

*L'approche multisectorielle de la politique de
population au Maroc*

Cette étude¹ fait suite à celle sur les «*Eléments pour une politique intégrée de la population au Maroc*». A la différence de la précédente étude dont l'objet était de définir le cadre d'analyse d'une approche multisectorielle, il s'agit ici de s'appuyer sur les caractéristiques observées de la société marocaine. Après un rappel des niveaux et tendances des indicateurs démographiques (I) et de la problématique de l'approche multisectorielle (II), on considère successivement les quatre principaux domaines d'interaction réciproque: l'éducation (III), la santé (IV), l'emploi (V) et la condition des femmes (VI). Le dernier paragraphe est consacré aux activités en matière d'IEC (VII).

I- Une transition démographique largement amorcée, qui laisse subsister de grandes disparités

A l'approche de l'an 2000, la population du Maroc est d'environ 28,5 millions de personnes (elle était de 26 millions d'habitants au recensement de 1994). *C'est une population à structure par âge jeune et désormais à majorité urbaine, qui a connu une évolution profonde au cours des dernières décennies.*

La première tendance d'évolution est la baisse de la fécondité. Le nombre moyen d'enfants par femme qui est de 7 environ au début des années soixante, enregistre dans un premier temps une baisse en milieu urbain et se situe à moins de quatre enfants (au début des années 80), alors qu'il reste encore proche de 6,5 en milieu rural. Dans un second temps, la

¹ Ce texte s'appuie sur les 5 rapports techniques préparés par le CERED. On ne présente pas dans cette étude une liste exhaustive des indicateurs de suivi et d'évaluation, on ne retient que quelques indications choisies à titre d'exemple pour illustrer les arguments. On renvoie aux documents appropriés - les rapports techniques ainsi que les notes sur le système des indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique de population pour une présentation exhaustive des données.

baisse de la fécondité en milieu urbain s'accroît et s'amorce une baisse en milieu rural. Les résultats de l'enquête PAPCHILD 1997 donnent un indice synthétique de fécondité de 3 enfants par femme, respectivement 2,3 en milieu urbain et 4,1 en milieu rural. La baisse de la fécondité au Maroc résulte principalement d'une augmentation de l'âge au mariage et d'une extension de la pratique contraceptive. L'âge moyen au premier mariage de la femme est passé de 17,3 ans en 1960 à 26,3 ans en 1997 et l'écart d'âge entre les époux s'est réduit d'une année et demie. Le taux de prévalence contraceptive qui était de 19,4% en 1980 est de 59% en 1997, respectivement 51% en milieu rural et 66% en milieu urbain².

La baisse de la fécondité s'est accompagnée d'un recul très prononcé de la mortalité. L'espérance de vie est passée de 47 ans en 1962 à 68,8 ans en 1997³. Cette amélioration traduit une baisse des quotients de mortalité à tous les âges. Les progrès ont été particulièrement marqués aux âges jeunes, ainsi la mortalité infantile qui était de 149‰ en 1962 est tombée à 36,6‰ en 1997⁴.

Au total, il en est résulté une diminution du taux d'accroissement annuel de la population qui après avoir connu un maximum de 2,57% sur la période 1971-82 se situe actuellement à environ 1,73% par an.

Cependant, la fécondité est encore élevée en milieu rural et surtout, en dépit des progrès très importants dans le domaine de la santé, -en particulier le succès des programmes de vaccination -, le niveau des principaux indicateurs de mortalité et les disparités selon le sexe, le milieu rural et urbain et les régions, restent préoccupants. L'amélioration

² Service des études et de l'information sanitaire, «Santé reproductive au Maroc: Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, PAPCHILD, 1997», mai 1998.

³ CERED, Profil socio-démographique du Maroc, 1997.

des indicateurs ne s'est pas faite au même rythme en milieu urbain et en milieu rural. Au cours des dix dernières années, si la surmortalité rurale a eu tendance à diminuer pour la mortalité néonatale, elle s'est accrue pour la mortalité post néonatale, la mortalité infantile et la mortalité juvénile. Le recul de la mortalité infantile a été nettement plus faible en milieu rural et la surmortalité rurale est passée de 32,5% en 1992 à 92% en 1997. La surmortalité juvénile qui était quatre fois plus forte en milieu rural en 1992 (contre trois fois au cours des années 1970) est presque cinq fois plus élevée en 1995. Les différences observées pour la mortalité maternelle sont encore beaucoup plus fortes: 125 p. 100 000 en milieu urbain, 307 p. 100 000 en milieu rural. Ici aussi le différentiel s'est accru.⁵

La migration internationale a connu également des changements profonds. Jusqu'aux années 1970, l'émigration marocaine a eu une incidence décisive sur l'équilibre interne de l'emploi, les ressources des ménages, la capacité de financement des exportations et le changement social. *La fermeture des frontières européennes a changé la donne.* Ses effets se sont déjà fait sentir sur le marché du travail; à terme elle devrait affecter les transferts envoyés par les migrants, même si le phénomène est encore peu perceptible compte tenu de l'effet de «*stock*» de la présence marocaine à l'étranger. La fermeture des frontières s'est accompagnée d'une consolidation du regroupement familial et du développement d'une émigration clandestine. Une évolution récente, et sur laquelle on ne dispose que d'indices fragmentaires, semble se dessiner et qui pourrait se révéler très préoccupante dans la perspective de la nouvelle stratégie économique du pays. Il s'agit de l'émigration de travailleurs de haut

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

niveau. Il est important que le phénomène soit mieux appréhendé avant qu'il ne prenne une dimension significative.

Ces évolutions sont associées à l'ensemble des transformations qu'a connu la société marocaine. Elles en sont à la fois la conséquence et la cause. La mise en place d'une politique de population a contribué - parmi d'autres facteurs - à la modification des comportements démographiques. Ces évolutions et ces disparités, dans la mesure où elles renvoient à une série de facteurs interdépendants: les infrastructures de base, le niveau d'instruction, l'offre de soins, le niveau de vie, l'environnement culturel, appellent une politique de population multisectorielle.

