

Accroissement et structure de la population

Fécondité : Niveaux, tendances et déterminants

(Mohamed Mghari)

Introduction

Tandis que les pays développés ont pratiquement achevé leur transition démographique, la majorité des pays en voie de développement, avec la baisse récente de leur fécondité, entrent dans la seconde phase de cette transition, la première phase (celle de la baisse de la mortalité) ne concernant plus qu'une faible proportion de la population mondiale, essentiellement située en Afrique. Mais, si les pays développés ont connu une transition précoce et étalée dans le temps, avec des taux d'accroissement naturels relativement faibles, ce processus s'opère beaucoup plus rapidement dans les pays du Tiers-Monde.

La tendance à une baisse sensible de la fécondité, qui s'est amorcée à partir du milieu des années 1970 et se poursuit aujourd'hui, montre que le Maroc s'achemine vers la dernière phase de sa transition. Ce travail consiste à étudier les déterminants proches de la fécondité pour évaluer les effets imputables à chacun d'eux dans le processus de transition. Mais au préalable, il convient d'étudier les niveaux récents et les tendances de la fécondité.

I. Niveaux et tendances de la fécondité au Maroc

1. Tendances récentes et fécondité différentielle

Au Maroc, l'indice synthétique de fécondité, qui mesure le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à l'issue de sa vie féconde dans les conditions actuelles de fécondité, a atteint 3,10 enfants par femme au cours des trois années précédant l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (PAPCHILD de 1997). Il était de 3,31 en 1995 d'après l'Enquête Panel sur la Population et la Santé (EPPS), et de 3,28 enfants selon le Recensement (RGPH) de 1994 (tableau 1). Le taux brut de natalité tiré de ces deux dernières sources s'élève à 26‰ et 24,2‰ respectivement.

Tableau 1 : Indices synthétiques de fécondité tirés des derniers recensements et enquêtes, selon le milieu de résidence (1992-97).

<i>Milieu de résidence</i>	<i>EPPS 1995 (1992-95)</i>	<i>RGPH 1994(1994)</i>	<i>Enquête PAPCHILD 1997(1994-97)</i>
Urbain	2,17	2,56	2,30
Rural	4,50	4,25	4,10
Ensemble	3,31	3,28	3,10

L'indice synthétique de fécondité, globalement faible à l'échelon national, cache des disparités importantes. Ces différentes sources révèlent en effet un niveau de fécondité presque deux fois plus élevé pour les femmes rurales que pour les citadines : l'écart est de 1,7 enfant d'après le recensement, de 1,8 d'après l'Enquête PAPCHILD, et de 2,3 enfants d'après l'EPPS.

Ces écarts entre milieu urbain et milieu rural sont, entre autres causes, le fait de différences dans le niveau d'instruction. L'instruction, notamment lorsqu'elle se prolonge au delà de l'enseignement primaire, constitue en effet un facteur important de baisse de la fécondité. D'après l'EPPS de 1995, les femmes sans aucun niveau d'instruction ont en moyenne 1,7 enfant de plus que celles qui ont le niveau du cycle primaire, et près de 2,2 enfants de plus que celles qui ont un niveau au moins équivalent au cycle secondaire (4,04, 2,36 et 1,89 enfants respectivement). Le niveau d'instruction agit sur la fécondité au travers de trois déterminants proches : l'âge au premier mariage, le recours à la contraception et la durée d'allaitement maternel. Les deux premiers, qui augmentent avec le niveau d'instruction, l'emportent cependant sur le troisième, qui a plutôt tendance à diminuer quand le niveau d'instruction s'élève (Fargues, 1988).

Au niveau régional, l'EPPS de 1995 révèle des niveaux de fécondité disparates : c'est dans la région du Centre-Nord que la fécondité est la plus élevée (4,21 enfants par femme), suivie du Sud (4,08), du Tensift (3,87), du Nord-Ouest (3,45), de l'Oriental (3,32), du Centre (2,61) et enfin du Centre-Sud (2,48).

De fortes disparités existent également entre les provinces et préfectures. Dans la préfecture de Machouar-Casablanca, où la fécondité est la plus faible, les femmes avaient 1,4 enfant lors du recensement de 1994, tandis que dans la province de Chefchaouen, la fécondité atteignait 6,9 enfants par femme, soit un écart de 5,5 enfants (tableau 2).

Tableau 2 : Niveaux minimum et maximum de l'indice synthétique de fécondité relevés au niveau des provinces et préfectures, RGPH 1994.

<i>Milieu</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Ecart</i>
Urbain	1,4	4,7	3,9
Rural	2,6	7,3	4,7
Total	1,4	6,9	5,5

Source : Direction de la Statistique (D. S.), RGPH 1994, Situation démographique et socio-économique des provinces et préfectures du Royaume, étude comparative, Série thématique,

Sur les 68 provinces et préfectures que compte le Maroc, 13 ont une fécondité inférieure à la moyenne nationale du milieu urbain (2,56), qui va de 1,4 enfant par femme dans la préfecture de Machouar-Casablanca, à 2,6 enfants dans celle de Sidi Bernoussi-Zénata. Parmi elles, on trouve aussi la quasi-totalité des provinces et préfectures de la Wilaya de Casablanca, ainsi que Rabat (2,00), Marrakech-Médina (2,00), Al Ismailia (2,30), Fès El Jadid-Dar Dbibagh (2,40), et Meknès-El Menzeh (2,50), qui sont les plus urbanisées.

C'est dans la plupart des provinces du Sud et dans certaines provinces du Nord que l'on enregistre la fécondité la plus haute : Oued Eddahab (4,30), Al Hoceima (4,30), Larache (4,30), Taounate (4,30), Errachidia (4,40), Essemara (4,40), Azilal (4,70), Assa-Zag (4,80), Al Haouz (4,90), Chichaoua (4,90), Tata (4,90), Boujdour (5,10), Ouarzazate (5,20) et Chefchaouen (6,90). Dans ces provinces, le mariage est parmi les plus précoces : les femmes se marient en moyenne six ans plus tôt que dans les provinces où la fécondité est la plus basse (D. S., 1997).

2. Les tendances de la fécondité

D'après l'Enquête à Objectifs Multiples de 1962-63, les femmes marocaines avaient à ce moment-là 7 enfants en moyenne. Trente ans plus tard, les progrès enregistrés sont importants (tableau 3).

Tableau 3 : Taux de fécondité par âge (‰) et indices synthétiques de fécondité (ISF) selon différentes sources.

Groupes d'âges	EOM 1962	ENFPF 1979-80	RGPH 1982	ENDPR 1986-87	ENPS II 1992	EPPS 1995	RGPH 1994
15-19	96	93	48	61	40	35	29
20-24	305	265	198	161	139	125	115
25-29	311	296	255	215	183	138	137
30-34	293	222	244	190	182	146	152
35-39	198	178	186	158	138	117	120
40-44	107	98	110	77	86	82	72
45-49	93	29	63	31	39	18	32
ISF	6,96	5,90	5,52	4,47	4,04	3,31	3,28

3. La baisse de la fécondité : un phénomène essentiellement urbain

La baisse a été un phénomène essentiellement urbain. Au début des années soixante, la fécondité des femmes citadines (7,03 enfants) était comparable, voire légèrement supérieure, à celle des femmes rurales. L'ENFPF de 1979-80 montre que, pour la période 1975-79, soit environ 15 ans plus tard, les femmes rurales avaient toujours à peu près le même nombre d'enfants, tandis que les femmes urbaines n'en avaient plus que 4,38. Le recensement de 1982 confirme cette baisse, en donnant un indice de fécondité de 4,28 enfants. Douze ans plus tard, les femmes urbaines n'avaient plus que 2,60 enfants, presque trois fois moins qu'au début des années 1960 (tableau 4).

Jusqu'au début des années 1980, la fécondité est restée très élevée en milieu rural, autour de 7 enfants par femme. La baisse, perceptible à partir du recensement de 1982 (avec un ISF de 6,59 enfants), a été corroborée par deux autres sources indépendantes : l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS I) pour la période 1985-86, avec 6,08 enfants, et l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés (ENDPR) de 1986-87, avec 5,95 enfants. Enfin, l'EPPS de 1995 donne pour l'année 1993 un ISF de 4,50 enfants par femme et le RGPH de 1994, 4,25 enfants. En moins de cinq ans, la baisse a été de plus d'un enfant par femme, soit autant qu'au cours des 25 années qui ont précédé.

La baisse est donc désormais plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain, où les niveaux de fécondité avaient déjà régressé sensiblement dans le passé. Mais la fécondité des femmes rurales reste élevée par rapport à celle des femmes urbaines, qui approche celle des pays développés. Les femmes instruites et actives ont même franchi le seuil de remplacement des générations, avec 1,89 enfant pour celles ayant atteint le secondaire et plus, d'après l'Enquête Panel de 1995.

Tableau 4 : Evolution du nombre moyen d'enfants par femme, par milieu de résidence, selon différentes sources.

<i>Source</i>	<i>Date Approximative</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Ensemble</i>
EOM (1962-63)	1962	7,03	6,91	6,96
Double Collecte (1972-73)	1972	4,61	7,05	6,26
ENFPF (1979-80)	1977	4,38	7,02	5,91
RGPH (1982)	1982	4,28	6,59	5,52
ENPS I (1987)	1982	3,86	6,66	5,24
ENDPR (1986-88)	1986	2,85	5,97	4,46
ENPS II (1992)	1990	2,54	5,54	4,04
EPPS (1995)	1993	2,17	4,50	3,31
RGPH (1994)	1994	2,56	4,25	3,28
PAPCHILD (1997)	1995	2,30	4,10	3,10

II. Facteurs explicatifs de la transition de la fécondité

1. Les déterminants proches de la fécondité

Plusieurs facteurs liés aux évolutions socioculturelles plus ou moins favorables peuvent expliquer le mouvement de baisse de la fécondité. De nombreux travaux ont montré l'importance et l'influence des variables intermédiaires, ou déterminants proches, que Bongaarts (1978) a identifiés dans l'étude de la fécondité, et qui sont à la base des différences significatives des niveaux de fécondité. Il s'agit du mariage, de la contraception, de l'allaitement et de l'avortement. Les facteurs socio-économiques, culturels n'agissent ainsi sur la fécondité que par l'intermédiaire de ces déterminants proches.

1.1. L'allaitement

Méthode ancienne mais efficace, l'allaitement maternel est l'un des principaux déterminants de la fécondité. Il réduit le niveau de la fécondité en prolongeant la durée de l'infécondité post-partum.

L'application du modèle de Bongaarts aux données des enquêtes ENFPF de 1979-80, ENPS I de 1987, ENPS II de 1992 et EPPS de 1995 (tableau 5) a montré que, à la fin des années 1970, le niveau de la fécondité était essentiellement influencé par la durée de l'allaitement et par les changements de calendrier dans les mariages. Ce n'est qu'à partir de 1992 que le rôle de la contraception dans la réduction de la fécondité est devenu visible. Au début de la période (1979), l'allaitement maternel permettait de maintenir la fécondité effective à un niveau inférieur de 32%

à la fécondité potentielle. En 1995, l'effet réducteur de cette variable sur la fécondité était moins élevé (23%). Le rapport de l'indice de l'allaitement C_i en 1995 (0,77), à celui de 1979-80 (0,67), estimé à 1,15, indiquant une baisse de presque 1,5 mois de la durée moyenne d'allaitement sur ces quinze années (15 mois contre 13,6 mois), aurait du entraîner une hausse de la fécondité générale de l'ordre de 15% entre 1979-80 et 1995. Mais la fécondité a baissé, ce qui montre que, au cours de cette période, les autres déterminants proches, à savoir le mariage et la contraception, ont compensé l'effet induit par la baisse de la durée d'allaitement.

1.2. Le recul de l'âge au premier mariage

A partir des données de l'ENFPF de 1979-80 et de l'EPPS de 1995, l'indice C_m a été estimé à 0,70 en 1979-80 et à 0,51 en 1995. Il aurait donc, à ces deux dates, permis un maintien de la fécondité légitime 30% et 49% respectivement en deçà de la fécondité potentielle, constituant ainsi le déterminant proche le plus important. Le ratio de l'indice de mariage lors de ces deux enquêtes est égal à 0,73. Le retard du mariage aurait par conséquent entraîné une baisse de 27% de la fécondité.

Le recul de l'âge au mariage, reflet des changements profonds dans le modèle de nuptialité marocain depuis l'indépendance, a donc joué un rôle important dans la baisse de la fécondité. Au recensement de 1960, plus de la moitié des femmes âgées de 15-19 ans et la presque totalité (94%) de celles de 20-24 ans étaient déjà mariées. Au-delà de 25 ans, il n'y avait presque plus de femmes célibataires. En 1982, la proportion de femmes mariées n'était plus que de 18% chez les 15-19 ans, de 40% chez les 20-24 ans, et de 83% chez les 25-29 ans. En 1995, 89% des femmes de 15-19 ans étaient encore célibataires.

Le recul de l'âge des femmes au premier mariage (de 17,5 ans en 1960 à 25,8 ans en 1994) a réduit la durée potentielle d'exposition au risque de conception et donc le nombre d'enfants : c'est en effet à partir du moment où le mariage est devenu plus tardif que la fécondité a réellement commencé à décliner. Ce recul a touché le milieu urbain et aussi, mais dans une moindre mesure, le milieu rural. Les âges moyens au mariage, d'un niveau comparable en 1960 (17,5 ans pour les femmes urbaines et 17,2 ans pour les femmes rurales), connaissaient, en 1982, un écart de trois ans (23,8 ans et 20,8 ans respectivement). En 1994, l'écart était toujours de même ampleur : les femmes urbaines se mariaient à 26,9 ans en moyenne, contre 24,2 ans pour les femmes rurales. Dans les villes, la durée du célibat ne cesse d'augmenter : 42% des filles et 72% des garçons de 25-29 ans étaient encore célibataires en 1994 (contre 26% et 51% respectivement dans les campagnes). Avec 3,7% d'hommes et 1% de femmes encore célibataires à 50 ans, âge au delà duquel le célibat est considéré comme définitif, l'universalité du mariage est d'autre part compromise dans les villes marocaines.

Les changements dans les comportements de nuptialité au Maroc ne se limitent cependant pas au relèvement de l'âge au premier mariage et au recul de la nuptialité précoce. Ils s'observent dans la quasi-disparition de la polygamie. En milieu rural, où cette forme d'union est traditionnellement plus répandue, les femmes polygames qui représentaient 31% en 1962, ne comptaient plus que pour 5% en 1992.

1.3. La contraception

La fécondité n'a pas baissé sous le seul effet du recul de la nuptialité. La contraception a également joué un rôle important dans ce processus. L'utilisation du modèle de Bongaarts a permis de montrer que l'écart entre la fécondité naturelle et la fécondité légitime attribuable à la pratique de la contraception est important. L'indice de contraception C_c , estimé à 0,82 en 1979-80 et à 0,56 en 1995, indique que la contraception contribuait à la réduction de la fécondité potentielle à concurrence de 18% en 1979-80, et de 44% en 1995. Le rapport de ces deux indices (0,68) montre que, entre ces deux dates, la fécondité a baissé de 32% sous l'effet de l'extension de l'utilisation de la contraception.

En effet, le déclin enregistré résulte en partie de la politique de limitation des naissances mise en œuvre à partir de 1966, mais qui ne s'est intensifiée que vers le début des années 1980. Négligeable dans les années 1960, où seulement 6% des femmes avaient recours à un procédé contraceptif, cette proportion est passée à 19% en 1980, à 35,9% en 1987, à 50,3% lors de l'EPPS de 1995, et à 58,8% d'après l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant PAPCHILD de 1997. Ainsi, la prévalence contraceptive a progressé de 159% entre 1979-80 et 1995. Entre l'ENPS I de 1987 et l'EPPS de 1995, elle a augmenté de 40% pour l'ensemble des méthodes et de 47% pour les méthodes modernes.

La prévalence contraceptive reste beaucoup plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (64% et 39% respectivement en 1995, 65,8% et 50,7% en 1997) et largement déterminée par le niveau d'instruction (elle est de 45% parmi les femmes non scolarisées, contre 66% parmi celles ayant un niveau égal ou supérieur au secondaire). Elle augmente logiquement avec le nombre d'enfants nés : de 13% parmi les femmes sans enfants, elle passe à 57% parmi les mères de quatre enfants ou plus. En 1995, 64% des utilisatrices recouraient à la pilule, contre 71% en 1979-80. La prévalence de la stérilisation féminine a gagné quatre points au cours de cette période, passant de 4 à 8%. Celle des autres méthodes a en revanche peu changé.

Compte tenu de son niveau déjà élevé, l'âge d'entrée en première union ne pourra à l'avenir augmenter que très lentement. La baisse ultérieure de la fécondité sera donc essentiellement tributaire de l'amélioration de l'intensité et de l'efficacité de la pratique contraceptive. Selon l'Enquête sur la Population et la Santé de 1995, 16% des femmes mariées ont manifesté un besoin de contraception non satisfait (6% afin d'espacer les naissances, et 10% afin de ne plus

avoir d'enfants). Ce besoin non satisfait s'est révélé le plus répandu parmi les femmes âgées de 40-44 ans (22%), en milieu rural (20%) et parmi les femmes non scolarisées (18%) L'Enquête de 1997 a révélé un taux de besoins non couverts de 15,8% (dont le tiers à des fins d'espace, et les deux-tiers à des fins de limitation des naissances). Le nombre annuel de naissances non désirées s'élève, selon cette même source, à 126 000, soit 20% des naissances totales, et les besoins non satisfaits concernent en premier lieu le milieu rural. Le programme de planning familial devra donc redoubler d'efforts pour satisfaire cette demande.

Tableau 5 : Différents indices du modèle de Bongaarts selon quatre enquêtes, ENFPF 1979-80, ENPS I 1987, ENPS II 1992 et l'EPPS 1995.

Source	C_m	C_c	C_i	$C_m * C_c * C_i$	TF	IMF	INF	ISF observé
ENFPF 1979-80	0,70	0,82	0,67	0,39	14,5	8,0	9,8	5,9
ENPS I 1987	0,57	0,69	0,74	0,29	16,0	8,1	11,7	4,5
ENPS II 1992	0,56	0,63	0,76	0,27	14,8	7,2	11,4	4,2
EPPS 1995	0,51	0,56	0,77	0,22	15,2	6,6	11,7	3,3

C_m (Indice du mariage), C_c (Indice de contraception), C_i (Indice de l'allaitement), TF (Fécondité potentielle), INF (Fécondité naturelle), IMF (Fécondité légitime).

Source : Ministère de la Santé publique, (1997), *Transition des déterminants proches de la fécondité au Maroc*, Dossiers Population et Santé, n° 6.

1.4. L'avortement

L'avortement provoqué est depuis longtemps reconnu comme l'un des principaux déterminants des niveaux de fécondité. Au Maroc, bien que sa pratique soit assez répandue, les données le concernant font encore défaut. De l'avis de certains gynécologues, les avortements provoqués pallient les échecs de la contraception orale et a fortiori celle des procédés moins efficaces, tels que le préservatif, la continence périodique, le retrait, etc. Mais il ne joue cependant qu'un rôle assez faible. En 1994, son rôle dans la maîtrise de la fécondité était estimé à 7% (Courbage, 1996).

Par ailleurs, une méthode indirecte (Johnston et Hill, 1996) a permis d'estimer l'indice de l'avortement au Maroc à 0,97 pour 1987 et à 0,86 pour 1992. L'avortement aurait ainsi entraîné une baisse de la fécondité de 3% en 1987 et de 14% en 1992. Son incidence sur la baisse de la fécondité semble donc augmenter avec le temps, mais reste néanmoins limitée comparée à celle du recul de l'âge au mariage et de l'utilisation de la contraception.

2. Autres facteurs explicatifs de la transition de fécondité

Le recul de l'âge au mariage et l'utilisation accrue de la contraception évoqués ci-dessus ne sont indissociables de deux autres évolutions : l'une, déjà largement engagée, a trait à l'alphabétisation féminine, l'autre en train de s'affirmer, concerne l'entrée des femmes sur le marché du travail. A travers leurs effets sur le retard de l'âge au mariage, la transformation du rôle de l'enfant et l'apparition d'aspirations professionnelles susceptibles de concurrencer le modèle

traditionnel de la mère de famille, ces deux facteurs ont de toute évidence été les éléments moteurs de la transition de la fécondité.

Dans les pays en développement, la diffusion de l'instruction va souvent de pair avec une baisse de la fécondité. Au Maroc, l'effet différentiel qu'exerce l'instruction sur le niveau de fécondité ressort de façon évidente de l'EPPS de 1995. L'indice synthétique de fécondité est de 4,04 enfants pour les femmes analphabètes, de 2,36 pour celles scolarisées dans le primaire et de 1,89 pour celles scolarisées dans l'enseignement secondaire ou supérieur. Malgré les progrès réalisés depuis l'indépendance, l'analphabétisme régresse lentement, avec encore 67% de femmes analphabètes en 1994 contre 96% en 1960. La scolarisation des enfants, des filles en particulier, peut favoriser la baisse de la fécondité car, en augmentant le coût des enfants, elle constitue un argument incitant les parents à limiter leur fécondité. Mais la scolarisation est encore loin d'être universelle au Maroc. En 1994, le taux de scolarisation des enfants âgés de 8-13 ans était de 62,2% (51,7% pour les filles et 72,4% pour les garçons).

Au même titre que ceux de l'instruction, les effets de l'activité féminine sur la fécondité ont été largement démontrés dans la littérature démographique. L'exercice d'une activité économique engendre parfois, surtout dans les sociétés dans lesquelles le statut de la femme est bas, une situation conflictuelle entre les époux qui est favorable à une descendance réduite, notamment chez les citadines. Les femmes qui travaillent ont davantage d'occasions de contact avec le monde extérieur, et sont de ce fait mieux à même d'adopter des attitudes rationnelles par rapport à leur descendance et à l'espacement des naissances. En 1982 déjà, alors que la transition de fécondité était encore timide, l'activité féminine s'est affirmée comme un critère discriminant majeur de la fécondité au Maroc. L'indice synthétique de fécondité, de 6,06 pour les femmes inactives, tombait à 3,60 pour les femmes actives. Cette différence est encore plus accentuée en milieu urbain, où s'exercent les activités féminines les plus rémunérées et les plus qualifiées : 5,01 enfants chez les femmes inactives, contre 2,4 chez les femmes actives. Le taux d'activité des femmes de 20-34 ans, qui sont responsables des deux-tiers de la fécondité et de 85% des naissances (Courbage, 1996), de 10% seulement en 1960, n'était encore que de 32% en 1992. Il faut donc s'attendre à ce que, à l'avenir, la progression de la scolarisation des filles et la participation croissante des femmes à la vie économique accentuent encore la baisse de la fécondité.

Si les déterminants proches sont bien connus, il n'en va pas de même pour les déterminants socio-économiques, culturels, etc., qui agissent sur la fécondité par l'intermédiaire de ces déterminants proches. Diverses études ont mis en évidence des systèmes de valeurs et des croyances qui conditionneraient les comportements de reproduction, dont ceux liés à la valeur représentée par les enfants dans les sociétés rurales.

La nécessité d'une descendance nombreuse, notamment à cause des coûts liés à son éducation, tend à devenir moins vive. Ceci à un moment où les flux intergénérationnels se modifient : avec une diffusion plus large de l'école, le volume des transferts des parents vers les enfants s'accroît, tandis que ceux en provenance des enfants se font plus précaires, en raison du chômage et de l'affaiblissement du contrôle social des anciens sur les plus jeunes. Ainsi, certains éléments qui pouvaient justifier une fécondité élevée disparaissent.

