرسمي للرئيس الحكومة: www.cg.gov.ma.

وتجدر الإشارة الى أن تعميم التعويضات العائلية سيكون وفق ثلاثة إجراءات أساسية يتمثل أولها في الدعم الاجتماعي المباشر للأسر المستهدفة التي لها أبناء: ويتعلق الأمر بمنحة شهرية عن كل طفل لم يتجاوز 21 سنة، وذلك وفق الشروط التالية:

• منذ ولادته وإلى غاية بلوغه 5 سنوات، يمنح كل طفل دعما قيمته الشهرية 200 درهم ابتداء من 30 دجنبر 2023، ويستمر طيلة سنة 2024، ثم 250 درهم شهريا سنة 2025، ليتم رفعه إلى 300 درهم شهريا ابتداء من سنة 2026. أما بالنسبة للأسر التي يتجاوز عدد أطفالها ثلاثة، وعلى غرار التعويضات الممنوحة لأجراء القطاع الخاص، فستتلقى إضافة لذلك دعما شهريا يقدر بـــ 36 درهم بالنسبة للطفل الرابع والخامس والسادس .

• بالنسبة للطفل في سن التمدرس، يحافظ على نفس الدعم ما بين سن السادسة و21 سنة. في الوقت الذي يحصل فيه الطفل الذي هو في وضعية إعاقة على 300 درهم شهريا في 2024 و400 درهم شهريا في 2026.

• وتعزيزا لمكتسبات فئات أطفال النساء الأرامل، المستفيدين سابقا من برنامج "دعم". ستواصل الدولة منح 350 درهما شهريا عن كل طفل إلى غاية نهاية سنة 2024، ثم 375 درهم شهريا عن كل طفل سنة 2025، ليبلغ 400 درهم شهريا عن كل طفل ابتداء من سنة 2026؛

• واستدامة للآثار الايجابية لبرنامج تيسير وتشجيعا لمواصلة التمدرس، تقلص قيمة الدعم في حالة انقطاع الطفل عن الدراسة.

أما الإجراء الثاني فيتمثل في الدعم الاجتماعي المباشر للأسر المستهدفة التي ليس لها أطفال أو يتجاوز سن هؤلاء 21 سنة، خاصة منها الأسر التي تعيل أشخاص مسنين ، وتستفيد هذه الأسر من منحة جزافية تبلغ قيمتها 500 درهم شهريا ابتداء من آخر دجنبر 2023.

كما أن قيمة الدعم الاجتماعي المباشر لكل أسرة مستهدفة يمكن أن تصل إلى أكثر من 1.000 درهم شهريا، أخذا بعين الاعتبار تركيبة كل أسرة، خاصة عدد أطفالها[187] .

ثالث وآخر إجراء هو منحة الولادة ويتعلق الأمر بدعم جزافي يمنح لكل أسرة بمناسبة الولادتين الأولى والثانية، وتقدر هذه المنحة بـــ 2,000 درهم عند الولادة الأولى و1,000 درهم عند الولادة الثانية.

ويتطلب تنزيل هذا الورش ميزانية قدرها 25 مليار درهم سنة 2024 سيتم تمويلها عبر المساهمة التضامنية على الأرباح و الدخول الخاصة

[187] بمعنى أن الأسرة مثلا التي لها طفل واحد، ستتوصل مباشرة بـ 500 درهم شهريا ابتداء من آخر دجنبر 2023. والأسرة التي لها طفلان يتمدرسان، ستتوصل بـ 500 درهم شهريا ابتداء من آخر هذه السنة، و600 درهم في الشهر ابتداء من سنة 2026.وبالنسبة للأرملة المستهدفة، فإن قيمة الدعم الشهري هي 500 درهم إذا كان لها طفل واحد، ستتوصل بها ابتداء من آخر هذه السنة، وإذا كان لها طفلان ستحصل على 700 درهم في 2024، و800 درهم ابتداء من 2026، وإذا كان لها 3 أطفال، ستتوصل بـ 1,050 درهم سنة 2024، وبـ 1,200 درهم ابتداء من 2026 ، للمزيد أنظر كلمة رئيس الحكومة في جلسة عمومية مشتركة داخل البرلمان حول الدعم الاجتماعي المباشر ، مرجع سابق .

بالمقاولات إلى جانب العمل على عقلنة و نجاعة برامج الدعم الاجتماعي الموجودة حاليا وخاصة إصلاح نظام المقاصة من خلال تحديد الاعتمادات المفتوحة في إطار قانون مالية سنة 2024 في 16،4 مليار درهم[188] .

كما يتطلب 26 مليار درهم سنة 2025 وصولا إلى 29 مليار درهم سنويا ابتداء من 2026. وتنضاف هذه الميزانية لعشر (10) ملايير درهم التي تخصصها الدولة سنويا لتعميم التغطية الصحية الإجبارية على الأسر الفقيرة والهشة .وهو ما يمثل، إجمالا، ميزانية سنوية تقارب 40 مليار درهم بحلول سنة 2026، تخصص لشقي التغطية الصحية والدعم الاجتماعي المباشر من ورش تعميم الحماية الاجتماعية وبالنسبة لمصادر تمويلها، فقد اتخذت الحكومة جملة من التدابير اللازمة لتأمينها، من خلال تعبئة:

- عشرين (20) مليار درهم في ظرف ثلاث سنوات المقبلة عن طريق الموارد الذاتية للدولة؛
- ستة (6) ملايير درهم من العائدات الجبائية المتعلقة بالمساهمة الاجتماعية التضامنية على الأرباح والدخول الخاصة بالمقاولات؛
- بالإضافة إلى عائدات الرسوم الضريبية المستخلصة من تفعيل المساهمة الإبرائية برسم الممتلكات والموجودات المنشأة بالخارج؛

---

[188] عرض تقديم وزيرة الاقتصاد و المالية لمشروع قانون مالية سنة 2024 ،منشور بالموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية: www.finances.gov.ma

- خمسة عشر (15) مليار درهم، عبر عقلنة وتجميع وإعادة توجيه الاعتمادات المالية المسخرة لمجموعة من برامج الدعم السابقة؛

- تسعة (9) ملايير درهم، تهم احتياطي صندوق التماسك الاجتماعي لسنة 2024 فقط.

- اثنا عشر (12) مليار درهم تدريجيا، في أفق سنة 2026 وبعد مضي فصل (un trimestre) من الشروع في صرف الإعانات المباشرة، من خلال الإصلاح التدريجي لصندوق المقاصة، طبقا لمقتضيات القانون الإطار للحماية الاجتماعية.

وبناء على ما قدم من أرقام فإن نجاح منظومة الدعم الاجتماعي المباشر تحتاج بالأساس الى ضرورة الديمومة بخصوص الموارد المالية التي يتعين تعبئتها كل سنة كما سبق الاشارة و يتطلب الأمر كذلك نجاعة و حكامة تدبير هذه الموارد و عقلنة إنفاقها .

و في نفس السياق استمرارا للاشتراكات التي تتحملها الدولة برسم نظام "أمو تضامن" التي تم تحويلها إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي متم شهر شتنبر 2024 ، تم تحويل 15.51مليار درهم منها 665 مليون درهم برسم شهر دجنبر 2022 و 8.14 مليار درهم برسم السنة المالية 2023 ،و 6.7 مليار درهم برسم التسعة أشهر الأولى من سنة 2024 ، و يهدف هذا الاجراء الى تقليص حصة التكاليف الصحية "أمو" لفائدة المستفيدين من هذا النظام ، حيث تتكفل الدولة بتحمل الجزء الباقي على

عاتق المؤمن بالنسبة للخدمات المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية و ذلك بميزانية سنوية قدرها مليار درهم[189] .

وبالنسبة للتمويل الدولي الخارجي وقع الوزير المنتدب المكلف بالميزانية مع مديرة مكتب بنك التنمية الألماني بالمغرب[190]، على ثلاثة عقود قروض بمبلغ إجمالي قدره 250 مليون أورو، وعقدي دعم بقيمة 7 ملايين أورو وذلك من أجل تمويل البرامج والمشاريع ومنها برنامج دعم ورش الحماية الاجتماعية من خلال قرض مدعوم بقيمة 120 مليون أورو مصحوبا بهبة قدرها 2 مليون أورو، ستساهم في تحسين الظروف المعيشية للساكنة من خلال دعم المشروع الملكي للحماية الاجتماعية.

كما تم عقد اتفاقيتين مع الوكالة الفرنسية للتنمية بقيمة 150 مليون يورو ،الاتفاقية الأولى التي تبلغ قيمتها 100 مليون أورو، هي استمرار لدعم الوكالة الفرنسية للتنمية لمشروع إرساء الحماية الاجتماعية الشاملة، والذي يتمحور حول الركائز الثلاث التالية[191]:

---

[189] مذكرة تقديم مشروع قانون مالية سنة 2025 ،مرجع سابق ،ص 34 .

[190] بحضور ستيفان بانتل، الوزير – المستشار بالسفارة الألمانية بالمغرب، والسيدة مونيكا ملاد، رئيسة التعاون الألماني بالسفارة الألمانية، يوم 27 دجنبر 2023 ، بمقر وزارة الاقتصاد و المالية للمزيد المرجو الاطلاع على الموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد والمالية:www.finances.gov.ma

[191] - يوم الأربعاء 27 نونبر 2024 ، بمقر وزارة الاقتصاد و المالية للمزيد المرجو الاطلاع على الموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد و المالية : www.finances.gov.ma

• دعم الاصلاحات المتعلقة بالحكامة من اجل تحسين أداء التأمين الاجباري عن المرض AMO

• دعم عدالة وتعزيز فعالية التامين الاجباري عن المرض AMOمع مراعاة قضايا النوع الاجتماعي.

• تعزيز عقلنة النفقات المرتبطة بالتامين الاجباري عن المرض AMO

ثانيا: ورش الحماية الاجتماعية بمشروع قانون مالية سنة 2025 وإكراه الاستدامة المالية

بالنظر الى مضامين وأهداف تعميم ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب في أفق 2025 رصدت سنويا ميزانية 51 مليار درهم لتمويل هذه البرامج الاجتماعية ،و بالتالي فالمقاربة المالية المعتمدة في تمويل هذا الورش تعد من أبرز تحديات استمرارية و استدامة الخدمات الاجتماعية لهذا الورش .

1ـ تعميم ورش الحماية الاجتماعية بموجب مشروع قانون مالية سنة 2025

مند أن تم إطلاق ورش تعميم الحماية الاجتماعية سنة 2021 تم تحقيق إنجازات مهمة من أجل تفعيل هذا الورش الاجتماعي في الآجال التي تم تحديدها مع بعض التأخيرات.

و قد تميزت سنة 2021 ـ2022 بتفعيل تعميم التغطية الصحية لجميع المواطنين ولا زال العمل على هذه الخطوة مستمر، حيث أن المرسوم الخاص بنظام التأمين الإجباري عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك لم يصدر حتى سنة 2024.

تم إطلاق المرحلة الثانية المتعلقة بتعميم الدعم الاجتماعي المباشر سنتي 2023ـ2024 و ستعمل الحكومة من خلال مشروع قانون مالية سنة 2025 على مواصلة برنامج الدعم الاجتماعي المباشر حيث سيتم الرفع من الدعم ليصل إلى 250 درهم عن كل طفل من الثلاثة الأوائل المتمدرسين أو دون 6 سنوات أو في وضعية إعاقة (350 درهم) ، و إلى 175 درهم عن كل ولد من الأولاد الثلاثة الأوائل غير المتمدرسين أما بالنسبة للأطفال اليتامى من جهة الأب دون ست سنوات أو الذين يتابعون دراستهم ،فسيبلغ هذا الدعم 375 درهم عن كل طفل من الأطفال الثلاثة الأوائل دون أن يقل الحد الأدنى بالنسبة لكل أسرة عن 500 درهم شهريا ليبلغ بذلك الغلاف المالي للبرنامج 26،5 مليار درهم سنة 2025 ،كما سيتم تنزيل التدابير المواكبة لهذا النظام ،إضافة الى الجانب المتعلق بحكامته تماشيا مع إحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي ،كما ستعرف سنة 2025 إستكمال تنزيل مكونات مشروع تعميم الحماية الاجتماعية من خلال وضع الإطار القانوني التنظيمي للشروع في توسيع الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل لفائدة الأشخاص الذين يتوفرون على شغل

قار و توسيع قاعدة الانخراط في أنظمة التقاعد. هذه الأنظمة بالمغرب ممولة من مساهمات الأجراء و المشغلين و يحتسب فيها مبلغ المعاش حسب نسبة المساهمة ، ولا يوجد أي نظام لمنح معاش الشيخوخة لا يقوم على مبدأ المساهمات لذلك فإن حوالي 60% من الأشخاص النشيطين المشتغلين أي 6،2 مليون نسمة هم غير مشمولين بأي نظام من أنظمة معاشات التقاعد ،ويقتصر هذا النظام الإجباري فقط على موظفين و أجراء القطاعين العام و الخاص[192] .

وتوسيع قاعدة أنظمة التقاعد سيتطلب تمويلا أكيد ،لكن يجب إصلاح هذه الأنظمة قبل توسيعها لأن صناديق التقاعد المطبوعة بتعددها و اختلاف هيكلتها و إطارها التنظيمي تعاني من إشكالات عميقة فهي مهددة بالإفلاس مع حلول سنة 2028 ،حيث سيستنفد احتياطاته (28 مليار درهم) بعد ذلك سيحتاج الصندوق المغربي للتقاعد ما يناهز 14 مليار درهم سنويا لتمويل العجز[193]. إذن فالشروع في تنزيل إصلاح منظومة التقاعد سنة 2025 أصبح ضرورة ملحة و مستعجلة لاستكمال تنزيل ورش الحماية الاجتماعية .و كذا الحفاظ على التوازنات المالية لصناديق التقاعد لضمان ديمومة المنظومة على المدى الطويل و الحد من تأثير الإصلاح على ميزانية الدولة ،وكذا الاتجاه نحو نظام أساسي موحد

[192] عرض وزيرة الاقتصاد و المالية حول تشخيص و تحليل وضعية صناديق التقاعد ، لرئيس الحكومة بجلسة عمل خصصت لتدارس ملف أنظمة التقاعد ،يوم 25 مارس 2024 .