II- La problématique de l'approche multisectorielle

L'objet d'une approche intégrée des politiques de population est précisément de montrer l'interaction entre les variables démographiques et les variables économiques, sociales et culturelles pour souligner la nécessité d'une approche globale et d'une stratégie concertée et de mettre en œuvre les modalités d'intervention appropriées et coordonnées pour favoriser le développement du pays.

En vérité, les objectifs et les moyens de la politique de population sont au centre des préoccupations du Plan⁶. Les perspectives démographiques sont spécifiquement mentionnées et leur impact sur des aspects essentiels du développement suscite l'inquiétude qu'il s'agisse de la scolarisation, de la demande d'emploi, de la santé, des besoins en eau. De plus parmi «*les principales insuffisances*» retenues par la note

⁶ Ministère chargé de la prévision économique et du plan, Direction de la Programmation, «*Note d'orientation pour la préparation du plan quinquennal 1999-2003*», novembre 1998.

d'orientation, on relève des points qui sont en relation étroite avec les évolutions démographiques: la faiblesse de l'épargne et de l'investissement, la faiblesse des indicateurs sociaux et l'importance des inégalités parmi lesquelles il est fait mention de la situation sanitaire, de la scolarisation et de l'emploi et des inégalités spatiales.

De même,⁷ la pauvreté touche d'avantage les familles nombreuses, les ménages de taille plus élevée, dans lesquelles la proportion des personnes de moins de 15 ans est forte, ce qui se traduit par un nombre d'actifs par ménages plus faible. Les ménages pauvres comprennent en moyenne 7,5 personnes dont 3,7 enfants contre 3,7 et 0,9 pour les ménages plus aisés. Ces liaisons suggèrent une association entre la pauvreté et la dimension du ménage, elles n'autorisent pas cependant à conclure comme le fait le rapport que *«la composition démographique des couches pauvres[...] peut expliquer à elle seule l'état de pauvreté au Maroc»*, même si on ne peut que souscrire à la conclusion qui en est tirée. *«Cela signifie que le contrôle de la dimension démographique de la pauvreté, notamment par l'accès de la population aux soins sanitaires, à l'instruction et par-là même à la planification familiale, s'identifie, dans ces conditions, à une nécessité absolue.»*

Le nombre et la qualité des enquêtes socio-démographiques dont on dispose au Maroc, permettent de repérer les facteurs explicatifs et d'en mesurer l'incidence, qu'il s'agisse de facteurs biologiques, de comportement ou environnementaux. Ces relations apparaissent clairement dans les rapports sectoriels. Cependant, la mise en évidence des interactions sectorielles et la mesure de leur incidence doit être complétée à deux niveaux: d'une part à l'échelle régionale et c'est l'objet des travaux des commissions régionales, d'autre part au niveau agrégé

⁷ Le rapport sur la pauvreté au Maroc (décembre, 1998) souligne, les corrélats démographiques de la pauvreté.

pour saisir l'impact global de ces interactions. A cet effet il est souhaitable que soient menées des études pour définir un cadre d'analyse en terme d'équilibre général. Les limites de ces exercices de modélisation à moyen terme sont bien connues, elles n'invalident pas pour autant la démarche qui présente un double intérêt. Ils permettent de faire un bilan chiffré de l'ensemble des effets qui résultent de l'intervention publique, des comportements des agents et des mécanismes du marché. L'utilisation de ces modèles a permis de mesurer l'incidence des politiques d'ajustement sur la pauvreté ou de l'accord de libre échange sur les migrations ou encore de mettre en évidence le déficit prévisible des ressources en eau. Ils ont aussi une vertu pédagogique en sensibilisant les acteurs et les décideurs au jeu complexe des différentes interactions.

Sans préjuger du type de modélisation le plus approprié, les premiers travaux visant à l'élaboration d'un modèle d'équilibre général calculable doivent être poursuivis pour aboutir à une modélisation qui intègre les variables essentielles de l'approche démo-économique, ce qui permettrait de disposer d'un instrument d'analyse approprié pour une politique multisectorielle.

Les politiques de population multisectorielles doivent également envisager une perspective de long terme. Il y a deux justifications à cela. L'horizon à moyen terme du plan de développement est trop court pour qu'apparaisse le plein effet des évolutions démographiques ; et de plus, dans une perspective à long terme les variables de contrôle ne sont pas les mêmes.

Les problèmes posés par les structures démographiques du pays à un moment donné résultent de l'évolution passée de la fécondité, de la mortalité, de la migration internationale et de leur incidence sur la

répartition par âges et dimension des ménages. Aujourd'hui, c'est véritablement la croissance de la population en âge d'activité, supérieure à celle de la population totale qui représente le défi majeur hérité des évolutions démographiques du passé. Demain, ce sera l'incidence du vieillissement de la population et de la réduction de la taille des familles qui feront problème. Ces évolutions sont inéluctables et leurs conséquences doivent être prises en considération à temps, en particulier pour ce qui est par exemple de l'éventuel affaiblissement de la capacité de transferts intra familiaux et de la nécessité de mise en place de systèmes institutionnels de protection sociale pour les personnes âgées ou encore de la disponibilité de ressources en eau.

Par ailleurs, ce qui à moyen terme est considéré comme donné - les caractéristiques démographiques et plus généralement les conditions d'offre - peut être envisagé à long terme comme une variable de contrôle. On peut alors s'interroger sur les conséquences à long terme des évolutions démographiques, mais aussi sur la possibilité d'infléchir ces évolutions. Quelle que soit l'efficacité des politiques de population, le degré de liberté dont on dispose est d'autant plus élevé que l'on s'y prend suffisamment à temps. Différents scénarios peuvent être envisagés associant différents taux de croissance économique et démographique, à partir d'hypothèses sur le sens, la stabilité et l'importance des interactions entre ces deux variables.

Une telle démarche, en permettant de dépasser le cloisonnement de l'approche disciplinaire qui domine encore largement, donnerait aux politiques de population une dimension concrète, proche des réalités du pays.

