

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

Introduction

Si le concept de «*croissance démographique*» est facile à comprendre et peut être interprété comme le rythme d'augmentation ou de diminution de la population, par contre la description du processus de développement pose des problèmes aux théoriciens. Ils font appel, alternativement, à «*croissance économique*» et au «*Développement économique*»¹, alors qu'une distinction les sépare. «*Croissance économique*» signifie élévation du revenu par tête et du Produit National Brut (PNB) et l'élévation de la production de biens et services dans un pays, par quelque moyen que ce soit peut être appelée croissance économique. Alors que «*Développement économique*» a davantage d'implications: les habitants des pays doivent être parmi les principaux participants au processus de la croissance économique. La participation à ce processus implique d'être en mesure de bénéficier des fruits du développement et à la production. Ainsi, le «*développement économique*» va bien au-delà d'une augmentation du revenu ou du produit par tête. Le concept de développement est «*La finalité principale du développement économique, c'est précisément d'arriver à ce que les hommes deviennent plus conscients de leurs capacités créatives, à ce que leur intelligence s'épanouisse, à ce qu'ils deviennent plus cultivés, tout en faisant en sorte qu'ils se nourrissent mieux, se vêtissent mieux et qu'ils se logent mieux*».²

Ces principes précisés, il s'agit maintenant d'examiner les relations entre la «*croissance démographique*» et le «*développement économique*». En effet, plusieurs travaux de recherche ont donné lieu à des théories divergentes sinon opposées. Leur intérêt réside dans le fait de porter sur les pays en voie de développement qui connaissent une croissance rapide de la population et qui ont des difficultés à sortir du cycle de la misère.

¹ Renault, B. B., Economie du développement. Nouveaux horizons, 1998.

Dans le cas de ces pays, la majorité des théoriciens du développement sont unanimes à reconnaître que la croissance rapide de la population et l'élévation de son taux posent de graves problèmes, surtout lorsque l'évolution économique n'arrive pas à suivre ce rythme. En effet, l'accroissement rapide de la population occasionne une diminution des ressources susceptibles d'améliorer les conditions de vie de la population. Un pays à forte natalité et à faible mortalité est amené obligatoirement à consacrer des ressources importantes à la construction d'écoles, d'hôpitaux, de logements et d'autres services dont a besoin la population, sachant bien que les fonds investis dans ces opérations sont socialement indispensables, mais ne sont pas immédiatement productifs. Il s'avère que ces ressources sont difficiles à accumuler. Les capitaux nécessaires au développement, s'ils ne résultent pas de l'épargne sur les revenus, doivent provenir d'un prêt. Or les besoins quotidiens d'une famille de grande taille laissent peu de possibilité d'épargne qu'il s'agisse d'un ménage ou de l'ensemble de la nation. C'est une des raisons pour lesquelles on est obligé de s'adresser aux investisseurs étrangers ou de contracter des emprunts étrangers internationaux qui deviennent une charge pour les générations futures. Ainsi, cette forte croissance freine le développement économique de deux manières: d'abord une part disproportionnée des capitaux disponibles est utilisée à des fins sociales plutôt qu'économiques; ensuite, la formation de capital elle-même est entravée, car l'augmentation de la production doit servir à subvenir à l'excédent de population issu de la croissance démographique, à améliorer les conditions de vie de la population existante et à dégager un surplus à réinvestir pour améliorer les performances économiques.

Dans le cas du Maroc, les potentialités naturelles sont capables de supporter l'augmentation possible de la population et améliorer les

² Blal, A., Investissement et développement économique, Bulletin Economique et Social du Maroc, 1984.

conditions de vie de la population existante, si les ressources disponibles sont mieux utilisées et distribuées. Le problème n'est pas celui de la production de subsistance, de l'amélioration de l'organisation sociale, et la limite de la population n'est pas fixée par les moyens de subsistance ou de revenu, mais par la répartition équitable des fruits de la croissance.

Donc, la position vis-à-vis de la prévention des naissances doit différer sensiblement des autres pays en voie de développement; il faut l'envisager comme un moyen de lutter contre le sous-développement, car toute politique de prévention des naissances présuppose d'abord une amélioration du niveau social, culturel, économique de la population. Et il existe bien un effectif de population qui peut assurer le maximum de bien-être à la collectivité (optimum de population).

Ainsi, nous allons analyser dans ce qui suit, l'évolution de la croissance démographique dans une première partie, dans la deuxième partie, la croissance économique et les relations entre la croissance démographique et le développement économique et dans une troisième partie, la politique de population.