[193] نفس المرجع .

تنزيلا لمخرجات الاتفاق الاجتماعي و الميثاق الوطني للحوار الاجتماعي ، تفعيله سيؤدي إلى إرساء منظومة للتقاعد في شكل قطبين (عمومي و خاص) مع تحديد اليات الانتقال إلى المنظومة الجديدة و تعزيز حكامة أنظمة التقاعد في ضوء الممارسات الجيدة في هذا المجال .

استمرارا في التنزيل المالي لورش تعميم الحماية الاجتماعية، خصصت مساهمة 16،29 مليار درهم في شق الميزانية المشتركة لسنة 2025 لميزانية وزارة الاقتصاد و المالية، وتحويل 4،25 مليار درهم لفائدة صندوق دعم الحماية الاجتماعية و التماسك الاجتماعي.[194]

في هذا السياق تجدر الإشارة إلى أن مشروع قانون مالية سنة 2025 لم يشير الى الإجراءات التي ستنزل بها المرحلة الأخيرة من البرمجة الزمنية لتعميم الحماية الاجتماعية ،بل تمت الإشارة اليها على أنها المرحلة الأخيرة للتنزيل و على أنها مبرمجة سنة 2025 والمقصود هنا توسيع أنظمة التقاعد (17 مليار درهم) وتوسيع الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل لفائدة الأشخاص الذين يتوفرون على شغال قار (1 مليار درهم) ،هذا يجعلنا نتساءل هل فعلا سيتم احترام الخطة الزمنية التي حددها قانون الاطار أمام ما تعانيه منظومة التقاعد بالمغرب من إشكالات و معيقات وسوء التدبير للصناديق الذي يؤدي بها للإفلاس.

---

[194]- عرض وزيرة الاقتصاد و المالية حول تشخيص و تحليل وضعية صناديق التقاعد، مرجع سابق، ص 120ـ121.

2. تحديات تمويل ورش تعميم الحماية الاجتماعية

قدرت ميزانية 51 مليار درهم سنويا لتمويل ورش تعميم الحماية الاجتماعية ، عبر اليتي الاشتراكات و التضامن من خلال مالية الدولة و الموارد الضريبية.

بالنسبة للألية القائمة على التضامن يتطلب الورش تمويلا سنويا يناهز 35 ملايير درهم في 2024 ليبلغ 40 مليار درهم سنة 2026.ولهذا تم القيام بمجموعة من الاجراءات للبحث عن الموارد والتمويلات من خلال[195] :

ـ مسح شامل لكل البرامج الاجتماعية القائمة، والبالغ عددها حوالي 100 برنامج، وتم تجميع برامج الدعم الاجتماعي بما يمكن من تحقيق النجاعة الضرورية على مستوى استهداف الفئات المعوزة و قد مكنت هذه العملية من تعبئة ما يقارب من 15 مليار درهم .

ـ وضع تصور لإصلاح صندوق المقاصة يقوم على رفع الدعم بشكل تدريجي عن بعض المواد المدعمة ،وخصوصا غاز البوتان بمقدار 10 درهم سنويا في إطار زمني لا يتجاوز سنة 2026 ، وسيمكن هذا الاجراء من تعبئة هوامش مالية مهمة ستصل قيمتها إلى ما يناهز 3 ملايير درهم سنة

[195] هذه الأرقام واردة كلمة الوزير المنتدب المكلف بالميزانية بمناسبة جوابه على أسئلة مجلس المستشارين المتعلقة باستدامة تمويل ورش تعميم الحماية الاجتماعية يوم الثلاثاء 12 دجنبر 2024، ص 98 .

2024 ، و 8 مليار درهم سنة 2025 لترتفع إلى 12 مليار درهم ابتداء من سنة 2026 .

ـ تفعيل أليات التضامن ، و التي من المتوقع أن توفر 7 ملايير من العائدات الجبائية المتعلقة بالمساهمة الاجتماعية التضامنية على الأرباح و الدخول الخاصة بالمقاولات .

ـــ تخصيص عائدات الرسوم على عقود التأمين و الضرائب الداخلية على استهلاك (التبغ، والاطارات المطاطية، والاليات المستهلكة للكهرباء...) والتي ستمكن من تعبئة ما يقارب 4 ملايير درهم .

ـ تفعيل المساهمة الإبرائية برسم الممتلكات و الموجودات المنشأة بالخارج و التي يتوقع أن تعبئ موارد مهمة ستخصص لتمويل هذا الورش.

ـ مساهمات الجماعات الترابية في تمويل هذا الورش المجتمعي الهام و المهيكل بما قيمته 500 مليون درهم سنويا . بالإضافة الى ما سبق سيمكن رصيد "صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي" عند نهاية السنة الحالية من تعزيز تمويل نفقات الورش المذكور برسم سنة 2024 بما قدره 9،2 مليار درهم .

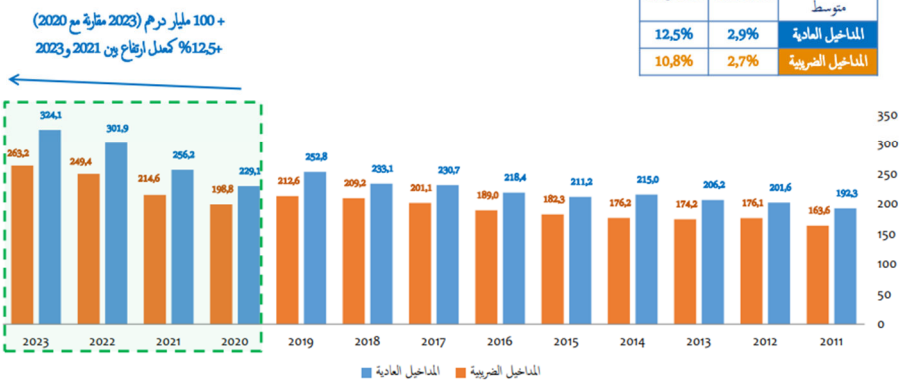
لكن هنا يمكننا أن نستحضر بشدة تحدي الاستدامة المالية، فمن أجل ضمان استدامة نظام الحماية الاجتماعية و توسيع الحيز المالي اللازم

لتعزيز الهوامش المالية للدولة، يبقى من الضروري ضمان ديمومة تمويل الحماية الاجتماعية على المدى الطويل.

وتطرح على هذا المستوى عدة تحديات ،مرتبطة بشكل أساسي بالتحكم في النفقات و التكاليف و البحث المستمر عن مصادر جديدة للتمويل، ليست فقط الموارد الجبائية ، لأننا سنسقط في اكراه الضغط الضريبي صحيح أنه عرفت مداخيل الدولة تطورا ،لكنها تبقى غير كافية أمام تحدي ضمان الدولة لتوازناتها المالية و كذا تمويل الأوراش الكبرى التنموية ،و المبيان أسفله يوضح هذا التطور الملحوظ في المداخيل العادية و المداخيل الضريبية ما بعد إطلاق الورش للدولة:

تطور المداخيل 2011-2023

معدل ارتفاع سنوي متوسط	2021-2011	2023-2021
المداخيل العادية	2,9%	12,5%
المداخيل الضريبية	2,7%	10,8%



المصدر: عرض الوزير المنتدب المكلف بالميزانية حول استدامة المالية العمومية لتنزيل ورش الحماية الاجتماعية 28 ماي 2024 .

انطلاقا مما سبق يتضح أنه دائما ما يتم الاكتفاء بالاهتمام بجانب الموارد و خاصة الضريبية مع اغفال التركيز على النفقات بينما بينت التجارب الناجحة على المستوى الدولي أهمية عقلنة النفقات العمومية من خلال تخصيص اعتمادات الميزانية وفقا لمعايير مرتبطة بالنتائج والنجاعة إضافة إلى اعتماد آليات المراجعة الدورية للنفقات إضافة إلى اللجوء إلى آليات مبتكرة للتمويل من أجل تعبئة موارد مالية إضافية و تنشيط الاقتصاد .

و تجدر الإشارة بهذا الخصوص إلى أن تعدد وتنوع الضرائب بشكل مبالغ فيه وارتفاع السعر، يعد إعداما للضريبة في مهدها، فكثرة الضريبة تقتل الضريبة على حد قول أرتور لا فيير Arthur laffer[196]، وتعد عاملا من عوامل التهرب والغش الضريبي ومؤثرا في الحكامة الضريبية التي تؤثر بدورها سلبا على مردودية الموارد المالية و على خزينة الدولة .

وقد أجمل التقرير العام للنموذج التنموي في مذكراته الموضوعاتية[197]. وكذا تقرير المجلس الاقتصادي الاجتماعي والبيئي حول النظام الجبائي لسنة 2019[198] اختلالات تفسر مكامن ضعف النظام

---

[196] - Arthur Laffer, Supply, Side Economics- financial Analyse, Journal, vol 37N° 5, September, October, 1981, p 29-44.

[197] - مجموع المذكرات الموضوعاتية والرهانات والمشاريع المقترحة في إطار النموذج التنموي الجديد، المرفقة بالتقرير العام للجنة النموذج التنموي، أبريل 2021 ص 308.

[198] - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي من أجل نظام جبائي يشكل دعامة أساسية لبناء النموذج التنموي الجديد، مرجع سابق، ص 13-14.

الضريبي والمتمثلة في حالات غياب الإنصاف التي يترتب عنها تركيز الوعاء وعدم السماح بتعبئة كل الإمكانات المتاحة، لاسيما مع ضعف التدرج الضريبي وعدم حياد القواعد الضريبية بالنسبة لطبيعة الدخل ووجود إعفاءات لا إثبات لها.و تدبير غير معقلن لسياسة الإعفاءات الجبائية، حيث لا تخضع لتقييم أثرها الاقتصادي والاجتماعي ولا لتكلفة الفرصة البديلة، مما لا يسمح بتبرير إقرارها أو الإبقاء عليها وعلاوة على ذلك فهي غير محددة في الزمن.

إذن فهذه الاختلالات أكيد أنها ستشكل عائقا أمام إستدامة التنزيل المالي لبرامج الحماية الاجتماعية ،خاصة و أنا المالية العمومية المغربية تركز على الموارد الضريبية بشكل كبير كما سبقت الإشارة .

ومن جانب أخر فإن هناك جزء كبير من المشتركين الذين سيساهمون في تمويل هذا الورش خاصة الجزء الأول المتعلق بتعميم التأمين الصحي ،فإذا كانت الحكومة تؤدي 9،5 ملايير درهم برسم التأمين الصحي عن الفئات غير القادرة على الأداء فإن فئات عريضة من العمال غير الأجراء غير منتظمة في أداء واجبات الاشتراك المستحقة عليها إلى الأن[199].

وهذا عائد لمشكلة ثقة المواطنين في جودة الخدمات المقدمة، مما يصعب إقناعهم بدفع الاشتراكات للاستفادة في إطار المشروع. لذا، يتعين

[199] جواب الوزير المنتدب بالميزانية بمجلس المستشارين ، مرجع سابق ص 6 .

على الحكومة مضاعفة جهودها بشكل سريع واستباقي لإظهار التغييرات الفعلية في مستوى النظام الصحي سواء ما يخص نقص الموارد البشرية، والبنية التحتية والمعدات و التجهيزات بمختلف المستشفيات [200].

إضافة إلى تحدي أخر مرتبط خاصة بالشق المتعلق بتوازن أنظمة التأمين الصحي، و مرتبطة أساسا بضرورة التحكم في النفقات ، في هذا الصدد يتضح من خلال المؤشرات المرتبطة بالتوازنات المالية لمختلف هذه الأنظمة ، أن نفقاتها تتطور بوثيرة أسرع مقارنة مع مواردها وهو ما من شأنه التأثير سلبا على الاستدامة المالية لأنظمة التأمين الاجباري عن المرض[201].

بالإضافة إلى ذلك، فإن ترشيد و حكامة النفقات الحكومية، خاصة تلك المتعلقة بالجوانب الاجتماعيةتُعتبر أمرًا حاسمًا لضمان استدامة تمويل نظام الحماية الاجتماعية. وفي إطار ترشيد النفقات، من الضروري أيضًا تدبير هاته النفقات بحذر من أجل ضمان الموارد اللازمة لتمويل الحماية الاجتماعية. أما بالنسبة للأنظمة الاشتراكات ، فإن استدامتها المالية تعتمد على انتظام دفع الاشتراكات من قبل المشاركين. ولتشجيع

[200] Majda chaiboub et ahmed Aftiss , État des lieux de la protection sociale au Maroc: revue de littérature sur une réforme novatrice du système de santé ,Revue Alternatives Managériales et Economiques, Vol 6, No 4 Octobre 2024 ,p 688 .

[201] جواب الوزير المنتدب بالميزانية بمجلس المستشارين، مرجع سابق ص 6.