III- L'éducation et ses effets sur les comportements reproductifs, la santé et l'emploi

Dans l'analyse des interactions entre le développement et les caractéristiques démographiques d'une population, l'éducation apparaît comme la première variable critique, commune au champ de réflexion des trois comités: l'emploi et la protection sociale, la santé reproductive et les activités d'IEC. Le système éducatif marocain, en dépit des progrès importants accomplis ces dernières années présente deux faiblesses: un niveau d'alphabétisation et de scolarisation faible, et une inadéquation entre le système de formation et le marché de travail.

Le taux d'analphabétisme (de la population âgée de 10 ans et plus) qui était de 87% en 1960 est tombé à 47% en 1997-98⁸. La chute a été beaucoup plus marquée en milieu urbain qu'en milieu rural, pour les hommes que pour les femmes. Le taux qui était de 99% pour les femmes en milieu rural en 1960, de 95% en 1982, est encore de 82% en 1997-98. De même alors que les taux d'analphabétisme aux âges jeunes diminuent au cours du temps, les progrès n'ont guère profité aux adolescentes en milieu rural. En 1997-98, le taux d'analphabétisme pour les enfants âgés de 10 à 14 ans est en milieu rural de 54%, pour les filles, de 21,6% pour les garçons, en milieu urbain de 11,9% pour les filles et de 59% pour les garçons.

L'éducation et l'éradication de l'analphabétisme constituent un objectif en soi dans une perspective de développement humain. Toutefois, l'analphabétisme et un faible niveau éducatif ont une

⁸ Ministère chargé de la prévision économique et du plan Royaume du Maroc, Direction de la Statistique, «*Enquête nationale sur le budget-temps des femmes 1997-98*», 1999.

incidence sur les comportements reproducteurs, l'état de santé et la mortalité, l'emploi, la qualification et le niveau des revenus.

Les variables «*intermédiaire*» de la fécondité, celles au travers desquelles s'exercent les changements, - principalement l'âge au mariage et la contraception - sont fortement associées à l'éducation qui apparaît ainsi comme l'une des principales variables explicatives de la modification des comportements de fécondité. La hausse du niveau éducatif se traduit par un âge au mariage plus élevé, un recours plus fréquent à la contraception, une diminution de la fécondité.

Plus le niveau d'éducation est faible, plus l'âge au mariage est bas, plus la fécondité est élevée, 56,5% des célibataires analphabètes se marient (premier mariage) entre 20 et 24 ans, contre 17,5% et pour les personnes ayant un niveau d'enseignement secondaire. Le taux de prévalence contraceptive en 1995 est de 45% pour les femmes sans instruction, de 63% pour celles ayant une instruction primaire et de 66% pour les femmes ayant une instruction secondaire. Le nombre moyen d'enfant est de 4 pour les femmes sans instruction, 2,4 pour celles ayant suivi le niveau fondamental et 1,9 pour celles qui ont le niveau secondaire ou plus⁹.

On retrouve l'éducation parmi les facteurs associés au progrès sanitaire. Il y a une corrélation très étroite entre le niveau d'instruction et l'assistance à l'accouchement par du personnel de santé: chez les femmes sans instruction, 26% seulement des accouchements ont été assistés par un personnel médical contre 73% chez celles avec une instruction primaire et 92% chez les femmes avec une instruction secondaire ou plus. L'assistance par un professionnel de santé augmente avec la fréquence

des visites prénatales: 19% des naissances de mères n'ayant eu aucune visite ont été assistées par un professionnel de santé, contre 89% de celles issues de mères ayant effectué 4 visites prénatales ou plus. On observe également que le risque de décéder avant l'âge de cinq ans est de 97,8‰ pour les enfants dont la mère est sans instruction et de 24‰ parmi ceux dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus¹⁰.

La hausse du niveau éducatif améliore la qualité de la main-d'œuvre, accroît le stock de capital humain, augmente la productivité et les rémunérations. Dans le même temps le niveau de vie des ménages est un facteur important de la scolarisation et de la réussite scolaire et professionnelle. L'interaction entre l'éducation et l'emploi ne peut être dissociée d'une analyse d'ensemble du marché du travail et des revenus. Ainsi, par exemple le chômage très élevé et en augmentation des jeunes diplômés diminue d'autant plus l'incitation en faveur de l'éducation qu'avec les politiques d'ajustement structurel, la contribution des familles aux dépenses de scolarisation est appelée à s'accroître, alors qu'elles ne sont guère incitées à considérer ces efforts comme un investissement de nature à améliorer leur niveau de vie. Ce point sera repris plus loin.

L'éducation restera pour longtemps encore un des domaines prioritaires des politiques de population et de développement du pays. Compte tenu des équilibres budgétaires que les politiques d'ajustement ont rendu plus contraignants *une réaffectation des ressources en faveur de l'enseignement de base devra être envisagée*. Elle serait d'autant plus justifiée et

⁹ Ministère de la Santé Publique et DHS, «*Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS)*», 1995.

¹⁰ Ibid.

acceptée que les dépenses affectées à l'enseignement supérieur représentent une part considérable du budget de l'éducation alors qu'elles bénéficient en grande partie aux familles les moins défavorisées, les plus à même de contribuer d'avantage à l'éducation de leurs enfants.

IV- La santé reproductive

Le passage de la planification familiale à la santé reproductive a constitué une étape importante de la définition et de la mise en œuvre d'une politique de population multisectorielle.

La politique en matière de santé reproductive doit être replacée dans l'évolution générale du système de santé du Maroc. Les plans de développement sanitaires qui se sont succédés après la Première Conférence Nationale sur la Santé en 1959, ont défini des priorités en fonction à l'évolution des besoins du pays et en tenant compte des changements d'orientation des politiques sanitaires au plan international. Les temps forts ont été marqués par l'accent mis sur la prévention, les infrastructures et la formation, puis sur l'intégration de la planification familiale (Second plan de 1968-72), la définition de normes d'équipement au niveau régional et provincial et les efforts pour s'assurer de la participation des collectivités locales. Le plan de 1981-85 est marqué par les débuts de la mise en œuvre du nouveau concept de «soins primaires ou de base» adopté à la conférence d'Alma-Ata en septembre 1978; cette orientation est reprise par le plan suivant qui, de plus, s'est attaché à la question de la gestion hospitalière. On fera référence en conclusion de ce paragraphe aux objectifs retenus dans les travaux préparatoires du Plan 1993-2003 en cours d'élaboration.