I- L'évolution démographique

La croissance démographique peut être mesurée à partir des données d'état civil, des résultats des recensements et éventuellement de ceux des enquêtes, selon la disponibilité des informations:

Au Maroc, l'état civil qui constitue la source d'informations la plus appropriée ne peut pas nous fournir de données sur la natalité, la mortalité et encore moins sur la nuptialité, car le régime d'état civil n'est devenu obligatoire qu'après l'indépendance.

En ce qui concerne les recensements, plusieurs opérations de dénombremets et de recensements ont été réalisées au Maroc avant et

après l'indépendance, la qualité des données varie d'une opération à l'autre.

Pour ce qui est des enquêtes démographiques, on en dénombre quelques-unes, mais les données fournies sont à utiliser avec prudence car on ne dispose pas d'informations suffisantes sur les méthodologies employées (base de sondage, taille de l'échantillon, taux de réponse ...).

Ainsi, d'après les informations disponibles, la population du Maroc qui a été estimée à Quatre Millions de personnes environ au début du XX^{ème} siècle a connu une forte croissance au fil des années pour atteindre un peu plus de 26 Millions en 1994.

Recensements et dénombrements réalisés avant l'indépendance	Population du Maroc	Population marocaine musulmane	Accroissement annuel depuis le recensement précédent %	
			1	2
Année	1	2	1	2
1921	4 333 800	4 161 800	-	-
1926	4 894 100	4 681 900	2,5	2,3
Ex-zone Sud 1931	5 364 800	4 067 700	1,8	1,6
1936	6 245 200	5 880 700	3,1	3
1951-52	7 998 300	7 442 100	5,1	4,8
1930	750 000	690 000	-	-
Ex-zone Nord (*) 1940	1 004 000	926 000	3	3
et Tarfaya 1950	1 025 000	932 000	0,2	0,1

Recensements réalisés depuis l'indépendance	Population du Maroc	Population du Maroc	Population marocaine musulmane	Accroissement annuel depuis le recensement précédent %	
				1	2
Année	1	1	2	1	2
1960	11 626 500	11 626 500	11 068 000	-	-
1971	15 379 300	15 379 300	15 236 000	2,5	2,95
1982	20 419 600	20 419 600	20 347 000	2,61	2,66
1994	26 073 400	26 073 400	26 015 000	2,06	2,07

Source: Maroc, Direction de la Statistique, Ministère chargé de la Prévision Economique et du Plan

A- La croissance démographique

1- L'accroissement de la population du Maroc avant l'indépendance

L'examen des résultats des données des dénombrements et des recensements nous indique que le taux d'accroissement moyen annuel de la population du Maroc dans la zone Sud (ex-protectorat français) varie d'une façon très irrégulière, il a été de 1,8% entre 1926 et 1931 et 5,1% entre 1936 et 1951 en passant par 3,1% entre 1931 et 1936. Quant à la zone Nord (ex-protectorat espagnol), la qualité du taux d'accroissement n'est guère meilleure. Alors, quelles peuvent être les causes de ces variations aussi bien vers le bas que vers le haut?

De 1867 à 1945, le Maroc a connu plusieurs épidémies (choléra, variole, peste, typhus, paludisme ...): Au cours de cette période, la mortalité a été plus au moins forte suivant les différentes régions du pays.³ Malheureusement, aucune mesure de ce phénomène n'a été faite et selon l'avis de certains observateurs de l'époque, certaines régions ont perdu jusqu'à un tiers de leur population. A ces épidémies, il faut ajouter une série de crises alimentaires, dont la plus importante est celle de 1945.

Deux petites enquêtes sur la mortalité ont été réalisées en milieu rural par deux médecins⁴, en 1937 dans le Sud, et 1938 dans le Nord. Ces enquêtes ont donné pour résultats respectifs des taux de mortalité générale de 25,7‰ et 27,2‰.

A ces épidémies et crises alimentaires, il faut ajouter que ces dénombrements et recensements n'ont pas pu toucher toute la population au regard des moyens de communication faibles de l'époque.

³ Noin D., La population rurale au Maroc, 1970, PUF.

⁴ Ibid.

2- L'accroissement de la population du Maroc après l'indépendance

Au début de l'indépendance, le taux et accroissement moyen annuel de la population étant relativement élevé, pour la période intercensitaire 1960-71, il est estimé à 2,95% pour la population marocaine. Cette croissance rapide peut être imputée à une baisse de la mortalité et une fécondité qui est restée à l'état physiologique. Pour ce qui est de la population totale du Maroc, ce taux n'a été que de 2,50%. Cette baisse du taux d'accroissement de la population totale est due en partie au départ des étrangers vivants au Maroc: au début des années soixante, déjà entre 1956 et 1960, 175 000 français sur un total de 350 000 ont quitté le Maroc.