هذا الانتظام، اتخذت الدولة تدابير تحفيزية، مثل إلغاء ديون المساهمين سنة 2024 ، شريطة أن يواصلوا دفع الاشتراكات بانتظام لمدة عام. [202]

و تحدي أخر يواجه تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب هو اتساع القطاع غير المهيكل لذي يشغل حيز مهم من المقاولات بالمغرب فلا نتحدث عن وضعية اجتماعية وهذ عائد لغياب أنظمة شاملة للحماية الاجتماعية، وغياب رؤية سياسية مشتركة مما يجعل إطار الحماية الاجتماعية غير منصف بالقدر الكافي، فيصعب معه دمجها في خضم مناقشات السياسة الوطنية، و ضعف آليات الحوار الاجتماعي بالإضافة لضعف آليات المراقبة ومحدوديتها وقلة مواردها البشرية والمالية، وهو ما يأزم وضعية الحماية الاجتماعية بالمغرب [203].

ويعد القطاع غير المهيكل من أبرز التحديات الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر بشكل كبير على تمويل برامج الحماية الاجتماعية من الصعب تحديد وحصر العاملين في القطاع غير المهيكل بسبب طبيعته غير الرسمية، مما يجعل من الصعب استهدافهم في برامج الحماية الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك غالبًا ما تكون هناك مقاومة من هؤلاء

---

[202] Hamza saoudi , La protection sociale au Maroc : quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universel, soutenable et efficace, le Policy Center for the New South (PCNS), Le 04 juin 2024 ,p 7 .

[203] نرجس البكوري ،"واقع و أفاق تطبيق الحماية الاجتماعية للمقاولات بالمغرب " ، مجلة الاقتصاد والإدارة والبيئة والقانون(JEMED) ،المجلد 5، العدد 1، 2022 ،ص 107 .

الأفراد للانخراط في الأنظمة الرسمية بسبب القلق من تكاليف الاشتراكات .

زيادة على ضعف آليات المر اقبة بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حيث يعاني التصريح بالأجراء خللا يتجسد في التصريح الجزئي أو عدم التصريح الكلي[204].

وفي هذا الإطار يمكن القول أن هناك صعوبة في تعميم الحماية االجتماعية بالنسبة للأجراء نظرا لضعف جهاز تفتيش الشغل بالمغرب و نظرا لضيق هامش الصلاحيات لا على مستوى المقاولة أو على مستوى العمالة أو الإقليم[205] .

إضافة الى ماسبق نستحضر التحديات التي تواجهها المالية العامة، في السنوات الأخيرة التي بدورها أصبح ضمان استدامتها مطلبا ملحا لإيجاد التوافق بين ضرورة المحافظة على توازن المالية العمومية واستدامتها من جهة، وضرورة توفير التمويلات اللازمة من أجل مواصلة تنفيذ مختلف الإصلاحات و البرامج و المشاريع المهيكلة التي انخرطت فيها بما فيها ورش تعميم الحماية الاجتماعية[206] من جهة أخرى .

---

[204]- حسن المرضي، "النظرية العامة لأنظمة التقاعد والحماية الاجتماعية، دراسة معمقة على ضوء إصلاح أنظمة التقاعد " سلسلة شرفات، العدد 19 ماي 2017 ، ص 3 .

[205]-زهير مروصي،"دور مفتشية الشغل في إقرار السلم الاجتماعي" المجلة المغربية للدراسات القانونية العدد 6 ماي 2011 ص ،161 .

[206] عرض الوزير المنتدب المكلف بالميزانية ،حول استدامة المالية العمومية لتنزيل ورش الحماية

وبالتالي لا بد من العمل على توفير الموارد الكافية، لأجل تمويل هذه الورش كشرط أساسي لضمان نجاحه من خلال البحث عن مصادر التمويل المبتكرة،كما يبدو ضروريا إعادة النظر في حكامة المنظومة ذات الصلة بصفة عامة ، وحكامة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بصفة خاصة، أخذا بعين الاعتبار المهام الجديدة المسندة إليه .وتعزيز قدراته من أجل التمكن من تحصيل الاشتراكات المستحقة والتدبير الفعال للكم الكبير من الملفات الناتجة عن تعميم التغطية الصحية الاجبارية ،ومن أجل ضمان توازن هذه التغطية وإرساء نظام مراقبة فعال للتصدي لمختلف أنواع الغش.

ولابد من انخراط والتزام كافة المتدخلين المعنيين بتعميم الحماية االجتماعية ولاسيما الجماعات الترابية والمؤسسات العمومية، وكذا القطاع الخاص حيث أن العديد من المشغلين والمستخدمين لا يصرحون بأجرائهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ولا تحترم الحد الأدنى للأجر .

الاجتماعية ،مرجع سابق.

خاتمة

ما يمكن استخلاصه من خلال ما تم عرضه سابقًا هو أن إستدامة تمويل ورش تعميم الحماية الاجتماعية ليس بالأمر الهين على الدولة بل يتطلب تضافر الجهود من جميع الفاعلينسواء من القطاع العام أو الخاص بما في ذلك المؤسسات العمومية والجماعات الترابية.

فعلى الرغم من التحديات المالية التي تواجهها الدولة مؤخرًا، من قبيل ارتفاع المديونية، عدم الاستقرار في ميزان العجز، ومتطلبات تمويل مشاريع أخرى كبيرة إلى جانب هذا الورش، فإن ذلك يحفزها على البحث عن مصادر تمويل مبتكرة.لكن هذا لا يمكن أن يتحقق عبر الوسائل التقليدية البسيطة، مثل توسيع الوعاء الضريبي، بل يجب أن يشمل البحث عن حلول مبتكرة تشارك فيها حتى القطاعات الخاصة بجدية، و هذه بعض المقترحات لهذه الحلول يجب العمل على :

ـ تطوير وتعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص لتسريع تنفيذ مشروعات الحماية الاجتماعية مثل بناء المرافق الصحية والتعليمية، أو تحسين البنية التحتية الاجتماعية.من خلال إحداث بيئة تشريعية محفزة على التعاون بين القطاعين، بما في ذلك الحوافز المالية والضريبية للمستثمرين الخواص .

ـ إصدار سندات الاجتماعية لتمويل برامج الحماية الاجتماعية، خاصة تلك التي تتعلق بتحسين الوضع الاجتماعي للفئات الأكثر

هشاشة. ويجب الشروع في إطلاق مشاريع تجريبية لقياس الأثر الاجتماعي. - تشجيع التمويل الجماعي من خلال تشجيع المواطنين والشركات على المشاركة في تمويل المبادرات الاجتماعية عبر منصات التمويل الجماعي وتطوير منصات إلكترونية وطنية لتمويل المشاريع الاجتماعية، ودعمها بحملات توعوية لتعريف المجتمع بأهمية المساهمة في المشاريع الاجتماعية .

كما يجب أن يكون هناك حرص شديد على حكامة الموارد ، وضمان تدبيرها ، مع حماية هذه الموارد من أي اختلاسات أو سوء تدبير .من المهم أيضًا تشديد آليات المراقبة والتقييم، وتحديد المسؤوليات وربطها بالمحاسبة لضمان تنفيذ فعّال ومستدام و ناجع لتمويل هذا الورش.

لائحة المراجع

باللغة العربية

الكتب :

- بن بيه رشيد،أنظمة الحماية الاجتماعية بالمغرب :التحديات و الافاق ، مطيعة إفريقيا الشرق.

المقالات :

- البكوري نرجس، "واقع وآفاق تطبيق الحماية الاجتماعية للمقاولات بالمغرب"، مجلة الاقتصاد والإدارة والبيئة والقانون(JEMED) ، المجلد 5، العدد 1، 2022 .

• ماموح عبد الحفيظ ،"الحماية الاجتماعية :مقاربة حقوقية" ورقة سياسات ،المنظمة العربية للقانون الدستوري ،الدورة السابعة ـ2022 .

• المرضي حسن، "النظرية العامة لأنظمة التقاعد والحماية الاجتماعية، دراسة معمقة على ضوء إصلاح أنظمة التقاعد " ،سلسلة شرفات، العدد 19 ماي 2017 .

• مروصي زهير، "دور مفتشية الشغل في إقرار السلم الاجتماعي" المجلة المغربية للدراسات القانونية العدد 6 ماي 2011 .

التقارير:

• تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية ، إحالة ذاتية رقم 34/2018 .

• التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2022ـ2023 .

• تقرير الحسابات الخصوصية للخزينة المرفق بمشروع قانون مالية سنة 2025

• المذكرة التقديمية لقانون مالية سنة 2021.

• المذكرة التقديمية لقانون مالية سنة 2022.

• المذكرة التقديمية لقانون مالية سنة 2023 .

• المذكرة التقديمية لقانون مالية سنة 2024.

- المذكرة التقديمية لقانون مالية سنة 2025.
- البرمجة الميزانياتية الاجمالية لثلاث سنوات 2023 ـ2025.
- الميزانية القطاعية للوزارة الاقتصاد و المالية برسم السنة المالية 2025 .

المواقع الالكترونية :

- الموقع الرسمي للوزارة الاقتصاد والمالية www.finances.gov.ma
- الموقع الرسمي للمجلس الأعلى للحسابات www.courdescomptes.ma
- الموقع الرسمي لمجلس النواب www.chambredesrepresentants.ma
- الموقع الرسمي للرئيس الحكومة www.cg.gov.ma
- الموقع الرسمي للمجلس الاقتصادي و الاجتماعي و البيئي www.cese.ma

المراجع باللغة الفرنسية

Ouvrages :

Arthur Laffer, Supply, Side Economics- financial Analyse, Journal, vol 37N° 5, September, October, 1981.

Articles :

Majda chaiboub et ahmed Aftiss , État des lieux de la protection sociale au Maroc: revue de littérature sur une réforme novatrice du système de santé ,Revue Alternatives Managériales et Economiques, Vol 6, No 4 Octobre 2024 .

Hamza saoudi , La protection sociale au Maroc : quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universel, soutenable et efficace, le Policy Center for the New South (PCNS), Le 04 juin 2024 .

ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب مقاربة سوسيولوجية للقطاع غير المهيكل

Social protection programs in Morocco: a sociological approach to the informal sector

مريم المفرج[207]
وسارة الخنوس[208]

ملخص:

عملت جائحة كوفيد 19 على تعميق الهشاشة الاقتصادية والاجتماعية لغالبية فئات المجتمع المغربي، وأماطت اللثام عن محدودية برامج المساعدات الاجتماعية وضعفها في صيانة كرامتهم، في ظل غياب منظومة فعالة ومنصفة للحماية الاجتماعية، الشيء الذي عجل من ضرورة التسريع في مراجعة أسسها والعمل على تعميم الحماية الاجتماعية على جميع المغاربة. ويعتبر ورش تعميم الحماية الاجتماعية في المغرب تحولا نوعيا في النموذج الاجتماعي للنظام السياسي القائم، إذ يمكن أن يساهم نجاح هذا الورش بإعادة ثقة الساكنة في مؤسساتها، إلا أنهتواجهه عدة تحديات قد تعطل أهداف تطلعاته، الشيء الذي يتوجب على القائمين على منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب، التنظير وفق مقاربة تضامنية بين الأجيال وبين الطبقات الاجتماعية، بغية إصلاح أنظمة التغطية الصحية، وهو ما جعلها من بين أولويات مشروع قانون المالية لسنة 2025 من خلال مواصلة تعزيز أسس الدولة الاجتماعية.ولعل من بين أهم التحديات التي تواجهه، هو قلة فرص الشغل، وما

---

[207] دكتوراه في علم الاجتماع، جامعة محمد الخامس، بالرباط.

[208] باحثة في القانون العام، جامعة عبد المالك السعدي، بتطوان

تخلفه من عدد كبير للعاطلين أو شبه العاطلين عن العمل، والعاملين في القطاع غير المهيكل، والذين لا يحصلون على دخل قار يمكنهم من الوصول إلى خدمات صحية بجودة كافية، والحصول على حد أدنى من الدخل، من هذا المنطلق وللوقوف على الوضعية العامة لورش الحماية الاجتماعية الموجهة لهذه الفئة الهشة من المجتمع، قمنا باستطلاع ميدانيعلى عينة من المشتغلين بالقطاع غير المهيكل من بائعين متجولين منخرطين بنظام التغطية الصحية الإجبارية عن المرض، منطلقين من سؤال إشكالي: كيف يؤثر القطاع غير المهيكل في مدى اندماج العاملين به سوسيو اقتصاديا وبالتالي في مسار التنمية المستدامة، وكيف ساهم تنزيل ورش الحماية الاجتماعية في تحسين وضعية هذه الفئة الهشة من المجتمع؟

الكلمات المفاتيح: الحماية الاجتماعية، القطاع غير المهيكل، الهشاشة، التنمية المستدامة.

Abstract :The COVID-19 pandemic has deepened the economic and social fragility of the majority of Moroccan society, revealing the limitations and weaknesses of social assistance programs in safeguarding human dignity. This has been exacerbated by the absence of an effective and equitable social protection system, prompting an urgent need to reform and expand social protection coverage to all Moroccans.The generalization of social protection in Morocco represents a qualitative shift in the social model of the current political system. The success of social protection programs could help restore citizens' trust in their institutions. However, this initiative faces numerous challenges that may hinder its objectives. To address these, the architects of Morocco's social protection system must adopt an intergenerational and cross-class solidarity approach, aimed at reforming health coverage systems. This has made social protection one of the priorities in the 2025 Finance Bill, with a focus on strengthening the foundations of a social state.

Among the major challenges facing the generalization of health coverage are limited job opportunities, resulting in a large number of unemployed or underemployed individuals and workers in the informal sector. From this perspective, and to assess the general state of social protection programs aimed at this vulnerable segment of society, we conducted a field survey on a sample of informal sector workers, specifically street vendors, who are enrolled in the mandatory health insurance system. The study seeks to answer the central question: How does the informal sector affect the socio-economic integration of its workers and thus the path of sustainable development, and how has the implementation of the social protection workshop contributed to improving the situation of this vulnerable group of society?