Dans ce contexte, la politique de planification familiale s'est longtemps identifiée à la politique de population. Le Maroc a d'ailleurs été un des premiers pays arabes à mettre en place une politique de

planification des naissances, dès les années 1965-66. Les résultats, dans un premier temps, ont été modestes, faute de mesures d'accompagnement. Au début des années 1980 le taux de prévalence contraceptive était inférieur à celui de l'Algérie, pourtant tard venue dans la planification familiale. La situation, comme on l'a vu a beaucoup changé depuis. Les progrès accomplis quant à la diffusion et l'acceptation des méthodes contraceptives n'ont pas été accompagnés d'une amélioration équivalente des indicateurs de santé reproductive.

En conséquence, la politique de planification familiale a été replacée dans une vision élargie de «*santé reproductive*». Cette approche envisage non seulement les techniques de régulation mais aussi les conditions du libre exercice du choix des couples. Surtout elle intègre la planification des naissances dans une dimension élargie qui prend en compte les actions visant à assurer une maternité sans risques et la lutte contre les MST et le SIDA. Les programmes de mortalité sans risque mettent l'accent sur le suivi pendant la grossesse et l'assistance au moment de l'accouchement. Les programmes de sensibilisation et de prévention contre les MST et le SIDA visent à faire prendre conscience à la population des risques liés à la fréquence des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels.

Cette démarche souligne la relation étroite, dont certains éléments ont été mentionnés plus haut, entre les variables démographiques, la santé de la mère et de l'enfant et un ensemble de facteurs socio-économiques et culturels. L'âge au mariage, l'âge de la mère à la naissance des enfants, l'intervalle entre les naissances, la dimension des ménages ont un impact décisif sur la santé et la survie des enfants. La mortalité infantile est trois fois et demie plus élevée lorsque l'intervalle inter-général est inférieur à deux ans par rapport à un intervalle de 4

ans et plus. Le risque de décéder avant d'avoir un mois et de 30‰ pour les enfants dont la mère est âgée de 20 à 29 ans alors qu'il est de 59‰ lorsque la mère est âgée de moins de 20 ans et de 60‰ lorsqu'elle est âgée de 40 à 49 ans¹¹. Aux âges élevés, à l'effet d'âge s'ajoute l'effet de parité. Le risque s'accroît en effet à partir de la 7^{ème} naissance¹². *Ce retard préoccupant, pour ce qui est de la mortalité infantile et en particulier de la mortalité néonatale, et de la mortalité maternelle est imputable à la fois aux conditions d'offre et de demande.* D'un côté on fait valoir les lacunes dans la formation des médecins en matière de santé reproductive et l'insuffisance de l'effectif de sages femmes qualifiées. Mais surtout l'offre de soins est répartie de façon très inégale. Il y a 1,2 médecins pour 10 000 habitants dans les provinces les plus pauvres contre 4,2 en milieu urbain. 96% des cabinets de consultation privés sont concentrés dans les grandes villes et les petits centres urbains (données de 1997). Le pourcentage d'assurés contre la maladie est de 25,3% en milieu urbain contre 1,3% en milieu rural. La politique d'offre de soins est caractérisée par une très forte concentration de la carte hospitalière sur l'axe Casablanca-Kénitra. Cette zone mieux équipée a exercé un effet d'attraction sur l'offre du secteur privé, ce qui a aggravé le déséquilibre avec le reste du pays.

D'un autre côté, le faible niveau d'éducation dont on a rappelé l'incidence sur les comportements démographiques, a également un effet spécifique sur la demande de soins. Les femmes les moins éduquées sont aussi les plus pauvres et par conséquent les plus marginalisées par rapport au système de soins. Cet ensemble de facteurs se traduit par un faible recours, voire une absence de recours, aux visites prénatales et une assistance insuffisante lors de l'accouchement. L'expérience a montré la

¹¹ données de 1995, Lyoubi, p. 14.

¹² données de 1995.

nécessaire complémentarité entre ces deux éléments de la protection de la mère et de l'enfant. S'il y a encore beaucoup à faire pour parvenir à un suivi prénatal satisfaisant (le recours à une consultation prénatale est de 58% pour l'ensemble du pays et de 18% en milieu rural¹³, il ne faut pas négliger les risques à l'accouchement en particulier lorsque se présentent des complications (43% des naissances ont lieu en milieu surveillé, mais seulement 20% en milieu rural.¹⁴

Les problèmes de santé ne peuvent être isolés de leur contexte économique, social et culturel. Quelles que soient les actions menées au plan sanitaire, elles ne sont susceptibles d'atteindre leurs objectifs que si elles intègrent la dimension économique, sociale et culturelle du développement. De plus elles doivent être conduites dans une approche participative qui requiert l'adhésion des intéressés et ne pas apparaître comme relevant d'une logique d'assistance.

La mise en évidence de ces interrelations définit clairement les domaines d'interventions, qui ont été désignés de façon explicite par la Commission Santé du Plan: en matière de risques couverts, de formation du personnel, de structures d'accueil. Mais il faudrait dépasser la relation causale par une analyse multi-critères qui permettrait de dégager plus nettement les priorités, les modalités et l'articulation des interventions qui relèvent outre du ministère de la santé, de plusieurs départements ministériels en particulier l'éducation, qu'il s'agisse de la formation du personnel soignant ou de la sensibilisation des populations concernées à l'amélioration de leur bien être qui résulterait d'une meilleure appréhension des risques de grossesse et d'accouchement non assisté et

¹³ Service des études et de l'information sanitaire, «*Santé reproductive au Maroc: Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, PAPCHILD, 1997*», mai 1998.

du maintien de la pratique de l'allaitement. La santé reproductive est l'un des domaines essentiels en matière d'IEC. Mais d'autres ministères sont appelés à jouer un rôle déterminant -notamment l'Équipement, les Travaux Publics, l'Aménagement du Territoire - pour ce qui concerne les conditions générales d'hygiène, en particulier la fourniture et la qualité de l'eau, la lutte contre l'habitat insalubre.