Une étude réalisée par le CERED (1996) sur la perception par les parents des coûts et bénéfices des enfants a montré que, au Maroc, le maintien de la fécondité rurale à des niveaux élevés et sa baisse plus tardive qu'en milieu urbain viennent du fait que, en milieu rural, les bénéfices des enfants, tels qu'ils sont perçus par les parents, l'emportent sur les coûts. En effet, dans certaines catégories de population, les parents peuvent ne pas avoir pleinement conscience du coût d'un enfant, tout en percevant clairement les bénéfices, à court et à long terme, qu'il procure (force de travail pour la famille, appui financier, soutien pour la vieillesse des parents...). Cette étude a révélé que 65,3% des chefs de ménage recevaient une aide physique de leurs enfants âgés de 7-15 ans dans les activités indépendantes du ménage. Cette aide est nettement plus importante en milieu rural (77,8%) qu'en milieu urbain (54,5%). Cette étude a également montré que les enfants du chef de ménage constituent la principale aide familiale (63,2% pour l'ensemble, mais 90,5% pour le milieu rural et seulement 9,5% pour le milieu urbain). En outre, l'étude des déterminants de la scolarisation en zones rurales réalisée au Maroc en 1993 a montré que le travail domestique ou économique des enfants entre en concurrence avec la scolarisation. En ce qui concerne l'appui financier, presque 30% des chefs de ménage urbains perçoivent une aide matérielle de leurs enfants, contre 26% en milieu rural. A l'échelon national, près de la moitié des parents (46,2%) comptent sur leurs enfants pour les prendre en charge dans leur vieillesse. Cette attitude est cependant beaucoup plus fréquente en milieu rural (59,1%) qu'en milieu urbain (36,7%).

Cette étude a révélé d'autre part que des motifs économiques étaient régulièrement avancés par les parents pour expliquer l'échec scolaire de leurs enfants, ce qui témoigne de la prise de conscience du coût croissant de l'éducation des enfants, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Le rôle de l'enfant est donc en train de changer. Entre les bénéfices que l'on peut attendre de la procréation (à court terme, le travail des enfants et, à long terme, la sécurité dans la vieillesse) et les coûts qu'elle engage (scolarisation, santé, logement, consommation alimentaire et vestimentaire des enfants), la balance s'inverse. Alors que, en milieu rural, les bénéfices semblent encore l'emporter, les coûts tendent maintenant à prévaloir sur les bénéfices dans les villes, où l'enfant entre plus tardivement en activité et où l'autoconsommation n'existe plus.

Conclusion

Bien que la fécondité demeure encore élevée au sein de certaines catégories de population, en particulier en milieu rural et chez les femmes analphabètes, et que de fortes disparités régionales persistent, le Maroc s'achemine vers la fin de sa transition. Néanmoins, les transformations sociales en cours, avec l'amélioration progressive du statut des femmes et la possibilité accrue qu'elles auront de maîtriser leur fécondité grâce à la contraception, laissent penser que la baisse de la fécondité va se poursuivre au Maroc.

Bibliographie

- Bongaarts J., (1978), « *A Framework, for analyzing the proximate determinants of fertility* », in *Population and development review*, 4 (1) : 105-132.
- CERED, (1996), « *Perception par les parents des coûts et bénéfices des enfants* », in *Famille au Maroc, les réseaux de solidarité familiale* Rabat, Maroc.
- Courbage Y., (1996), « *Transition féconde en contexte peu propice, le Maroc de 1962 à 1994* », in *Congrès Régional Arabe de Population*, Le Caire, 8-12 décembre 1996, vol. 3.
- D. S., (1997), RGPH 1994, *Situation démographique et socio-économique des provinces et préfectures du Royaume*, étude comparative, Série thématique.
- Fargues P., (1988), « *La baisse de la fécondité arabe* », in *Population*, n° 6, 975-1004.
- Johnston et Kenneth H., (1996), « *L'avortement provoqué dans le Monde en développement : estimations indirectes* » in *Perspectives internationales sur le Planning Familial*, numéro spécial de 1996.
- Ministère de la Santé publique, (1997), *Transition des déterminants proches de la fécondité au Maroc*, Dossiers Population et Santé, n° 6.
- Yaakoubd A., (1996), « *La Fécondité dans le Monde Arabe : Tendances et Facteurs d'évolution* » in *Congrès Régional Arabe de Population*, Le Caire, 8-12 décembre 1996, vol. 3.

La mortalité au Maroc : niveaux, tendances et déterminants

(Ali El Youbi)

Introduction

Tout le monde meurt mais ni au même âge ni par une même cause. Chacun suit dans sa vie une trajectoire qui lui est spécifique, déterminée par différents paramètres propres à chaque individu (milieu et conditions...). Le programme d'action mondial émanant de la dernière Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en septembre 1994 s'est fixé comme objectifs : l'amélioration de la chance et de la qualité de la vie, la réduction des disparités d'espérance de vie, la promotion de la santé et de la survie de l'enfant, ceci moyennant l'élimination de la surmortalité des fillettes, la promotion de la santé maternelle et de la maternité sans risque, la baisse de la morbidité et de la mortalité maternelle. Cinq ans après cette conférence, on pourrait se demander quel est le bilan de la mortalité au Maroc, un des pays signataires du programme d'action mondial ? Quels sont ses niveaux, ses tendances et ses déterminants ?

I. Niveaux et tendances de la mortalité

Selon le rapport de la CIPD, « l'un des grands progrès du XX^{ème} siècle a été l'accroissement sans précédent de la longévité humaine. Au cours du demi-siècle écoulé, l'espérance de vie a augmenté de par le monde d'une vingtaine d'années [...] L'allongement de l'espérance de vie dans la plupart des régions du monde tient aux progrès notables enregistrés en matière de santé publique et d'accès aux soins de santé primaires »¹. Qu'en est-il au Maroc ?

Au cours des années 1960, le Maroc, avec une espérance de vie à la naissance de 50 ans, a été classé parmi les pays à « mortalité moyenne »². En 1997, avec une vie moyenne de 68,8 ans, le Maroc reste dans cette situation, et est considéré parmi « le clan des pays à mortalité intermédiaire »³. En effet, en 1962, 19 personnes pour mille décédaient annuellement. Ce taux brut de mortalité a considérablement fléchi depuis. Il a atteint 6,7‰ en 1994 et 6,3‰ en 1997⁴, soit une diminution des deux-tiers de sa valeur initiale en 35 ans. Les différences de mortalité existent toujours au Maroc.

¹ Nations Unies, (1994), *Programme d'action de la CIPD*, Nations Unies, 125p.

² Vallin J., (1968), « La mortalité dans les pays du Tiers Monde : Evolution et perspective », *Population*, n° 5, pp. 845-868.

³ Tabutin D. et Gourbin C., (1997), « Mortalité et santé des enfants en Afrique du Nord depuis les années soixante, une synthèse comparative » in *Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman*, Conception, naissance et petite enfance au Maghreb, Cahiers n° 9-10, Aix-en-Provence, France, pp. 9-29.

⁴ CERED, (1997), *Profil socio-démographique du Maroc*, Rabat, Maroc.

L'une d'elles, d'ordre biologique, concerne le genre : le taux masculin est largement supérieur au taux féminin (8,1‰ contre 6,7‰ en 1987), soit une différence de 1,4 points. Comme presque partout dans le monde, les femmes marocaines vivent plus longtemps que les hommes pour des raisons biologiques surtout. L'espérance de vie des hommes est passée de 48,2 ans en 1967 à 66,3 ans en 1994 et 67,1 ans en 1997, alors que pour les femmes, elle était de l'ordre de 49,1 ans en 1967, 69,5 ans en 1994 et elle atteint 70,7 ans en 1997. L'écart entre les espérances de vie des femmes et des hommes est, en moyenne, de 3,2 ans en 1994, et de 3,5 ans en 1997. La hausse de l'espérance de vie des femmes, comme celle de l'ensemble de la population, a eu lieu grâce principalement à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

L'autre est sociale et se reflète surtout dans la supériorité de la mortalité rurale sur celle des villes : 8,6‰ contre 4,9‰ en 1994, et 7,9‰ contre 5‰ en 1997, pour les taux bruts de mortalité et 64,9 ans contre 71,5 ans en 1994 et 65,9 ans contre 72,2 ans en 1997 respectivement, pour les espérances de vie à la naissance. Les causes de la surmortalité rurale sont économiques, sociales, culturelles, mais aussi liées au statut de la femme. A la fin des années quatre-vingt, seulement 30% de la population rurale avaient accès aux services sanitaires, et 50% bénéficiaient de l'eau potable⁵.

II. La structure de la mortalité

1. La mortalité infanto-juvénile

Dans les années soixante, que nous connaissons un tant soit peu en raison des premières opérations statistiques et *a fortiori* avant, la mortalité des enfants de moins de 5 ans était très élevée. En 1962, le quotient de mortalité infanto-juvénile était de 213‰, et, une génération plus tard, il atteignait 76‰ en 1987-92, soit une diminution en points de 137 points et en pourcentage de 64%. Ces progrès ne se sont pas estompés dans la période récente puisque le quotient est récemment passé à 45,8‰ en 1992-97, soit une perte de 30 points entre 1992 et 1997, et une diminution très forte de 40%, à un rythme annuel de 9,6%, soit beaucoup plus vite que durant la période antérieure de 1962 à 1987-92 (-3,7%).

La mortalité a diminué à des rythmes annuels voisins de 6,5% en milieu rural : 137‰ en 1987 et 98 en 1992, soit 39 points de moins, et en milieu urbain, 81 à 59, soit 22 points en moins. Cependant, l'on aurait au contraire, attendu une diminution d'autant plus rapide que le niveau initial était plus élevé. Tel ne fut pas le cas et la surmortalité rurale qui s'est accentuée avec le temps, car le milieu urbain continue à bénéficier de l'essentiel des équipements éducatifs et sanitaires et ce malgré l'attention croissante dévolue par le gouvernement aux campagnes.

⁵ Varea C. et Bernis C., (1997), « Comportements reproductifs et santé materno-infantile dans le Maroc rural : le rythme du changement » in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman, n° 9-10, Aix-en-Provence, France, p. 75.

1.1. La mortalité néonatale

L'importance de la mortalité néonatale et l'intérêt qu'il faut lui accorder dans les stratégies de réduction de la mortalité apparaît à travers le poids des décès néonataux dans la mortalité des enfants de moins d'un an. En 1982-87, cette part représentait 61%, soit 60,2% pour le sexe masculin et 62,2% pour le sexe féminin. Cette part est descendue à 54% en 1987-92 (56% pour le sexe masculin et 51% pour le sexe féminin). Cinq années plus tard, en 1992-97, cette part reste identique, 54% toujours.

Dans la deuxième moitié des années 1970, sur mille naissances 50 enfants décédaient avant d'atteindre l'âge d'un mois sous l'effet de facteurs endogènes surtout (la santé de la mère, malformation congénitale, tétanos, pneumonie néonatale). En 1987-92, ce pourcentage a baissé à 34‰. En 1992-97, les décès néonataux représentaient 19,7‰ des naissances, enregistrant ainsi une baisse de 14 points en cinq ans et un rythme de baisse annuel remarquable de 10%. La même progression a concerné l'un et l'autre sexe. Ainsi, la mortalité néonatale des garçons a été constamment supérieure à celle des filles (33% en 1987-92).

Entre 1987 et 1992, alors que la mortalité néonatale urbaine restait presque constante (26,1‰ contre 30‰) la mortalité néonatale rurale baissait de 15 points, passant de 51,2‰ à 36,2‰, soit une baisse de presque 29%. La surmortalité rurale était de 96% en 1987 et de 21% en 1992.

1.2. La mortalité post-néonatale

A partir du premier mois, la santé de l'enfant est confrontée à l'insalubrité, aux infections respiratoires ou alimentaires. En 1975-79, parmi mille enfants ayant passé le cap du premier mois, 41 ne fêtaient pas leur premier anniversaire, (42‰ pour les garçons, 38‰ pour les filles). En 1987-92, la mortalité post-néonatale a atteint 29,2‰, (30‰ pour les garçons et 28,3‰ pour les filles). La différence entre sexes a été réduite à seulement 1,7 point. Dans l'enquête PAPCHILD de 1997, ce quotient a encore diminué atteignant 16,9‰, plus rapidement pour les garçons que pour les filles. La mortalité post-néonatale du sexe masculin est toujours supérieure à celle du sexe féminin, bien que l'écart soit en baisse depuis les années soixante-dix.

En milieu rural, le quotient de mortalité post-néonatale a diminué entre 1982-87 et 1987-92, de 34,6‰ à 33,2‰, moins 1,4 point et une baisse relative de 4%. La mortalité post-néonatale dans le milieu urbain a également beaucoup baissé, de 22,0‰ en 1987-92, le quotient a atteint 11,4‰ en 1991-95, soit une baisse de 48%. La surmortalité rurale de 50% en 1987-92, est encore très élevée.

1.3. La mortalité Infantile

La mortalité infantile rend compte du développement social d'un pays. Au Maroc, ce quotient a fortement baissé de 149‰ en 1962 à 36,6‰ en 1992-97, une baisse de 75%. La

mortalité infantile a diminué en milieu urbain et en milieu rural passant de 51,9‰ à 24‰, et de 69,3‰ à 46‰ respectivement, au cours d'une période de 5 ans. La surmortalité rurale s'est donc accentuée, passant de 33,5% en 1992 à presque 92% en 1997. La part des décès de moins d'un an dans l'ensemble des décès est passée de 6,3% en 1992 à 3,7% en 1997.

La surmortalité féminine a sévi jusqu'aux années soixante, remplacée depuis par une surmortalité masculine, apparue au cours de la deuxième moitié des années soixante-dix et qui s'est accentuée avec le temps.

1.4. La mortalité juvénile

Depuis les années soixante, le Maroc est parvenu à faire baisser de manière sensible les décès juvéniles. Le quotient de mortalité juvénile était de 75‰ en 1962 et de 22,1‰ en 1987-92. Cinq ans plus tard, il est de 9,8‰. Il aura ainsi perdu l'équivalent de 87% de sa valeur d'il y a trente ans. La surmortalité des filles de 1-5 ans a existé entre les années soixante-dix et 1987-92, pour s'estomper quelque peu depuis.

La surmortalité en milieu rural s'accroît avec le temps. La mortalité juvénile était trois fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain au cours des années 70, quatre fois plus en 1992 et presque cinq fois plus en 1995.

1.5. La mortalité au-delà de cinq ans

La seule source de données sur la mortalité générale pour les tranches d'âges plus élevées est l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés (ENDPR) de 1986-88⁶. Nous allons également utiliser les tables de mortalité réalisées par le CERED, à l'aide de techniques indirectes⁷, qui couvrent les années 1967⁸, ou plus exactement 1962-72, 1980⁹ et 1990¹⁰.

La mortalité entre 5 et 14 ans diminue, que ce soit par sexe ou par milieu de résidence, depuis les années soixante. Le quotient de mortalité des garçons était de 33,5‰ en 1967. Vingt ans après (1990), il a atteint 9,5‰, soit une baisse relative de 71%. Chez les filles de 5-14 ans, le quotient de mortalité était de 31,2‰ en 1967 et de 9,2‰ en 1990, soit une baisse relative de plus de 70%. Ainsi, de 5 à 14 ans, la mortalité des garçons a baissé à un rythme voisin de celui des filles. La baisse de mortalité concerne aussi bien le milieu urbain que rural, avec une persistance de la surmortalité masculine en milieu urbain et de la surmortalité féminine en milieu rural. La surmortalité masculine en milieu urbain augmente depuis 1987, alors que la surmortalité féminine rurale est variable mais toujours présente depuis 1980.

⁶ D. S., (1993), *Enquête Démographique à Passages Répétés 1986-1988*, Rabat, Maroc, 526 p.

⁷ Abstraction faite des inconvénients de ces techniques.

⁸ CERED, (1974), *Tables de mortalité marocaine*, Rabat, Maroc, 229 p.

⁹ CERED, (1986), *Analyse et tendances démographiques au Maroc*, Rabat, Maroc, 229 p.

¹⁰ CERED, (1993), *L'état civil : Source d'information sur la population*, Rabat, Maroc, 285 p.

La mortalité des adolescents (15-29 ans) a été estimée à 87,6‰ en 1967. En 1990, elle a atteint 23,3‰, enregistrant ainsi une baisse de 73%. La mortalité des adolescentes était de 82‰ en 1967 et de 15,5‰ en 1990, soit une baisse de 81%. La mortalité des adolescentes a baissé à un rythme plus accéléré que celle des adolescents. La baisse de la mortalité par sexe des adolescents se retrouve dans les deux milieux, où règne partout une surmortalité des adolescents. La mortalité des 15-29 ans est plus élevée en milieu rural, quel que soit le sexe.

Depuis 1967, la mortalité des adultes (30-59 ans) a également baissé. La mortalité masculine des adultes, qui était de 307,4‰ en 1967 est tombée à 175,3‰ en 1990, soit une baisse de 43%. La mortalité des femmes adultes était de 291‰ en 1967 et 110,2‰ en 1990, soit une baisse relative de 62%. La mortalité des femmes a donc baissé à un rythme plus soutenu que celui des hommes, faisant apparaître une surmortalité masculine grandissante entre 1962 à 1990. La baisse de la mortalité par sexe se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec une surmortalité masculine dans les deux cas et une surmortalité en milieu rural pour chacun des deux sexes.

La mortalité des personnes du troisième âge (60-74 ans) a baissé, et ce par sexe comme par milieu de résidence. La mortalité masculine des personnes du troisième âge a été estimée à 519‰ en 1967. En 1990, elle a atteint 398‰, soit une baisse de près de 25%. Pour le sexe féminin, la mortalité pour cette tranche d'âges était de 501,2‰ en 1967 et de 237‰ en 1990, soit une diminution de 52%. Le risque de décès des femmes a donc baissé deux fois plus vite que chez les hommes. Cette différence se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec une surmortalité masculine dans les deux cas et une surmortalité rurale de chaque sexe par rapport à son équivalent urbain.

L'espérance de vie à 75 ans du sexe masculin était de 8,2 ans en 1980. En 1990, un homme âgé de 75 ans pouvait espérer vivre 11 ans de plus, soit un gain de presque 3 ans de vie en 10 ans. L'espérance de vie des femmes du même âge était de 7,9 ans en 1980 et de 8,8 ans en 1990, soit un gain absolu d'une année. Au-delà de 75 ans, la mortalité des femmes a baissé à un rythme plus faible que celui des hommes. Ainsi, à cet âge les hommes peuvent espérer vivre plus longtemps que les femmes. Cette différence se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec un accroissement de la survie masculine dans les deux cas.

2. La mortalité maternelle

La fréquence du recours aux services de soins prénatals et d'assistance lors des accouchements sont parmi les éléments essentiels qui déterminent le niveau de mortalité maternelle. En 1997, 42% des femmes enceintes ont reçu une assistance médicale prénatale et

43% des accouchements avaient lieu avec l'aide de personnel sanitaire¹¹. Ainsi, la mortalité maternelle au Maroc reste assez élevée : 228 décès maternels pour 100 000 naissances pour les femmes non célibataires en âge de reproduction en 1992-97. Par rapport à la période entre 1978 et 1984 (359 pour 100 000 naissances), la mortalité maternelle au Maroc a beaucoup baissé. Une surmortalité maternelle a été enregistrée en milieu rural. Elle a peu diminué avec le temps.

III. L'analyse des déterminants de la mortalité différentielle

Quatre grands courants explicatifs de la baisse de la mortalité ont vu le jour : le courant médico-technologique, le courant économique, le courant nutritionnel, et enfin le courant socioculturel¹². Parmi les conceptions les plus utilisées, on trouve le cadre conceptuel de Mosley pour la mortalité infanto-juvénile où la synergie entre la malnutrition et l'infection est la variable intermédiaire privilégiée entre les déterminants sociaux et la mortalité de l'enfant. Les différences de mortalité des enfants observées découlent, entre autres, des différences socio-économiques, culturelles ou contextuelles. L'objectif est de dégager les déterminants de la mortalité infanto-juvénile en liant les divergences constatées au niveau de la mortalité des enfants, toutes causes, à la divergence de ces variables¹³.

1. Le milieu de résidence

Les plus notables divergences en matière de mortalité se trouvent entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, l'urbanisation et les conditions de vie qu'elle induit, constituent l'un des facteurs essentiels de divergence en matière de mortalité. En milieu rural, le niveau social et économique, généralement bas, de la population et la dispersion de l'habitat ne permettent pas l'instauration d'infrastructures nécessaires à une vie saine, avec le minimum de risque. En effet, en 1991, il a été constaté que « sur 10 pauvres, près de 7 habitent les douars ruraux, 2 relèvent des centres urbains et villes moyennes et seulement 1 réside dans une grande ville. Le même profil semble se dessiner en 1995 »¹⁴.

Les différences de mortalité proviennent donc des disparités dans la disponibilité, l'accès et la fréquentation des infrastructures sanitaires. Elles pourraient également être dues aux inégalités socio-économiques et culturelles entre les deux milieux.

2. La région de résidence

La variation de la mortalité selon la région de résidence résulte des effets combinés des différences dans les conditions climatiques, géographiques, socio-économiques et sociales (vaccination incomplète, manque d'infrastructures et absence de personnel qualifié, manque de

¹¹ PAPCHILD, 1997.

¹² Voir aussi, Tabutin D., (1997), « Un tour d'horizon des théories de mortalité », in Chaire Quetelet 1997, Louvain-la-Neuve, 26-28 novembre 1997, *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Belgique, 15 p.

¹³ La série de variables citées ici n'est pas exhaustive.

médicaments). Différents climats peuvent être « à l'origine du développement de pathologies distinctes, sinon pour leur nature, du moins dans leur conséquence » par l'intermédiaire de la température et des précipitations¹⁵. A titre d'exemple, au Maroc, la mortalité néonatale varie, en 1995, de 21,9‰ dans la région de l'Oriental à 62,8‰ dans la région du Centre-Nord, laquelle, avec un quotient de 39,9‰ en 1992, avait la mortalité néonatale la plus élevée de toutes les régions. Ainsi, entre 1992 et 1995, la mortalité néonatale de cette région a enregistré une augmentation de presque 23 points. Sur la même période la mortalité infantile de la même région s'est accrue de 35 points et la mortalité infanto-juvénile de 23 points.

3. L'âge de la mère

La procréation précoce ou tardive influe négativement sur la survie de l'enfant. En effet, les risques de décéder des enfants dont les mères ont moins de vingt ans ou plus de 40 ans à la naissance sont plus importants que pour ceux dont les mères ont des âges intermédiaires. En 1995, le risque de décéder avant d'avoir un mois d'âge est de 59‰ pour les enfants nés de mères de moins de vingt ans contre 30‰ pour ceux nés de mères de 20-29 ans, soit presque le double. De même, il est de 60‰ pour les enfants nés de mères de 40-49 ans.

4. L'intervalle avec la naissance précédente

La durée de l'intervalle avec la naissance précédente est le facteur qui influe le plus sur le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Pour un intervalle intergénéral de moins de 2 ans, la mortalité infantile est de 103,8‰ en 1992, soit plus de trois fois celle des enfants nés 4 ans ou plus après la dernière naissance. Au cours du premier mois de vie, le risque de décéder des enfants nés dans un intervalle de moins de deux ans a connu une augmentation de presque 11 points entre 1992 et 1995.

5. Le niveau d'instruction de la mère

L'influence du niveau d'instruction de la femme sur la mortalité juvénile peut s'expliquer par le fait que les décès des enfants survenus entre 1 et 5 ans sont surtout dus aux maladies telles que la rougeole, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et les maladies respiratoires. Il incombe donc à la mère de savoir équilibrer les aliments donnés à l'enfant, et d'accorder une grande attention aux soins dispensés afin d'éviter ces maladies. Son niveau d'instruction détermine ses connaissances en matière de nutrition, de période de sevrage, d'hygiène de l'alimentation et d'environnement de l'enfant. Il peut aussi induire des comportements différentiels des mères en matière d'allaitement, d'espacement des naissances, et de soins prénatals et postnatals.

¹⁴ CERED, (1997b), *Population vulnérable : Profil socio-démographique et répartition spatiale*, Rabat, Maroc, 315 p. (p. 85.)

¹⁵ Bley D. et Baudot P., (1997), « Les déterminants de la mortalité infantile dans la province de Marrakech » in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman, n° 9-10, Aix-en-Provence, France, pp. 55-66.

Selon les deux dernières enquêtes DHS de 1992 et 1995, le quotient de mortalité des enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction est passé de 91,3‰ en 1992 à 97,8‰ en 1995. La mortalité des enfants dont les mères ont un niveau secondaire et plus est passé de 22,4‰ en 1992 à 24,0‰ en 1995. La mortalité des enfants du premier groupe est donc 4 fois plus élevée que celle du second, pour les deux années. Se protéger des risques passe aussi par des soins de santé accessibles à tous, par des pratiques d'hygiène et une alimentation saine et équilibrée.