Keywords: Social Protection, Informal Sector, Vulnerability, Sustainable Development.

مقدمة

يعتبر ورش تعميم الحماية الاجتماعية من بين الأوراش الكبرى التي تهدف إلى تقليص الفقر ومحاربة كل أشكال الهشاشة، بالإضافة إلى دعم القدرة الشرائية للأسر، وتعميم التعويضات العائلية والتعويض عن فقدان الشغل، وتوسيع نظام التقاعد، والأهم تعميم التأمين الصحي الإجباري عن المرض على جميع المواطنين والمواطنات، خاصة وأن هذا الورش يواجه عدة تحديات من بينها، قلة فرص الشغل، وما تخلفه من عدد كبير للعاطلين أو شبه العاطلين عن العمل، والعاملين في القطاع غير المهيكل، والذين لا يحصلون على دخل قار يمكنهم من الوصول إلى خدمات صحية بجودة كافية، والحصول على حد أدنى من الدخل، وفي هذا الصدد وحسب تقديرات إحصائية فإن نسبة مهمة من الساكنة النشيطة بالمغرب لازالت تزاول أعمالا تدخل في نطاق الاقتصاد غير المهيكل، أضف إلى ذلك أن استهداف العاملين بهذا القطاع وكذا العاطلين عن العمل والمعوزين والمسنين من دون دخل، يواجه بصعوبة تحديد وضبط الفئات المؤهلة للاستفادة من نظام المساعدة الطبية وبقية برامج إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، مما يؤثر في مسار التنمية المستدامة بالمغرب.

وفي هذا السياق، تبرز مشكلة موضوع المقال، وهي المشكلة التي تجد تبريرها في العمل على توضيح جوانب استفادة العاملين بالقطاع غير المهيكل من ورش تعميم الحماية الاجتماعية، منطلقين من سؤال: كيف

يؤثر القطاع غير المهيكل في مدى اندماج العاملين به سوسيو اقتصاديا وبالتالي في مسار التنمية المستدامة، وكيف ساهم تنزيل ورش الحماية الاجتماعية في تحسين وضعية هذه الفئة الهشة من المجتمع؟

لهذا قمنا في دراستنا بالوقوف على مساعي تنزيل ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب، مع تبيان أهم التحديات التي تواجهه، من مشاكل الهشاشة الاجتماعية والفقر والبطالة واللا اندماج في الحاضر والرهانات التي يطمح هذا المشروع تحقيقها بالمستقبل.

بالإضافة إلى وصف وتحليل معاناة شريحة من المجتمع تتسم بالهشاشة، والتي تزاول أعمالها بالقطاع غير المهيكل، مع إبراز التحديات التي يواجهها ورش تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب، انطلاقا من الاستطلاع الميداني الذي قمنا به خلال الفترة الممتدة بين أبريل ويونيو 2024، على عينة من المشتغلين بالقطاع غير المهيكل من بائعين متجولين منخرطين بنظام التغطية الصحية الإجبارية عن المرض، حيث اكتفينا بـ47 مقابلة،تتراوح أعمارهم ما بين 19 و71 سنة، تتوزع على 39 من الذكور و8 من الإناث، متوسط دخلهم الشهري ما بين 1000 و3200 درهم، وضعيتهم السكنية 43 منهم مكتري و4 ملك خاص، وتمت المقابلات الميدانية بين مدينتي تطوان وطنجة وشفشاون.

أولا- ورش تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب ومسارات التنزيل

عملت الحكومة المغربية على تنزيل عدة سياسات عمومية تهدف إلى النهوض بالوضع الاقتصادي والاجتماعي للمواطنين على حد سواء، من أجل دفع عجلة التنمية، وبالتالي بلوغ المغرب مصاف الدول المتقدمة، إلا أن هذه السياسات العمومية ببلادنا عانت كغيرها من الدول من عدة تحديات اعترض مسار تطبيقها، أهمها جائحة كوفيد 19 التي عرفها العالم ككل، لكن تضرر منها المغرب بشكل خاص فيما يخص قطاع الصحة، حيث أبانت هذه الجائحة عن مدى الاختلالات التي تشوب القطاع في مدى توفير الحماية لصحة المواطنين، لذا كان لزاما على القائمين على الشأن العام تنزيل ورش يتماشى مع متطلبات المواطنين، ويعمل على حمايتهم من مصاعب الحياة وتقلبات الاقتصاد الدولي العام، من خلال ورش تعميمالحماية الاجتماعية الذي سيعمل على تعميم التغطية الصحية لجميع المواطنين، وكذا إنصاف فئة هشة من المجتمع وذلك من خلال تقديم الدعم المادي المباشر لها.

1-الإطار التمهيدي للسياسات العمومية في مجال الحماية الاجتماعية

عرف المغرب عدة سياسات تقويمية كان الهدف منها النهوض بالتنمية، إلا أنها عبر السنوات خلفت آثارا سلبية على الساكنة ككل، خاصة في القطاعات الحيوية كالتعليم والصحة والشغل، حيث ظل تعاطي

البرامج الحكومية مع هذه الإشكالية الاجتماعية متأرجحا بين سياسات انتقائية هدفها محاولة تقويم التفاوتات الاجتماعية والمجالية، وبين سياسات استدراكية هدفها التخفيف من الآثار الناجمة عن برامج التقويم الهيكلي الذي قلص من الاستثمار الحكومي في القطاعات الاجتماعية الحيوية، كحلول ترقيعية يغلب عليها الطابع الإحساني، دون المساهمة في تقليص الهشاشة الاجتماعية، في ظل غياب سياسات اجتماعية واقتصادية تقوم على العدالة الاجتماعية والتوزيع العادل للثروات.

لذا كان من الضروري إحداث قطيعة مع ما هو مرحلي ماضي، الذي كلف المغرب احتلال المراتب الأخيرة ضمن مؤشر التنمية البشرية، وتبني سياسة حكومية جديدة تقوم على التحكم ولو نسبيا في التوازنات الماكرو اقتصادية، الشيء الذي دعا إليه جلالة الملك بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الثانية من الولاية العاشرة بتاريخ 13 أكتوبر 2017، حيث جاء في مقتطف من خطابه "إذا كان المغرب قد حقق تقدما ملموسا يشهد به العالم، إلا أن النموذج التنموي الوطني أصبح اليوم غير قادر على الاستجابة للمطالب الملحة، والحاجيات المتزايدة للمواطنين، وغير قادر على الحد من الفوارق بين الفئات ومن التفاوتات المجالية، وعلى تحقيق العدالة الاجتماعية. وفي هذا الحكومة والبرلمان، ومختلف المؤسسات والهيئات المعنية، كل في مجال اختصاصه، لإعادة النظر في

نموذجنا التنموي لمواكبة التطورات التي تعرفها البلاد"، ومنه تم وضع مخطط تنموي جديد يعمل على تجميع شتات القطاعات الوزارية وتقوية التناسق فيما بينها في إطار الإلتقائية، واستهداف الفئات التي تستحق الدعم وكذا الاستجابة الفعالة لحاجيات المواطنين من خلال تبني سياسات عمومية تحقق الإنصاف والتضامن والعدالة الاجتماعية.

إلا أن وثيرة العمل على هذه السياسة الجديدة تأثرت بالحدث العالمي كوفيد 19 الشيء الذي أظهر بوضوح هشاشة السياسات العمومية الهادفة إلى الحد من الفوارق الاجتماعية، حيث عمقت الجائحة من تبعات الهشاشة الاقتصادية والاجتماعية لشريحة اجتماعية هامة، وأيضا أماطت اللثام عن محدودية هذه السياسات وضعفها في صيانة كرامة المواطن المغربي، لذا كان لزاما معه إحداث منظومة فعالة ومنصفة للحماية الاجتماعية، الأمر الذي عجل بضرورة التسريع في مراجعة أسس هذه المنظومة، والعمل على تعميم الحماية الاجتماعية على جميع المغاربة قبل حلول عام 2025.

2- ضرورة تسريع تنزيل سياسة اجتماعية جديدة

توازيا مع تبعات كوفيد 19 وانعكاساتها على شريحة هامة من المواطنين في تعميق الهشاشة والتهميش، وتخبطات السياسات الحكومية الماضية في النهوض بالحماية الاجتماعية وإنصاف الطبقات الاجتماعية الأكثر ضررا، لفتت الشبكة المغربية للدفاع عن الحق في الصحة والحق في

الحياة[209] عناية الحكومة المغربية،من خلال بيان أصدرته تزامنا مع الاحتفال باليوم العالمي للصحة في 7 أبريل 2021، إلى الوضع الصحي الذي عبرت عنه بـ"المقلق" في المغرب، ليس فقط بسبب الجائحة، بل أيضا بسبب ضعف التغطية الصحية للساكنة، وتدني الإنفاق في مجال الرعاية الصحية، وضعف الاستثمار في قطاع الصحة، الشيء الذي أدى إلى ارتفاع مستوى إنفاق الساكنة من مواردها الخاصة في ظل الجائحة، وعدم رضا الساكنة عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم، بحيث أن هذا الواقع من شأنه أن يدفع بالغالبية العظمى من الساكنة الالتجاء للقطاع الخاص، أضف إلى ذلك نقص الأدوية وارتفاع ثمنها مقارنة مع دول مجاورة، بالإضافة إلى سوء التدبير ونقص الموارد البشرية والمالية وهشاشة البنى التحتية والتجهيزات، وعجز نظام المساعدة الطبية عن المرض للمعوزين "الراميد RAMED"[210].

ولتجاوز هذا العبء، كان من الضروري وضع العدالة الصحية من أولوية البرامج الحكومية، مع ضرورة مراجعة نقدية وجذرية لمنظومة

---

[209] بصفتها منظمة حقوقية غير حكومية تعمل على بناء جسور التواصل مع الهيئات الصحية الوطنية والدولية، وتسعى لتعزيز سياسات صحية تضمن العدالة الاجتماعية والصحية في البلاد.

[210] نظام المساعدة الطبية ويعرف اختصارا باسم راميد RAMED،وهو نظام رعاية صحية أطلقته المملكة المغربية رسميا سنة 2012 بعد إطلاق تجريبي في سنة 2008 لمساعدة المواطنين في مجال الصحة

الصحة ككل، وإحداث قفزة نوعية في مجال الرعاية الصحية، تكون مواكبة وعادلة تشمل جميع المغاربة.

فكان صناع السياسة العمومية ببلادنا على دراية تامة حول أهمية الحماية الاجتماعية، بعد الفترة العصيبة التي مر منها المغرب كسائر دول العالم، من مخلفات كوفيد 19 على شريحة هامة من المواطنين، الشيء الذي زاد من تعميق فجوة التهميش واللا اندماج، فإذا كنا نتحدث عن الاندماج كمفهوم يعنى بالانتقال من نشاط اجتماعي إلى آخر، ومدى اندماج الأفراد في الأنشطة الجديدة وبمدى مشاركتهم وإدراكهم للمفاهيم التنظيمية، فإن تعميق فجوة اللا اندماج من شأنه أن يضر بالاقتصاد العام للبلاد وإبطاء عجلة التنمية المستدامة.

ففي مناسبتين متقاربتين تمت الإشارة إلى فشل النموذج التنموي بالمغرب، الذي نتج عنه إقصاء فئات عريضة من المغاربة عن الاستفادة من عائدات التنمية الاقتصادية بالتوازي مع ضعف وهشاشة منظومة الحماية الاجتماعية وتغطيتها لفئة قليلة من المواطنين، فكان لزاما تجويد المرتكزات الأساسية التي ينبني عليها النموذج التنموي الجديد، والاعتماد على أولويات إستراتيجية تشكل قطيعة مع الوضع القائم كتعميم الحماية الاجتماعية لفائدة الفئات الهشة وفقا للتوجيهات السامية لصاحب الجلالة[211]، وإعادة هيكلة شاملة وعميقة للبرامج والسياسات

[211] النموذج التنموي الجديد، ملخص التقرير العام، أبريل 2021، صادر عن اللجنة الخاصة

الوطنية في مجال الدعم والحماية الاجتماعية، من خلال اعتماد مقاربة تشاركية، بحيث يتماشى مع ضرورة إرساء عدالة اجتماعية ترتكز على مبدأ التضامن والتوزيع العادل للثروات، وإنشاء قاعدة موسعة وفعالة للحماية الاجتماعية ترتكز على عقد اجتماعي يجعل الدولة والمواطنين يتحملون مسؤولياتهم ويكرس قيم التضامن الاجتماعية[212]،ويضمن الحق في الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية التي أقرها الدستور المغربي لسنة 2011 في الفصل 31، وأيضا من خلال تنفيذ الالتزامات الدولية في مجال الحماية الاجتماعية، وخطة الأمم المتحدة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في أفق سنة 2030،التي جعلت من الحماية الاجتماعية أحد أهم غاياتها الأساسية.

لهذا فإن القائمين على السياسية العمومية عملوا على الرفع من وثيرة عمل تفعيل تنزيل ورش تعميم الحماية الاجتماعية حتى يشمل جميع المواطنين، مع تقسيمه على مراحل وخطوات تشمل فئات اجتماعية معينة في سبيل التنزيل الفعلي لهذا الورش.

3- خطوات التنزيل الفعلي لورش تعميم الحماية الاجتماعية

تستمد السياسات العمومية توجهاتها الكبرى من الخطابات الملكية السامية التي تعتبر مرجعا أساسيا لوضع المرتكزات الأساسية في البرامج

بالنموذج التنموي ص: 18.

[212] المرجع السابق،ص: 24.