V- L'emploi, les revenus et l'éducation

Dans la phase avancée de la transition démographique où se situe désormais le Maroc, au plan démo-économique la question majeure est celle de l'arrivée sur le marché du travail des générations nombreuses, sous l'effet de la forte fécondité du passé, de la structure par âge jeune et de la baisse des quotients de mortalité infantile et juvénile qui augmente l'effectif des survivants jusqu'à l'âge d'activité.

L'augmentation considérable du chômage urbain, qui s'est accéléré ces dernières années (19,1% en 1998 contre 16,9% en 1997)¹⁵ a pu ainsi apparaître comme l'effet retardé d'un rythme d'accroissement démographique élevé. Toutefois l'incrimination démographique du chômage est réductrice et trompeuse. Elle ignore l'interaction des facteurs d'offre et de demande de travail, les conditions de fonctionnement et les caractéristiques du marché du travail, les déterminants de l'investissement. De plus une offre de travail importante est aussi un facteur décisif pour la réalisation des objectifs de croissance du produit.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ministère chargé de la prévision économique et du plan Royaume du Maroc, Direction de la Statistique, «*Activité, emploi et chômage 1998*», Rapport de synthèse.

La première condition de croissance est, la pleine utilisation des ressources humaines. Ce qui suppose à la fois des taux d'activité masculins et féminins élevés et une diminution du chômage, une diminution de la morbidité et de la mortalité aux âges actifs, l'acquisition de qualifications en rapport avec les impératifs d'une transformation structurelle du système productif et des emplois. La hausse des rémunérations est conditionnée aux progrès de productivité qui doivent résulter d'une hausse des qualifications des travailleurs et d'une organisation plus efficiente du système de production. A cet égard, le faible niveau du taux d'emploi urbain - 38,9% pour les personnes âgées de 15 ans et plus - est préoccupant.¹⁶.

Les progrès de la scolarisation et la diminution de l'analphabétisme apparaissent alors comme la variable critique. La hausse du taux de scolarisation des femmes contribue à la réduction de la dimension des familles, ce qui favorise en retour l'insertion dans le système scolaire. La baisse de fécondité favorise la hausse des taux d'activité féminins, l'amélioration des conditions de santé et la baisse des quotients de mortalités aux âges actifs, réduit le gaspillage des ressources humaines; le développement de la formation professionnelle permet de rapprocher la structure de l'offre de travail et de la demande de travail.

La difficulté c'est qu'au delà de ces relations générales bien établies, l'efficacité des politiques suppose la prise en compte d'un ensemble de facteurs susceptibles d'accélérer ou de ralentir les effets attendus. Ainsi par exemple il ne suffit pas d'observer que l'éducation a des effets positifs sur le développement et d'en inférer la nécessité d'une action prioritaire en ce domaine. L'éducation suppose des établissements d'accueil pour les élèves, mais une politique d'offre, aussi ambitieuse

¹⁶ Ibid.

soit-elle, pourrait se révéler inopérante si elle n'intègre pas les obstacles matériels extra-scolaires (par exemple la dispersion de l'habitat et la distance entre la maison et l'école, l'absence de système de ramassage scolaire), la prégnance des attitudes et des schémas culturels (par exemple la réticence des parents à envoyer leurs filles à l'école).

Le bien fondé des politiques peut aussi se heurter à la rationalité économique des intéressés. Les parents peuvent être réticents, à juste titre, à envoyer leurs enfants à l'école primaire dans la mesure où ceux-ci devront pour poursuivre leurs études se rendre dans des agglomérations plus grandes, alors que les possibilités d'accueil par des parents ou des proches se trouvent réduites par suite des difficultés économiques, en particulier le chômage. De même les parents ne sont guère incités à consentir des sacrifices pour que leurs enfants aient un diplôme supérieur s'ils ne peuvent en espérer une insertion plus facile sur le marché de travail à des niveaux de rémunération en rapport avec les qualifications acquises.

Dans la définition et mise en œuvre d'une politique intégrée de population, l'emploi est la pierre angulaire. Le facteur travail n'est pas seulement un élément essentiel de la croissance économique; l'occupation d'un emploi stable, avec une rémunération en rapport avec la productivité, en assurant un revenu décent et régulier, conditionne, dans une économie de marché, la mise en œuvre d'une politique intégrée de population.

En effet, avec la politique de libéralisation et d'ouverture d'une part, le renouveau du plan de l'autre, l'amélioration des indicateurs de développement dépend non seulement de l'intervention publique mais aussi et surtout de la capacité des ménages à consacrer une partie de leur revenus à l'éducation et à la santé. Sans amélioration des revenus des

ménages, c'est-à-dire en l'absence d'une diminution du sous-emploi rural et du chômage urbain, les effets positifs -attendus - au plan des équilibres macro-économiques de la politique de libéralisation et de désengagement de l'Etat risquent d'être anéantis par l'aggravation des inégalités.

L'amélioration de la situation d'emploi urbain repose sur l'accélération de la croissance économique, les politiques d'emploi et d'organisation du marché du travail.