6. Les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement

Les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement diminuent le risque de décès des enfants et/ou de la mère en détectant les grossesses à risques. Selon les dernières enquêtes DHS de 1992 et 1995, le quotient de mortalité des enfants dont les mères n'ont bénéficié ni de soins ni d'assistance était de 93,4‰ en 1992 et 96,1‰ en 1995. La mortalité des enfants dont les mères ont bénéficié de ces deux services était de 35,9‰ en 1992 et 36,5‰ en 1995. La mortalité des enfants du premier groupe est plus que deux fois et demi celle du second groupe.

Par ailleurs, il a été constaté qu'à Marrakech, le nombre de femmes de moins de 30 ans qui accouchent en milieu médical diminue de moitié entre le premier et le second enfant. Signe qu'une fois dépassée la crainte associée à un premier accouchement, le recours à l'assistance médico-sanitaire n'est pas encore habituel pour ce type d'événement¹⁶.

Normalement, la mortalité maternelle reste tributaire de « l'effet des grossesses nombreuses et de la brièveté des intervalles intergénéraliques »¹⁷. Or, au Maroc « même si les femmes ont eu moins de grossesses et de naissances, ceci n'a pas provoqué une diminution importante d'exposition au risque d'un décès maternel »¹⁸. Par conséquent, des efforts additionnels sont nécessaires pour accélérer la baisse de la mortalité maternelle. Il s'agit d'augmenter la disponibilité des services de visites prénatales et d'accouchement dans les établissements sanitaires et de pourvoir à la sensibilisation des femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à risques.

7. L'accessibilité aux services de confort

La disponibilité de certains équipements dans les logements occupés par les ménages est un indicateur partiel du confort. Ces équipements participent grandement à l'instauration d'un environnement sain du point de vue de l'hygiène et de la santé, tels que la fourniture de l'eau potable et la disponibilité de toilettes.

¹⁶ Varea et Bernis, (1997) op. cit. p. 78.

¹⁷ Courbage et Khlaf, (1995), « La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979-1991, I, La mortalité générale, Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure », *Population*, n° 1, INED, Paris, France, pp. 7-32.

¹⁸ ENPS II, (1992).

Le mode d'approvisionnement en eau est un indicateur des conditions économiques et sanitaires d'un ménage. L'hygiène alimentaire qui est importante pour la santé des enfants dépend, entre autres, de la disponibilité en eau potable dans le ménage et de ses modes d'utilisation et de conservation. La part des ménages vulnérables non 'branchés individuellement' est de 79,4%¹⁹. En outre, le type d'approvisionnement en eau peut favoriser la recrudescence de certaines maladies telles que les maladies diarrhéiques, le choléra ou la fièvre typhoïde. L'eau de source, de rivière ou de ruisseau est souvent porteuse de germes pathogènes et augmente le risque de maladie.

Le type de toilettes est un élément important de l'hygiène dans le ménage, de la salubrité de l'environnement et donc de la santé des enfants. L'absence de toilettes, observée le plus souvent dans les ménages de faible niveau économique favorise la prolifération des insectes et des germes pathogènes. L'hygiène est mieux assurée dans les ménages ayant des toilettes avec chasse d'eau ou latrines. Un environnement insalubre expose l'enfant aux maladies telles que la fièvre typhoïde et les diarrhées. De plus, la plupart des ménages qui n'ont pas de toilettes se concentrent dans les campagnes où la mortalité est élevée. En effet, dans le milieu rural 67,6% des ménages n'avaient pas de toilettes en 1992, contre seulement 4,2% en milieu urbain. En 1995, cette part a baissé à 60,7% et à 2,5% respectivement.

En 1987, il a été constaté que la mortalité infantile des ménages économiquement faibles était le double de celle des ménages aisés (89,5‰ contre 39,2‰)²⁰, l'écart est voisin pour les deux sexes (91,2‰ contre 42‰ pour le sexe masculin et 8,4‰ contre 37,1‰ pour le sexe féminin). Les différences sont plus accentuées pour la mortalité juvénile. Elle est cinq fois et demi plus élevée au sein du premier groupe qu'au sein du second.

8. Le niveau de vie

« Le niveau de vie, en améliorant l'état nutritionnel des individus et ainsi leur résistance aux infections, conduit au déclin de la mortalité »²¹ et la récession économique et ses retombées sur les budgets publics et les revenus individuels peuvent être à l'origine d'une stagnation de la baisse de mortalité et d'une résurgence du cycle malnutrition-infection-mortalité, entraînant la remontée de la mortalité des enfants.

Au Maroc, la part consacré à l'alimentation est encore élevée. Elle va de 48% dans la région de l'Oriental à 55% dans la région du Sud. Ce qui en explique par opposition la faiblesse de la

¹⁹ CERED, (1997b), op. cit. p. 269.

²⁰ D. S., (1993), op. cit., $IGC = Eau + Elec. + WC + SB + 1 / (\text{densité par pièce})$, chacune des quatre premières variables a été affectée de 1 si le ménage dispose de l'équipement ou de 0 si non. En ce qui concerne la variable 1 (densité par pièce), celle-ci a été affectée de 1 quand sa valeur est supérieure ou égale à 0,5 ou de 0 quand sa valeur est inférieure à 0,5. L'indicateur est considéré : faible si $0 \leq IGC \leq 1$, moyen si $2 \leq IGC \leq 3$, aisé si $4 \leq IGC \leq 5$.

²¹ Tabutin D., (1997), op. cit.

part des dépenses d'hygiène et de soins de santé. Cette dernière va de 3,3% dans les régions du Sud et du Centre-Sud à 6% dans la région du Centre. En revanche, les dépenses alimentaires ne représentent pour les ménages de revenu élevé, qu'une faible part. La partie restante du revenu, après satisfaction des besoins alimentaires, est consacrée à d'autres dépenses et se manifeste, entre autres, par une augmentation des dépenses des soins de santé. Ceci a un effet positif sur la santé et la mortalité générale et sur la mortalité des enfants en particulier. Contrairement à l'alimentation, la part des dépenses d'hygiène et de soins de santé est en liaison positive avec l'espérance de vie²².

« Le Maroc a certes réalisé quelque progrès qui se sont traduits par une évolution favorable des conditions de vie des ménages, conséquence d'une timide amélioration de la répartition des revenus. [...] La pauvreté a régressé, mais n'a pas totalement disparu [...]. La vulnérabilité à la pauvreté touche près d'un ménage sur deux et elle est plus intense en milieu rural qu'en milieu urbain »²³. Mais l'élimination systématique de la pauvreté nécessite d'énormes ressources, dont les trois-quarts devraient être destinées au monde rural, que l'économie marocaine ne peut fournir ni à court terme, ni à moyen terme²⁴. Ainsi, une stratégie consistant à fixer les zones prioritaires dans toute action sociale a été définie. Elle est en cours de réalisation dans 13 provinces prioritaires, et ce dans le cadre d'un programme des priorités sociales (BAJ). L'on espère que ce programme outre l'amélioration des conditions sanitaires dans les provinces ciblées pourra contribuer à celle du pays dans son ensemble.

Conclusion

L'analyse de la structure et de la tendance de la mortalité a montré une différence notable de mortalité par sexe, par âge, par milieu de résidence. Par ailleurs, sur toutes les tranches d'âges, il a été relevé une surmortalité masculine sauf entre 5 et 14 ans et après 75 ans où une surmortalité féminine persiste encore. La surmortalité rurale est présente dans tous les cas. Il est intéressant de relever que la transition vers les basses mortalités au Maroc s'est poursuivie jusqu'à très récemment en 1997, et ce malgré le désengagement relatif de l'Etat du système de santé et la prise en charge progressive des coûts de santé par les familles.

Références bibliographiques

Bley D. et Baudot P., (1997), « *Les déterminants de la mortalité infantile dans la province de Marrakech* » in Conception, naissance et petite enfance au Maghreb, Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman, n° 9/10, Aix-en-Provence, France, pp. 55-66.

CERED, (1974), *Tables de mortalité marocaine*, Rabat, Maroc, 229 p.

CERED, (1986), *Analyse et tendances démographiques au Maroc*, Rabat, Maroc, 229 p.

CERED, (1993), *L'état civil : Source d'information sur la population*, Rabat, Maroc, 285 p.

²² El Youbi A., (1995), « La mortalité différentielle au Maroc : Structure et facteurs de disparités régionales » in 9^{ème} Colloque de l'AMEP sur le thème *Population et développement régional*, Hammamat, 14-17 Novembre 1995, pp.

²³ CERED, (1997b), op. cit. p. 112.

²⁴ CERED, (1997b), op. cit. p. 85.

- CERED, (1997a), *Profil socio-démographique du Maroc*, Rabat, Maroc.
- CERED, (1997b), *Population vulnérable : Profil socio-démographique et répartition spatiale*, Rabat, Maroc, 315 p.
- Courbage Y. et Khlal M., (1995), « *La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979-91. I. La mortalité générale. Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure* », *Population*, n° 1, 1995, INED, Paris, France, pp. 7-32.
- D. S., (1993), *Enquête Démographique à Passages Répétés 1986-88*, Rabat, Maroc, 526p.
- El Youbi A., (1995), « *La mortalité différentielle au Maroc. Structure et facteurs de disparités régionales* » in 9^{ème} Colloque de l'AMEP sur le thème « Population et développement régional », Hammamat, 14-17 Novembre 1995, pp.
- Ministère de la Santé Publique, *ENPS II (1992) et PAPCHILD (1998)*.
- Nations Unies, (1994), *Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*, Nations Unies, 125 p.
- Tabutin D., (1997), « *Un tour d'horizon des théories de mortalité* » in Chaire Quetelet, Louvain-la-Neuve, 26-28 novembre 1997, *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Belgique, 15 p.
- Tabutin, D. et Gourbin C., (1997), « *Mortalité et santé des enfants en Afrique du Nord depuis les années soixante, une synthèse comparative* » in *Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman*, Conception, naissance et petite enfance au Maghreb, Cahiers n° 9-10, Aix-en-Provence, France, pp. 9-29.
- Vallin J., (1968), « *La mortalité dans les pays du Tiers-Monde : Evolution et perspective* », *Population*, n° 5, pp. 845-868.
- Varea C. et Bernis C., (1997), « *Comportements reproductifs et santé materno-infantile dans le Maroc rural : le rythme du changement* » in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman, n° 9/10, Aix-en-Provence, France, pp. 75-84.

Projection du nombre de ménages du Maroc jusqu'en l'an 2010

(Mustapha Berrouyne)

Introduction

Toute activité humaine implique l'appartenance à des groupes, dont le plus important, tant pour l'homme que pour la société, est la famille ou le ménage. Bien qu'il existe diverses formes de familles et de ménages dans les différents systèmes sociaux, culturels et politiques, la famille et le ménage constituent l'unité d'analyse par excellence pour la planification et les prises de décisions politiques, économiques et démographiques.

L'étude des ménages, unité statistique la plus couramment utilisée, et de leur évolution future, permet d'apporter des éléments de réponse à divers problèmes, tels que les problèmes sociaux (l'emploi, le chômage, les logements, la sécurité sociale, la santé, les infrastructures sociales, etc.) ou économiques (la production et la consommation, les revenus, la qualité et l'importance de la population active, etc.). L'importance des ménages se découvre donc à travers le rôle qu'ils jouent sur les plans démographique, économique et social. L'objectif de cette étude est de déterminer la manière d'appréhender ce rôle dans une optique démographique, pour discerner les mécanismes de leur formation et de leur croissance, et afin d'analyser les variations dans leur nombre et leur dimension. Les projections des ménages présentées ici ont été faites à partir des projections de population ventilées par sexe, groupe d'âges et milieu de résidence, réalisées par le CERED (1997)²⁵.

I. Définition du ménage

Dans le recensement de 1982, le ménage a été défini comme étant « un groupe de personnes, apparentées ou non, vivant (ou dormant) habituellement dans un même logement, et dont les dépenses sont généralement communes. Une personne vivant seule est considérée comme constituant un ménage » (Nouijai, Lfarakh, 1985).

La proximité de cette définition avec celle utilisée lors du recensement de 1994 permet de procéder à des comparaisons dans le temps sans grand risque. Chacune de ces définitions utilise en effet les mêmes critères de détermination de l'unité d'habitation, de la communauté de vie, de l'unité économique (dépenses communes) et de l'existence ou non de liens familiaux. Ces quatre critères fondamentaux relatifs à la définition du concept de ménage sont ceux utilisés par les

²⁵ Voir à ce propos, CERED, (1997), *Situation et perspectives démographiques du Maroc*, Rabat, Maroc, 316 p.

Nations Unies. Le Maroc utilise donc une définition du ménage conforme aux recommandations des Nations Unies²⁶.

II. Méthodologie

Le calcul de ces projections est fondé sur l'application des taux de chef de ménage²⁷, par sexe, par groupe d'âges et par milieu de résidence, à la projection de population totale ventilée suivant les mêmes critères²⁸. Cette méthode des taux de chef de ménage présente certes des handicaps, mais elle reste la plus appropriée²⁹ pour une perspective des ménages au Maroc. Elle a cependant rempli parfaitement le rôle attendu d'elle, tant que le mariage et la fécondité sont demeurés stables (Juby, 1995).

La même méthodologie a été appliquée pour les projections en milieu urbain. Pour assurer une cohérence entre les deux milieux de résidence, le nombre de ménages ruraux a été obtenu par différence entre les effectifs de ménages de l'ensemble du Maroc et ceux du milieu urbain.

III. Evolution des taux de chefs de ménage (1982-94)

En analysant l'évolution des taux de chef de ménage par âge tirés des recensements de 1982 et de 1994 (tableau 1), nous avons observé que :

- Les taux de chefs de ménage de sexe masculin sont de loin supérieurs à ceux de sexe féminin pour tous les groupes d'âge. Cette situation n'est pas surprenante si l'on sait que dans la société marocaine, l'homme assume non seulement le rôle de pourvoyeur principal du ménage, mais aussi celui de la responsabilité des affaires familiales et sociales ;
- Les taux de chefs de ménage dans le groupe d'âges des 15-19 ans sont faibles, en particulier pour le sexe féminin. Ce constat est caractéristique d'un état transitoire. En effet, assumer le rôle de chef de ménage à cet âge au Maroc est une responsabilité presque marginale, et est souvent la conséquence d'une situation conjoncturelle (apprentissage d'un métier, etc.) ;
- Pour le sexe masculin, les taux augmentent avec l'âge, puis plafonnent aux groupes d'âges 45-64 ans, avant de commencer à baisser après l'âge de 65 ans. La plupart des hommes deviennent des chefs de ménage dès l'entrée en âge d'activité. Entre 45 et 65 ans, presque tous le sont ;

²⁶ Un ménage est défini en fonction de la manière dont les personnes pourvoient, individuellement ou en groupe, à leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux.

²⁷ Ce taux est le rapport de l'effectif des ménages à celui de la population totale vivant dans ces ménages.

²⁸ Faute de projections de la population selon l'état matrimonial.

²⁹ Berrouyne M., (1997), cherchant un modèle pouvant être appliqué aux données marocaines, a montré que le modèle d'Akkeman (1980), qui est un modèle dynamique de formation et de dissolution des ménages, a donné une mauvaise estimation du nombre de ménages, particulièrement pour les groupes d'âges 15-19 ans et 20-24 ans (chiffres négatifs). Il ajoute que la méthode des taux de chefs de ménages reste la plus recommandée pour une perspective des ménages au Maroc.

- Les taux de chefs de ménage de sexe féminin font apparaître une tendance ascendante dès les jeunes âges, et particulièrement à partir de 30 ans. Cette tendance peut s'expliquer par la proportion des divorcées et veuves qui augmente avec l'âge, et conduit à ce que des femmes soient recensées comme chefs de ménage ;
- Entre les deux recensements, les taux de chefs de ménage des deux sexes ont diminué de façon très sensible à tous les âges, à l'exception des deux derniers groupes d'âges.

En milieu urbain, les constatations sont les suivantes :

- Dans les deux recensements, les taux de chefs de ménage de sexe masculin sont largement supérieurs à ceux de sexe féminin, et ce pour tous les groupes d'âges ;
- Chez les femmes, l'augmentation des taux de chefs de ménage est plus marquée. La valeur maximale enregistrée est de 28,9% en 1982 et de 29,8% en 1994 (contre 22,3% et 23,8% respectivement pour l'ensemble) ;
- Les taux du groupe d'âges 15-19 ans sont faibles, en particulier pour le sexe féminin.

Tableau 1 : Taux de chefs de ménage aux recensements de 1982 et de 1994.

Groupes d'âges	Niveau national				Milieu urbain			
	Recensement de 1982		Recensement de 1994		Recensement de 1982		Recensement de 1994	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19	2,1	0,4	1,6	0,3	1,6	0,5	1,6	0,5
20-24	12,8	1,9	8,5	1,5	11,8	2,1	8,2	2,3
25-29	39,7	4,5	25,7	3,6	40,6	5,5	24,6	4,7
30-34	66,2	8,3	51,0	6,0	69,0	10,8	51,1	7,3
35-39	83,1	10,7	72,1	9,1	85,4	13,7	72,9	10,6
40-44	89,9	12,9	84,9	11,9	90,7	17,2	86,3	15,2
45-49	93,6	15,8	90,3	14,0	93,5	20,8	91,1	18,1
50-54	94,2	18,4	93,7	17,0	93,1	25,3	93,4	23,6
55-59	94,5	21,8	94,6	19,5	93,2	28,9	94,2	26,4
60-64	91,7	22,2	93,7	23,2	91,1	28,0	92,9	29,8
65 & +	81,7	22,3	85,4	23,8	76,0	25,1	86,1	29,5

Source : D. S., 1984 et 1996.

Entre 1960 et 1982, l'accroissement de la population a été supérieur à celui du nombre de ménages : +74% et +40% respectivement. Entre 1982 et 1994, en revanche, le nombre de ménages a crû plus rapidement (+30%) que la population (+27,6%). Les modifications dans la structure des ménages qui découlent de cette croissance différentielle incitent à rechercher les éléments fondamentaux des variations observées. En effet, l'étude démographique des ménages suppose une meilleure connaissance des facteurs qui influent sur leur composition et sur leur évolution.

IV. Les hypothèses de projection

Les hypothèses constituent la difficulté majeure dans toute étude se rapportant aux projections, en particulier celles se rapportant aux ménages. Ces difficultés résident dans le fait que nous ne pouvons pas prévoir avec certitude les comportements sociaux. En effet, les

ménages sont influencés par des facteurs démographiques et socio-économiques qui conditionnent leur évolution. En d'autres termes, les comportements sociaux ne peuvent pas être modélisés par des formules mathématiques. Les projections sont donc les résultats des données de base et des hypothèses retenues (Wattelar, 1980).

Comment se présentent les hypothèses retenues par le CERED ?

- Hypothèse 1 : l'âge minimum de constitution d'un ménage est de 15 ans exacts, aussi bien pour le sexe féminin que pour le sexe masculin ;
- Hypothèse 2 : cette hypothèse est celle des taux constants, qui suppose l'utilisation des données du recensement de 1994. Elle définit les limites supérieures du nombre de ménages par groupe d'âges que ne nous pourrions pas dépasser ;
- Hypothèse 3 : elle suppose une variation moyenne annuelle des taux, fondée sur la méthode d'extrapolation des fonctions exponentielles modifiées.

Enfin, étant donné que les effectifs de population sont estimés au milieu de chaque période, les taux de chefs de ménage ont été corrigés et ramenés³⁰ également au milieu de chaque période.

La première hypothèse, qui considère que les taux de chefs de ménage resteraient les mêmes après 1994, suppose que tous les mouvements internes de la population restent constants. En clair, elle suppose un maintien des niveaux de la mortalité, de la fécondité et de la propension au mariage et au divorce. Les migrations internationales sont supposées négligeables. Etant donné que la population marocaine est en phase de transition, cette hypothèse s'avère forte. Ses résultats constitueront donc les limites supérieures ne pouvant être dépassées en ce qui concerne le nombre de ménage par groupe d'âges.

La deuxième hypothèse, qui suppose une variation moyenne annuelle des taux enregistrés, utilise les données des deux derniers recensements (1982 et 1994). Ces données montrent qu'il y a eu une diminution des taux de chefs de ménage entre ces deux dates. Cette hypothèse pourrait mieux traduire les tendances des phénomènes démographiques (mortalité, fécondité et mouvements migratoires) puisqu'elle utilise une variation moyenne. Mais, compte tenu de la décroissance des taux aux jeunes âges chez les hommes (15-19 ans et 25-34 ans), et pour le groupe d'âges 15-19 ans du sexe féminin, une extrapolation, même pour une période relativement courte, provoquerait une décélération rapide des ménages des groupes d'âges des chefs de ménages concernés.

³⁰ La procédure de correction utilisée est semblable à celle qui sert à calculer les taux d'intérêt, elle se base sur l'évolution des taux par groupe d'âges, entre la période qui sépare les recensements de 1982 et de 1994. Pour plus de détails voir Samh (1992).

Compte tenu de ces considérations, les résultats utilisant l'extrapolation tendancielle des taux de chef de ménage, par sexe et par âge, présentés dans cette étude se révèlent acceptables.

V. Les principaux traits de l'évolution du nombre de ménages

Si l'évolution tendancielle observée dans le passé (1982-94) se poursuit, l'effectif total des ménages du Maroc passera de 4,573 millions en 1995 à 6,782 millions en 2010, soit une croissance moyenne annuelle de 2,7%, plus rapide que celle de la population (1,6%). Les hommes continueront à constituer la majorité des chefs de ménage.

Le rythme d'augmentation du nombre des ménages s'accroîtra d'année en année. De 1995 à 2000, l'augmentation annuelle moyenne devrait être de 128 000 ménages, tandis qu'elle n'était que de 86 000 entre 1982 et 1994. Cette croissance se poursuivra et atteindra 168 000 ménages par an entre 2005 et 2010, malgré la baisse supposée des taux de chefs de ménage. Ceci s'explique par le fait que la population adulte âgée de plus de 30 ans constitue le potentiel le plus important des chefs de ménage. En effet, selon la variante moyenne des projections de population, son effectif passera de 8 925 000 en 1994 à 14 944 000 en 2010.

Le nombre de ménages urbains passerait de 2,653 millions en 1995 à 4,722 millions en l'an 2010, soit une multiplication par 1,8 en 15 ans (après avoir été multiplié par 1,6 entre 1982 et 1994). En revanche, l'effectif des ménages ruraux s'accroîtra, passant de 1,917 million en 1995 à 2,061 millions en 2010, soit une multiplication par 1,1 (légèrement supérieure à celle observée entre 1982 et 1994 qui est de 1,04). Les ménages urbains, qui représentaient 57% du total en 1994, pourraient ainsi atteindre 70% en l'an 2010. Cette évolution affectera, sans doute, la demande de logements et la consommation des biens et services.

Tableau 2 : Evolution du nombre de ménages au Maroc, 1995-2010 (en milliers).

Milieu	Année	1995	2000	2005	2010
Ensemble	Hommes	3 870	4 411	5 021	5 723
	Femmes	703	803	922	1 061
	Total	4 573	5 214	5 943	6 784
	Croissance annuelle moyenne	-	128	146	168
Urbain	Hommes	2 163	2 668	3 228	3 786
	Femmes	490	615	768	936
	Total	2 653	3 283	3 996	4 722
	Croissance annuelle moyenne	-	126	143	145
Rural	Hommes	1 706	1 744	1 793	1 935
	Femmes	211	189	157	126
	Total	1 917	1 933	1 950	2 061
	Croissance annuelle moyenne	-	3	3	22

Source : CERED, 1997.

Par ailleurs, dans l'ensemble du pays et en milieu urbain, les résultats par groupe d'âges suggèrent que la population des chefs de ménages va vieillir. En effet, la part des personnes de

moins de 40 ans décroît régulièrement. A l'inverse, celle des personnes de 40 ans à 64 ans s'accroît, de même que celle des personnes de plus de 65 ans, mais de façon moins accentuée. En milieu rural, la part de chaque grand groupe d'âge restera presque constante.

La taille moyenne³¹ des ménages diminue de façon régulière, passant de 5,9 personnes par ménage en 1995, à 5,5 en l'an 2000. Ce chiffre serait appelé à décroître pour atteindre 5,2 personnes par ménage en l'an 2005, et 4,9 en l'an 2010.

En milieu urbain, la taille moyenne des ménages passera de 5,2 en 1995, à 4,4 en 2010. Par contre en milieu rural, elle commencera par augmenter avant de diminuer : de 6,6 en 1995, elle passera à 6,7 en 2000, puis à 6,1 en 2010.