التنموية السوسيو اقتصادية لبلادنا،المرجع الأساسي والدعامة الأساسية تكمن في المرتكزات الدستورية وعليه تم وضع حجر الأساس لورش الحماية الاجتماعية بتاريخ 14 أبريل 2021، حيث ترأس صاحب الجلالة بالقصر الملكي بفاس، حفل إطلاق تنزيل مشروع تعميم الحماية الاجتماعية وتوقيع اتفاقياته الأولى، والذي سيستفيد منه في مرحلة أولى الفلاحون وحرفيو ومهنيو الصناعة التقليدية والتجار، والمهنيون ومقدمو الخدمات المستقلون، الخاضعون لنظام المساهمة المهنية الموحدة، ولنظام المقاول الذاتي أو لنظام المحاسبة، ليشمل في مرحلة ثانية فئات أخرى، في أفق التعميم الفعلي للحماية الاجتماعية لفائدة كل المغاربة.

فتم خلال سنة 2021 دمج عدة فئات مهنية على أربع دفعات، الدفعة الأولى تم فيها دمج الفئات الخاضعة للمساهمة المهنية الموحدة متمثلة في 800 ألف تاجر وصانع، ثم الدفعة الثانية والثالثة تم دمج الفلاحين وعددهم مليون و600 ألف فلاح، وأيضا دمج الصناع التقليديين وعددهم 500 ألف صانع، ثم في الدفعة الثالثة والرابعة تم دمج 220 ألف من حرفيي قطاع النقل، وأيضا 80 ألف من أصحاب المهن الحرة والمقننة، ليتم في سنة 2022 الدمج الكلي للفئات المعوزة من نظام المساعدة الطبية وعددهم 11 مليون مستفيد.

ثم في مرحلة متقدمة أولية بين 2021 و2022، تعميم التغطية الصحية الإجبارية على 22 مليون مستفيد إضافي من التأمين الأساسي على

المرض والذي سيغطي تكاليف التطبيب واقتناء الأدوية والاستشفاء والعلاج، وفي مرحلة ثانوية بين 2023 و2024، تعميم التعويضات العائلية لحوالي 7 ملايين طفل في سن التمدرس، وفي مرحلة أخيرة لسنة 2025 تكون لتوسيع الانخراط في أنظمة التقاعد لفائدة خمسة ملايين مغربي من الساكنة النشيطة التي لا تتوفر على حق التقاعد، بالإضافة إلى تعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل بالنسبة لكل شخص يتوفر على عمل قار.

فالحماية الاجتماعية تعتبر ورش اجتماعي يهدف بالأساس إلى حماية الأفراد والأسر من مجابهة الآثار المرتبطة بالمخاطر الاجتماعية، وبالأساس الآثار المالية، بحيث توفر لهم مزايا اجتماعية تمكنهم من العيش بكرامة، كحق من الحقوق المعترف بها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وذلك من خلال آليتين اثنين وهما "التأمين الاجتماعي" والمساعدة الاجتماعية"، وحيث أنها ترتكز على إدارة المخاطر الاجتماعية، فهي بالتالي توفر دورة فعالة من التنمية والنمو، من خلال الحد من فقر الأسر، وتعزيز التماسك والاستقرار الاجتماعي، والمساهمة في التنمية الشاملة للبلاد، إذ تعتبر الحماية الاجتماعية اليوم أداة أساسية لتحقيق التنمية المستدامة.

في هذا الصدد يشكل القانون الإطار رقم 09.21 الصادر في 22 شعبان 1442 (5 أبريل 2021) المتعلق بالحماية الاجتماعية، مرحلة أساسية في

تنفيذ التوجهات السامية، فيما يتعلق بتعميم التغطية الاجتماعية على جميع المواطنات والمواطنين المغاربة وذلك بحلول عام 2025. والذي يهدف إلى تعميم التغطية الصحية الإجبارية، وتعميم التعويضات العائلية، وتوسيع الانخراط في أنظمة التقاعد، بالإضافة إلى تعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان، كما سبق وأشرنا من قبل.

فالتطرق إلى التغطية الصحية الإجبارية بصفة خاصة كان له دافع مهم في تبيان الوضعية الاجتماعية والاقتصادية التي يعاني منها عينة هذه الدراسة الاستطلاعية، فمن بين ما جاء به هذا الورش هو توسيع قاعدة المستفيدين من هذا التأمين الإجباري عن المرض، إذ يعتبر تحسين المستوى الصحي أحد المكونات الأساسية التي تقوم عليها سياسة التنمية الاجتماعية التي يدعو إليها صاحب الجلالة الملك محمد السادس، فحماية صحة المواطنين والمواطنات تفرض على الدولة الالتزام بتوفير الخدمات الصحية والوقائية مجانا، لفائدة جميع المواطنين أفرادا وجماعات، وكي لا ننسى فإن الجائحة وضعت بلادنا في مواجهة مع واقع النظام الصحي والوقوف على مكامن الضعف التي كان يعيشها قطاع الصحة، فأصبح هذا الأخير مصب اهتمام صناع السياسات العمومية ببلادنا، حيث تم الارتقاء بالوضع السوسيو مهني للموارد البشرية الطبية، وفتح مشاريع بناء وتطوير المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذا العمل على تحقيق أهداف ورش تعميم الحماية الاجتماعية في أفق سنة 2025.

وتماشيا مع السياسات العمومية الرامية لتعميم التغطية الصحية على جميع الفئات الاجتماعية، يشكل قانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية، المنظومة القانونية للتدرج في بلوغ التغطية الصحية الشاملة بالمغرب، حيث يكرس حق المواطنين في الصحة واحترام مبادئ الإنصاف والمساواة بين المواطنين، للولوج المجالي والمالي لخدمات صحية ذات جودة في ضوء الموارد المتاحة.

فتم إصدار مجموعة من المراسيم المتعلقة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض[213]، الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، في إطار ما يسمى بأمو تضامن "TADAMON AMO"،هذا النظام الجديد للتأمين الإجباري عن المرض جاء ليعوض ما كان يعرف بنظام المساعدة الطبية راميد "RAMED"، الذي انطلق العمل به سنة 2008

213 انظر في هذا الصدد:

القانون رقم 27.22 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

مرسوم رقم 2.22.797 صادر في 4 جمادى الأولى 1444 (29 نوفمبر 2022) بتطبيق القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، فيما يخص نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

مرسوم رقم 2.22.923 صادر في 5 جمادى الأولى 1444 (30 نوفمبر 2022) بتحديد عتبة نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

قرار مشترك لوزير الداخلية ووزيرة الاقتصاد والمالية رقم 3222.22 صادر في 5 جمادى الأولى 1444 (30 نوفمبر 2022) بتحديد نموذج استمارة طلب الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

قرار مشترك لوزير الداخلية ووزير الصحة والحماية الاجتماعية والوزير المنتدب لدى وزيرة الاقتصاد والمالية المكلف بالميزانية رقم 3324.22 صادر في 5 جمادى الأولى 1444 (30 نوفمبر2022) بتحديد آجال تقديم طلبات الاستمرار في الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

بصفة تجريبية، وفي سنة 2012 بصفة رسمية كنظام رعاية صحية، يستهدف فئة السكان القابعة في وضعية الفقر والهشاشة، إلى جانب الأشخاص المستفيدين من خدمات هذا النظام بحكم القانون، وهم نزلاء المؤسسات السجنية والأشخاص الذين لا يتوفرون على سكن قار، ونزلاء المؤسسات الخيرية ودور الأيتام والملاجئ[214]، فبحسب هذا النظام كانت هذه الفئات تتمتع بالحق في الحصول على الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العمومية، والمؤسسات العمومية الصحية دون أداء تكاليف العلاج، حيث استمر العمل بهذا النظام إلى حدود تعويضه بنظام التغطية الصحية الإجبارية "أمو تضامن"، الذي يسمح للمواطنين المعنيين به من الاستفادة من جميع مزايا نظام "الراميد"، إضافة إلى سلة علاجات أجراء القطاع الخاص، وتتحمل الدولة أعباء الاشتراكات من خلال مساهمة فاعلين أساسيين كوزارة الصحة، ووزارة الداخلية، ووزارة الاقتصاد والمالية.

وقد تمت عملية استفادة المعنيين بهذا النظام عبر فئتين، الفئة الأولى تهم حاملي بطاقة الراميد التي تنتهي صلاحيتها بعد 30 نونبر 2022،

[214] انظر في هذا الصدد موقع البوابة الوطنية على الرابط التالي:
https://www.maroc.ma/ar/content/%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%BA%D8%B7%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9-%D8%B1%D8%A7%D9%85%D9%8A%D8%AF

حيث استفادوا مباشرة من نظام "أمو تضامن" دون القيام بأي إجراءات لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والفئة الثانية وتهم حاملي بطاقة راميد المنتهية صلاحيتها قبل 30 نونبر 2022، كان ينبغي عليهم التسجيل في السجل الوطني للسكان[215] ثم السجل الاجتماعي الموحد[216]،

---

[215] نظام معلوماتي وطني لتسجيل المواطنين المغاربة والأجانب المقيمين بالمغرب، يمنح لكل شخص مسجل رقما فريدا يسمى المعرف الرقمي المدني والاجتماعي، إذ يوفر خدمة التحقق من صدقية المعطيات لفائدة مختلف برامج الحماية الاجتماعية، وذلك من خلال المقارنة بين المعطيات المصرح بها لدى هذه البرامج وتلك المضمنة بالسجل الوطني للسكان مما يساهم في تبسيط المساطر، بحيث تتم معالجة واستغلال المعطيات طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، وقد تم إحداثه بمقتضى القانون 72.18 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات،والتي تعتبر من دعامات ورش إصلاح نظام الدعم الاجتماعي ببلادنا.

[216] نظام معلوماتي وطني يتيح تسجيل الأسر التي ترغب في الاستفادة من برامج الدعم الاجتماعي واستهدافها بناء على مؤشر اجتماعي واقتصادي يعكس المستوى السوسيو اقتصادي لكل أسرة، إذ يعتبر مجاني ومفتوح أمام جميع المواطنين المغاربة والأجانب المقيمين بالتراب المغربي، تم إحداثه وتنظيمه بمقتضى كل من القانون رقم 72.18 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، والمرسوم رقم. 2.21.582 المتعلق بتطبيق القانون 72.18.

الهدف منه المعالجة الإلكترونية لبيانات الأسرة الاجتماعية والاقتصادية عبر جمع البيانات المذكورة وتسجيلها وأرشفتها وتحيينها، إذا لزم الأمر،وتخصيص مؤشر اجتماعي واقتصادي للأسر بناء على البيانات المتعلقة بظروفها الاجتماعية والاقتصادية وفقا لصيغة حسابية محددة،وإنشاء لوائح مرتبة للأسر،حسب ترتيب تصاعدي للمؤشر الاجتماعي والاقتصادي، مع المعرفات الاجتماعية المدنية والرقمية لأفراد الأسرة، وكذلك البيانات المتعلقة بهم من أجل الاستفادة من برامج الدعم الاجتماعي على أساس العتبة المحددة لكل برنامج.

ثم ملء طلب الاستفادة من "أمو تضامن"، ثم التوصل برسالة نصية عبر الهاتف تخبر المعني بالأمر بقبول الاستفادة من هذا النظام، بناء على المؤشر الاجتماعي الناتج عن التنقيط بالسجل الاجتماعي الموحد والذي لا يتجاوز عتبة الاستحقاق.

أما في حالة تجاوز هذه العتبة، فإن المعني بالأمر يصبح خاضعا لنظام التأمين الإجباري عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، والذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور، وهو ما يعرف بنظام "أمو الشامل"، هذا النظام الذي أعلن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عن انطلاقه في فاتح يناير 2024، تطبيقا لمقتضيات القانون 60.22 القاضي بتخويل الأشخاص المعنيين حق الاستفادة من هذا النظام، ويتم إيداع طلب الاستفادة من خلال استمارة عبر موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ثم تتم معالجة طلب التسجيل من أجل التحقق من استيفاء المعني بالأمر من شروط الاستفادة، وبالتالي يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتسجيل صاحب الطلب، ويضع رهن إشارته شهادة تثبت تسجيله، وتتضمن مبلغ الاشتراك الشهري المستحق وفق جدول يحدد مستوى التنقيط المطلوب والمبلغ الشهري المستحق للاشتراك[217].

[217] انظر في هذا الصدد موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الرابط التالي:
https://www.cnss.ma/fr/content/informations-generales-amoachamil?language_content_entity=fr

ثانيا - الهشاشة الاجتماعية ومشكلات الحماية الاجتماعية

يعتبر ورش تعميم الحماية الاجتماعية على جميع المواطنين في المغرب، من أكبر القرارات السياسية والاجتماعية التي شهدتها البلاد منذ عهد الاستقلال، حيث كونه ولأول مرة سيتم إضافة شريحة هامة من المواطنين المهددين بالهشاشة، وسيتم تمتيعهم بالحد الأدنى من الحقوق الاجتماعية المنصوص عليها في المعاهدات الدولية، كما سينصف شريحة أخرى تزاول مهنا منتظمة، لكنهم محرومون من حقهم في الحماية الاجتماعية، كما هو شأن مهن الأطباء والمحامون والعدول وغيرهم، غير أن هذا التنزيل يواجه تحديات مهمة تتمثل أساسا في ارتفاع نسبة البطالة، لذا تبقى المنظومة الصحية بالمغرب هشة، ولو أنها قطعت أشواطا مهمة في توفير الحماية لجل الأسر المغربية، كونها تتحمل العبء الثقيل لنفقات العلاج الطبي خاصة وأن القطاع العام أصبح شبه غير قادر على مواجهة الطلب المتزايد عليه، وبشكل خاص من ذوي المداخيل المحدودة وساكنة المناطق النائية.