Compte tenu de la croissance de la population en âge d'activité, on ne peut espérer un équilibre sur le marché du travail sans une croissance économique forte; d'autant que le contenu en emploi de la croissance économique a diminué. Une estimation¹⁷ donne un ordre de grandeur de ce qui est en cause. Sur la période 1994-2005, en supposant un contenu en emploi de 60% et un taux de croissance annuel de la population active de 2,7%, il faudrait un taux de croissance supérieur à 4,6% pour amorcer un baisse du taux de chômage observé en début de période. Avec un taux de croissance du produit de 6% par an le taux de chômage se réduit de moitié entre 1994-2005. Une telle hypothèse marque une rupture radicale par rapport au taux de croissance observé ces dernières années (3,7% sur la période 1982-94, et 0,2% en 1999)¹⁸. Dans son rapport sur la croissance et l'emploi de mars 1996, la Banque Mondiale envisageait de «porter à moyen terme le taux de croissance à moyenne 7-8% par an au lieu de la moyenne historique de 3 à 4%». Cela suppose une transformation du système productif avec une spécialisation accrue en rapport avec l'ouverture internationale de l'économie marocaine. Mais ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes. En effet on ne peut envisager un taux de croissance

¹⁷ Bouhia. A, «*Croissance et Emploi*», Cahiers de Recherche du CERAB n° 1, Rabat, février 1998, 43 p.

économique élevé et régulier sans augmentation de la part des secteurs non agricoles alors que, compte tenu des avantages comparatifs de l'économie marocaine, l'ouverture extérieure devrait bénéficier principalement à l'agriculture au détriment de certains secteurs de main-d'œuvre comme le textile.

En toute hypothèse, un changement d'une telle ampleur requiert une hausse significative de la qualification de main-d'œuvre et du taux d'épargne nationale. L'objectif est ambitieux au regard du taux élevé d'analphabétisme et du taux faible de l'épargne. Le taux d'épargne nationale (épargne/PIB) stagne autour de 20% depuis les années 1980 (21,3% pour la période 1989-92 et 19% pour les années 1993-96).¹⁹, alors même que la contribution de l'épargne extérieure s'est réduite très fortement. Une politique de population intégrée et la transformation des comportements démographiques peuvent contribuer significativement à atténuer ces obstacles, en favorisant la baisse de la fécondité, les progrès de l'espérance de vie, l'éducation, les politiques d'emploi et d'organisation du marché du travail, sans prétendre les supprimer.

La baisse de la fécondité entraîne une augmentation de la proportion d'actifs dans un ménage et les progrès de l'espérance de vie sont susceptibles de favoriser l'épargne de cycle de vie. Il n'y a là rien de mécanique; il s'agit de conditions «*facilitantes*» mais non suffisantes. Il faut véritablement une politique de population intégrée pour s'assurer que l'accroissement de l'offre de travail se traduise effectivement par un accroissement en nombre et en qualité des emplois et qu'un allongement de la vie avec l'espérance d'une période de retraite incite à une épargne

¹⁸ Secrétariat d'Etat à la Population et PNUD, «*Rapport National sur le Développement Humain 1997*», Février 1998, p. 97.

¹⁹ Ibid. p. 22

de précaution. A cet égard, l'éducation permet à la fois d'élargir le champ des opportunités et de donner les moyens de les réaliser. Une personne plus éduquée et mieux formée augmente ses possibilités de disposer d'un revenu plus élevé et plus régulier, mais aussi elle est plus à même de comprendre ce que signifient pour elle les transformations démographiques, sociales et économiques (âge au mariage, nombre d'enfants, espérance de vie) et de s'adapter au nouveau cycle de vie (assurer une formation à ses enfants, prévoir une épargne de précaution pour les vieux jours, etc.).

Les politiques d'emploi et d'organisation du marché du travail lorsqu'elles viennent en complément d'une stratégie de forte croissance économique contribuent aussi à la réalisation des objectifs de développement. Les modifications dans la structure de qualification et d'activité nécessaires à la transformation du système productif, résultant d'une stratégie de croissance ouverte, impliquent une flexibilité et une mobilité accrue de l'emploi, entre les secteurs, les régions, les niveaux de qualifications. Une mobilité et une flexibilité bien comprises mettent en jeu non seulement les comportements d'offre des travailleurs mais aussi de demande des entreprises. Elles ne se réduisent pas à une flexibilité de l'embauche et des salaires. Elles supposent la création d'emplois salariés stables, plus qualifiés, rémunérés en fonction de leur productivité, avec une couverture sociale qui s'ajuste au degré de développement économique du pays. Cela implique des modifications des règles juridiques et du cadre institutionnel mais aussi une efficacité accrue de la gestion des entreprises.

L'accroissement du chômage des jeunes diplômés qui s'établit à 27,4%, s'il témoigne d'une certaine disparité dans l'affectation des ressources entre les niveaux éducatifs pour les actifs ayant un diplôme

moyen et à 26% pour les diplômés du supérieur²⁰, souligne également la nécessité d'une modification des préférences et des anticipations des agents. L'éducation, la formation professionnelle et la formation en management doivent jouer ici un rôle déterminant. Les aspirations traditionnelles des jeunes diplômés à occuper un emploi public supposent une modification des préférences des offreurs mais aussi une prise de conscience des entrepreneurs des avantages, à terme, de disposer d'une main-d'œuvre qualifiée, stable et bien rémunérée. Cela d'autant plus que l'emploi public qui a constitué par le passé le principal secteur d'embauche des diplômés a connu une réduction drastique. Mais là encore il n'y a pas de compensation automatique, encore faut-il que la demande du secteur privé prenne le relais, ce qui renvoie à la question de l'investissement et au dynamisme des entreprises.

Il reste que la croissance économique ne garantit pas l'atténuation des disparités pour les groupes défavorisés, tout particulièrement les femmes. Aux grands axes de la politique de l'emploi et des revenus doivent s'ajouter des programmes spécifiques visant à briser le cercle vicieux des inégalités.