L'examen des taux d'accroissement de la population marocaine pour les périodes intercensitaires 1971-82, 1982-94, laisse entrevoir une baisse lente mais progressive, le taux est passé de 2,50% entre 1971-82 à 2,06% entre 1982-94. Ce rythme est presque identique pour la population totale.

On peut attribuer cette baisse sensible du taux d'accroissement de la population, en partie, à la politique de planification familiale mise en œuvre par les pouvoirs publics dès le début des années 60.

Groupes d'âges	1961	1971	1982	1994
0-14 ans	45,3	45,8	42,1	39,8
15-59	47,3	47,1	51,6	52,7
60 ans et plus	7,4	7,1	6,3	7,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
RGPH, Direction des Statistiques				

La répartition de la population par groupes d'âge laisse transparaitre une caractéristique démographique importante, la jeunesse de la population marocaine, malgré une baisse de sa part dans la population totale en 1994. En effet, la proportion des enfants de moins

de 15 ans qui était de 45,3% en 1960, est passée à 39,8% en 1994. Par contre, les adultes âgés de 15 à 59 ans ont vu leur part augmenter sensiblement, elle est passée de 47,3% en 1960 à 52,7% en 1994. Les personnes âgées, 60 ans et plus, leur proportion est restée aux alentours de 7% en moyenne dans les 4 recensements.

La baisse de la part des enfants et l'augmentation de la part des adultes peut éventuellement s'expliquer par une baisse de la fécondité pour les premiers et baisse de la mortalité pour les seconds.

Années	Urbain	Rural	Ensemble
1960	29,1	70,9	100,0
1971	35,1	64,9	100,0
1986	42,7	57,3	100,0
1994	51,4	48,6	100,0

RGPH, Direction des Statistiques.

La répartition de la population par milieu de résidence met en évidence un phénomène marquant à savoir l'accélération de l'urbanisation du Maroc. En effet, la population urbaine qui ne représentait que 29,1% en 1960 a dépassé le cap de 50% en 1994. Cette concentration urbaine est le fait de l'accroissement naturel de la population des villes auquel il faut ajouter les effets de l'exode rural: le taux d'urbanisation est passé de 29,1% en 1960 à 42,3% en 1982 pour atteindre 51,4% en 1994.

Cette croissance urbaine a eu un impact considérable sur l'évolution du nombre des agglomérations urbaines, leur nombre est passé de 117 en 1960 à 370 en 1994

Centres urbains	1960	1971	1982	1994
Municipalité	28	29	45	248
Centres autonomes	45	46	40	-
Autres centres	44	109	165	122
Total	117	185	250	370

B- Les composantes de la croissance démographique

Pour mieux apprécier la croissance démographique, il serait utile d'examiner comment ont évolué ces composantes, notamment les naissances, les décès et éventuellement la migration internationale, sachant bien que le manque de données statistiques sur ces phénomènes rendent toute appréciation difficile.

1- La mortalité

a) La mortalité générale

Le taux de mortalité général, c'est-à-dire le rapport du nombre de décès au cours d'une année à l'effectif de la population, a été calculé pour la première fois en milieu rural et en milieu urbain en 1962⁵. Dans le milieu rural, on distingue deux zones: une en régions arides où les conditions de vie sont très difficiles et dans les régions des plaines, où les conditions de vie sont meilleures.

Années	Taux ‰	Taux de mortalité Infantile ‰
Maroc rural	20	170
Zone des plaines	18	158
Zone arides et montagnes	24	186
Maroc urbain	15	100
Ensemble	19	149

Pour la même période, le taux de mortalité général a été respectivement en Algérie de 18‰, en Tunisie de 17‰ et en France de 12‰. Une deuxième enquête⁶ a estimé le taux de mortalité général à 17‰ pour l'ensemble du Maroc. D'autres estimations ont été effectuées, soit au niveau du CERED, soit au niveau des Nations Unies, le tableau ci-dessus regroupe ces estimations.

⁵ CERED, Enquête à objectifs multiples, Rabat, Maroc, 1962.

⁶ CERED, enquête à passages répétés, Rabat, Maroc, 1971-72.