كما أن التفاوت المجالي بين الساكنة سواء من الناحية الجغرافية أو من الناحية الطبقية الاجتماعية، يصعب من مهمة الحصول على خدمات صحية منصفة، وفي هذا الصدد عبرت إحدى المبحوثات[218] "كنت في البادية أعاني من الألم الدائم في ظهري حتى اكتشفت عن طريق قافلة

[218] رحمة، 53 سنة، شفشاون، تاريخ إجراء المقابلة في شهر أبريل 2024.

طبية زارت منطقتنا أنني أعاني من مرض في الكلي، وبعد سلسلة من الفحوصات استنزفت كل مدخراتي كانت نتيجتها اكتشاف مرض الفشل الكلوي الحاد وضرورة بدء حصص التصفية، لذلك هاجرت للاستقرار بمدينة شفشاون والاشتغال في أي شيء حتى أوفر قوت يومي، لم تكن عندي أي تغطية صحية وكانت جمعية محسنة من تتكفل بنفقات العلاج، إلى حين تمكني من الحصول على بطاقة راميد ومتابعة العلاج على نفقة الدولة، لكن المشكلة وقعت عندما تم تحويل نظام راميد إلى أمو تضامن، حينها بقيت بدون نفقات علاج لأكثر من أربعة أشهر، حيث كنت أشتغل فوق طاقتي حتى أوفر ثمن الحصة الواحدة".

إذ من بين التحديات التي يواجهها ورش تعميم التغطية الصحية، غياب العدالة المجالية بين مناطق المغرب بسبب التوزيع غير المتكافئ للمنشآت الطبية، وأيضا الأطر العاملة، وغياب المستشفيات ذات التخصصات المتنوعة عن عدد كبير من المناطق النائية والبعيدة عن المركز، من شأنه أن يحرم آلاف السكان الاستفادة من الخدمات الصحية، الشيء الذي قد لا يفيدهم في شيء تعميم التغطية الصحية، ما داموا غير قادرين على التنقل بعيدا للبحث عن هذه العلاجات.

لتبقى المنظومة ككل على المحك بين ساكنة عريضة تعتبر هشة اجتماعيا، وبين نسب الفقر والبطالة المتفاوتة، هذه الأخيرة التي ارتفعت نسبتها إلى زائد 13,3% حسب آخر إحصاء للسكان والسكنى 2024، حيث

عبر أحد المبحوثين[219] "نحن أسرة مكونة من سبعة أفراد أغلبنا عاطل عن العمل، وأنا حاصل على دبلوم تقني ولكن لا أحد يقبل تشغيلي لأنني مبتور القدم بسبب حادثة سير بدراجة نارية وقعت لي منذ سنتين مع صديقي الذي توفي في الحين، عندما وقعت الحادثة وتضررت قدماي الاثنتين، طلبوا من والدي توجيهي على وجه السرعة لإحدى المصحات الخاصة لإجراء عمليات معقدة لإنقاذ القدم الثانية، كانت التكلفة باهظة جدا اضطر معها أصدقائي وأبناء حيي فتح صندوق للادخار وكذا توجيه نداء عبر شبكات التواصل الاجتماعي من أجل تغطية تكلفة العلاج، خاصة وأننا لا نتوفر على أي تغطية صحية". من هنا يتضح المطلب الصعب الذي يواجه نظام الحماية الاجتماعية في توفير التغطية الصحية لكل الساكنة خاصة الهشة والتي تعاني من تبعات الفقر، علما أن بعض الأسرة لا تستجيب للأوراش التي تطلقها الدولة في مجال تعزيز الحماية الاجتماعية، بحيث يصعب من مسألة التعميم الشامل للحماية الاجتماعية، في ظل وجود فئات اجتماعية مهمة تعاني من تبعات الهشاشة وارتفاع نسبة البطالة.

1- الفقر وتحديات الحماية الاجتماعية

إن أي مدخل لتحقيق دولة الرفاه الاجتماعي، يتطلب بالأساس توفير صحة وتعليم جيد وسكن لائق، وهذا قد لا يتحقق في ظل عدم

[219] عبد العزيز، 24 سنة، طنجة، تاريخ إجراء المقابلة في شهر ماي 2024.

وجود عمل قار يضمن كرامة الإنسان وحمايته، حيث يعتبر الفقر من بين أكبر المشاكل التي تواجهها الدول والأفراد، إذ يؤدي توجس الأفراد من الوقوع بين براثنه والحذر الشديد منه، إلى تعميم القلق والتفاؤل معا عندهم، إلا أنهما يختلفان صعودا ونزولا باختلاف الظرفية الاقتصادية الآنية، ليعمق شعور الخوف والرهبة لدى فئات واسعة من السكان، بما في ذلك الطبقات الوسطى التي اعتادت الاطمئنان على مصيرها في الفترات العادية[220]، ما يؤدي إلى تعميق نوع من القلق والخوف من الوقوع بأزمات وظروف طارئة، قد تؤثر سلبا على حياة الفرد والمجتمع، كما تترك آثارا خطيرة على صحة الفرد النفسية تعيق قدرته على التفاعل، لذا يمكن التعبير عن الفقر في صورتان متشابكتان؛ تتمثلان في فقر الوعي وفقر الموارد[221]، فالأولى تعبر عن فقر ثقافي يحول دون الاستخدام الأمثل للموارد الاقتصادية المتاحة، أما الثانية فهي فقر الموارد الإنتاجية، حيث يتوقف تراكم جهود الأفراد في البحث عن موارد اقتصادية جديدة، وكلتا الصورتان تدفعانهم للعيش دون خط الحياة الإنسانية الكريمة. لتتفرع

[220] حسن قرنفل، الفقر من الإحسان إلى التنمية البشرية، (دار الأمان، مطبعة الأمنية، الرباط، سنة 2017)، ص: 249.

[221] Andriana CLEMENTE, "La pobreza persistente como un fenómeno situado", notas para su abordaje, Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 6 Nº 10 (Enero - Junio 2016) ISSN 1853-9254, p: 20.

عنه عدة مشاكل منها البطالة، واللامساواة، والهشاشة الاجتماعية، والهجرة، وتفاوت الخدمات في البيئة الحضرية.

إلا أن الفقر يعتبر ظاهرة يتشابك فيها ما هو اجتماعي وما هو اقتصادي وما هو ثقافي، حيث نجده تارة يعني افتقاد وسائل العيش الكريم، وتارة أخرى يعني الاحتياج إلى المساعدة، فمثلا، وللوهلة الأولى نجده يعني أنك تفتقد وسائل العيش الكريم، وأنك في حاجة إلى المساعدة حسب جورج زيمل (George SIMMEL)، ففي نظره يشكل الفقر شكلا من أشكال التفاعل الاجتماعي، وذلك عندما يحدث رد فعل اجتماعي يشير إلى أن بعض الأشخاص هم بحاجة إلى المساعدة، وذلك وفقا للمعايير المعمول بها في لحظة معينة وفي مجتمع معين، فبالنسبة له إن ما يحدد الوضعية الاجتماعية للفقير هي المساعدة التي يتلقاها الشخص من الجماعة[222]، بأن يكون في موقع مساعدة كعلامة لمكانته ولوضعه ومقياس انتسابه لشريحة محددة من المجتمع، والتي تكون أقل حظوة بالضرورة بما أنها تعرف بتبعيتها للآخرين.

إلا أن البعض يرى أن الفقر ليس مجرد حرمان اقتصادي أو غياب المستلزمات المادية فقط، بل هو أيضا أسلوب حياة تعيش في محيطه

[222] Giuseppe M. MESSINA, "La construcción social de los indicadores de pobreza: una aplicación al caso de argentina", Athenea Digital - 17(3): 247-270 (noviembre 2017) -ENSAYOS- ISSN: 1578-8946, p: 251.

الطبقات الدنيا، وهو بذلك ثقافة متميزة وجودها مكمل للثقافة السائدة[223]، هذه الثقافة حسب لويس أسكار (Lewis OSCAR) تعتبر بمثابة تكيف ورد فعل للفقراء على وضعيتهم الهامشية في مجتمع طبقي رأسمالي يتميز بالفردانية، كنوع من الجهد المبذول من طرفهم بغية التغلب على المشاكل التي يواجهونها، إذ تتسم هذه الثقافة بالاستمرارية وإعادة الإنتاج من جيل إلى جيل آخر، مشكلة بالتالي ثقافة فرعية، الأمر الذي جعل لويس أسكار يستنتج أن إلغاء الفقر أسهل من إلغاء ثقافة الفقر.

وبالتالي يمكن القول، أن ليس كل من يعيش تحت عتبة مبلغ مالي معين يمكن تسميته بالفقير، بل هو كل من لم يتمكن من تحقيق مساعيه في الحياة، هذه العتبة التي اعتبرتها الدولة بمثابة المؤشر الاجتماعي، حيث أن الأفراد الذين سبق لهم التسجيل في السجل الوطني للسكان والسجل الاجتماعي الموحد، وحصلوا على رقم يمثل المؤشر الاجتماعي لهم، ويحدد لهم الفئة التي سينتمون إليها في نظام التأمين الإجباري عن المرض، وهو الذي يحدد استفادتهم من "أمو تضامن" دون أداء مصاريف الاشتراك أو "أمو الشامل" مع أداء مصاريف الاشتراك

[223]María Cristina BAYÓN, "La integración excluyente, Experiencias, discursos y representaciones de la pobreza urbana en México", Primera edición, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales: Bonilla Artigas Editores, México, 2015, p: 126.

الشهرية. وفي هذا الصدد عبر أحد المبحوثين[224] "عملي الدائم هو البيع في الأسواق القروية الأسبوعية بالإقليم، متوسط دخلي الشهري عادة في حدود 2000 درهم، أمتلك منزلي الخاص الذي ورثته عن والدي، لم يكن لدي أي تغطية صحية في السابق، أخبرتني ابنتي الجامعية عن وجود سجلات تمنح الدعم والتغطية الصحية للأسر، وبعد التسجيل فيها فوجئت بحصولي على مؤشر اجتماعي يتجاوز عتبة الاستفادة من أمو تضامن، وبالتالي طلب مني أداء مبلغ مالي شهري من أجل الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري عن المرض أمو شامل، علما أنني أعاني من عدة أمراض مزمنة كداء السكري والضغط الدموي الشيء الذي معه سأتمكن من الحصول على خدمات صحية معوض عنها، لكن المشكل يبقى في أنني المعيل الوحيد لأسرتي المكونة من خمسة أفراد، ودخلي غير دائم فهو مرتبط بوضعي الصحي نظرا لكبر سني".

يتوقف الفقر على المحيط الذي يتواجد فيه الإنسان ويعيش فيه، وفي هذا الاتجاه فإن تجربة الفقر لا يمكن فهمها بمعزل عن ارتباطها بالتنمية الاقتصادية والتدخل الاجتماعي، وكذلك مع الترابط الاجتماعي. الشيء الذي يحيلنا إلى الدور الوظيفي للترابط الاجتماعي عند إميل دوركايم (Emile Durhkeim) من خلال أهمية التضامن الاجتماعي في الحفاظ على استقرار المجتمع، فالحماية الاجتماعية تسهم في تحقيق

[224] محمد، 63 سنة، تطوان، تاريخ إجراء المقابلة في شهر يونيو 2024.

التكامل بين الأفراد من خلال ضمان الحقوق الأساسية كالصحة، بحيث أن الحماية الصحية تعتبر وسيلة لتمكين الأفراد من أداء أدوارهم الاجتماعية بشكل طبيعي، وهو أمر ضروري لاستمرار عمل المجتمع ككل.

إلا أن هشاشة ظروف العيش، والتهديد المستمر بالإقصاء الاجتماعي، هي كلها أمور ذات طابع نفسي، تولد صراعا مستمرا عند الأسر الفقيرة بفعل العجز والإحباط، لتتمحور حياته في الغالب حول تلبية الحاجيات الأساسية من علاج طبي، وتمدرس الأبناء، والاستفادة من الخدمات الاجتماعية والبنيات التحتية الأساسية، والخدمات الضرورية[225]، تفضي في الغالب إلى تعميق الشعور باليأس الكلي من تحسن الوضعية المعاشة.

2-الفئة الهشة ومشكلة الإدماج

إذا كان الفقر يصف الأسرة في لحظة معينة من الزمن، فإن الهشاشة تشير إلى وصف لوضع الأفراد الديناميكي، فهي أقل درجة من الفقر والإقصاء، حيث تعبر عن وضعية غير مستقرة يكون فيها الفرد أو الأسرة مهددين بالفقر نتيجة مواجهة ظرفية طارئة ما، والتي تكونبمثابة عنصر ميكرو اقتصادي يطرأ فجأة على الأسرة، كفقدان للعمل أومرضيصيب أحد أفراد الأسرة، حيث تفقد الأسرة معه توازنها

[225]Analyse des causes profondes de la pauvreté au Maroc. Rapport final, care international Maroc et réseaux marocain d'économie sociale et solidaire. Avril 2012. p: 5.

السوسيو اقتصادي كنتيجة لتلك الظرفية الطارئة، وبالتالي يفقد معها شكل أو مجموعة من أشكال الأمن، وعلى الخصوص أمن العمل الذي يمكن الأفراد والأسر من تحمل مسؤولياتها المهنية والأسرية والاجتماعية، كما أن تبعات حالة انعدام الأمن هاته تكون لها امتدادات واسعة ونتائج متفاوتة الخطورة، الشيء الذي قد يقود إلى ما يسمى بالفقر الكبير حين يمس الأمر عدة مجالات حياتية، ويفقد الفرد أو الأسرة كل إمكانية لمعاودة الحياة وتحمل المسؤولية بشكل كامل، واسترجاع حقوقه بنفسه في مستقبل قريب[226].