Entre les recensements de 1982 et de 1994, la taille moyenne des ménages est passée de 5,93 à 5,87 personnes en moyenne. Il semble normal que cette baisse se poursuive encore quelque temps, mais à un rythme modéré. Par ailleurs, la baisse régulière de la fécondité³² associée à celle de la mortalité pourront être à l'origine d'une réduction modérée du nombre moyen de personnes par ménage. En d'autres termes, la baisse de la fécondité prévue sur la période de projection est suffisante pour maintenir la baisse de la taille moyenne des ménages sur cette période³³.

VI. Les facteurs explicatifs de l'évolution de la taille moyenne des ménages

Pour pouvoir déterminer les facteurs qui ont affecté l'évolution de la taille moyenne des ménages au cours de la période 1982-2010, nous avons utilisé la méthode de Kuznets (1978), qui consiste à décomposer la taille des ménages en deux éléments : le nombre d'enfants dans le ménage (personnes âgées de moins de 15 ans), reflétant l'évolution de la fécondité et de la mortalité, et le nombre d'adultes (personnes âgées de plus de 15 ans) indiquant la propension des ménages à cohabiter avec d'autres ménages ou, au contraire, à rester indépendants. L'intérêt de cette décomposition est d'identifier les sources de variations du nombre de personnes dans le ménage, selon qu'il s'agit des enfants ou des adultes.

Dans l'ensemble du pays ainsi qu'en milieu urbain, les résultats de cette décomposition montrent que la baisse modérée de la taille moyenne des ménages entre 1982 et 1994 a été favorisée par la diminution du nombre moyen d'enfants (tableau 3). Elle est passée de 2,5 et 2,1 en 1982 à 2,1 et 1,7 en 1994, respectivement pour le niveau national et pour le milieu urbain.

³¹ Le rapport entre l'effectif projeté de la population par nombre de ménages.

³² De 3,25 enfants par femme en 1994 au niveau de remplacement des générations dès 2012.

³³ Puisque la réduction de la taille des ménages s'explique, en partie, par les phénomènes démographiques : d'une part, la diminution de la fécondité réduit les familles nombreuses, d'autre part la population âgée, qui constitue souvent des ménages d'une ou deux personnes, s'accroît en nombre et en proportion (Louvot, 1987).

Cette diminution a compensé l'effet positif de l'augmentation du nombre d'adultes par ménage (de 3,4 et 3,3 en 1982 à 3,7 et 3,5 en 1994).

En revanche, en milieu rural, l'augmentation du nombre d'adultes a été plus déterminante dans l'évolution de la taille des ménages que celle du nombre d'enfants (3,4 et 2,9 respectivement en 1982, contre 3,8 et 2,8 en 1994).

Tableau 3 : Décomposition de la taille moyenne des ménages selon la méthode de Kuznets, variante tendancielle (1982-2010).

<i>Année</i>	<i>1982</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>
Niveau national						
Taille moyenne	5,9	5,8	5,8	5,5	5,2	4,9
Enfants par ménage	2,5	2,1	2,1	1,8	1,5	1,3
Adultes par ménage	3,4	3,7	3,7	3,7	3,7	3,6
Milieu urbain						
Taille moyenne	5,4	5,2	5,2	4,8	4,6	4,4
Enfants par ménage	2,1	1,7	1,6	1,3	1,2	1,1
Adultes par ménage	3,3	3,5	3,6	3,5	3,4	3,3
Milieu rural						
Taille moyenne	6,3	6,6	6,6	6,7	6,6	6,1
Enfants par ménage	2,9	2,8	2,7	2,5	2,2	1,9
Adultes par ménage	3,4	3,8	3,9	4,2	4,4	4,2

Source : CERED, 1997.

La baisse du nombre d'enfants par ménage constatée en milieu urbain s'explique par une diminution de la fécondité plus rapide que l'amélioration de la survie des enfants. Par contre, son accroissement en milieu rural est du à une réduction de la mortalité des enfants qui a été plus forte que celle de la fécondité. L'augmentation du nombre d'adultes par ménage entre 1982 et 1994 est, quant à elle, et ce tant dans les villes qu'à la campagne, due aux changements démographiques, économiques et sociaux survenus au Maroc au cours de cette période, dont en particulier la baisse de la mortalité, l'amélioration de la survie des jeunes enfants, et le recul de l'âge au premier mariage, aussi bien pour le sexe masculin que pour le sexe féminin.

L'évolution démographique se présente comme l'un des principaux éléments justifiant l'évolution de la taille moyenne des ménages (Locoh, 1988). Au Maroc, nous avons assisté à une diminution de la fécondité et de la mortalité. La baisse de la fécondité a conduit à une diminution de la taille des ménages par le biais de la réduction de la dimension des familles, mais cette baisse ne s'est pas accompagnée d'une baisse notable de la taille moyenne des ménages.

Les effets de la baisse de la fécondité sur la taille des ménages ne sont pourtant pas toujours visibles. En milieu rural, le niveau élevé de la fécondité³⁴ a contribué à maintenir une dimension élevée des ménages. En milieu urbain, en revanche, la baisse importante de la fécondité (passée

³⁴ L'ISF était supérieur à 6 enfants par femme durant la période 1960-1982, et de l'ordre de 4,25 enfants par femme en 1994.

de plus de 6 enfants en 1960 à 2,6 en 1994) n'a pas suffi à compenser l'effet des autres facteurs intervenant dans la taille des ménages. Parmi ces facteurs, la baisse de la mortalité est l'un des principaux capables de contrebalancer l'effet de la baisse de la fécondité (Nations Unies, 1978).

L'évolution de l'âge moyen au premier mariage peut aussi jouer un rôle dans la dimension des ménages. En effet, son recul implique une résidence prolongée des jeunes chez leurs parents et, par conséquent, l'augmentation de la taille moyenne des ménages. L'examen de l'évolution de la nuptialité pendant la période 1960-94, indique que les modifications survenues (augmentation des proportions de célibataires, et donc diminution de celles des mariés...) étaient potentiellement favorables à l'augmentation observée du nombre de personnes dans le ménage.

Le retard enregistré dans le calendrier de la nuptialité a été très important, notamment en milieu urbain où l'âge moyen au premier mariage est passé de 24 ans en 1960 à 30 ans en 1994 pour les hommes, et de 18 ans à 26 ans pour les femmes. La même évolution se dessine pour le milieu rural. Le recul de l'âge au mariage signifie que le départ des jeunes adultes du ménage parental à la suite du mariage se fait plus tardivement. Il aurait donc compensé notablement les effets de la baisse de la fécondité sur la taille des ménages.

La disponibilité en logements est un autre facteur affectant la formation des ménages. Selon les résultats du dernier recensement, le taux d'occupation (nombre moyen de personne par pièce d'habitation) est de l'ordre de 2 pour l'ensemble du pays, de 2,2 à la campagne et de 1,8 en ville. La crise actuelle du logement au Maroc pourrait-elle aussi, d'une certaine manière, contraindre les individus à cohabiter, et donc contribuer à maintenir la taille moyenne des ménages à un niveau assez élevé.

La baisse de la taille moyenne des ménages prévue pour la période 1982-2010 sera essentiellement le fait de la baisse du nombre moyen d'enfants par ménage, qui devrait passer de 2,5 à 1,3 dans l'ensemble du Maroc, de 2,1 à 1,1 en milieu urbain et de 2,9 à 1,9 en milieu rural. Seul le prochain recensement pourra confirmer cette baisse.

Enfin, cette étude n'est que partielle puisqu'elle n'a pu prendre en compte que la dimension démographique du problème, alors que les influences des facteurs économiques et socioculturels sont loin d'être absentes.

Conclusion

Au Maroc, la taille des ménages évolue lentement, puisque, d'après les projections effectuées, elle ne devrait diminuer que d'une personne environ d'ici la fin de la prochaine décennie, passant, à l'échelon national, de 5,8 en 1994 à 4,9 en 2010.

La taille moyenne des ménages est un indicateur sensible à la dynamique démographique. Dans la première phase de la transition démographique, quand la fécondité est élevée et que la mortalité commence à baisser, la taille moyenne des ménages augmente du fait d'un taux de survie plus fort. Ensuite, lorsque la fécondité baisse à son tour, la taille moyenne des ménages diminue alors significativement, toute chose égale par ailleurs.

Toutefois, ces tendances sont souvent masquées par les fluctuations des conditions socio-économiques qui agissent sur le degré de cohabitation de personnes au sein du même ménage. A titre d'exemple un accès plus difficile au logement ou un recul de l'âge au premier mariage suite à un contexte économique défavorable entraînerait une cohabitation plus intense et plus ou moins durable.

Ce processus s'opère dans le contexte marocain, et est particulièrement bien illustré par les disparités observées selon le milieu de résidence. En milieu urbain, la baisse de la mortalité et de la fécondité, plus précoce qu'en milieu rural, s'est traduite par une réduction rapide de la taille moyenne des ménages, amorcée dès 1982. En milieu rural en revanche, la baisse plus tardive de la fécondité associée à l'amélioration de la survie des individus, contribuera à l'augmentation de la taille moyenne des ménages au moins jusqu'à l'an 2000. A partir de cette date, la baisse continue de la fécondité, tant dans les villes que dans les campagnes, associée aux profonds changements socio-économiques et culturels rencontrés par la société marocaine (augmentation probable de la fréquence du célibat définitif et des ruptures d'union par divorce, émancipation des femmes...) favorisera la convergence des tendances entre milieu urbain et milieu rural.

Bibliographie

- Berrouyne M., (1997), *Projections des ménages au Maroc : application d'un modèle dynamique et d'un modèle statique*, Mémoire de troisième cycle, INSEA, Rabat.
- CERED, (1997), *Situation et perspectives démographiques du Maroc*, Rabat, Maroc, 316p.
- D. S., (1994), *Manuel méthodologique et d'instructions pour les recensements de la population et de l'habitat au Maroc*, Rabat, Maroc.
- D. S., (1996), *Les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population, niveau national*, Rabat, Maroc.
- Juby H., (1995), « *Le ménage et ses unités minimales : illustration d'un modèle de projection à l'aide de données canadiennes* », Cahiers Québécois de Démographie, 24 (1), 35-64.
- Kuznets S., (1978), « *Size and age structure of family household, exploratory comparisons* » Population and Development Review, 4 (2), 187-223.
- Locoh T., (1988), « *L'analyse comparative de la taille et de la structure des ménages* », Actes du 2^{ème} Congrès Africain de Population, U.I.E.S.P., Dakar, 2,5.2.17-5.2.40.
- Louvot C., (1987), « *Projection du nombre de ménages jusqu'à l'an 2010* », les projections démographiques, VIII^{ème} colloque national de démographie, Grenoble, 5,6,7 Mai 1987 (Cahier n° 116).
- Nouijai A. et Lfarakh A., (1985), « *Quelques facteurs explicatifs de l'évolution des ménages et des familles selon la taille (Maroc 1960-82)* », la famille au Maghreb, in actes du 6^{ème} colloque de démographie maghrébine, 19-21 décembre 1985, A.M.E.P., Rabat, 65-77.
- Samh M., (1992), *Perspectives des ménages au Maroc*, Thèse de maîtrise, Université Catholique de Louvain.
- Wattelar C., (1980), *Perspectives démographiques par âge et par sexe : les indices de mortalités et le calcul des survivants*, Département de Démographie, Université Catholique de Louvain.

Projections de la population à l'horizon 2060

(Hassan Slimane)

Introduction

Afin de prévoir l'évolution future de la population, et ainsi évaluer ses besoins sur le long terme (infrastructures sociales, scolaires, sanitaires, logements...), le Maroc procède régulièrement à des projections démographiques.

Les projections présentées ici sont basées sur les données du recensement de 1994 (répartition par âge, par sexe, et selon le milieu de résidence), ramenées au milieu de l'année et lissées. La méthode utilisée est celle des composants. Pour la mortalité, le modèle adopté est celui du Sud, variante moyenne, présenté dans les tables types de Coale et Demeny. Pour la fécondité, l'hypothèse sélectionnée, qui est la plus vraisemblable, est la variante moyenne, qui suppose que la fécondité marocaine atteindra le niveau de remplacement des générations (2,1 enfants par femme) vers 2012. Pour ce qui est des migrations, deux composantes ont été distinguées : la migration internationale et la migration interne. La première ne devrait pas affecter d'une manière significative l'accroissement de la population. La seconde a été estimée à partir des tendances observées au cours des périodes intercensitaires 1960-71, 1971-82 et 1982-94.

I. Historique des projections de la population réalisées dans le cadre des plans de développement

Les projections démographiques sont à la base de toute planification méthodique. Celles réalisées en 1960-64 ont consisté à projeter la population totale, puis urbaine et rurale, sur la base d'un taux d'accroissement constant, à court terme jusqu'en 1965 et à moyen terme à l'horizon 1980. Les hypothèses utilisées alors se sont par la suite révélées peu conformes à la réalité et ont donc fourni des données divergeant de celles observées. A partir de 1968-72, les projections réalisées sur la base des données de l'Enquête à Objectifs Multiples (1961-63) ont utilisé une méthode de projection plus fine, recourant à la méthode des composantes, selon différentes hypothèses sur la fécondité et sur le contrôle des naissances.

Lors du plan de 1973-77, les projections démographiques jusqu'à l'an 2000 se sont basées sur différentes hypothèses de baisse de la fécondité, dans la population totale, mais aussi au niveau de la région économique et selon le milieu de résidence. Dans le plan triennal de 1978-80, les projections entreprises ont été très simplifiées car elles se basaient sur les taux d'accroissement observés. L'horizon de ces projections avait été fixé à 2002.

Durant le plan 1981-85, le recours à des projections à court terme a conduit à une surestimation importante de la population de l'an 2002. Ce n'est qu'à l'occasion du plan

d'orientation de 1988-92 que les projections ont été mieux adaptées à la réalité marocaine. Elles ont bénéficié de l'apport des analyses du recensement de 1982 et de l'enquête sur la fécondité et la prévalence contraceptive, ce qui a permis une réestimation des paramètres démographiques et une mise à jour de l'effectif de la population à l'horizon 2002. Le tableau 1 résume l'intégration de la projection démographique dans les différents plans de développement.

Tableau 1 : Intégration des variables démographiques dans les plans de développement au Maroc (1960-92).

Plan	Données concernant les projections de la population
1960-64	Projection à court terme (1960-64) à taux global de 2%, projection à moyen terme (1980) au taux de 1,3%
1965-67	Projection de la population totale à 13,875 millions en 1967.
1968-72	Projections démographiques détaillées à moyen terme (1985), destinées à tester les hypothèses : en 1985, 26,5 millions sans contrôle des naissances, 22,9 millions avec contrôle des naissances, 22,9 millions avec contrôle au taux implicite de 2,9%
1973-77	Projection jusqu'à l'an 2000 selon les deux hypothèses de baisse de fécondité : normale (35,2 millions en l'an 2000) et rapide (32,6 millions). Projections des populations urbaine et rurale par région de 1973 à 1978.
1978-80	Projections très simplifiées au taux constant de 3,2%. Population urbaine estimée à 20 millions en 2002, et population rurale à 15,5 ou 16 millions en 2002.
1981-85	Projections par bonds de 5 ans à l'horizon du plan et jusqu'à l'an 2000.
1988-92	Projection par année civile pour la période du plan et par bonds de 5 ans jusqu'à 2002. L'objectif dégagé consiste à voir les implications en termes de classes additionnelles et en termes d'instituteurs mobilisés, si le taux de scolarisation passe de 80% en 1986 à 90% en 1992 et à 100% en 1994-95

Source : CERED, (1991), « Population l'an 2062, stratégies et tendances ».

Les perspectives démographiques ont donc été présentes dans tous les plans de développement. Mais l'appareil statistique n'a pu que récemment contribuer à la mise en place d'une perspective démographique adéquate, et ceci grâce aux diverses enquêtes démographiques menées soit par le Ministère de la Perspective Economique et de la Planification, soit par le Ministère de la Santé Publique.

II. Les principaux traits des projections de population entre 1994 et 2060

Selon les projections réalisées, la population marocaine passerait de 25,926 millions d'habitants en 1994 à 45,377 millions en 2060, soit un taux d'accroissement annuel moyen de l'ordre de 0,8%. Toutefois de fortes divergences devraient apparaître entre milieu urbain et milieu rural. Du fait d'un fort exode rural et l'urbanisation rapide des campagnes, la population urbaine augmentera à un rythme presque cinquante fois plus élevé (1,4% en moyenne par an) que la population rurale (0,03%). La première passera de 13,270 millions d'habitants en 1994 à 32,474 millions en 2060, et la seconde de 12,565 millions en 1994 à 12,903 millions en 2060. Deux grandes périodes se distinguent néanmoins : celle allant de 1994 à 2014, caractérisée par une croissance rapide, puis celle allant de 2014 à 2060, connaissant un ralentissement de la croissance à l'échelon du pays, avec cependant une reprise de la croissance en milieu rural.

Durant la première période, la population urbaine connaîtra une croissance rapide de 2,7%, atteignant 22,711 millions en 2014. Quant à l'effectif de la population rurale, elle diminuera, passant de 12,656 millions d'habitants en 1994 à 12,175 millions en 2014, soit un taux d'accroissement annuel moyen négatif de -0,1% environ.

Au cours de la deuxième période, la population urbaine ne s'accroîtra plus que lentement (+0,8% par an en moyenne), passant de 22,711 millions d'habitants en 2014 à 32,474 en 2060. La population rurale connaîtra quant à elle une légère reprise de sa croissance, en passant à 12,903 millions d'habitants en 2060, soit un taux d'accroissement annuel moyen de près de 0,1%.

Cette évolution démographique suscitera des modifications dans la structure par âge de la population. La proportion d'enfants moins de 15 ans devrait passer de 37% en 1994 à moins de 30% en 2060. On assistera parallèlement à une montée de la part représentée par les adultes, qui atteindra sa valeur maximale en 2034, avec 68% de la population totale. La population âgée de 65 ans et plus connaîtra quant à elle une croissance extrêmement rapide après 2012, représentant 20% de la population totale en 2060.

1. Activité et chômage

Les dernières enquêtes sur la population et l'emploi ont révélé une participation de plus en plus forte des femmes à l'activité économique. Toutefois d'importants écarts persistent entre les deux sexes et entre milieux de résidence (urbain, rural). Entre 1987 et 1995, le taux brut d'activité en milieu urbain est passé de 47,2% à 51,1% pour les hommes et de 16,0% à 21,8% pour les femmes. En milieu rural, au cours de la même période, il est passé de 50,9% à 51,5% pour les hommes et de 36,5% à 27,9% pour les femmes. De plus, le chômage, qui représente un fléau social important, touche davantage les femmes : 19,2% d'entre elles, contre 14,4% des hommes.

2. La population d'âge actif

Les projections révèlent que la population d'âge actif (âgée de 15 à 64 ans) connaîtra une croissance rapide en milieu urbain, passant de 8,048 millions de personnes en 1994 (soit 60,6% de la population urbaine totale et 31,0% de la population totale) à 20,220 millions en 2060 (soit 62,0% de la population urbaine totale et 44,6% de la population totale). Le taux d'accroissement annuel moyen enregistré au cours de cette période est de près de 1,4%. En milieu rural, la population d'âge actif n'augmentera que légèrement, passant de 6,442 millions de personnes en 1994 à 7,630 millions en 2060, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 0,3%. L'effectif de demandeurs d'emploi va donc continuer à augmenter sensiblement, d'où la nécessité d'envisager de nouvelles politiques de l'emploi afin de satisfaire la demande supplémentaire de travail auprès des jeunes générations.

La part de la population féminine dans la population totale passera de 51,0% en 1994 à 50,3% en 2014. Celle des 15-19 ans, qui constituent le groupe en âge d'entrer en activité, enregistrera une légère augmentation pour le sexe féminin (passant de 1,428 millions en 1994 à 1,438 millions en 2014, soit +0,7% sur la période) et relativement forte pour le sexe masculin (passant de 1,404 à 1,497 millions, soit +6,6%). La population sortant de la période d'activité connaîtra une augmentation appréciable pour les deux sexes : 329 000 femmes et 328 000 hommes en 1994, contre 728 000 femmes et 730 000 hommes en 2014.

3. La population d'âge scolaire

La population d'âge scolaire (5-19 ans), dont la croissance a été très rapide entre 1960 et 1982, puis moins rapide entre 1982 et 1994, augmentera à un rythme très ralenti à partir de l'an 2000, pour l'ensemble du Maroc.

Deux contraintes obligent à limiter l'analyse de l'impact des sur l'enseignement à l'horizon 2010 : la première est liée à la nature des projections qui ont été établies par groupes d'âge quinquennaux, et dont l'éclatement en années d'âges ne peut être accepté au-delà de l'an 2010 : la deuxième est liée à la flexibilité et aux réaménagement du système d'enseignement, qui interdisent des prévisions trop précises.

La plus forte hausse sera enregistrée pour les enfants qui seront en âge d'être inscrits en première année, dont l'effectif atteindra 584 000 à l'horizon 2010. En faisant l'hypothèse de la généralisation de la scolarisation à un taux de 75% dans le 1^{er} cycle fondamental et de 50% dans le 2^{ème} cycle, les effectifs globaux de l'enseignement fondamental et secondaire passeront à près de 6 millions à l'horizon 2010, contre 4 millions actuellement. Il sera donc nécessaire de multiplier les efforts en matière de construction d'infrastructures scolaires (écoles, collèges, lycées).

4. Les femmes d'âge fécond

L'effectif des femmes d'âge fécond (15-49 ans) augmentera jusqu'à 2024, passant de 2,600 millions en 1960 à 10,319 millions en 2024, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,6%. Il diminuera ensuite légèrement, pour arriver à 9,602 millions en 2060, le taux d'accroissement annuel moyen sur la période 2024-2060 étant de 0,9%.

III. L'impact des projections

1. Le secteur de l'emploi

Entre 1982 et 1994, la population active est passée de 6 millions à plus de 8 millions, représentant ainsi 32% de la population totale. Le nombre de chômeurs a été estimé à 1,33 millions, soit un taux de chômage de 16%. Entre les deux recensements, la population active s'est accrue à taux annuel moyen de 2,8%, taux qui dépasse largement le taux d'accroissement de l'ensemble de la population au cours de la même période (2,06%). Selon les prévisions du

CERED, cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir : la demande globale d'emploi pourrait augmenter de 2,92 millions.

Pour visualiser la relation entre les projections de la population et l'emploi, deux scénarios ont été envisagés. Le premier consiste à supposer le maintien de la situation du marché d'emploi dans des conditions identiques à celles de 1995, avec un taux de chômage de 22,9% en milieu urbain et de 8,5% en milieu rural, et un taux d'activité de 36,0% et 39,5% respectivement. Le deuxième scénario consiste à maintenir le taux de chômage constant au-delà de 1994, et à projeter la population active selon les mêmes tendances que celles observées entre 1982 et 1994. Sur la base de telles hypothèses, la population active et la population au chômage continueront à s'accroître sensiblement en terme d'effectifs, ce qui incitera le gouvernement à multiplier ses efforts en matière d'emploi. Les résultats sont présentés dans le tableau n° 2.

Tableau 2 : Projections de la population active selon deux scénarios.

Année	Urbain		Rural		Total	
	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 1	Scénario 2
1999	3 560	3 702	2 759	2 794	6 319	6 496
2004	4 227	4 617	2 930	3 013	7 156	7 630
2009	4 900	5 622	3 047	3 182	7 947	8 804
2014	5 763	6 944	3 174	3 367	8 937	10 311
2019	6 285	7 955	3 217	3 466	9 502	11 421
2024	6 704	8 911	3 262	3 569	9 966	12 480
2029	7 025	9 808	3 275	3 640	10 300	13 448
2034	7 269	10 660	3 334	3 763	10 603	14 423
2039	7 386	11 376	3 337	3 825	10 723	15 201
2044	7 434	12 025	3 286	3 825	10 719	15 850
2049	7 409	12 587	3 173	3 752	10 582	16 339
2054	7 359	13 131	3 069	3 685	10 428	16 816
2059	7 291	13 666	3 019	3 682	10 310	17 348
2060	7 279	13 777	3 014	3 687	10 293	17 464

Le deuxième scénario prévoit une population active largement plus nombreuse que le premier, et le maintien du taux de chômage à sa valeur observée en 1994 entraînerait une augmentation du nombre de chômeurs. Notons que le deuxième scénario prévoit un nombre de chômeurs presque deux fois plus élevé que le premier (tableau 3).