VI- La condition de la femme

La question de la condition de la femme, et tout particulièrement en milieu rural et de sa participation, en tant qu'acteur et bénéficiaire du développement, est une dimension essentielle des politiques de population. L'attention spécifique portée à la condition de la femme se justifie pour deux séries de raisons; c'est d'abord un domaine où en dépit d'avancées significatives, le retard est particulièrement marqué par

²⁰ Ministère chargé de la prévision économique et du plan Royaume du Maroc, Direction de la Statistique, «*Activité, emploi et chômage 1998*», Rapport de synthèse.

rapport aux hommes, mais aussi au regard du niveau de développement du pays. Les différences observées quant à l'analphabétisme, la scolarisation, la vulnérabilité à l'emploi, les revenus et le contrôle des ressources, le statut personnel, ont d'autant moins de raisons d'être que non seulement les femmes assurent pour l'essentiel les travaux domestiques, mais contribuent également de façon significative aux activités «*productives*». En effet, la mesure de l'activité économique des femmes en milieu rural par l'approche des budgets temps montre un taux d'activité des femmes de 71,4% au lieu des 62,5% obtenus par la mesure traditionnelle du taux d'activité.²¹ Il s'agit donc moins d'un problème de redistribution que d'une question de simple justice et d'efficacité.

Le retard des femmes est aussi une illustration exemplaire des limites des politiques sectorielles et de la nécessité d'une politique de population intégrée. En effet, l'analyse des écarts observés renvoie à un ensemble de facteurs interdépendants qui tiennent aussi bien à la division des tâches dans le ménage, aux contraintes matérielles et environnementales, à l'insuffisance et au faible degré de contrôle des ressources, aux obstacles culturels et aux discriminations du statut personnel des femmes.

Le diagnostic et les propositions qui ont été exposées²² situent les principaux obstacles à trois niveaux.

Le premier type d'obstacle est d'ordre matériel: «la disponibilité et la proximité des équipements de base comme le réseau d'eau potable et

²¹ Ministère chargé de la prévision économique et du plan, Direction de la Statistique, « *Enquête nationale sur le budget-temps des femmes 1997-98* », 1999.

d'assainissement solide et liquide ainsi que l'électricité, permettent d'améliorer les conditions d'habitat, d'alléger l'exercice des activités ménagères, et corrélativement, d'influencer l'emploi du temps de la femme». ²³ Ainsi par exemple en milieu rural, l'approvisionnement en eau qui nécessite souvent de parcourir des distances élevées est confié aux femmes dans 57,2% des cas et l'approvisionnement en bois de feu et en résidus végétaux utilisés pour la cuisson des aliments (ce qui concerne encore plus d'un tiers des ménages) relève des femmes dans 65,5% des cas.

Pour autant, les progrès qui pourraient être apportés à l'insuffisance des équipements de base ne suffiraient pas, à eux seuls, pour «garantir un accès satisfaisant aux soins de santé et d'éducation» ²⁴. Il faut en effet intégrer dans les actions de développement la dimension culturelle qui peut révéler des «résistances socioculturelles consacrées par l'usage». C'est le cas pour ce qui est de l'école et de la santé. Ainsi à la question de savoir pourquoi les filles ne sont pas scolarisées, la proportion de douars où l'on relève les réponses suivantes: «les filles refusent d'aller à l'école», «les filles n'ont pas besoin d'aller à l'école», «la coutume fait que les filles ne soient pas scolarisées» est respectivement de 16,7%, 34,6%, 38,5%. ²⁵

Reste la question fondamentale du statut personnel de la femme. Les avancées apportées par la réforme de 1993 laissent subsister des dispositions qui sont non seulement contraires aux droits de l'homme,

²² Ministère chargé de la prévision économique et du plan, Direction de la Statistique, « Enquête nationale sur le budget-temps des femmes 1997-98 », 1999 et « Plan d'Action National pour l'Intégration de la Femme au Développement », Mars, 1999

²³ Ministère chargé de la prévision économique et du plan Royaume du Maroc, Direction de la Statistique, « Enquête nationale sur le budget-temps des femmes 1997-98 », 1999. p.15.

²⁴ Ibid. p. 17-18

²⁵ Ibid. p. 18

mais qui ont aussi des effets dramatiques sur certaines catégories de femmes, en particulier les divorcées et les veuves. Il s'agit notamment de la répudiation, de la déchéance du droit de garde en cas de remariage, des garanties de recouvrement des pensions alimentaires.

Il appartient aux trois comités de réfléchir sur la base des recommandations du Plan d'Action National, aux actions qui permettraient de remédier à cette situation. A l'évidence l'ensemble des départements ministériels sont concernés et seule une politique globale et intégrée est de nature à apporter des changements significatifs à la condition de la femme. Le rôle déterminant qui revient aux femmes dans la mise en œuvre des politiques de population vient à l'appui d'une telle démarche.

VII- Les activités en matière d'IEC

La mise en évidence du caractère décisif du niveau éducatif dans les comportements des ménages et des individus confère une importance particulière aux activités d'information, d'éducation et de communication.

Dès le début des années 1980, s'amorce une réflexion sur la nécessité et les modalités d'intégrer les questions de population dans les programmes scolaires, et plus généralement sur l'éducation en matière de population (EMP). Ces premiers efforts trouvent leur application, avec l'appui des institutions internationales en particulier l'UNESCO et le FNUAP, au plan de l'éducation formelle et informelle.

Différents projets ont vu le jour qui visent à intégrer les études démographiques à l'éducation en matière de population, dans la formation des conseillers en planification de l'éducation, des cadres et

enseignants, des deux cycles de l'enseignement fondamental et qui devraient s'étendre aux enseignants du secondaire. Des supports didactiques ont été élaborés en particulier par l'Institut Supérieur du Journalisme.

Ces efforts ont été également dirigés vers l'éducation non formelle, où plusieurs ministères ont contribué chacun dans leur domaine: le Ministère de l'Education Nationale au travers de sa Direction de l'Education non formelle, le Ministère du Développement Social et de la Solidarité de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, le Ministère de l'Agriculture, du Développement Rural et de la Pêche, le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère chargé des Droits de l'Homme.