فالهشاشة إذا تعبر عن وضعية غير مستقرة وثابتة، بحيث أن الفئة التي تعاني من الهشاشة تصبح مهددة بالسقوط في أية لحظة لمستوى اجتماعي واقتصادي أدنى، كإحالة على الأفراد والجماعات التي لا تعيش حالة الفقر، ولكنها تعيش تهديد السقوط فيه، إذ تعاني من عدم الأمن والائتمان على مستقبلها وعملها ووضعها الاجتماعي والاقتصادي تحديدا، ما يجعلها تعاني من التوجس وعدم القدرة وصعوبة توفير شروط تضمن لها العيش الكريم من عمل قار، وبأجور تمكنها من تلبية حاجياتها الضرورية، ويخول لها الاستفادة من الحقوق الاجتماعية من ضمان اجتماعي، وتقاعد وعلاج، حيث نجد مثلا أن المندوبية السامية للتخطيط تربطها بالعنصر الاقتصادي، في حين نجد أن المجلس

[226] حسن قرنفل، مرجع سابق، ص: 86.

الاقتصادي والاجتماعي والبيئي يربطها بالعمل في القطاع غير المهيكل، أما سيرج بودغام (Serge PUDGAM) فيربطها من خلال عدم الاستقرار والأمان الوظيفي وعلاقته بالتمزق الاجتماعي والأسري[227]. وفي هذا الصدد عبرت إحدى المبحوثات[228] "كنت أشتغل عاملة منزلية عند الأسر الإسبانية بسبتة المحتلة لعدة سنوات وبدون تأمين، إلى حين جاءت جائحة كورونا وأقفلت الحدود لأصبح بدون أي مدخول خاصة وأنني أرملة وأم لطفلين في سن التمدرس، واليوم أستفيد من الدعم الاجتماعي المباشر كما أنني أشتغل بصفة غير منتظمة كعاملة منزلية عند بعض المعارف، وأتوفر على تغطية صحية بفضل أمو تضامن، وأبحث دائما عن عمل قار يوفر مدخول أكبر لمواجهة مصاعب الحياة".

وفي نفس السياق فإن من بين التحديات التي تواجه منظومة الصحة أيضا، ذلك التحدي المرتبط بتزايد نسبة الشيخوخة في الهرم السكاني المغربي، وما تعرفه هاته الفترة العمرية من أمراض مزمنة، الشيء الذي يزيد من الطلب على الرعاية الصحية سيما وأن كلفة علاجات

---

[227] Julio César NEFFA, OLIVERI Laura Maria, PERSIA Juilana y TRUCCO Pablo, "Empleo, desempleo & políticas de empleo, La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos empleos precarios y los registrados", PICT 2383/06 MODOS DE DESARROLLO Y POLÍTICAS ACTIVAS DE EMPLEO EN ARGENTINA (2002-2007), Saavedra 15 PB C1083ACA Buenos Aires, N°1, primer trimestre 2010, p: 24.

[228] ربيعة، 49 سنة، تطوان، تاريخ إجراء المقابلة في شهر يونيو 2024.

الأمراض المزمنة باهظة الثمن، فحسب البحث الاستطلاعي فإن بعض العينة تتجاوز سن الستين وما تزال تمارس أعمالا تدخل تحت نطاق العمل غير المهيكل، وفي هذا الصدد أعرب أحد المبحوثين[229] "اشتغلت عدة أعمال متنوعة طيلة حياتي فلا معيل لي ولا مدخول قار أعيش عليه، إذا لم أشتغل لن أعيش، فرغم الدعم الاجتماعي الذي أتلقاه حاليا إلا أنني أعاني من تكلفة العلاج خاصة وأنني خضعت لعملية جراحية على مستوى شرايين القلب وصحتي في تدهور بسبب أمراض أخرى مزمنة".

ففي ظل انتظار تطبيق القانون رقم 15.99 المتعلق بإحداث نظام المعاشات لفائدة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطهم الخاص وذلك بحلول سنة 2025، يبقى السؤال ما مصير شريحة هامة من المسنين الذين يعانون من أمراض الشيخوخة وليس لهم معيل غير الاعتماد على أعمال غير قارة، فبحسب نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى الأخير، فإن ستة أشخاص مسنين من أصل عشرة أي 59,2٪ يقيمون بالوسط الحضري، وأن أكثر من نصف الأشخاص المسنين بنسبة 55,4٪ يبلغون من العمر أقل من 70 سنة، و28٪ منهم ما بين 70 و79 سنة، و16٪ يبلغون 80 سنة أو أكثر، وهي نسب هامة تبرز مدى ارتفاع نسبة كبار السن، كما تتوقع بعض التقارير

[229] المفضل، 70 سنة، طنجة، تاريخ إجراء المقابلة في شهر ماي 2024.

الرسمية إلى أن أعداد المسنين في المجتمع المغربي سيعرف ارتفاعا في أفق سنة 2050، بحوالي الضعف، بحيث سيصل الوزن الديموغرافي للأشخاص المسنين من 12٪ سنة 2022 إلى 23٪[230]، وهو الأمر الذي سيزيد من وقع الضغط على نظام الحماية الاجتماعية، ويقلل من حجم القوى العاملة المتوفرة.

وعليه، وبعيدا عن النقاشات النظرية بين المختصين حول طبيعة الفقر ومحدداته، فإن السمة البارزة بين فقراء المغرب تتمثل في الفقر المادي أساسا، والذي يتجسد في غياب الموارد المالية الكافية للحصول على الحاجيات الأساسية، لذا يعتبر العمل هو السبيل الوحيد للخروج من الفقر، إضافة إلى لعب الدولة دور الحكم بين الأطراف الاجتماعية، بحماية حقوق العاملين وفرض احترام القانون وإجبار المشغلين على أداء أجور مناسبة، إضافة إلى وضع نظام حماية اجتماعية فعال تمكن الأشخاص من مواجهة الأزمات وتدبيرها، ويقلل من وقعها عليهم، ويمكن من استغلال الإمكانيات والفرص الاقتصادية.

[230] انظر في هذا الصدد المذكرة الإخبارية الصادرة عن المندوبية السامية للتخطيط، المنشور على الرابط التالي:

https://www.hcp.ma/attachment/2363555/

3- البطالة وصعوبات الحماية الاجتماعية

يعتبر العمل بمثابة دينامو محرك في المجتمع، فهو يوفر دخلا ثابتا للفرد كما يضمن فاعليته داخل الجماعة كيفما كانت، ويمنحه قيمة ومكانة اجتماعية، على العكس من ذلك حينما يفقد الإنسان وظيفته، فلا يجد مصدر دخل قار، فهذا الانسجام بين الشخصية والتفاعل بينه وبين المجتمع حينما يختل يؤدي إلى حدوث مشكلات سلبية، غالبا ما تكون نتيجة خروج الفرد عن المعايير والقيم والسلوك الآنومي في المجتمع.

تمثل البطالة تهديدا اجتماعيا واقتصاديا وأمنيا، وذلك من خلال انعكاس آثارها السلبية على الفرد والمجتمع، باعتبارها تمثل تفككا في أنماط الحياة التي نسجها الفرد لنفسه، لتؤدي به إلى اضطرابات وانهيارات نفسية والإحساس بالعزلة والاكتئاب، والابتعاد عن التواصل الاجتماعي وتدهور العلاقات الأسرية[231]، كما تختلف آثارها بين ما هو اقتصادي واجتماعي ونفسي، فالآثار الاقتصادية تتمثل في إهدار الموارد البشرية وتأثيرها على الناتج الوطني الاجتماعي، حيث تؤدي إلى انخفاض الدخل وانخفاض الاستيراد والعجز في الميزان التجاري، إضافة إلى نقص الدخل وضعف القدرة الشرائية، حيث يؤدي ذلك إلى تدهور في استهلاك السلع والخدمات والمستويات المعيشية والصحية والتعليمية، وتأثيرها على

[231] Araceli SUAREZ CARVAJAL, "las consecuencias del desempleo: análisis en el contexto andaluz", Tiempos oscuros, décadas sin nombres. Toledo: ACMS, 2014, p: 412.

معدلات الادخار بنقص معدلات الاستثمار وإيجاد فرص جديدة للشغل، والإنفاق على قطاع التعليم دون أن يعود ذلك بالفائدة على مخرجاته.وفي هذا الصدد عبر أحد المبحوثين[232] "موجز ولكن عاطل عن العمل وهذا ما سبب لي في المعاناة مع الاكتئاب لذا فأنا مضطر أن أشتغل أي شيء لأتمكن من تغطية مصاريف العلاج، ولو أنني أستفيد من نظام أمو تضامن، إلا أن بعض الأدوية باهظة الثمن لا تدخل ضمن التعويض عن مصاريف العلاجات الطبية، الشيء الذي يمنعني أحيانا من شرائها مما يجعل حالتي النفسية تتدهور"، وهذا إشكال آخر حيث كثر الحديث عن الصحة النفسية بالمغرب[233]،فمعظم الأشخاص الذين يحتاجون للرعاية النفسية بالمغرب، لا يتلقون أي علاج وذلك لعدة أسباب كالوصم الاجتماعي، وأيضا حجم خدمات الرعاية النفسية لا تلبي الاحتياجات الكبيرة التي تأتي على عاتقها، إلا أن هناك سبب آخر قد يكون ذي أهمية أكبر وهو أن سلة العلاجات لا تغطي بعض الأدوية الباهظة الثمن التي لا تناسب شريحة هامة تعاني من الفقر والهشاشة الاجتماعية وقلة الدخل، وفي هذا الصدد عبر أحد المبحوثين[234] "أمي مريضة بالسرطان وتحتاج

---

[232] عبد الرحيم، 28 سنة، تطوان، تاريخ إجراء المقابلة في شهر يونيو 2024.

[233] تفيد الدراسة الرسمية الوحيدة حول الصحة النفسية بالمغرب، والتي أجريت سنة 2005 وما تزال أرقامها تعتمد ليومنا هذا، أن من بين المغاربة فوق 15 سنة يوجد حوالي 48٪ يعانون من اضطراب نفسي طفيف أو كبير.

[234] العربي، 35 سنة، طنجة، تاريخ إجراء المقابلة في شهر ماي 2024.

لجرعات من العلاج الكيماوي، وبفضل نظام التغطية الصحية أمو تضامن نجحنا في إجراء بعض العمليات الجراحية الصعبة بالمستشفيات الخاصة، إلا أن حصص الكيماوي المكلفة ماديا لا يتم تعويضها، لذلك نبحث دائما عن أي محسن أو أي جمعية تتكفل بأداء مبالغ تلك الحصص".

إن المدخل الرئيسي لتحقيق دولة اجتماعية حقيقية، يتطلب معها توفير صحة وتعليم وسكن مناسب، وفي الأساس عمل قار يضمن كرامة المواطن والحد الأدنى من الأجر لتفادي تحديات الزمن، والواضح أن أكبر تحد قد تواجهه منظومة الحماية الاجتماعية يتمثل في قلة فرص الشغل، الشيء الذي يولد عددا مهما من العاطلين أو شبه العاطلين عن العمل، وكذا العاملين فيما يسمى اقتصاد الظل، والقطاع غير المهيكل.

فحسب المندوبية السامية للتخطيط بالفصل الأول من سنة 2024، يمكن القول أن مجموع الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 يصل إلى 23مليون ومائتي ألف شخص، حيث ارتفع حجم العاطلين بـ96.000 ما بين الفصل الأول من سنة 2023 ونفس الفصل من سنة 2024، حيث انتقل عددهم من 1.549.000 إلى 1.645.000 عاطل، وهو ما يعادل ارتفاعا بـ 6%.

حيث ارتفع معدل البطالة بـ0,6 نقطة في صفوف الشباب البالغين ما بين 15 و24 سنة منتقلا من 35,3% إلى 35,9%، وبـ 1,1 نقطة في صفوف

الأشخاص المتراوحة أعمارهم ما بين 25 و34 سنة من 20,9% إلى 22%، وبـ 0,9 نقطة في صفوف المتراوحة أعمارهم ما بين 35 و44 سنة من 7,1% إلى 8%، وبـ 0,7 نقطة في صفوف البالغين 45 سنة فما فوق من 3,8% إلى4,5%.

وانخفض معدل النشاط ما بين الفصل الأول من سنة 2023 ونفس الفترة من سنة2024 بـ 0,5 نقطة، منتقلا من 43,1% إلى42,6%، نتيجة ارتفاع حجم السكان في سن النشاط (15 سنة أو أكثر) بنسبة 1,4%، ما بين الفترتين، وارتفاع طفيف في حجم الساكنة النشيطة البالغة من العمر 15 سنة فأكثر(0,1%+)، كما استقر معدل الشغل الناقص على المستوى الوطني في10,3%.

فبمجرد قراءة هذه الأرقام، يتضح لنا التحدي الذي تواجهه منظومة الحماية الاجتماعية بالنظر إلى أن العاطلين الذين لا يحصلون على دخل قار، كيف يمكنهم الحصول على خدمات صحية بجودة كافية تضمن لهم الحق في الحد الأدنى من العلاجات الطبية، وأيضا من الحصول على الحد الأدنى من المدخول والانخراط في نظام المعاشات لمواجهة مخاطر الشيخوخة مستقبلا؟.