Tableau 3 : Effectif total de la population en chômage selon deux scénarios.

<i>Année</i>	<i>Scénario 1</i>	<i>Scénario 2</i>
1999	1 050	1 085
2004	1 217	1 313
2009	1 381	1 557
2014	1 590	1 876
2019	1 712	2 117
2024	1 812	2 344
2029	1 887	2 555
2034	1 948	2 761
2039	1 976	2 930
2044	1 981	3 079
2049	1 967	3 201
2054	1 946	3 320
2059	1 927	3 443
2060	1 923	3 468

2. L'impact des projections sur le secteur de la santé

Pour combler le retard en matière de santé et faire face aux nouveaux besoins en se basant sur la norme de 700 habitants par lits, le nombre de lits supplémentaires à mobiliser s'élèvera à près de 1 700 à l'horizon 2005. L'effectif de médecins, qui était de 9 434 en 1995, devrait s'accroître de près de 50% (soit 5 000 médecins supplémentaires) pour assurer un meilleur encadrement médical, soit un médecin pour 2000 habitants à l'horizon 2000.

Conclusion

Après une phase de croissance rapide entre 1960 et 1982, au cours de laquelle elle a presque doublé (passant de 11,626 millions à 20,419 millions d'habitants), la population marocaine connaîtra, après l'an 2000, deux phases d'évolution démographique : la première (de 2000 à 2060) sera caractérisée par un rythme de croissance lent, tandis que la deuxième, à partir de l'an 2060, connaîtra un accroissement pratiquement stationnaire.

Au cours des prochaines décennies, le Maroc devra donc s'armer pour faire face à la croissance de sa population, dont les répercussions sur les différents besoins en infrastructures sanitaires, établissements d'enseignement, logements, emplois à créer..., sont nombreuses. Cependant, il existe d'autres variables dont la tendance reste méconnue par le démographe. Il s'agit des modèles culturels qui constituent le pivot sur lequel s'articule le déterminisme social de l'agir humain. Ces modèles sont produits par un ensemble de dynamiques sociales : les modèles culturels de la fécondité peuvent par exemple être conditionnés par d'autres facteurs socioculturels, tels que l'organisation de la famille, la position sociale de la femme dans la société

Bibliographie

- CERED, (1986), *Analyse et tendances démographiques au Maroc*, Rabat, Maroc, 229p.
- CERED, (1991), *Population l'an 2062 : stratégies et tendances*, Rabat, Maroc, 276p.
- CERED, (1997), *Situation et perspectives démographiques au Maroc*, Rabat, Maroc, 316p.
- D. S., (1996), *Les indicateurs sociaux*, Rabat, Maroc.
- D. S., (1996), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1994 : Les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population*, (niveau national), Rabat, Maroc.
- Futuribles, (1990), « *Les perspectives démographiques mondiales* », mars 1990.
- Henry L., (1987), « *Perspectives et prévision* », VIII^{ème} colloque national de démographie sur les projections démographiques.
- Hubert G. Piche V., (1995), « *La sociologie des populations* ».
- Wattelar C., 1979, « *Perspectives démographiques nationales et régionales par sexe et par âge : un essai méthodologique* ».

A propos des caractéristiques des enfants et adolescents au Maroc

(Aziz Ajbilou)

L'on s'accorde à considérer les conditions d'évolution des enfants comme un élément primordial dans le développement économique et social. C'est ainsi que les enfants d'aujourd'hui seront les ressources humaines de l'avenir. Ils doivent faire l'objet d'investissements considérables tant du côté des familles que du côté de la société si l'on veut parvenir à ce qu'on peut appeler un développement durable. Le Maroc, en adhérant à la convention internationale des droits de l'enfant, et dans un souci de placer le bien-être des enfants au premier plan des priorités politiques, économiques et sociales du pays, a adopté en 1992 un Plan d'Action National (P.A.N.). Ce plan d'action comprend une stratégie globale d'amélioration des conditions de l'enfant intégrée dans le cadre des politiques de développement national et de la coopération internationale. C'est dans cet esprit que ce chapitre tente de mettre en évidence la place accordée aux enfants et aux adolescents dans la société. Il s'agit de faire une synthèse sur les conditions psycho-culturelles, démographiques et socio-économiques dans lesquelles les enfants et les adolescents évoluent au Maroc.

I. L'aspect psycho-culturel de l'enfant au Maroc

Chaque culture a sa façon propre de voir l'enfant, de le traiter, d'envisager ce qui a trait à son éducation et à son intégration sociale. Dans la culture marocaine, une culture arabe et islamique, l'enfant occupe une place à part. Il en est le centre et tout converge vers lui. Dès sa naissance, il est adulé et surprotégé par sa mère et les autres personnes qui prennent soin de lui. Par ailleurs, si l'enfant indique l'appartenance à un groupe d'âge qui est celui de l'enfance, son développement affectif, intellectuel, physique, etc., est fortement lié aux facteurs directement ou indirectement impliqués dans sa socialisation (l'environnement social, culturel et économique de ses parents, le système éducatif, etc.). C'est ainsi que dans son processus de socialisation le souci des parents marocains consiste à lui transmettre le meilleur de ce qu'ils possèdent comme patrimoine culturel et à l'éduquer pour qu'il puisse affronter les difficultés de l'avenir. Le milieu culturel dans lequel l'enfant grandit, est marqué par une hiérarchie dynamique où tout est solidaire. C'est un milieu où la primauté du groupe sur l'individu est constamment rappelée et où la famille constitue la cellule de base de la société. L'enfant est vu comme le prolongement des ancêtres. Ainsi, le respect des anciens et le soutien à leur apporter sont considérés comme des éléments essentiels de sa socialisation. Par leurs paroles, leurs attitudes, leurs comportements, les parents délimitent les repères et la loi aux yeux de l'enfant et ce à un âge précoce, dès les premiers mois de sa vie. Ils délimitent en permanence les zones de ce qui est permis et ce qui est interdit. « La petite fille comme le petit garçon apprennent les comportements relatifs à chaque sexe et les

réponses qu'on y attend, ils forgent et construisent ainsi leur identité sexuelle. Le milieu reste le moule dans lequel se forme leur personnalité. Or, quand dans ce milieu règne une différence bien marquée et une division étanche entre les sexes, l'enfant s'habitue à organiser sa pensée en fonction de cette différence et à classer en masculin et féminin tout ce qui l'entoure » écrit A. Belarbi (1991).

Les psychanalystes distinguent cinq étapes marquant le développement affectif de l'enfant.

La première étape s'étend de la naissance à la deuxième année. C'est une période caractérisée par l'organisation des relations entre l'enfant et la mère. Une relation intense et privilégiée caractérise ce qu'on peut appeler « le couple enfant-mère » qui forme une « unité duelle » tellement les liens qui les constituent sont forts (Chaouite, 1987). L'intensité de cette relation est telle que l'enfant vit dans un état de symbiose avec sa mère (Ziouziou, 1979). Il est en contact corporel quasi permanent, avec elle, tantôt sur le dos, tantôt tétant au sein. Lahrech, (1995) indique que toute entrave à cette relation dès cette période peut entraîner des conséquences graves pour le développement physique, intellectuel et psychique de l'enfant. C'est l'époque de l'intelligence sensori-motrice et de la découverte de l'univers qui l'entoure, grâce à ses perceptions, à ses manipulations et à ses mouvements.

La deuxième phase qui s'étend de la deuxième à la troisième année est marquée essentiellement par le développement de l'agressivité et de la possessivité (CERED, 1996). Chez l'enfant marocain, c'est une phase caractérisée par le sevrage qui met fin au lien corporel entre la mère et l'enfant. Cette séparation physiologique et psychologique est un phénomène mal vécu par l'enfant. Celui-ci, qui jusqu'alors vivait un paradis, prend contact brutalement avec la réalité. Le sevrage le fait passer ainsi, d'après Chaouite, (1987) « d'un monde clos à un monde richement structuré dans ses dimensions verticales (parents, grands-parents...) et horizontales (système des alliances avec la communauté élargie), d'un monde de dépendance à un monde de solidarité ».

La troisième étape qui va de la troisième à la cinquième année, est marquée par l'organisation de la vie affective. C'est la phase connue chez les psychanalystes par le « stade phallique » (CERED, 1996).

La quatrième phase, qui va de l'âge de 6 ans à la puberté, est marquée par ce que les psychanalystes appellent le « Moi » qui signifie l'organisation et l'adaptation de l'enfant aux exigences de la vie instinctuelle et à celles du monde extérieur. Cette adaptation chez l'enfant marocain reste tributaire de ses identifications avec les membres de l'entourage (Chaouite, 1987). Elle traduit aussi l'influence structurante des premières relations maternelles de l'enfant. De son côté, Lahrech (1995) indique que cette période est caractérisée par l'intelligence logique. L'enfant commence à s'interroger sur la réalité qui l'entoure. Il cherche la vérité sur la nature, la vie, etc.

La dernière phase est celle de la puberté. C'est une étape cruciale quant au comportement et à la croissance physique de l'enfant. Elle survient chez la fille entre 10 ans et demi et 14 ans et entre 12 et 16 ans chez le garçon (Lahrech, 1995). C'est généralement le début du phénomène de l'adolescence. Pendant cette phase, l'enfant grandit et se trouve de la sorte confronté à des transformations de différents ordres (physiques, intellectuelles, psychiques et sexuelles). Lesquelles transformations sont à « l'origine d'un certain nombre d'interrogations que se pose l'adolescent, de sensations et de tensions qu'il ressent. Cette période se distingue, sur le plan psychique, par le fait que la personne est, à cette phase, très sensible et sent qu'elle fait l'objet d'attention de tout ce qui provient de son milieu, quel que soit l'acte, telles la mésentente avec les parents ou la perte de l'un d'eux par le divorce ou par le décès » écrivent Chihabdine et Thami (1995). C'est une période de « prise de conscience de la justice sociale, du 'Nous' par rapport à 'l'Ego'. Elle précède l'intégration dans le monde de la réalité, en ce sens qu'à la veille de l'état adulte le choix vocationnel a lieu. Celui-ci normalise le comportement au niveau des relations sociales » écrit Lamsaouri, (1995).

Avant de terminer cette brève présentation de l'aspect psycho-culturel, il est intéressant de s'interroger sur l'impact des changements économiques, sociaux ou culturels que connaît la société marocaine, sur le vécu psychologique des enfants. En effet, ces changements survenus depuis une trentaine d'années ne pouvaient manquer de retentir sur l'institution familiale. Ces changements appellent à reconsidérer, sous la lumière de leur évolution, les notions de relations, d'éducation, de mentalité, de climat affectif au sein de la famille (Chaouite, 1987). En effet, c'est presque une évidence que d'affirmer aujourd'hui que la famille marocaine est en plein changement aussi bien dans sa composition que dans son organisation. Sur le plan culturel « le modèle familial traditionnel hiérarchisé et patriarcal, élargi et autoritaire n'est plus la référence unique » (Kerrou et Kharoufi, 1994). « Ni l'autoritarisme, ni les privilèges exorbitants accordés aux mâles et aux adultes ne sont plus acceptés sans murmure » écrit Bouhdiba, (1990). Il y a donc un affaiblissement du modèle culturel traditionnel et une émergence d'un autre mode de vie caractérisé de plus en plus par l'émergence et l'affirmation de l'individu. Mais les valeurs islamiques demeurent toujours, avec les coutumes et les croyances ancestrales, les piliers de la socialisation des enfants (Kerrou et Kharoufi, 1994).

II. L'aspect démographique des enfants de moins de 18 ans

1. Le poids des moins de 18 ans est en régression continue

Connaître l'effectif, les proportions d'enfants dans une population est un élément indispensable d'une politique de développement. De ces effectifs et de ces proportions dépend l'estimation des effectifs à scolariser, à soigner, à accueillir dans la vie active, etc. Lors du dernier recensement de 1994, la population marocaine a été estimée à près de 27 millions d'habitants,

avec un taux d'accroissement annuel de 2,06%. L'effectif des enfants âgés de moins de 18 ans a été estimé à 11 355 000. C'est la tranche d'âge la plus importante, elle représente 44% de la population totale. Si ce chiffre considérable indique l'ampleur et le poids des enfants de moins de 18 ans, il appelle également les responsables à mener davantage d'actions en leur faveur. En effet, toute action ayant pour objectif la protection et l'amélioration de la situation des enfants d'aujourd'hui, aura des répercussions sur la société entière. Permettre aux enfants de grandir en bonne santé, de suivre un cursus scolaire normal, les protéger contre la déviance et la délinquance, les apprécier et les valoriser, constituent les éléments de base du développement économique et social.

Par ailleurs, le Maroc qui a amorcé une baisse de sa fécondité, voit diminuer la part des enfants et adolescents. En effet, l'indice synthétique de fécondité qui a beaucoup baissé durant les vingt dernières années est estimé d'après l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) de 1995 à 3,3 enfants par femme. La part des moins de 18 ans passe ainsi d'environ 51,7% à 44% entre 1971 et 1994. Les modifications spectaculaires que connaît la fécondité des zones urbaines entraîne une baisse importante des proportions d'enfants et adolescents.

2. Le mariage précoce n'est plus à la mode chez les adolescents

De toutes les transformations démographiques, le recul de l'âge au premier mariage est l'un des plus spectaculaires. En effet, chez les hommes comme chez les femmes, l'âge moyen au premier mariage n'a cessé d'augmenter. Il dépasse 26 ans pour les femmes et 28 ans pour les hommes. Le tableau 1 qui donne les proportions de célibataires chez les adolescents montre que, chez les filles comme chez les garçons, convoler aux jeunes âges n'est plus à la mode. Les proportions de célibataires aux jeunes âges sont très élevées en particulier chez les hommes.

Tableau 1 : Proportions de célibataires par groupes d'âges selon le sexe et le milieu de résidence en 1994.

Groupes d'âges	Urbain		Rural	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
10-14	99,9	99,7	99,8	99,3
15-17	99,6	95,2	99,1	91,8

Sources : Direction de la statistique, RGPH 1994.

Tableau 2 : Proportions (%) de femmes non-célibataires selon l'âge au premier mariage et le groupe de générations au Maroc.

Age au premier mariage	Groupe de générations			
	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74
15	89	66	34	27
18	343	278	194	148
20	536	428	332	292

Source : EPPS, 1995.

Par ailleurs, les proportions de femmes non célibataires par groupe de générations permettent de mettre en évidence l'ampleur des modifications du calendrier de la primo-nuptialité

féminine chez les marocaines (tableau 2). La baisse de la proportion des femmes non célibataires au fur et à mesure que la cohorte rajeunit, traduit de réelles différences de comportements matrimoniaux entre les groupes de générations. Ainsi, lorsqu'on passe des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes, on s'aperçoit que le mariage tardif devient le comportement dominant. Les changements économiques, sociaux et culturels ne pouvaient manquer d'influencer l'institution familiale en général et celle du mariage en particulier. La société marocaine est en phase de transformation continue passant ainsi d'une société traditionnelle avec un modèle culturel favorisant le mariage précoce et l'intervention des parents dans le choix du conjoint de leurs enfants à une société où le mariage devient progressivement affaire individuelle. « Et si la famille intervient toujours dans le mariage de ses enfants, elle le fait plus sur le mode de l'officialisation et de la ratification d'une situation de fait que sur celui de la décision prise en l'absence des personnes concernées, elle le fait plus pour aider à constituer une nouvelle famille que pour augmenter les effectifs de la famille originelle » (CERED, 1991). L'enquête qualitative menée par le Ministère de l'Éducation Nationale en 1997, dans quatre sites de quatre provinces : Essaouira (la municipalité d'Essaouira), Fès-Médina (Aïn Bida), Ouarzazate (la commune rurale de *Tazarine*) et Kelâa Sraghna (*Zemrane Charquia*), a révélé que dans les zones urbaines comme dans les zones rurales, les relations parents/enfants sont en train de perdre une caractéristique essentielle qui est celle de l'autorité des parents sur les enfants. Selon cette enquête, dans la zone d'*El Attaoui* comme à *Tazarine*, les jeunes hommes essaient de choisir eux-mêmes leur partenaire et parfois même contre l'avis de leurs parents. Plus encore dans la municipalité d'Essaouira « les jeunes relèvent un changement des valeurs justifiant les choix de mariage. Car la fille qui a le plus de chance de se marier c'est celle (qui sort le plus, celle qui travaille, celle dont la sympathie est débordante). [...] la réussite du mariage exige qu'il soit précédé par une période d'inter-connaissance préalable d'une durée supérieure à une année ». De son côté le CERED (1997) a montré, à travers l'Enquête Nationale sur la Famille réalisée en 1995, que l'instruction renforce l'autonomie de la femme quant au choix du conjoint. Ainsi la femme alphabétisée a plus de liberté de choisir elle-même son partenaire. Cette liberté de la femme en matière du choix du conjoint augmente avec son niveau de scolarisation.

En somme, de toutes ces données quantitatives ou qualitatives, on relève que le comportement matrimonial des adolescents est fortement affecté par les mutations d'ordre économique, social et culturel subies par la société marocaine. La période de célibat aux jeunes âges tend de plus en plus à se prolonger. Cette phase permettra aux jeunes de vivre une période d'adolescence pendant laquelle une nouvelle personnalité émerge et l'individu s'affirme davantage dans la famille et dans la société en général.

3. La fécondité des adolescentes est en train de disparaître

Les femmes marocaines, du fait des nouvelles valeurs acquises par le biais de l'urbanisation, de leur scolarisation accrue, de leur participation à la vie économique, préfèrent une fécondité plus réduite que par le passé. Ainsi, la fécondité précoce, qui a des effets néfastes sur la santé des mères et des enfants, est en train de disparaître chez les jeunes femmes marocaines. L'EPPS effectuée en 1995 révèle que seulement 6% des adolescentes ont déjà un enfant au moins (tableau 3). Celles qui résident dans les milieux urbains ne commencent pas très tôt leur vie reproductive (3,3%) contrairement à celles qui résident dans les milieux ruraux (9,1%). Les différences sont encore plus marquées selon le niveau d'instruction. Plus les filles adolescentes sont instruites plus elles retardent l'arrivée du premier enfant. Ceci étant, la fécondité des adolescentes qui caractérise encore la société marocaine serait moins forte dans les zones urbaines et chez les couches sociales instruites.

Tableau 3 : Pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceinte d'un premier enfant selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Maroc 1995.

<i>Caractéristiques</i>	<i>(%) des adolescentes qui sont</i>		<i>(%) des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde</i>	<i>Effectif</i>
	<i>des mères</i>	<i>Enceintes d'un premier enfant</i>		
<i>Age</i>				
15	0,5	0,5	1,0	203
16	1,5	1,0	2,4	206
17	2,1	2,1	4,3	187
18	4,7	3,3	8,1	211
19	12,0	2,5	14,5	242
<i>Milieu de résidence</i>				
Urbain	2,7	0,6	3,3	487
Rural	6,0	3,0	9,1	562
<i>Niveau d'instruction</i>				
Aucun	5,6	3,0	8,6	463
Primaire	5,5	2,7	8,2	219
Secondaire et plus	2,5	0,0	2,5	367
Ensemble	4,5	1,9	6,4	1 049

Source : EPPS, 1995.

III. La scolarisation et l'analphabétisme des enfants : des progrès considérables mais beaucoup de choses restent à faire

L'école est un élément primordial de l'environnement de l'enfant. Parce qu'elle permet à l'individu d'acquérir de nouvelles façons d'agir et de penser, elle constitue ainsi l'un des piliers du développement économique et social. C'est ainsi que le droit à l'éducation et à la scolarisation des enfants est un volet auquel le Maroc atteste son attachement à travers les textes officiels et la ratification des conventions internationales. Les enquêtes qualitatives faites par le Conseil National de la Jeunesse et de l'Avenir (CNJA) en 1996 et le Ministère de l'Education Nationale en

1997³⁵, révèlent que les parents souhaitent que leurs enfants soient bien éduqués, bien scolarisés et enfin bien formés pour qu'ils puissent bénéficier d'un emploi convenable. Cependant, malgré les efforts consentis en la matière, la scolarisation des enfants de moins de 18 ans demeure en deçà des aspirations. En effet, si les effectifs des enfants scolarisés ne cessent d'augmenter depuis l'indépendance, les objectifs de l'éducation pour tous ne sont pas encore atteints. Le taux d'analphabétisme des enfants âgés de 10 à 17 ans demeure très élevé notamment chez les filles (tableau 4). Les disparités entre les sexes, entre les milieux de résidence, entre les régions, entre les couches sociales sont considérables.

D'après le recensement de 1994, le taux de scolarisation des enfants âgés de 7 à 17 ans frôle à peine les 50% avec 61,7% pour les garçons et 42,4% pour les filles (tableau 5). Le clivage entre zones urbaines et zones rurales est très accentué. 73% (dont 77,5% pour les garçons et 68,5% pour les filles) des enfants âgés de 7 à 17 ans révolus en milieu urbain fréquentent l'école contre seulement 33,2% (47,6% pour les garçons et 18,6% pour les filles) en milieu rural. Cette inégalité, si elle persiste, constitue une entrave majeure à la réussite de la politique de développement. La moindre différenciation entre garçons et filles en matière des richesses sociales et culturelles demeure l'élément central des changements qui affectent, tant dans la vie publique que dans la vie privée, les rapports entre hommes et femmes. Le Maroc aura alors beaucoup à faire en matière de scolarisation et d'alphabétisation notamment chez la fille rurale.

Tableau 4 : Taux d'analphabétisme (en %) des enfants de 10 à 17 ans selon le sexe et le milieu de résidence.

<i>Milieu de résidence</i>	<i>Masculin</i>	<i>Féminin</i>	<i>Ensemble</i>
Urbain	9	19	14
Rural	42	77	59
Ensemble	26	49	38

Source : Direction de la Statistique, RGPH de 1994.

Tableau 5 : Taux (%) de scolarisation des enfants âgés de 7 à 17 ans selon le sexe et le milieu de résidence.

<i>Milieu</i>	<i>Sexe</i>		<i>Ensemble</i>	<i>M/F*100</i>
	<i>Masculin</i>	<i>Féminin</i>		
Urbain	77,5	68,5	73,0	113,1
Rural	47,6	18,6	33,2	255,9
Ensemble	61,7	42,4	50,0	145,5

Source : Direction de la Statistique, RGPH de 1994.

1. Les enfants vivant dans des conditions difficiles

Enfants au travail, enfants de la rue, enfants mal traités, enfants toxicomanes, enfants délinquants, etc., tous ces enfants vivent des situations difficiles et méritent des actions concrètes pour les protéger.

³⁵ CNJA, (1996), *Enquête Nationale : Education-Formation*, Collection enquête, Vol. 1, 2 et 3.

2. Le travail des enfants : phénomène fréquent au Maroc

La protection de l'enfant contre toutes les formes d'exploitation constitue un objectif primordial. Ainsi en tenant compte de la vulnérabilité de cette sous population, le législateur marocain a institué des dispositions spécifiques de protection en leur assurant les meilleures conditions de travail compte tenu de leurs forces physiques. Ainsi, d'après la législation marocaine du travail, l'âge minimum légal d'admission au travail, dans les établissements commerciaux, industriels, les professions libérales et les exploitations agricoles, est fixé à 12 ans. Les enfants employés à des exercices d'acrobatie ou de force doivent avoir un âge dépassant 16 ans. Le travail de nuit (entre 22 h et 5 h) est interdit. La durée du travail effectif « ne peut excéder 10 heures par jour interrompu par un ou plusieurs repos dont la durée ne peut être inférieure à une heure et pendant lesquelles le travail est interdit ». Le salaire des enfants tout comme leur congé annuel payé et repos sont réglementés par le législateur. Il est vrai que ces dispositions ont bel et bien un objectif noble qui est celui de la protection de l'enfant de tout travail pouvant mettre en danger sa santé, son éducation et son développement. Mais sont-elles respectées au Maroc ?

Il est difficile d'évaluer avec précision le nombre d'enfants qui travaillent. D'après les dernières données (recensement de 1994), l'emploi des enfants est un phénomène assez répandu. Les enfants actifs âgés de 7 à 17 ans révolus représentent 14% de l'ensemble des enfants de la même tranche d'âge (10,3% en milieu urbain et 17,3% en milieu rural). L'activité des enfants semble capitale pour la survie de leurs familles, surtout rurales.

Tableau 6 : Taux d'activité (en %) des enfants âgés de 7 à 17 ans selon le sexe et le milieu de résidence.