A cet égard les efforts entrepris par le Maroc s'inscrivent dans la nouvelle stratégie définie par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire (1994) qui a retenu comme principaux objectifs:

- ◆ Sensibiliser toutes les couches de la population (familles, couples, individus, décideurs, ONG, adolescents...) aux questions liées à la population et au développement durable;
- ◆ Encourager l'adoption des comportements responsables dans les domaines de l'environnement, procréation et sexualité;
- ◆ Aider les couples et les individus à décider librement et de façon responsable en matière de planification familiale;
- ◆ Assurer l'engagement politique du gouvernement en matière de développement durable.
- ◆ Les stratégies d'IEC qui visent à sensibiliser les prescripteurs et la population dans son ensemble aux questions de population, se heurtent dans leur mise en œuvre à l'analphabétisme. Pour une

population qui ne sait ni lire ni écrire, les supports didactiques traditionnels, - essentiellement l'écrit - se révèlent inopérants et doivent par conséquent être complétés par la communication audiovisuelle et la communication interpersonnelle. L'expérience a montré que la télévision et la radio restent les supports les plus efficaces pour mener des campagnes d'information et de communication et que les procédures interactives de communication interpersonnelle, bien acceptées et relativement peu coûteuses, permettent aussi d'atteindre une large audience.

Il faut également être conscient des limites de l'action étatique. L'IEC est certainement l'une des activités où le rôle des ONG, - en particulier l'AMPF - qui est déjà très importante dans certains domaines, doit être renforcée, d'autant plus que l'Etat a été amené à se désengager de certains secteurs sociaux dans la perspective d'un retour au marché et que l'appui apporté par les organisations internationales ou des pays étrangers est susceptible d'être réduit à l'avenir.

La Commission Supérieure de la Population - dans laquelle sont représentées toutes les instances, parties prenantes à une politique de population intégrée - devrait être en mesure sur la base des documents techniques préparatoires de définir une stratégie concertée, la contribution de chaque ministère s'étendant à l'ensemble des questions de sa compétence. Les actions retenues comme prioritaires seront appuyées par des études techniques et leur mise en œuvre évaluée régulièrement par les indicateurs de suivi qui auront été définis.

Références

I. Documents relatifs aux travaux de la Commission Supérieure de la Population.

A. Notes méthodologiques.

Ministère chargé de la prévision économique et du plan, CERED, «*Eléments pour une politique intégrée de la Population au Maroc*», Rabat, 1998, 114 p.

B. Rapports techniques préparatoires pour la Commission Supérieure de la Population, établis sous la responsabilité du CERED.

Les relations entre la croissance démographique et le développement économique au Maroc.

Les aspects démographiques et socioculturels des facteurs de risque pour la santé de la population.

La santé de la reproduction dans la politique de population au Maroc.

Formation, emploi et insertion dans la vie active.

Etude IEC Population: réalisation, limites et perspectives de développement.

C. Travaux de l'Atelier sur: «la politique de population et les termes de référence de la Commission Supérieure de la Population», 12 juillet 1999, Rabat, Maroc.

Ministère chargé de la prévision économique et du plan, Commission Supérieure de la Population.

Touhami, A. «L'apport de modèles d'équilibre général dans une approche multisectorielle de population intégrée».

Berrouyne, M. «La situation démographique du Maroc et les défis des problèmes de population».

El Youbi, A. «Les termes de référence de la Commission Supérieure de la Population et de ses organes».

Lfarakh A. «Politiques de Population à travers les rencontres internationales et les plans de Développement au Maroc».

Zouaoui M. «Le rôle et l'apport des bailleurs de fonds dans les programmes de population au Maroc».

D. Travaux relatifs au système des indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique de population.

Les indicateurs du développement économique.

Les indicateurs de l'Information, l'Education et de la Communication.

Les indicateurs de spatialisation et d'environnement.

Les indicateurs socio-économiques.

Les indicateurs de la santé reproductive et de la mortalité.

Les indicateurs concernant l'offre et la demande de soins.

II. Publications de l'administration ou d'organisations internationales.

Ministère chargé de la prévision économique et du plan, Direction de la Programmation, « *Note d'orientation pour la préparation du plan quinquennal 1999-2003* », novembre 1998.

Ministère de la Santé, Travaux préparatifs au Plan de Développement économique et social 1999-2003, « *Rapport de la Commission Santé* », avril 1999, 64 p.

Ministère chargé de la prévision économique et du plan, Direction de la Statistique, « *Activité, emploi et chômage 1998* », Rapport de synthèse.

Ministère chargé de la Population, CERED, « *Profil socio-démographique du Maroc* », Rabat.

Ministère chargé de la prévision économique et du plan, CERED, « *Population et Développement au Maroc* », Rabat, 1998, 459 p.

Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des ressources financières, DPE, Service des études et de l'information sanitaire, « *Santé reproductive au Maroc: Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, PAPCHILD, 1997* », mai 1998.

Secrétariat d'Etat à la Population et PNUD, « *Rapport National sur le Développement Humain 1997* », Février 1998, 127 p.

Ministère chargé de la prévision économique et du plan, Programme de Développement humain durable et de lutte contre la pauvreté, «*Pauvreté au Maroc: diagnostic, stratégie et plan d'action*», Décembre 1998, 250 p.

Banque Mondiale, « *Une croissance plus forte, des opportunités d'emploi: des choix à faire pour le Maroc* », Etudes Economiques de La Banque Mondiale sur le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, Washington, 1996, 37 p.

Royaume du Maroc et FNUAP, « *Rapport d'Analyse du programme et d'élaboration de stratégie* », Editions Le Fennec, 1997, 81 p.

Ministère du Développement Social, de la Solidarité, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, «*Plan d'Action National pour l'intégration de la femme au développement*», Mars 1999, 121 p.

Ministère de la Santé Publique et DHS, «Maroc: Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS)», 1995.

III. Autres travaux.

Belghazi. S, «*Création d'emploi et organisation du marché du travail*», Cahier de Recherche Version Provisoire, CERAB, Rabat, juillet 1999, 6 p.

Bouhia. A, «*Croissance et Emploi*», Cahiers de Recherche du CERAB n° 1, Rabat, février 1998, 43 p.

Yaakoubd. A.I. «*La situation démographique au Maroc*», Genus, vol. LIII-n° 3-4, 1997, 243-259 p.

N.B. : Les avis et opinions développés dans ce document ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel du Ministère de la Prévission Economique et du Plan.