ومن بين التحديات أيضا التي يواجهها ورش تعميم الحماية الاجتماعية، الوقوف على عدد العاملين في الاقتصاد غير المهيكل، هذا القطاع الذي ولو أنه يعد جزء من الاقتصاد إلا أنه لا يخضع للرقابة

المباشرة من طرف الدولة، بحيث يشمل هذا القطاع الأنشطة الاقتصادية التي يقوم بها الأفراد دون الالتزام بالقوانين الرسمية المتعلقة بالضرائب والتأمين والترخيص، يمكن فهمه على أنه نتاج غياب المساواة في الوصول إلى الموارد الاقتصادية، كما يعبر عن قدرة الأفراد على التكيف مع الأوضاع الاقتصادية التي تمر بها البلاد، حيث يوفر فرصا للعمل والدخل في مواجهة نقص الوظائف في القطاع العام أو الخاص على حد سواء، وقد جاء في التقرير العام للنموذج التنموي، أن نسبة العمل في القطاع المهيكل المأجور ضمن الشغل الكلي بلغت 41٪، أي أن النسبة الكبيرة المتبقية تشتغل في القطاع غير المهيكل، وهذا شكل من أشكال المنافسة غير الشريفة للمقاولين المنضبطين الذي يساهمون في أداء الضرائب وفي توفير الحماية الاجتماعية لأجرائهم.

كما أن مشاكل القطاع غير المهيكل لا تتوقف عند مشكل المنافسة غير المشروعة، بل تلامس مؤشرات خاصة بتطور نصيب الفرد من الدخل الوطني الإجمالي الخام، وأيضا الحد الأدنى للأجور، وعلى الخصوص تمس بمداخيل الدولة المتعلقة بالضرائب المباشرة وغير المباشرة، ويعزى هذا الوضع إلى التدني الشمولي المالي لهذه الوحدات ونقص السيولة، وهو العائق الرئيسي لهذه الوحدات، والتي تتميز بهشاشتها وعدم انتظام إيصالاتها المالية.

لتبقى الأنشطة غير المهيكلة نتيجة لعدة عوامل تتفاعل فيما بينها، فهي تنتج عن ضعف حيوية القطاع الفلاحي والهجرة القروية – الحضرية، والتحولات المتسارعة للتمدين، وأزمة الشغل النظامي ووضعية سوق الشغل، والصعوبات التي تواجه الدولة في تنظيم النشاط الاقتصادي وضبطه، والسياسات الاقتصادية المطبقة وتزايد مساحة الفقر، والتقلبات الخارجية، وبالسياسات الاقتصادية الداخلية المعتمدة لمواجهتها[235]، كما قد يتم تفسيره كآلية وظيفية للتخفيف من الأزمات الاقتصادية وامتصاص البطالة، بحيث يوفر القطاع غير المهيكل حلا مؤقتا للمشكلات الاجتماعية مثل الفقر والبطالة، وهو ما يمكن أن يمنع من حدوث أزمات اجتماعية، من خلال استيعاب العمالة غير الرسمية، الشيء الذي يساهم في تقليل الاحتقان الاجتماعي الناتج عن اللامساواة.

ففي ظل عدم وجود سياسات اقتصادية حقيقية تروم إلى النهوض بالقطاع غير المهيكل، تكتفي في الغالب فقط بمبادرات للنهوض بالقطاع عبر تشجيع الصناعة التقليدية مثلا، أو النهوض بالمقاولات الصغرى، أو عبر تمويل القروض الصغرى، أو بتدابير مالية معتمدة تجاه الشباب حاملي الشهادات الذين هم في عطالة، وبالتالي يمكن القول أن المبادرات المعتمدة تسعى لمحاربة الفقر أكثر منه من محاربة بطالة

[235] فوزي بوخريص، العمل غير المهيكل المغرب، صيغة PDF، بدون ذكر السنة، ص: 454.
http://www.annd.org/cd/arabwatch2016/pdf/arabic/16.pdf

الشباب[236]، ومع ضعف الأمل في الحصول على فرصة عمل رسمية، وما يعانيه القطاع الخاص من تدني الأجور وطول ساعات العمل، وظروف العمل غير المواتية، يتجه عدد من الشباب خاصة الأقل تعليما إلى العمل الحر وغير المهيكل، حيث يعتبر ذلك مخرجا وحيدا من البطالة، بالإضافة إلى كيفية تدبير المشاريع، أو الحصول على التمويل الذي يشكل عائقا أمام إقامة مشاريع صغرى قابلة للاستمرار، فولوج عالم المقاولاتية يعد خطوة مهمة جدا في حياة الفرد، خاصة إذا تعلق الأمر بطرح منتوج جديد أو فكرة جديدة مبتكرة.

وإذا ما استحضرنا هنا روبرت ميرتون (Robert MERTON) من خلال مفهوم الاختلال الوظيفي، يمكن القول أنه رغم فوائد القطاع غير المهيكل إلا أن تأثيراته السلبية أكبر وأعمق وأشمل على المجتمع ككل، إذ من خصائصه غياب التنظيم الرسمي بحيث يعكس علاقة هامشية مع النظام الرسمي، ومزاولة أنشطة صغيرة الحجم تتميز بعدم استقرار في العمل بأرباح غير ثابتة وغير مقيد بقيود قانونية، رغم أنه يخلق فرص شغل تتميز بالسهولة والليونة، إلا أنه مع ذلك يبقى ضعيف الجودة وغير مستقر اقتصاديا ومبذر للموارد العامة، ما يؤثر على مداخيل الميزانية العامة للبلاد، فهو لا يعد ظاهرة اقتصادية فقط، بل هو بناء اجتماعي يتأثر

[236] مريم المفرج، "الشباب بين الاندماج والتهميش السوسيو اقتصادي بمنطقة الشمال تطوان طنجة"، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد الخامس كلية الآداب والعلوم الإنسانية الرباط، الموسم الجامعي 2021ـ2022، ص: 81.

بالثقافة والهوية والسياسات العامة، ويحتاج إلى معالجة شاملة متعددة الأبعاد لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

الشيء الذي يضع مراكز القرار المكلفة بتعميم التغطية الاجتماعية أمام تحد تسريع وصول هذه الفئات إلى نظام الضمان الاجتماعي الشامل، في ظل تحد آخر متعلق بنظام استهداف العاملين في هذا القطاع غير المهيكل، والعاطلين عن العمل، والمسنين من دون دخل، وكذا الأشخاص الذين يعانون من الهشاشة، بحيث تبقى الصعوبة في ضبط وتحديد الفئات المخول لها الاستفادة من نظام المساعدة الطبية وبقية برامج منظومة الحماية الاجتماعية، خاصة ما يعرفه القطاع غير المهيكل من تنامي، ومع اعتماد نظام التصريح لتقدير مستوى الدخل، الشيء الذي يشمل مغالطات كثيرة ناتجة عن التصريحات المنخفضة وغير الدقيقة، بالإضافة إلى اعتماد قواعد معقدة في تحديد الأهلية، يزيد من تصعيب دراسة طلبات الاستفادة أو تفعيل المراقبة البعدية للنظام الشيء، الذي يؤدي إلى التأخر في تنزيل نظام الاستهداف.

خاتمة

يعد ورش تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب من الأوراش التي أحدثت تحولا نوعيا في النموذج الاجتماعي للنظام السياسي القائم، ودافعة مهمة في ترسيخ مساعي تحقيق التنمية المستدامة، لكن مع ذلك فهذا الورشتواجهه عدة تحديات تكبح أهدافه وتطلعاته المستقبلية، وهذا ما سعينا إلى تبيانه عند انطلاقنا من ورقتنا هاته، عبر الاستطلاع الميداني الذي قمنا به من أجل توضيح الكيفية التي يؤثر بها القطاع غير المهيكل في مدى اندماج العاملين به سوسيو اقتصاديا، وبالتالي في مسار تحقيق التنمية المستدامة، وكيف ساهم تنزيل ورش الحماية الاجتماعية في تحسين وضعية هذه الفئة الهشة من المجتمع، لهذا يمكن القول أن الفئة العاملة بالقطاع غير المهيكل تعاني مسبقا من هشاشة شاملة تستدعي معها الوقوف على مختلف الجوانب الهيكلية لحمايتها من الفقر وتبعاته، وأيضا توفير عمل قار يحميها من الهشاشة، بحيث أن جانب التغطية الصحية لن يسمح لها بالانخراط الأمثل في هذا الورش، خاصة وأن فئة منها مطالبة بأداء مستحقات شهرية للاستفادة من خدمات العلاج، حيث أن هذا المطلب يشكل في الواقع عبء إضافي يعمق من معاناة الهشاشة والتهميش لهذه الفئة.

لذا وجب التفكير جليا في إحداث سياسة شاملة تنموية تتداخل فيها جميع القطاعات من أجل النهوض بالوضع العام للمواطنين خاصة

الذين يعانون من الهشاشة، من خلال تأمين الوضع الاقتصادي للفئات الهشة أولا، والعمل على توسيع سلة العلاجات لتشمل التعويض عن مصاريف العلاج المرتبطة بالأمراض الخطيرة ذات التكلفة المرتفعة، وبالأمراض النفسية والعقلية، وغيرها من الأمراض المكلفة التي تتطلب مراجعة التعريفة المرجعية لها، ونفس الأمر لأمراض الشيخوخة وما يرتبط بها.

حيث أن ما يلاحظ من خلال مختلف البرامج والمبادرات التي يقوم بها المغرب في مجال التدخل الاجتماعي بغية تقليص حدة الفقر والهشاشة، أنها حصرت الهدف الرئيسي لتدخلاتها عن طريق تخفيف الآثار السلبية التي نتجت عن السياسات الاقتصادية، حيث ركزت بالأساس على معالجة النتائج الناجمة عن البطالة، وانخفاض الدخل، ومشاكل بعض الفئات الاجتماعية الهشة، عوض تبنيها سياسة اجتماعية تدخل في صلب المخطط الوطني تعتمد على التواصل مع المواطنين من أجي إعادة ثقة المواطنين في السياسات العمومية التي تنهجها الدولة، حيث نجدها تحاول جاهدة البحث عن كافة السبل لتعميم ورش الحماية الاجتماعية، إلا أن المواطن يعتبر هذا الورش ما هو إلا إثقال للكاهل فقط، لذا وجب البحث عن الوسائل الكفيلة لتقريب المواطن من الجانب الإيجابي لهذا الورش، من خلال تكثيف جهود الدولة في مجال الإعلام والتواصل.

البيبليوغرافيا

- قرنفل حسن، الفقر من الإحسان إلى التنمية البشرية، دار الأمان، مطبعة الأمنية، الرباط، سنة 2017.

- المفرج مريم، الشباب بين الاندماج والتهميش السوسيو اقتصادي بمنطقة الشمال تطوان طنجة، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد الخامس كلية الآداب والعلوم الإنسانية الرباط، الموسم الجامعي 2021ـ2022.

مراجع باللغة الأجنبية:

- BAYÓN María Cristina, "La integración excluyente, Experiencias, discursos y representaciones de la pobreza urbana en México", Primera edición, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales: Bonilla Artigas Editores, México, 2015.

- CARVAJAL SUAREZ Araceli, "las consecuencias del desempleo: análisis en el contexto andaluz", Tiempos oscuros, décadas sin nombres. Toledo: ACMS, 2014.

- CLEMENTE Andriana, "La pobreza persistente como un fenómeno situado", notas para su abordaje, Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 6 Nº 10 (Enero - Junio 2016) ISSN 1853-9254.

- M. MESSINA Giuseppe, "La construcción social de los indicadores de pobreza: una aplicación al caso de argentina", Athenea Digital - 17(3): 247-270

(noviembre 2017) -ENSAYOS- ISSN: 1578-8946.

- NEFFA César Julio, OLIVERI Laura Maria, PERSIA Juilana y TRUCCO Pablo, "Empleo, desempleo & políticas de empleo, La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos empleos precarios y los registrados", PICT 2383/06 MODOS DE DESARROLLO Y POLÍTICAS ACTIVAS DE EMPLEO EN ARGENTINA (2002-2007), Saavedra 15 PB C1083ACA Buenos Aires, N°1, primer trimestre 2010.

-Rapport final, careinternationalMaroc et réseaux marocain d'économie sociale et solidaire. Analyse des causes profondes de la pauvreté au Maroc Avril 2012.

قوانين ومراسيم:

- القانون رقم 27.22 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

- القانون رقم 72.18 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات.

- القانون رقم 08-09 المتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي.

- مرسوم رقم 2.22.797 صادر في 4 جمادى الأولى 1444 (29 نوفمبر 2022) بتطبيق القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، فيما يخص نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

- مرسوم رقم 2.22.923 صادر في 5 جمادى الأولى 1444 (30 نوفمبر 2022) بتحديد عتبة نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

- المرسوم رقم. 2.21.582 المتعلق بتطبيق القانون 72.18.

- قرار مشترك لوزير الداخلية ووزير الصحة والحماية الاجتماعية والوزير المنتدب لدى وزيرة الاقتصاد والمالية المكلف بالميزانية رقم 3324.22 صادر في 5 جمادى الأولى 1444 (30 نوفمبر2022) بتحديد آجال تقديم طلبات الاستمرار في الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

- قرار مشترك لوزير الداخلية ووزيرة الاقتصاد والمالية رقم 3222.22 صادر في 5 جمادى الأولى 1444 (30 نوفمبر 2022) بتحديد نموذج استمارة طلب الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

- النموذج التنموي الجديد، ملخص التقرير العام، أبريل 2021، صادر عن اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي.

مراجع إلكترونية:

- بوخريص فوزي، العمل غير المهيكل المغرب، صيغة PDF، بدون ذكر السنة.

http://www.annd.org/cd/arabwatch2016/pdf/arabic/16.pdf

- المذكرة الإخبارية الصادرة عن المندوبية السامية للتخطيط، المنشور على الرابط التالي:

https://www.hcp.ma/attachment/2363555/

ـ موقع البوابة الوطنية على الرابط التالي:

https://www.maroc.ma/ar/content/%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%BA%D8%B7%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9-%D8%B1%D8%A7%D9%85%D9%8A%D8%AF

ـ موقع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الرابط التالي:

https://www.cnss.ma/fr/content/informations-generales-amoachamil?language_content_entity=fr