Sexe	De 7 à 12 ans			De 13 à 17 ans			de 7 à 17 ans		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Masculin	2,2	8,2	5,4	30,6	56,0	43,7	12,4	25,5	19,4
Féminin	2,3	4,4	3,4	18,1	15,9	17,0	8,2	8,9	8,6
Total	2,2	6,3	4,4	24,3	36,2	30,4	10,3	17,3	14,0

Source : D. S., RGPH, 1994.

Les enfants actifs occupés exercent dans trois principaux secteurs d'activités : l'agriculture, l'artisanat et l'industrie. Le secteur agricole comprend 62% de la main d'œuvre des enfants. La plupart des enfants qui exercent dans ce domaine, partagent les activités familiales, 82,2% travaillent au sein de la famille. Généralement non rémunéré, il consiste à garder les animaux, chercher de l'eau, ramasser du fourrage, du bois, etc. Les petits métiers, comme l'artisanat, se rencontrent plus dans les villes.

Par ailleurs, l'enquête sur les « enfants au travail » réalisée par le département de l'emploi en novembre 1996 auprès des enfants des deux sexes âgés de 6 à 17 ans, dans cinq villes (Rabat, Salé, Fès, Tanger et Tétouan) a permis d'obtenir des indicateurs sur la réalité du travail des enfants. Les enfants qui travaillent sont issus des familles démunies, habitant souvent des maisons

où les conditions minimales d'hygiène ne sont pas assurées. L'écrasante majorité des enfants enquêtés habitent des quartiers périurbains. Il leur faut une grande endurance physique et beaucoup de disponibilité (longues journées de travail) pour des salaires très bas. C'est un contexte (lié à la nature de l'activité exercée) marqué par des nuisances, des dangers, etc., à leur santé physique et mentale. Les enfants enquêtés ont fait état des problèmes de santé rencontrés : problèmes respiratoires, problèmes de dos, maux de tête, problèmes dermatologiques.

L'enquête sur les petites filles employées de maison, réalisée en 1996 par la Ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfance (LMPE) pour mieux connaître les problèmes de l'enfance en situation difficile a révélé des faits importants concernant le travail des petites filles. Ainsi parmi les 450 filles (bonnes) enquêtées âgées de moins de 15 ans, 71,8% sont âgées de moins de 12 ans et 28,2% sont âgées de 13 à 15 ans. L'analphabétisme demeure un handicap majeur puisque 77% d'entre elles n'ont jamais été à l'école. Ce sont des petites filles ramenées de la campagne ou des zones périphériques des villes, moyennant un salaire très modique. Presque 75% des « bonnes » enquêtées sont d'origine rurale et 14% des quartiers périurbains. « Des fillettes, à la merci de la maîtresse de maison, sans défense et sans protection. Niées dans leurs besoins et leur personne, abandonnées par les parents qui ne voient en elles qu'une mensualité, négligées par les employeurs, elles sont réduites au silence, à l'acceptation de toutes les corvées » écrit A. Belarbi (1991).

Le travail des enfants est principalement le fait des milieux défavorisés. Quand la survie de la famille est en jeu, chacun doit mettre la main à la pâte. Cependant, beaucoup d'enfants travaillent parce qu'ils n'ont guère d'autres choix. L'échec scolaire, la désaffection de l'école, le désir d'apprendre un métier sont, entre autres, les causes citées par les enfants enquêtés en 1996 par le département de l'emploi. Il faut noter que parmi les enfants soumis à l'enquête, 34% n'ont jamais été scolarisés et aucun n'a dépassé la quatrième année secondaire. C'est ainsi que les enfants non inscrits à l'école et ceux qui l'abandonnent en cours de scolarité sont des enfants travailleurs potentiels puisqu'ils appartiennent presque en totalité aux familles pauvres.

3. La délinquance juvénile

Phénomène qui n'épargne aucune société, la délinquance juvénile est définie comme un comportement des jeunes, qui n'ont pas encore atteint l'âge de la majorité pénale, qui consiste à rejeter ou à violer, pour diverses raisons, certaines lois sociales. Au Maroc, l'âge de la majorité pénale est fixé à 16 ans révolus.

**Tableau 7 : Evolution du nombre de mineurs délinquants arrêtés par les autorités
(Sûreté Nationale ou Gendarmerie Royale).**

Année	1988			1990			1996		
	Urbain*	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Effectifs									
Masculin	6 685	1 477	8 162	4 167	1 901	6 068	3 127	337	3 464
Féminin	1 417	454	1 871	1 043	651	1 694	1 320	41	1 361
Ensemble	8 102	1 931	10 033	5 210	2 552	7 762	4 447	378	4 825
Répartition par milieu (%)									
Masculin	81,9	18,1	100,0	68,7	31,3	100,0	90,3	9,7	100,0
Féminin	75,7	24,3	100,0	61,6	38,4	100,0	97,0	3,0	100,0
Ensemble	80,8	19,2	100,0	67,1	32,9	100,0	92,2	7,8	100,0

Source : Ministère de la Jeunesse et des Sports.

* La distinction Urbain/Rural a été faite sur la base du milieu de résidence où chacune des deux autorités exerce ses fonctions. La Sûreté Nationale en ville et la Gendarmerie Royale à la campagne.

Les statistiques disponibles sur la délinquance juvénile proviennent des services de la Sûreté Nationale, de la Gendarmerie Royale, des Tribunaux et des Etablissements de Sauvegarde de l'Enfance du Ministère de la Jeunesse et des Sports. L'effectif des délinquants connaît une baisse continue depuis 1988, son ampleur demeure cependant élevée et nécessite plus de prise de conscience et d'actions de la part des responsables. Le milieu urbain est plus exposé : en 1996, près de 93% des adolescents délinquants y résidaient. C'est principalement à 14-16 ans que les enfants commencent à se livrer aux actes de délinquance allant des plus légers, accentués par les diverses crises d'adolescence, jusqu'aux actes plus durs, tels que cambriolage et atteinte aux mœurs. Plus fréquente chez les garçons que chez les filles, la délinquance juvénile frappe davantage les couches sociales défavorisées. Elle touche davantage les enfants exclus de l'école et négligés par les parents. Les filles délinquantes ne représentent qu'une faible proportion. Certes, comme le dit A. Belarbi (1991), la fille est protégée voire surprotégée par sa famille, attitude qui traduit la domination de l'idéologie patriarcale qui considère la fille comme un être faible et fragile qu'il faut suivre pas à pas et dont il faut orienter les idées. Selon Chihabeddine et Thami, (1995), en raison de la fragilité psychique des enfants, les facteurs familiaux, sociaux et économiques ont une importance majeure dans la détermination de la délinquance juvénile. En effet, « les milieux familiaux où règnent un climat d'imprudence, d'instabilité, de nervosité ainsi que les milieux des errants, des misérables et des bandes d'enfants constituent les vrais foyers des délinquants ».

Par ailleurs, plusieurs centres de sauvegarde de l'enfance ayant pour objectif le redressement des enfants délinquants existent. Ces centres reçoivent des enfants proposés par les juges d'enfants parmi les délinquants jugés aux tribunaux. Selon le Ministère de la Jeunesse et des Sports (1990), ces centres veillent à la rééducation et la formation des enfants délinquants. Ils contribuent à la consolidation et l'affirmation de leur personnalité et les aident à s'intégrer progressivement dans la société. Ainsi on distingue trois types d'établissements : les Centres de Sauvegarde de l'enfance qui regroupent notamment les Centres d'Observation, les Centres de

Rééducation et les Foyers d'Action Sociale. En plus de leur mission spécifique, chacun de ces centres dispense des services sociaux et pédagogiques au profit des jeunes délinquants.

4. La consommation des stupéfiants

Au Maroc, les données sur la consommation des stupéfiants font défaut. Cependant, une enquête socio-épidémiologique des usagers de drogues, combinant les deux approches quantitative et qualitative, menée par S. A. Lamsaouri auprès de la population scolaire à Tanger en 1993-94, a permis de tirer certaines conclusions sur le comportement des adolescents vis-à-vis de la consommation de drogue. Ainsi le cannabis et ses dérivés (le Kif et le Haschich) sont les produits largement utilisés, suivis par les drogues dites dures comme la cocaïne, l'héroïne (tableau 8). L'auteur rapporte que la consommation du tabac qui débute vers l'âge de 13-14 ans, constitue le point de départ vers la consommation d'autres drogues.

Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon le type de drogues utilisées.

<i>Type de drogues utilisées</i>	<i>Proportion (%)</i>
Haschich	50,0
Kif	13,0
Cocaïne	11,0
Héroïne	6,0
Médicaments	5,0
Maâjoune	4,0
Alcool	4,0
Tabac	3,0
Cheera	3,0
Marijuana	1,0

Source : Lamsaouri, 1995.

L'enquête a révélé que chez les adolescents, fumer et se droguer représentent en général un mécanisme d'évasion devant les problèmes familiaux, socio-économiques auxquels ils se heurtent quotidiennement. « Ce sont des adolescents issus de familles nombreuses et qui vivent des problèmes essentiellement familiaux : conflits entre parents, mésentente, incapacité économique chez le père d'entretenir toute la famille. Ils cherchent dans la drogue une solution passive à leurs difficultés ou une affirmation de leur personnalité, une valorisation dans un groupe leur offre une certaine égalisation dans la participation à une expérience commune tout en reconnaissant cependant que cela peut aboutir malheureusement à une certaine déchéance. Cette expérience de participation avec le groupe est une manière de vivre, alors que pour d'autres il s'agit d'une manière de survivre surtout pour les usagers dépendants » écrit Lamsaouri, (1995). La délinquance, la déviance, la souffrance morale et psychique liées à la dépendance, etc., sont, entre autres, les conséquences de l'usage de la drogue, rapportent les enquêtés. Ainsi la consommation des stupéfiants aux conséquences psychologiques et sociales néfastes, exige des mesures urgentes afin de réduire leur intensité non seulement pour l'individu mais également pour l'équilibre de la société toute entière.

Conclusion

Si la part des enfants de moins de 18 ans connaît une baisse continue depuis les années 1970, leur poids demeure néanmoins considérable, ce qui appelle les responsables à mener davantage d'actions en leur faveur. La scolarisation des enfants, malgré les efforts remarquables, reste en deçà des aspirations, le travail des enfants demeure un phénomène assez répandu, la délinquance comme la consommation des stupéfiants sont, entre autres, les fléaux qui touchent le comportement de nos adolescents. Si le Maroc a bel et bien montré une volonté d'améliorer les conditions des enfants, à travers l'adhésion à la convention internationale des droits de l'enfant et l'adoption en 1992 d'un Plan d'Action National (P.A.N.), les réalisations restent modestes et les responsables marocains auront beaucoup à faire en matière de protection des enfants de moins de 18 ans.

Références bibliographiques

- Alaoui M. T., (1996), « Résultats de l'enquête sur les petites filles 'bonnes' travaillant dans les familles », In Journée d'étude et de réflexion sur les petites filles « bonnes » travaillant dans les familles, organisée par la ligue marocaine pour la protection de l'enfance, Rabat.
- Belarbi A., (1991), *Situation de la petite fille au Maroc*, AMS-UNICEF.
- Bouhdiba A. (1990), « Refaire la famille », In *l'avenir de la famille au moyen orient et Afrique du Nord*, CERES, Série psychologie, n° 7, Tunis.
- Chamcham R., (1987), « L'enfant marocain : entre la dépendance d'hier, la détresse d'aujourd'hui et l'autonomie de demain », In Dernouny M. et Chaouite A., *Enfances maghrébines*, éd. Afrique Orient.
- Chaouite A., (1987), « L'enfant marocain : horizon d'une pensée psychologique », In Dernouny M. et Chaouite A., *Enfances maghrébines*, éd. Afrique Orient.
- Chihabddine Kh., (1995), « Troubles affectifs et de conduite de l'adolescence et délinquance juvénile », In *L'enfant devant la justice*, journées d'étude et de réflexion organisées par la LMPE, 18-19 mars 1994, Rabat.
- CERED, (1991), *Famille à Fès, Changement ou continuité*, Rabat, Maroc, 190p.
- CERED, (1996), *Population infantile au Maroc : Caractéristiques socio-démographiques et Protection de l'enfance*, Rabat, Maroc, 223p.
- CERED, (1997), *Etat matrimonial et stratégies familiales*, Rabat, Maroc, 320p.
- D. S., (1997), *Les moins de 18 ans au Maroc, Caractéristiques démographiques et socio-économiques*, Rabat.
- Kerrou, M. et Kharoufi, M., (1994), « Maghreb : familles, valeurs et changements sociaux », *Maghreb-Machrek*, n° 144, 26-39.
- Lahrech M. T., (1995), « Les étapes du développement psychomoteur intellectuel et social de l'enfant », In *L'enfant devant la justice*, journées d'étude et de réflexion organisées par la LMPE, 18-19 mars 1994, Rabat.
- Lamsaouri S. A., (1995), *Drogue, Adolescence et milieu scolaire*, Compte rendu de l'enquête socio-épidémiologique de l'usager de drogues à Tanger, Imprimerie Hodaya, Tétouan.
- LMPE, (1991), *Journées de réflexion, sur la Convention des Droits de l'Enfant*, Rabat 4-5 Décembre.
- Ministère de la Santé Publique, (1995), *Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS)*, Rabat.
- Ministère de l'Education Nationale, (1997), *Comprendre les facteurs socioculturels affectant les comportements en matière de démographie et les implications pour la formulation et l'exécution de politiques et programmes de population*, Rapport d'une enquête qualitative.
- Ministère de l'emploi et des affaires sociales, (1996), *Les enfants au travail, législation nationale et normes internationales*, Direction du Travail, Rabat.
- Ministère de la Jeunesse et des Sports, (1990, 1996), *Arrabita*, Bulletin d'information, Rabat.

Rabi M., (1996), « Aspects de mutation dans la société marocaine : le cas de la famille et des valeurs » In Journée d'étude et de réflexion sur *les petites filles « bonnes » travaillant dans les familles*, organisée par la ligue marocaine pour la protection de l'enfance, 19 janvier 1996, Rabat.

Ziouziou A., (1979), « *Relation mère enfant dans le milieu traditionnel marocain* », Lamalif, n° 108.

Personnes âgées au Maroc

(Said Azammam)

Introduction

Le développement économique et social et les changements technologiques, culturels et psychosociaux provoquent une diminution de la mortalité et de la fécondité. Conséquence de ces phénomènes, la proportion des personnes âgées augmente, ce qui donne lieu à un processus de vieillissement de la population. Dans les pays développés, ce phénomène est déjà bien avancé, tandis que dans les pays moins développés il commence seulement à émerger.

Depuis quelques années, l'intérêt accordé aux personnes âgées s'accroît tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Le vieillissement des populations sous ses formes actuelles est un phénomène nouveau dans l'histoire de l'humanité. Le nombre de personnes âgées augmente, et étant donné qu'une infrastructure spéciale est nécessaire pour couvrir leurs besoins, un défi résidant dans l'implantation de cette infrastructure s'impose à la société. Plusieurs disciplines interviennent dans l'analyse du vieillissement d'une population, et la culture propre à chaque société joue un rôle fondamental. L'objectif de ce travail est de retracer l'évolution passée et future de la population âgée tout en soulignant certaines de leurs caractéristiques sociales.

I. Définition du vieillissement

Dans le dictionnaire, le vieillissement est défini comme étant « la dernière période de la vie normale qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales et par des modifications atrophiques des tissus et des organes ». Il ressort de cette définition que la vieillesse est à relier avant tout à l'état de santé. Si l'on se réfère uniquement à cette définition, il est évident qu'il y a eu un recul du seuil de la vieillesse, car on atteint ce stade d'incapacité de plus en plus tard (Freis. J.F. cité par Lègaré)³⁶.

Du point de vue des sciences sociales, le vieillissement de la population est considéré en termes chronologiques. Les Nations Unies, lors de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement réunie à Vienne en 1982, ont fixé à 60 ans l'âge à partir duquel une personne est considérée comme vieille ou âgée. Ce seuil varie selon les sociétés et selon les pays (entre 60 et 70 ans), mais aussi selon les cultures et l'usage qu'on donne au concept. Du point de vue démographique, le vieillissement est défini comme la proportion des personnes âgées dans la population totale d'un pays et est naturellement associé à la diminution de la part des jeunes dans la population étudiée. Le vieillissement entraîne un changement dans la structure par âge d'une population.

³⁶ Lègaré J. F., (1995), « Qualité de vie ou quantité de vie : un défi pour les sociétés industrielles », *La sociologie des populations*, p. 463-480.

Le premier problème qui se présente quand on étudie les personnes âgées est relatif à la détermination de l'âge auquel débute cet état. Dans certains pays, l'âge chronologique où l'on considère le vieillissement coïncide avec l'âge de la retraite. C'est une décision qui a un fondement légal, mais qui peut être considérée aussi du point de vue économique. L'âge de la retraite est le passage de la vie active à la vie inactive, et implique l'entrée de la personne dans une période d'improductivité économique. Il n'empêche que cette référence à un âge de retraite unique est parfois arbitraire dans la mesure où il varie d'une profession à l'autre (comme dans le cas du Maroc où l'âge de la retraite varie entre 45 ans pour certains grades militaires et 66 ans pour les magistrats).

Certains auteurs considèrent que le fait de fixer une limite va à l'encontre du progrès de l'humanité : la tendance étant à l'allongement de la vie humaine, une mesure comme celle qui est utilisée (60 ans) rend proportionnellement la vieillesse plus précoce. Ces auteurs proposent une mesure plus flexible, consistant à définir le seuil de la vieillesse par rapport au nombre d'années restant à vivre aux individus, soit 10 à 15 ans. Cette mesure serait plus applicable pour le traitement de groupes d'individus que pour des personnes. Légaré signale que, bien que ce concept ait été utilisé aux Etats Unis, il n'est pas facile à appliquer. Il suppose en effet d'une part la disponibilité de tables de mortalité adéquates, et a d'autre part des implications sociales, économiques, légales et éthiques.

La définition du vieillissement devrait, selon Arias de Blois, concerner des aspects physiologiques, sociaux ou psychologiques, selon les cas. Gaymu mentionne une autre notion pouvant être utilisée pour définir le vieillissement : celle d'espérance de vie sans incapacité, qui introduit une dimension plus qualitative. Pour cet auteur, la signification de l'âge varie, entre autres, en fonction de l'époque, du sexe, des catégories sociales, voire du lieu de résidence (urbain, rural, montagne, région polluée ou non ...). A ce concept, qui est utilisé dans plusieurs disciplines, ne correspond aucune définition idéale ni unique. On ne peut en effet adopter de définition adéquate sans laisser de côté des éléments importants. Malgré les reproches faits au choix d'un âge unique, on observe un certain consensus sur l'utilisation d'un âge fixe pour l'opérationnalisation des études sur les personnes âgées, qui varie en général entre 60 et 65 ans.

II. L'évolution de la population âgée

Au cours des dernières décennies, des mutations démographiques importantes ont eu lieu au Maroc. Ces changements, s'ils continuent au même rythme, risquent d'alourdir, à moyen et long terme, la demande en matière de protection sociale, de soins médicaux et autres services sociaux destinés aux personnes âgées. En 1994, la population totale du Maroc a été estimée à 26,07 millions, contre 20,35 en 1982, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,06%. Ce

taux d'accroissement intercensitaire, comparé à ceux relevés entre 1982 et 1971 (2,6%) et entre 1971 et 1960 (2,8%), est en baisse.

Cette évolution est la conséquence directe de la baisse des principales composantes de l'accroissement démographique (fécondité et mortalité), ce qui n'est pas sans effet sur la structure par âge de la population marocaine. Le tableau 1 présente la répartition de la population aux recensements de 1960, 1971, 1982 et 1994.

Tableau 1 : Evolution de la structure de la population du Maroc par grands groupes d'âges (%), 1960-94.

Age	1960	1971	1982	1994
Moins de 15 ans	44,3	45,7	42,2	37,0
15-59	48,3	47,2	51,5	55,9
60 & +	7,4	7,1	6,3	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Recensements de 1960, 1971, 1982 et 1994

D'importantes mutations démographiques se sont opérées entre 1960 et 1994 :

- Une réduction continue du poids des enfants dans la population totale : de 44,3% en 1960, la part des moins de 15 ans est passée à 42,2% en 1982 et à 37% en 1994, soit une baisse de 7 points ;
- Une augmentation de la part des personnes en âge d'activité (15-59 ans) qui a atteint 55,9% en 1994 contre 51,6% en 1982 et 47,2% en 1971 ;
- Une fluctuation de la part de la population âgée de plus de 60 ans entre 1960 et 1994 qui ne peut être due qu'à des omissions des personnes de cet âge ou à des problèmes de déclaration de l'âge, d'autant plus que, tout au long de cette période, cette population n'a pas connu de phénomènes perturbateurs de son évolution. Toutefois, entre 1982 et 1994 le poids des personnes âgées a augmenté de 6,3% à 7,1%, soit une progression d'un point en l'espace de 12 ans.

Cette évolution n'est pas sans effet sur le rapport de dépendance, qui renseigne sur la charge économique et sur le poids des solidarités intergénérationnelles que doivent supporter les personnes en activité. Bien que les personnes en âge d'activité ne soient pas toutes actives, et que certaines, pourtant considérées comme inactives (car âgées de moins de 15 ans ou de plus 60 ans) exercent malgré tout une activité économique, ce rapport demeure un indicateur utile. On peut constater que du fait de l'évolution de la structure par âge, le rapport de dépendance est passé de 107 à 112 entre 1960 et 1971, puis a baissé considérablement jusqu'à atteindre près de 79 en 1994 (Tableau 2). On compte donc en 1994, 79 dépendants pour 100 adultes dont 66 enfants et 13 personnes âgées, contre 107 en 1960, dont 92 enfants et 15 personnes âgées. Par conséquent, le poids des dépendants s'est allégé entre 1960 et 1994, tout particulièrement la charge représentée par les enfants. Celle représentée par les vieux a connu un léger redressement entre 1982 et 1994,

après une timide diminution entre 1960 et 1982. La charge que doit supporter la population en âge d'activité, notamment en matière de couverture médicale dans l'hypothèse de sa généralisation, est donc importante.

Tableau 2 : Evolution du rapport de dépendance et de ces composantes entre 1960 et 1994.

Année	Moins de 15 ans	15-59 ans	60 ans & +	Rapport de dépendance	Rapport de Jeunesse	Rapport de Vieillesse
1960	5 150 380	5 617 869	857 983	107	91,7	15,3
1971	7 036 815	7 250 324	1 091 726	112,1	97,1	15,1
1982	8 621 309	10 539 909	1 288 333	94	81,8	12,2
1994	9 635 509	14 541 422	1 840 727	78,9	66,3	12,6

Source : RGPH de 1960, 1971, 1982 et 1994

En somme, le rapport de dépendance reste essentiellement affecté par le poids démographique des enfants et le rapport de vieillesse n'évolue que très lentement. Les personnes âgées sont, pour plus de la moitié, âgées de moins de 70 ans (celles âgées de 60-64 ans représentent 37%, celles âgées de 65-69 ans, 21%). La part des personnes très âgées (75 ans et plus) est toutefois plus importante en milieu rural (24%) qu'en milieu urbain (19%). L'extrême vulnérabilité de cette tranche de la population, conjuguée au manque de services sociaux et à la très faible couverture sociale dans les campagnes, laissent supposer que leurs conditions de vie et celles de leur famille sont difficiles.

Tableau 3 : Répartition des personnes âgées selon le groupe d'âge, le milieu de résidence et le sexe.

Groupes d'âges	Total			Urbain			Rural		
	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total
60-64	38,1	35,7	36,9	39,8	38,4	39,1	36,6	33,3	34,9
65-69	19,9	22,2	21,0	21,3	22,6	22,0	18,6	21,8	20,2
70-74	21,4	19,5	20,4	20,4	19,3	19,9	22,4	19,6	20,9
75 & +	20,5	22,7	21,6	18,5	19,6	19,0	22,4	25,4	23,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

III. Personnes âgées et situation matrimoniale

Pour l'ensemble du Maroc, en 1994, on constate que parmi les personnes âgées, 9 hommes sur 10 étaient mariés, contre un peu moins de 4 femmes, du fait en particulier des plus grandes opportunités qu'ont les hommes de se remarier. Les faibles proportions de femmes mariées à ces âges sont dues aux proportions élevées de veuves (plus d'une femme sur trois) et de divorcées (4 femmes sur 100 contre seulement 1 sur 100 chez les hommes) qui n'arrivent pas à se remarier. Pour les deux sexes, on constate qu'au fur et à mesure que l'âge avance, la proportion des mariés diminue au profit de celle des veufs et des veuves.

Tableau 4 : Répartition des personnes âgées selon le groupe d'âge, le sexe et l'état matrimonial

Groupe d'âges et sexe	Etat matrimonial				
	Célibataire	Mariés	Veufs	Divorcés	Total
Total					
60-64	1,7	73,5	22,5	2,3	100,0
65-69	1,8	71,0	25,1	2,1	100,0
70-74	1,9	57,8	37,9	2,4	100,0
75 &+	1,3	51,2	44,5	3,0	100,0
Total	1,7	64,9	31,0	2,4	100,0
Masculin					
60-64	3,1	93,4	2,9	0,7	100,0
65-69	2,7	93,1	3,1	1,1	100,0
70-74	3,4	88,9	6,8	0,9	100,0
75 &+	1,9	81,8	14,3	2,0	100,0
Total	2,8	89,8	6,3	1,1	100,0
Féminin					
60-64	0,5	54,9	40,9	3,7	100,0
65-69	0,9	46,2	49,6	3,3	100,0
70-74	0,6	29,4	66,4	3,7	100,0
75 &+	0,6	17,0	78,2	4,1	100,0
Total	0,6	39,9	55,8	3,7	100,0

IV. Analphabétisme et niveau scolaire chez les personnes âgées

Le degré d'alphabétisme et le niveau d'éducation des personnes âgées renseigne sur les progrès réalisés par le passé en matière de scolarisation et de lutte contre l'analphabétisme, mais aussi, indirectement, sur la qualité de vie de ces derniers, dans la mesure où la scolarisation a pu leur permettre d'être mieux intégrées dans la société. Pour l'ensemble du pays, il ressort du recensement de 1994 (Tableau 5) que 92,9% des personnes âgées étaient analphabètes, contre seulement 55% pour l'ensemble de la population au niveau national. On constate une nette différence entre le sexe masculin (81%) et le sexe féminin (98,7%). La proportion des analphabètes s'accroît avec l'âge. Pour les deux sexes, elle atteint son niveau maximum (99,3%) pour le groupe d'âge des 75 ans et plus, avec (86,7%) pour le sexe masculin et (92,6%) pour le sexe féminin. Ces proportions d'analphabètes aux âges élevés - effet de génération - trouvent leur explication dans le retard énorme qu'a connu le Maroc durant le Protectorat, période au cours de laquelle ces personnes âgées étaient en âge d'être scolarisées. Leur niveau d'étude est bas : seulement 7,4% ont pu accéder au niveau préscolaire, 2,2% au secondaire et 0,2% au supérieur. Tant par sexe que par âge, une nette différence existe entre les sexes pour ce qui est de la scolarisation, puisqu'il ressort clairement que les hommes ont pu en plus grand nombre accéder aux différents niveaux scolaires.

Tableau 5 : Répartition des personnes âgées selon le groupe d'âge, le sexe et le niveau d'instruction

<i>Groupe d'âges et sexe</i>	<i>Niveau scolaire</i>					<i>Total</i>
	<i>Néant</i>	<i>Pré-scolaire</i>	<i>Fondamental</i>	<i>Secondaire</i>	<i>Supérieur</i>	
Total						
60-64	88,1	7,9	3,3	0,4	0,3	100,0
65-69	88,4	8,3	2,5	0,4	0,4	100,0
70-74	91,4	6,8	1,5	0,2	0,1	100,0
75 &+	92,6	6,2	0,8	0,2	0,1	100,0
Total	89,8	7,4	2,2	0,3	0,2	100,0
Masculin						
60-64	76,9	15,9	5,9	0,6	0,7	100,0
65-69	79,8	15,0	4,0	0,6	0,7	100,0
70-74	83,1	13,8	2,4	0,5	0,2	100,0
75 &+	86,7	11,6	1,3	0,3	0,2	100,0
Total	81,0	14,3	3,7	0,5	0,5	100,0
Féminin						
60-64	98,5	0,5	0,9	0,1	0,0	100,0
65-69	98,1	0,8	0,8	0,2	0,1	100,0
70-74	98,9	0,4	0,7	0,1	0,0	100,0
75 &+	99,3	0,3	0,4	0,1	0,0	100,0
Total	98,7	0,5	0,7	0,1	0,0	100,0

V. Taux d'activité et de chômage des personnes âgées

Parmi les personnes âgées, nombreuses sont celles qui continuent à exercer une activité. Les résultats de l'enquête sur l'emploi donnent des taux d'activité selon l'âge et le sexe pour les personnes âgées. En 1995 et 1996, ces taux étaient faibles comparés à ceux des autres catégories de la population, mais néanmoins plus élevés chez les hommes que chez les femmes, (33,5% en 1995 et 33,8% en 1996 pour les hommes, contre 7,7% et 5,5% pour les femmes). En 1995, année pour laquelle on dispose de données relatives à l'emploi en milieu urbain et en milieu rural, les taux d'activité des personnes âgées rurales (40,6%) étaient supérieurs à ceux des citadins (20,7%), et ce quel que soit le sexe. Les taux d'activité des hommes ruraux âgés étaient également supérieurs à ceux des femmes (56% contre 21%).

Le taux de chômage des personnes âgées en milieu urbain était de 9,2% en 1995. Le chômage touche plus les femmes que les hommes (9% et 8,1% respectivement en 1995).

VI. Personnes âgées et état de santé

Il est admis que les besoins sanitaires varient selon l'âge. En principe, il faudrait plus de médecins, plus de médicaments et plus de soins pour une personne âgée que pour un adulte. De plus, non seulement le nombre et la durée des maladies augmentent avec l'âge, mais aussi la nature même de la maladie se modifie. Aux jeunes âges, on rencontre en majorité des maladies épidémiques et infectieuses, alors qu'aux âges élevés, ce sont les maladies de dégénérescence, les cardiopathies et les cancers, qui prévalent. Le système de santé est appelé, dans le contexte

politique actuel, à faire face à un double front : améliorer la santé des enfants et celle des personnes âgées, d'autant que le système de santé manque cruellement de spécialisation en gériatrie, discipline qui a commencé à prendre de l'ampleur ces dernières années du fait de l'augmentation du poids des personnes âgées dans l'ensemble de la population dans les pays industrialisés.

Comme il fallait s'y attendre, lors de l'enquête sur le niveau de vie des ménages de 1990-91, il s'est avéré que les personnes âgées tombaient malades plus souvent que l'ensemble de la population, et ce quel que soit le milieu de résidence. Parmi les personnes âgées, 32,6% de celles qui résident en milieu urbain l'étaient lors des quatre semaines qui ont précédé l'enquête, contre 28,5% en milieu rural et 30,2% pour l'ensemble du pays. Lorsqu'on s'intéresse à la répartition des malades selon le sexe et le milieu de résidence, on constate que sur 100 malades, les femmes représentent 53,5% en milieu urbain, alors qu'en milieu rural, elles ne représentent que 47%. Cette constatation nous amène à nous poser la question suivante : est-ce que la santé des femmes rurales est meilleure que celle des citadines ? Tout porte à croire que le niveau bas d'éducation, le manque d'infrastructures de santé, le statut des femmes et la perception même de la maladie, sont autant de facteurs qui peuvent constituer des éléments d'explication de cette différence apparente.

D'après l'enquête du Ministère de l'Artisanat et des Affaires Sociales (1985), dans son volet réservé à l'état de santé des personnes âgées, il ressort que l'entrée dans le troisième âge est synonyme de problèmes de santé. En effet, sur 10 personnes âgées, 6 ont des problèmes de santé³⁷. La nature des maladies varie :

- 19,4% des personnes âgées ayant des problèmes de santé souffrent de rhumatismes, probablement dus à l'insalubrité des logements et aux conditions de travail ;
- 14,2% souffrent de maladies des yeux. Beaucoup sont des personnes encore en activité professionnelle qui ne portent pas de lunettes de correction ;
- 10,9% souffrent de maladies des poumons ;
- 10,7% souffrent des maladies de l'appareil digestif ;
- 10,5% du cœur.

Enfin l'analyse des causes de mortalité en milieu urbain, entre 1989 et 1990, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, du Ministère de la Santé³⁸, montre que 40% des décès sont dus aux maladies cardio-vasculaires, 13% aux cancers, 11% aux diabètes, 7% aux maladies de l'appareil respiratoire et 3% à la tuberculose.

³⁷ Ministère de l'Artisanat et des Affaires sociales, (1985), *Les personnes âgées au Maroc : Situation, besoins, aspirations*, Rabat.

³⁸ Ministère de la Santé publique, (1995), *La mortalité urbaine par cause, 1989-1990*, Service des études et de l'information statistique, Rabat.

VII. Solidarité familiale et protection sociale des personnes âgées

La solidarité est une notion très ancienne dans l'histoire de la société marocaine. Le Maroc connaissait un grand nombre d'institutions d'assistance découlant des coutumes tribales et fondées sur les préceptes de l'islam. L'application du droit coutumier ou musulman conduisait en fait à mettre en place des pratiques d'entraide à différents niveaux d'organisation de la vie sociale. L'organisation domestique actuelle des personnes âgées prouve que cette solidarité existe toujours.

Reste aussi à rappeler que, dans la culture marocaine, l'enfant est perçu comme un substitut de sécurité sociale pour les vieux jours des parents, qui préfèrent cet investissement à tout autre. Les résultats de l'Enquête Nationale sur la Famille (ENF) confirment ceci, puisque 46,2% des enquêtés ont déclaré compter sur leurs enfants pour les prendre en charge pendant la vieillesse. Mernissi³⁹ qu'en raison de leur manque d'autonomie et la menace de répudiation qui pèse sur elles, les mères comptent plus que les pères sur le soutien de leurs enfants une fois âgées. Elle souligne aussi qu'en vieillissant, les femmes s'attribuent un pouvoir de plus en plus grand sur leurs belles-filles et leurs enfants.

Bien qu'ils procèdent d'un esprit communautaire et religieux, les mécanismes de solidarité sociale restent insuffisants dans la mesure où ils ne répondent pas aux attentes des personnes âgées. Non seulement cette solidarité familiale ne suffit plus, mais elle est en voie de disparition en raison de l'évolution du milieu social vers une société nucléarisée. En effet, l'enquête (ENF) montre qu'à la question posée aux chefs de ménage sur le moyen envisagé pour vivre durant leur vieillesse, l'aide de la famille et la prise en charge par un autre membre de la famille se révèlent de moindre importance (CERED, 1996). Leurs déclarations manifestent aussi quelques incertitudes sur la prédisposition des enfants dans le futur à fournir cette aide. Ceci pourrait engendrer à l'avenir l'exclusion de beaucoup de personnes âgées. Une telle situation est vécue actuellement par certaines personnes âgées qui, faute de descendants, vivent déjà isolées.

La création du premier régime (facultatif) de retraite au Maroc date de 1917. Les réformes qui ont jalonné la décennie 70 ont marqué un véritable tournant dans l'histoire de la retraite au Maroc, aussi bien pour les salariés du secteur privé que pour ceux du secteur public. Les régimes de retraite ont connu un développement incontestable au cours des deux dernières décennies, avec une tendance marquée vers la généralisation d'une protection de base obligatoire et des efforts d'amélioration des prestations servies par les régimes publics. Ils demeurent néanmoins réservés à une minime partie des personnes âgées. Le système d'assurance vieillesse reste en effet

³⁹ Mernissi F., (1981), *Etudes de cas socioculturelles pour l'éducation en matière de population au Maroc, au Pérou, au Rwanda et en république Unie de Tanzanie*, UNESCO.

peu répandu et assez complexe compte tenu de la fragmentation des régimes et des disparités dans les règles appliquées. Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, communément appelés « retraités », étaient en 1994 au nombre de 156 976, 37 304, 15 862 et 107 443, respectivement pour les principaux régimes de retraites au Maroc, à savoir : la Caisse Marocaine de Retraite (CMR), la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR), le Régime Collectif des Allocations de Retraite (RCAR) et la Caisse Nationale de Sécurité Nationale (CNSS). Les taux de couverture des personnes âgées de 60 ans et plus étaient respectivement de 8,5%, 2,0%, 0,8% et 5,8%, soit un taux de couverture total de 17,1%. Près de 80% des personnes âgées ne bénéficient donc d'aucune couverture sociale. La raison en est son caractère élitiste ; la plupart des régimes sont destinés exclusivement aux salariés des secteurs économiques modernes, en majorité implantés en milieu urbain.

L'évolution de la structure démographique conjuguée à l'évolution sociale conduit le pays à accorder un intérêt croissant aux aspects sociaux, notamment en ce qui concerne la couverture sociale et son élargissement à une plus grande partie de la population. Plusieurs actions ont été entreprises au cours des dernières années en faveur des personnes âgées. Il ne peut être question de les détailler ici mais nous en citerons certaines :

- révision en 1995 de la situation juridique et financière de la Caisse Marocaine de Retraite. Désormais l'Etat est tenu de verser la part patronale en tant qu'employeur. La caisse n'est donc plus considérée comme un simple support budgétaire et comptable des régimes de pensions mis à la charge de l'Etat ;
- encouragement de certaines corporations (avocats, artisans, agriculteurs, pêcheurs...) à adhérer aux régimes de retraite publics ou privés ;
- instauration d'une pension minimale (500 Dh) par le CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) et le CMR (Caisse Marocaine de Retraite) au lieu de 200 Dh par mois généralement versés jusqu'alors ;
- abolition du cloisonnement total des caisses de retraite de base. Chaque affilié à une caisse quelconque peut bénéficier de la période d'affiliation auprès des autres caisses lorsqu'il s'agit d'un affilié qui ne remplit pas les conditions de durée requise pour l'ouverture du droit de pension ;
- paiement mensuel et non plus trimestriel, comme c'était le cas avant 1994, des pensions de retraite ;
- création d'un Secrétariat d'Etat Chargé de la Protection Sociale.

VIII. Evolution future de la population âgée et du rapport de dépendance

Afin de déterminer comment la structure de la population va évoluer dans le futur, et quelle sera la part des personnes à charge, on a utilisé les projections les plus récentes réalisées par le CERED, sur la base des résultats des différentes enquêtes démographiques disponibles, notamment ceux relatifs à la fécondité et à la mortalité, et de ceux du dernier recensement (1994), pour la période 1994-2060. Selon les hypothèses de ces projections (variante moyenne), à savoir une baisse continue de la fécondité et de la mortalité, la population sera multipliée par 1,35 entre 1994 et 2014 et par 1,3 entre 2014 et 2060. Elle passera de 25,9 millions en 1994 à 34,9 millions en 2014 puis à 45,4 millions en 2060.

Tout au long de la période considérée, les effectifs des enfants de moins de 15 ans, tels qu'ils figurent dans le tableau 6, passeraient de 37% en 1994 à 25% en 2014, et à 32% en 2060, soit une perte de 12 points au cours de la première période, et de 7 points au cours de la deuxième. La tendance à la baisse serait donc plus rapide entre 1994 et 2014 qu'entre 2014 et 2060.

La population âgée de 15 à 64 ans passerait quant à elle de 58% de la population totale en 1994 à 69% en 2014 et à 61% en 2060. Les générations nombreuses nées avant la baisse de la fécondité vont donc passer de la phase d'enfance à celle d'adulte entraînant ainsi une augmentation de la proportion de la population en âge actif. Parallèlement, la population âgée de plus de 65 ans connaîtrait une évolution à la hausse plus rapide entre 2014 et 2060 qu'entre 1994 et 2014. Sa part passerait de 4,5% de la population totale en 1994 à 6% en 2014, soit un gain de 1,5 point, pour atteindre ensuite 21% en 2060. Au-delà de 2014, on devrait s'attendre à un vieillissement démographique rapide.

Le schéma de vieillissement est différent d'un milieu de résidence à l'autre. En milieu urbain, le rythme s'accélérait dès 2014 alors qu'en milieu rural, l'accélération ne s'amorcerait qu'à partir de 2034, soit un décalage d'une vingtaine d'année. Aussi, malgré une réduction du poids relatif des personnes âgées, elles représentent en chiffres absolus 1 158 000 personnes en 1994, 2 081 000 en 2014 et 9 478 000 en 2060, soit un dédoublement des effectifs au cours de la première période et un quadruplement durant la deuxième (Tableau 6). Un effort considérable devra donc être fourni en matière de services sociaux et de protection sociale. Après avoir été un fait rural (54,7%), le vieillissement deviendra de plus en plus, avec le temps, un fait urbain, les personnes âgées citadines représentant 67,7% des personnes âgées en 2014 et 71,7% en 2060.

Il est donc nécessaire de se préparer pour assurer à ces personnes, qui seront de plus en plus nombreuses et exigeantes, une vie convenable et une protection sociale satisfaisante, d'autant

plus qu'avec le recul de la mortalité, la probabilité de survie jusqu'à l'âge de la retraite et au-delà augmenterait sensiblement.

Tableau 6 : Structure par grands groupes d'âges et par milieu de résidence : 1960 à 2060 (en %)

Année	1994	1999	2004	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054	2060
I. Population totale														
Moins de 15 ans	37,0	33,1	29,6	26,9	25,1	23,6	22,3	21,2	20,1	19,3	18,8	18,3	18,0	17,8
15 à 64 ans	58,5	61,9	65,1	67,3	68,9	69,2	69,2	68,6	68,2	67,0	65,6	63,8	62,3	61,4
65 ans et plus	4,5	5,0	5,3	5,8	6,0	7,3	8,5	10,2	11,7	13,7	15,7	17,9	19,7	20,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
II. Population urbaine														
Moins de 15 ans	32,9	28,8	26,1	24,2	23,3	22,6	21,6	20,3	19,2	18,5	18,0	17,6	17,2	16,8
15 à 64 ans	63,1	66,5	68,7	70,0	70,5	69,7	69,2	68,5	67,7	66,4	65,1	63,7	62,8	62,3
65 ans et plus	4,0	4,7	5,2	5,8	6,2	7,7	9,2	11,2	13,1	15,1	16,9	18,7	20,0	20,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
III. Population rurale														
Moins de 15 ans	41,4	38,2	34,4	31,2	28,5	25,7	24,0	23,3	22,4	21,4	20,6	20,2	20,0	20,0
15 à 64 ans	53,6	56,5	60,3	63,1	66,0	68,0	69,2	68,9	69,3	68,6	66,9	63,9	61,0	59,2
65 ans et plus	5,0	5,3	5,3	5,7	5,5	6,3	6,8	7,8	8,3	10,0	12,5	15,9	19,0	20,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Conclusion

Les données démographiques disponibles montrent que la proportion des personnes âgées dans la population totale s'accroîtra de plus en plus rapidement. Cette population compte plus de femmes que d'hommes, est fortement concentrée en milieu rural bien que la part des citadins aux âges élevés tende à devancer celle des ruraux. Les personnes âgées sont à forte majorité analphabètes et une partie non négligeable reste encore active malgré son âge.

Les responsables marocains se doivent de prendre conscience du phénomène de vieillissement auquel le Maroc aura à faire face. Certes la priorité accordée à la formation et à l'emploi de nos jeunes est tout à fait légitime, mais laisser de côté ou ignorer les problèmes des personnes âgées serait manquer du sens du long terme.

Pour répondre aux besoins essentiels de cette frange de la population, il est impératif que les responsables de la politique social du pays anticipent l'effet de vieillissement et inscrivent les problèmes des personnes âgées au cœur de la politique sociale du pays. A cet effet des objectifs précis et des stratégies opérationnelles doivent être mis au point progressivement et ce en focalisant les actions au niveau du renforcement, par tous les moyens (moral, législatif, matériel...), des ressources et du rôle de la famille dans la prise en charge des personnes âgées.

Les personnes handicapées ***(Abdelhamid Begdouri Achkari)***

Le développement ne peut être réalisé que sur la base des principes de liberté, d'égalité, de participation et de dignité de tous les êtres humains, principes universellement reconnus, définis et adoptés par les différentes instances internationales. La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a insisté sur la nécessité de mettre en place un ensemble de mécanismes de développement efficaces, fonctionnels et intégrant toutes les catégories de la population. Les personnes handicapées « constituent un élément important de la population »⁴⁰, il est donc nécessaire de tenir compte de leurs besoins, de leur permettre de jouir de leurs droits et de participer, selon une démarche d'intégration, à tous les aspects de la vie sociale, économique et culturelle. Le présent chapitre portera un double regard analytique et critique sur la situation des personnes handicapées au Maroc, à la lumière des orientations et des recommandations de la CIPD du Caire en 1994, et des réalisations dans ce domaine, depuis cette date.

I. Définition du handicap

Le premier obstacle rencontré par les chercheurs et les professionnels s'occupant des personnes handicapées est celui de la définition du concept de handicap. La multitude de définitions (usuelle, médicale, étymologique, juridique) rend difficile toute tentative pour tracer les contours et préciser le contenu de ce concept. Néanmoins, cette difficulté est la base d'une problématique dont l'objet est de s'approcher d'une définition opérationnelle, claire et exhaustive du handicap.

Les définitions données par les dictionnaires au mot « handicap » au sens étymologique, font référence à ses origines anglaises liées aux jeux et aux sports : « probablement de handicap, main dans le chapeau », « course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre, naturellement inégales, sont égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand ou de parcourir une distance plus longue », « épreuve sportive où l'inégalité des chances des concurrents est compensée au départ ». A partir de 1950, le mot « handicap » est devenu synonyme de déficience physique ou mentale. Il signifie également désavantage, infériorité, entrave, inconvénient, gêne. L'adjectif « handicapé » a été utilisé à partir de 1957 et a progressivement remplacé le mot « infirme ». Au début des années soixante, il a acquis une signification plus large pour désigner une infériorité momentanée, économique, sociale ou politique d'une collectivité par rapport à une autre. Le champ d'utilisation de cette signification est resté restreint.

⁴⁰ *Rapport de la CIPD*, le Caire 1994, p. 43.

La définition médicale se veut précise et complète, en donnant au terme « handicap » le sens d'une « déficience ou incapacité mentale, physique ou sensorielle, partielle ou totale, temporaire ou définitive, causée par une altération des structures ou des fonctions psychologiques, physiologiques ou anatomiques et constituant un désavantage social »⁴¹. L'Organisation Mondiale pour la santé (OMS), dans un contexte sanitaire, fait la distinction entre déficience, incapacité et handicap : « la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. L'incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain. Le handicap est un désavantage résultant pour un individu d'une déficience ou d'une incapacité, qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe et de facteurs sociaux et culturels ou l'empêche d'exercer ce rôle »⁴².

Sur le plan juridique, l'article 2 du chapitre premier de la loi marocaine n° 07-92 relative à la protection sociale des personnes handicapées définit la personne handicapée, et non pas le handicap, comme suit : « Est considérée comme handicapée au sens de la présente loi, toute personne se trouvant dans un état d'incapacité ou de gêne permanent ou occasionnel résultant d'une déficience ou d'une inaptitude l'empêchant d'accomplir ses fonctions vitales, sans distinction entre handicapés de naissance et ceux qui souffrent d'un handicap acquis ». Cette définition juridique s'inspire donc de la définition de l'OMS de 1980, qui est actuellement l'objet d'une révision en vue de suivre l'évolution récente des approches inhérentes au handicap.

La conception populaire marocaine du handicap reste prisonnière du type le plus apparent, c'est-à-dire le handicap moteur. La surdité, par exemple, n'est pas souvent considérée comme un handicap, et l'autisme est classé comme une maladie qui relève exclusivement de la psychiatrie. La définition du handicap reste déterminante pour tous les aspects liés à cette question. C'est ainsi que le pourcentage des personnes handicapées dans une population déterminée varie selon cette définition. Une étude sur les définitions du handicap⁴³ adoptées par quatre-vingts pays, a montré que la proportion de personnes handicapées varie entre 1 et 19%, en fonction de la définition utilisée.

Certes, les définitions avancées nous rapprochent, dans une certaine mesure, du sens donné au handicap, mais ce concept demeure difficile à cerner du fait de la multitude d'intervenants dans ce domaine et des problèmes engendrés par son utilisation pratique. Il est donc difficile de

⁴¹ *Larousse Médical*, (1994), p. 458.

⁴² *Classification Internationale des Handicaps*, pp. 43, 135 et 179, voir bibliographie.

⁴³ Etude réalisée par Karyouti Y., Conseiller Régional de l'OIT au Liban, dont les conclusions ont été présentées lors d'une conférence à Amman sur la Réadaptation à Base Communautaire, le 16 déc. 1995.

trouver actuellement une définition qui obtient un consensus, sachant que des voix s'élèvent pour introduire le handicap social dans cette définition et contester la connotation « péjorative et réductrice » de « personnes handicapées ». On propose plutôt l'appellation « personnes aux besoins spécifiques », qui ne fait pas non plus l'unanimité.

II. Sources de données

Les sources de données sur les personnes handicapées au Maroc sont très dispersées et incomplètes, ce qui rend la collecte de données fiables difficile. La conception et la perception du handicap par les différents intervenants dans ce domaine compliquent davantage les choses. Pour ce chapitre, nous avons identifié deux grandes sources : les administrations publiques et les associations.

1. Les administrations publiques

Sous ce titre, on regroupe toutes les administrations publiques, semi-publiques et établissements publics, concernés directement ou indirectement par le handicap. On peut citer :

- le Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées qui a réalisé, en 1997, une étude sur les caractéristiques de la population handicapée à partir d'un échantillon de 22 000 personnes, dans 22 provinces et préfectures. Ce département dispose également de données sur des populations ciblées, comme les fonctionnaires handicapés ou les handicapés incarcérés. Des enquêtes locales ont été réalisées dans trois communes abritant le Programme de Réadaptation à Base Communautaire (RBC). D'autres données riches et exploitables sont fournies à ce département directement par les populations concernées. Un système d'exploitation approprié serait très utile pour identifier d'une manière précise les besoins de ces populations et tracer les grandes lignes des politiques à venir dans ce domaine ;
- le Ministère de la Santé Publique à travers ses structures d'accueil, notamment les dispensaires, les centres de rééducation et d'appareillage et les formations hospitalières ;
- la Commission Nationale pour la Prévention des Accidents de la Circulation qui publie régulièrement des données sur les invalidités causées par les accidents de la route ;
- l'Etablissement de l'Entraide Nationale qui gère des centres pour personnes handicapées et assure la distribution de denrées alimentaires aux populations handicapées nécessiteuses ;
- le Ministère de l'Emploi pour tout ce qui concerne les accidents du travail ;
- les préfectures et les municipalités à travers leurs services économiques et sociaux.

2. Les associations

Il s'agit de toutes les associations de personnes handicapées, régies par le dahir des libertés publiques de 1958, ainsi que de coopératives régies par le dahir de 1984, fixant leur statut général.

Ces associations et coopératives disposent d'un gisement de données non exploitées. A titre d'exemple, une association casablancaise pour personnes handicapées déclare avoir 12 000 adhérents.

Des questions concernant les personnes handicapées ont été introduites dans le recensement de 1994, mais ces résultats n'ont pas encore été publiés par la Direction de la Statistique. Un travail de collecte, de classification et d'analyse des données concernant les personnes handicapées est nécessaire pour connaître avec précision leurs besoins et faciliter leur intégration dans la société. Le Secrétariat d'Etat chargé des Personnes Handicapées est le département le mieux indiqué pour assumer cette responsabilité, d'autant qu'il est responsable de la délivrance de la « carte de handicapé », instituée par les deux lois n° 05-81 et 07-92, relatives à la protection sociale des aveugles, des malvoyants et des personnes handicapées.

III. Les associations : historique et apport

Selon un document publié par le Haut Commissariat aux Personnes Handicapées (HCPH)⁴⁴, les premières associations travaillant dans le domaine du handicap ont été créées en 1958, juste après la promulgation du dahir des libertés publiques. Il s'agit de la Fondation Mohamed V pour la Sauvegarde des Aveugles à Salé, et de l'Association Hassania pour la Protection des Aveugles à Rabat. Les handicapés moteurs ont créé leur première association en 1959. Il a fallu attendre 1968 pour que soient créées les deux premières associations pour personnes handicapées mentales. Les sourds-muets n'ont créé la leur qu'en 1986 (tableau 1). La prise de conscience concernant la protection, la participation des personnes handicapées à l'effort national de développement et leur intégration dans la société, s'est ainsi faite d'une manière très lente.

Bien que l'année internationale des personnes handicapées (1981) ait permis de sensibiliser l'opinion publique à la question du handicap, ce n'est qu'à partir des années 90 que l'on observe un foisonnement d'associations dans ce domaine. Ainsi, les associations créées entre 1990 et 1997 représentent 72,2% de l'ensemble des associations enregistrées au Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Celles créées entre 1994 et 1997 représentent à elles seules 52,9% de ces associations. Cette éclosion trouve-t-elle son explication dans la participation de la société civile à la prise en charge des personnes handicapées dans un cadre organisé, dans la création d'une structure étatique pour l'intégration des personnes handicapées (HCPH, 30 mars 1994) ou dans un travail de sensibilisation réalisé par les différents acteurs en matière de lutte contre l'exclusion et de respect des droits de l'homme ?

⁴⁴ Haut Commissariat aux Personnes Handicapées, (1997), *Guide des Associations Nationales œuvrant dans le domaine du handicap*.

Les données sur la répartition géographique de ces associations montrent que ce mouvement associatif est un phénomène exclusivement urbain (tableau 2). On remarque également qu'il y a une répartition spatiale inégale de ces associations, avec une forte concentration sur l'axe urbain Kénitra-Casablanca (50%). Les villes de Rabat et de Salé regroupent à elles seules 38,6% de ces associations.

La ventilation de l'ensemble des associations recensées en fonction de leur domaine d'action (tableau 3), montre qu'il y a une prédominance de celles qui se déclarent pluridisciplinaires (41,6%), suivies des associations s'occupant du handicap moteur (23,3%). Les associations les moins nombreuses sont celles qui s'occupent du handicap mental (10,4%). En 1997, les associations de handicapés se sont regroupées au sein d'unions nationales, selon le type de handicap concerné. Une fédération nationale de ces unions assure la coordination entre elles.

La quasi-totalité des structures existantes assurant l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées (plus de soixante structures d'éducation, de formation, de rééducation...), relèvent d'associations à but non lucratif. Les associations qui gèrent ces structures d'accueil, considérées actives, ne représentent que 25% des associations recensées. Certaines associations doivent redéfinir leur mission, revoir leurs approches et se doter d'un personnel capable de les gérer efficacement. Il serait intéressant de procéder à une évaluation chiffrée de l'apport financier de ces associations dans la prise en charge des personnes handicapées. Actuellement nous ne disposons pas de données permettant une évaluation, étant donné que les associations sont réticentes à les communiquer. Cette attitude bloque toute tentative sérieuse d'étude ou de recherche en matière d'économie sociale.

Tableau 1 : Répartition des associations pour handicapés en fonction de leur date de création.

Année	Domaine d'action					Total
	Pluridisciplinaire	Handicap moteur	Handicap mental	Handicap visuel	Handicap auditif	
1958				2		2
1959		1		1		2
1961		1				1
1965		2				2
1966				1		1
1967				3		3
1968			2			2
1969	1					1
1970		1		1		2
1972			1			1
1973				1		1
1974				1		1
1975				1		1
1980	1	1				2
1981	2			1		3
1982		1				1
1983		1				1
1984	1	1		1		3
1985	1	3		1		5
1986		2			1	3
1987	3	1		1	1	6
1988	1	1		1	1	4
1989		1	1			3
1990	1				2	3
1991	5	2	2		1	10
1992	2	5	1	1		9
1993	9	3	2	1	2	17
1994	15	6	6	1	2	30
1995	12	8		1	2	23
1996	16	1	1	5	6	29
1997	13	4	4	1	3	25
Inconnue	1	2		1	1	5
Total	84	47	21	26	24	202

Source : SEPH, août 1998.

Tableau 2 : Répartition des associations pour handicapés en fonction de leur domaine d'action

Domaine d'action	Nombre	%
Associations pluridisciplinaires	84	41,6
Associations s'occupant du handicap moteur	47	23,3
Associations s'occupant du handicap mental	21	10,4
Associations s'occupant du handicap visuel	26	12,4
Associations s'occupant du handicap auditif	24	11,8
Total	202	100,0

Source : SEPH, août 1998.

Tableau 3 : Répartition géographique des associations pour personnes handicapées selon leur domaine d'action

Ville	Domaine d'action					Total
	Pluridisciplinaire	Handicap moteur	Handicap mental	Handicap visuel	Handicap auditif	
Agadir	2				2	4
Ain Taoujtat	1					1
Arfoud		1				1
Azilal	1					1
Ben Ahmed	1					1
Béni Mellal	2					2
Ben Slimane			1	1		2
Berkane	1		1			2
Bouarfa	1					1
Casablanca	12	9	6	3	3	33
Kasba Tadla	1					1
Chefchaouen	1					1
El Jadida	1					1
Errachidia	1					1
Essaouira	2					2
Fès	1	2	1	1	2	7
Guercif	1					1
Kénitra	4	2	1		2	9
Khémisset	5	2	1			8
Ksar El Kébir	3			1	1	5
Laâyoune	4					4
Larache	1	1			1	3
Marrakech	1	5		2		8
Meknès	1	2	2	1		6
Mohammédia	2		1			3
Nador	3					3
Ouarzazate	1			1	1	3
Oued Amlil	2					2
Oujda	1				1	2
Oulad Taïma	1					1
Rabat	13	10	7	8	7	45
Safi	1	1			1	3
Salé	2	2		3	2	9
Sefrou		1		1		2
Settat	2					2
Sidi Kacem	2	1				3
Sidi Slimane		1				1
Tanger		2		1		3
Tan-Tan				2		2
Taourirt		1				1
Taza	2			1	1	4
Témara		1				1
Tétouan	2	1				3
Tiznit		2				2
Yousseoufia	1					1
Zaïo	1					1
Total	84	47	21	26	24	202

Source : SEPH, août 1998.

IV. Passage de la responsabilité du handicapé du ménage à la responsabilité nationale

Longtemps, les familles ont supporté seules la charge de leurs membres handicapés. Si, aujourd'hui, on constate l'émergence de diverses formes de solidarité avec ces familles de la part des pouvoirs publics ou de la société civile, il n'en reste pas moins qu'elles sont toujours confrontées à des difficultés d'ordre matériel, psychologique et pédagogique. Les familles nécessiteuses souffrent davantage de ces difficultés, auxquelles viennent s'ajouter l'analphabétisme et l'esprit de résignation. Néanmoins, les initiatives de création de structures d'accueil, notamment pour personnes handicapées mentales, émanent essentiellement des familles de ces personnes. Les structures qui fonctionnent le mieux sont celles qui sont gérées par ces familles ou par les personnes handicapées elles-mêmes.

Bien que l'article premier de la loi 07-92 sur la protection sociale des personnes handicapées stipule que « la prévention, le diagnostic et le traitement des handicaps ainsi que l'éducation, l'instruction, la formation, la qualification et l'insertion sociale des handicapés sont une responsabilité et un devoir national », le passage de la responsabilité du handicapé du ménage à la responsabilité nationale se fait très lentement et rencontre beaucoup de difficultés. Il est évident qu'il y a actuellement une volonté politique de la part des pouvoirs publics pour répondre aux besoins des personnes handicapées, dans un cadre organisé : promulgation de textes législatifs et réglementaires, création de structures administratives spécialisées, intégration en milieu ordinaire, appui aux ONG travaillant dans ce domaine... Mais on constate qu'un nombre très restreint de personnes handicapées accède aux services ouverts au public (soins de santé, éducation, formation, rééducation, appareillage, emploi, accessibilité...). Selon des estimations de l'OIT, ce nombre n'excède pas 2%. Un travail de fond reste à réaliser pour atteindre des proportions raisonnables en matière de couverture des besoins de ces personnes, surtout en milieu rural où les différentes structures d'accueil font défaut.

L'appel à une intervention plus large de la collectivité dans le domaine de la prise en charge et de l'intégration des personnes handicapées ne doit en aucun cas éclipser le rôle de la famille qui contribue largement à la réussite de cette intégration. Une formule nouvelle d'intégration est expérimentée actuellement au Maroc, grâce à une initiative des pouvoirs publics. Elle est connue sous le nom de réadaptation à base communautaire, impliquant tous les partenaires concernés sur les plans national, régional et local : départements ministériels, autorités locales, instances élues, ONG, personnes handicapées et leurs familles, et utilisant les structures ordinaires existantes sur place. La prise en charge des personnes handicapées est une responsabilité partagée entre la collectivité et la famille.

V. Comment la famille perçoit le handicapé ?

Les études permettant d'établir des échelles d'attitudes ou de mesurer avec fiabilité la manière dont la famille marocaine perçoit le handicapé, sont inexistantes. Cependant, d'après les quelques informations et les contacts sur le terrain⁴⁵, nous pouvons avancer qu'il y a trois facteurs qui influent sur la perception du handicapé par la famille :

- le niveau d'instruction des parents ;
- le handicap lui-même selon qu'il est acquis (accident, maladie) ou de naissance ;
- le milieu auquel appartient la famille (urbain, rural, traditionnel...).

Ainsi, nous avons constaté que certaines familles considèrent le handicapé comme une malédiction, qu'il faut cacher ou dont il faudrait se débarrasser, surtout lorsqu'il s'agit d'un handicap mental ou d'un polyhandicap. D'autres se résignent et deviennent victimes d'une passivité handicapante. Dans les milieux populaires, on pense rarement à l'éducation ou à la formation de la personne handicapée, qu'on nomme couramment *ma'adour*, « dispensée ».

A l'opposé de la précédente perception, certaines familles considèrent le handicapé comme une source de *baraka*, « bénédiction » que Dieu leur a accordée. Il devient alors le protégé de tous. Parfois, l'ensemble de son entourage (voisins et amis) participe à cette surprotection, qui n'est guère favorable à son autonomie et par conséquent à son intégration. Par ailleurs, un grand nombre de familles accepte le handicapé, qui devient pour elles une forme de défi leur permettant de surmonter les difficultés qui entravent son intégration. Ces familles ne nient pas le handicap de leur membre et n'en sont pas honteuses. Elles demandent simplement à être soutenues et orientées avec l'aide de la collectivité. Elles déplorent souvent le recul des solidarités sociales, qui ne trouve pas son explication seulement dans les difficultés d'ordre matériel, mais essentiellement dans l'éducation, qui se transforme paradoxalement en élément peu propice à l'intégration du handicapé.

VI. Lieu de résidence des personnes handicapées

La répartition des personnes handicapées selon le type de handicap et le lieu de résidence n'a jamais fait l'objet d'étude. Les quelques données disponibles, que nous manipulons avec beaucoup de prudence, montrent qu'il y a une forte concentration de ces personnes dans les quartiers pauvres, ce qui corrobore la corrélation entre pauvreté et handicap. Dans le milieu rural, on relève parfois la prédominance d'un type de handicap dans certaines zones (la cécité par exemple dans des douars de l'Atlas saharien). Mais rien n'autorise des extrapolations dans ce domaine. Pour faire face au manque de données, il est nécessaire de réaliser des enquêtes et des études ciblées à grande échelle, notamment en milieu rural.

VII. Aspect institutionnel

L'aspect institutionnel englobe toutes les actions entreprises par les pouvoirs publics, les instances compétentes et les ONG, en vue de mettre en place un certain nombre d'instruments, de textes législatifs et réglementaires, de mécanismes et de structures susceptibles d'assurer la protection et l'intégration des personnes handicapées, ainsi que le respect de leurs droits. En d'autres termes, il s'agit d'institutionnaliser les différentes actions menées par la collectivité au profit des personnes handicapées. C'est une forme d'organisation et de gestion qui cherche à assurer la pérennité des actions entreprises.

Ainsi, au Maroc, l'année 1994 a été marquée par la création d'un organisme étatique, le HCPH, chargé notamment de la coordination et de la proposition de politiques de prévention et de réadaptation en faveur des personnes handicapées, et de la mise en œuvre de mesures permettant la réalisation. La création de ce Haut Commissariat a été relatée par le rapporteur spécial des Nations Unies comme une mesure en faveur de l'égalisation des chances en faveur des personnes handicapées⁴⁶. En mars 1998, ce Haut Commissariat a été érigé en Secrétariat d'Etat.

Sur le plan pratique, des efforts ont été déployés pour intégrer l'insertion des personnes handicapées dans les programmes des différents départements ministériels, sur la base d'un texte réglementaire, notamment en matière d'éducation, de formation et d'emploi. Les ONG, qui gèrent une soixantaine de structures d'accueil pour jeunes handicapés, contribuent également à cet effort de mise en place d'institutions visant l'encadrement et l'insertion de ces jeunes. Il faut néanmoins préciser que ces efforts se concentrent dans les villes et vont parfois dans le sens contraire de l'insertion dans le milieu ordinaire. Il va sans dire que l'effort d'institutionnalisation est indispensable pour faire face aux difficultés rencontrées par les personnes handicapées, mais cet effort ne peut qu'être en retard de quelques années sur les problèmes réellement posés dans la pratique.

VIII. Répercussions du coût du handicap : famille ou Etat

Devant l'inexistence d'un système de prise en charge et de couverture sociale généralisée au Maroc, le coût du handicap reste essentiellement à la charge de la famille. La situation devient difficile lorsqu'il s'agit de familles nécessiteuses ou résidant dans des zones rurales. Même les membres handicapés des familles affiliées à un régime de sécurité ou de prévoyance sociale ne bénéficient pas d'une couverture totale. Selon les résultats d'une enquête publiée en 1997 par le HCPH, seulement 1,8% des handicapés enquêtés bénéficient d'allocations, et le pourcentage de ceux bénéficiant des services d'un organisme d'assurance ne dépasse guère 0,3%. 68,3% des

⁴⁵ Recensement des personnes handicapées à Settat dans le cadre du Programme de Réadaptation à Base Communautaire.

handicapés perçoivent une allocation mensuelle inférieure à 1 000 Dh, et il s'agit principalement d'accidentés du travail.

L'Etat assume de son côté la prise en charge des services dispensés aux personnes handicapées dont bénéficient généralement les personnes nécessiteuses. Selon la même enquête du Haut Commissariat, seulement 4% des personnes handicapées reçoivent une assistance répartie de la manière suivante :

- assistance financière : 66,9% ;
- assistance morale : 30,2% ;
- assistance sociale : 1,9% ;
- autre : 1,0%.

Les enquêtés ont déclaré que 44,8% de l'assistance provenait de l'administration, et 19,8% des associations nationales. Les collectivités locales participent, comme l'indique le tableau ci-après, à concurrence de 1,1%.

Tableau 4 : Répartition des handicapés selon l'origine de l'assistance

Origine de l'assistance	%
Administration	44,8
Secteur privé	3,7
Secteur semi-public	3,4
Collectivités locales	1,1
Associations nationales	19,8
Organismes internationaux	9,5
Autres sources	9,3
N.D.	8,4
Total	100,0

IX. Intégration dans le système scolaire et dans la vie active

Jusqu'au début des années 90, l'éducation des personnes handicapées était assurée exclusivement par quelques institutions spécialisées publiques et privées. Certaines d'entre elles n'ont plus de raison d'être actuellement. Il s'agit par exemple de centres ou écoles pour jeunes handicapés moteurs. A partir de 1992, une expérience, dont l'objectif était de créer des classes intégrées pour enfants handicapés mentaux dans une école publique ordinaire a été lancée à Rabat. Cette expérience, qui a donné des résultats satisfaisants, a encouragé les responsables des secteurs du handicap et de l'éducation nationale à élargir leur champ par la création de classes similaires dans d'autres villes du pays.

⁴⁶ Nations Unies, (1996), *Rapport final du Rapporteur spécial de la Commission du développement social sur le suivi de l'application des Règles pour l'égalisation des chances des handicapés*, AG déc. 1996, p. 16 (Rapport de M. Bengt Lindqvist).

Un texte réglementaire publié en janvier 1998⁴⁷ définit le cadre organisationnel et les facilités offertes aux jeunes handicapés pour intégrer le système ordinaire de l'enseignement et de la formation. Ces facilités se résument comme suit :

- intégrer des enfants à handicap léger ou moyen (y compris ceux qui souffrent d'un handicap sensoriel profond) dans les établissements de l'enseignement public et de formation professionnelle dans le cadre de classes ordinaires ou de classes spécialisées ;
- dispenser les enfants handicapés mentaux et sensoriels de la condition d'âge prévue par la réglementation en vigueur en matière de régime scolaire ;
- faire bénéficier en priorité les personnes handicapées poursuivant leurs études des bourses complètes et de résidence dans des foyers et cités universitaires ;
- rendre accessibles les salles d'examen et de concours, aménager des places adaptées à l'état de santé de ces personnes, leur accorder une durée supplémentaire et leur permettre d'être assistées pour la rédaction.

Ces mesures ne peuvent avoir d'impact positif qu'une fois généralisées sur le terrain. Malheureusement, le terrain ne semble pas tout à fait préparé à accepter les changements nécessaires et souffre du manque d'équipement et de personnel qualifié. S'agissant de l'intégration des personnes handicapées dans la vie active, il faut signaler que seulement 10,1% d'entre elles ont une activité économique. Les efforts déployés par les pouvoirs publics n'ont pas encore donné de fruits. Il s'agit principalement d'un texte réglementaire qui définit les modalités d'emploi des personnes handicapées dans les secteurs public et privé. Un travail de sensibilisation d'envergure pour agir sur le comportement et les attitudes des employeurs et des syndicats est à faire.

Conclusion

Si les efforts déployés par les différents intervenants commencent à façonner la question du handicap au Maroc, des mesures urgentes, ciblées et précises, sont indispensables pour répondre aux besoins pressants du collectif des handicapés. Il s'agit essentiellement de renforcer le dispositif juridique, de réaliser un ensemble de programmes intégrés dans un cadre communautaire et participatif, et de former du personnel qualifié. Un travail de communication et de sensibilisation pour agir, dans le bon sens, sur les mentalités et les comportements, est nécessaire.

⁴⁷ Décret n° 2-97-218 du 18 chaâbane 1418 (19 déc. 1997) portant application de la loi n° 05-81 relative à la protection sociale des aveugles et des déficients visuels promulgué par le dahir n° 1-82-246 du 11 rajab 1402 (6 mai 1982) et de la loi n° 07-92 relative à la protection sociale des personnes handicapées promulguée par dahir n° 1-92-30 du 22 rabii 1^{er} 1414 (10 septembre 1993), Bulletin officiel n° 4552 du 16 ramadan 1418 (15-01-98).

Bibliographie

- BIT, (1990), Malcolm Harper et Willi Momm, *L'emploi indépendant : une option pour les handicapés, expériences d'Afrique et d'Asie*, Genève, 84 p.
- CERED, (1996), *Population infantile au Maroc, caractéristiques socio-démographiques et protection de l'enfance*, Rabat, Maroc, 223 p.
- CTNERHI-INSERM, (1988), *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Diffusion PUF, 203 p.
- Haut Commissariat aux Personnes Handicapées (HCPH), (1996), *Dialogue National Tripartite pour l'Emploi des Personnes Handicapées*, série Etudes et Colloques, 172 p.
- HCPH, (1997), *Etude portant sur l'exploitation des enquêtes relatives à la situation et aux caractéristiques des personnes handicapées*, 95 p.
- HCPH, juin 1997, *Guide des Associations Nationales œuvrant dans le domaine du handicap*, 221 p.
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville (1994), *Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, publications du CTNERHI*, 140 p. France
- Nations Unies, (1983), Assemblée Générale, 37^{ème} session, résolution 37/52, *Programme d'Action Mondial concernant les Personnes Handicapées*, 74 p.
- Nations Unies, (1994), *Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*, le Caire, 5-13 sept 1994, 170 p.
- Nations Unies, Assemblée Générale, (23 déc 1996), 52^{ème} session, *Développement social, y compris les questions relatives à la situation sociale dans le monde et aux jeunes, aux personnes âgées, aux handicapés et à la famille, suivi pour l'application des Règles pour l'égalisation des chances des handicapés*, note du Secrétaire Général, 34 p.
- Nations Unies, 48^{ème} session de l'Assemblée Générale, (20 déc. 1993), résolution 48/96, *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés*, 45 p.
- OIT, UNESCO et OMS, (1994), *Point de vue commun, Réadaptation à Base Communautaire (RBC), pour et avec les personnes handicapées*, Genève, Paris, 19 p.
- UNESCO, (1994), *Déclaration de Salamanque et Cadre d'Action pour les Besoins Educatifs Spéciaux, Conférence Mondiale sur les Besoins Educatifs Spéciaux : Accès et Qualité*, 47 p.