Tableau 7: Estimations du taux brut de mortalité marocaine		
Source	Années	Taux de mortalité Pour 1000
Enquête à objectifs multiples	1962-63	19,1
Enquête à passages rejetés	1971-72	17,0
Nations Unies	1970-75	15,7
Nations Unies	1975-80	13,0
CERED	1980	10,6
ENDPR	1987	7,4
CERED	1997	6,3

L'analyse de l'évolution de ces taux bruts de mortalité laisse transpar tre que la baisse a été régulière depuis 1962, puisque le taux est passé de 19‰ en 1962-63   7,7‰ en 1987 puis à 6,3‰ en 1997. Mais le taux de mortalité diffère selon le sexe et selon le milieu de résidence. La mortalité chez les hommes dépasse celle des femmes en 1997, elle est respectivement de 8,1‰ et 6,7‰.

b) La structure de la mortalité

(1) La mortalité néonatale

La mortalité néonatale concerne le décès des enfants dans le premier mois de naissance. En 1970, la mortalité néonatale était de 50‰ autrement dit, 50 enfants sur 1 000 décédaient avant l'âge d'un mois, ce taux est tombé à 34‰ en 1987-92 pour atteindre 19,7‰ en 1992-97. Par milieu de résidence, la mortalité néonatale est passée en milieu urbain de 30‰ en 1987   26‰ en 1992, soit un gain de 4 points, par contre le milieu rural quant à lui, il a gagné 15 points, la mortalité néonatale est passée de 51,2‰ en 1987   36,2‰ en 1992.

(2) La mortalité infantile

La mortalité infantile concerne les décès des enfants avant de fêter leur premier anniversaire. Le taux de mortalité infantile, qui n'est pas influencé par la structure par âge de la population, constitue le meilleur indicateur de l'état sanitaire d'une population. Ce taux a été estimé en 1962   149‰, il correspond à celui de la France (152‰) de 1897, alors que le taux français de 1962 n'est que 25‰. Si l'on compare le taux de

mortalité infantile du Maroc à celui de l'Algérie (118‰) et de la Tunisie (110‰) pour la même période, on constate le retard pris par le Maroc en matière de santé.

Pour la période 1992-97, le taux de mortalité infantile a été ramené à 36,6‰, cette chute ne peut s'expliquer que par l'amélioration des conditions de vie de la population et le développement de l'infrastructure sanitaire depuis l'indépendance. Par rapport à la mortalité générale, la part décès des enfants de moins d'un an est passée de 6,3% en 1992 à 3,7% en 1997.

(3) La mortalité juvénile

La mortalité juvénile concerne le décès des enfants entre 1 et 5 ans, les décès juvéniles sont mesurés par le quotient de mortalité juvénile. En 1962, le quotient de mortalité juvénile qui était de 75‰ est passé à 21‰ en 1987-92 pour atteindre 9,8‰ en 1997. Cette baisse importante de la mortalité illustre bien le progrès réalisé aussi bien en ce qui concerne l'état sanitaire du pays que des conditions de vie de la population. Sans oublier malgré tout, la mortalité différentielle qui subsiste toujours aussi bien en ce qui concerne le sexe que le milieu de résidence.

2- La natalité

Comme pour la mortalité, la natalité a fait l'objet d'estimation à partir de résultats des enquêtes réalisées au Maroc depuis les années 60. Le tableau ci-dessus retrace son évolution.

Tableau 8: Evolution de la natalité		
Sources	Années	Taux de natalité (en ‰)
Enquête à objectifs multiples	1966	46,1
Enquête connaissance, attitude et pratique	1979-80	43,8
ENFPH	1982	39,9
RGPH	1987	37,9
ENDPR	1987	30,9
CERED*	1962-63	27,3
* Estimation		

En 1962-63, le taux de natalité, c'est à dire le rapport du nombre total des naissances à l'effectif de la population pendant une année, était de 46,1‰ ; comparé à celui de 1987 (30,9‰), on constate qu'il a enregistré une baisse de 16 points en 24 ans. Cette baisse de la natalité peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment:

a) L'allaitement

Dans les sociétés qui ne connaissent pas de moyens contraceptifs, la durée de l'allaitement conditionne l'espacement des naissances, plus la durée de l'allaitement était longue, moins la femme avait d'enfant.

A la fin des années 70, le niveau de fécondité au Maroc était essentiellement influencé par la durée de l'allaitement et par le changement du calendrier dans les mariages, il réduit le niveau de la fécondité en prolongeant la durée de l'infécondité post-partum.

b) L'âge au premier mariage

Depuis le début des années 60, l'attitude des jeunes vis-à-vis du mariage a beaucoup changé et ce changement s'est accentué avec le changement du mode de vie de la population sous l'influence de plusieurs facteurs (urbanisation, scolarisation, activité professionnelle,...)

Tableau 9: Evolution de l'âge au premier mariage.		
Sources (Années)	Hommes	Femmes
RGPH (1960)	24	27,8
RGPH (1971)	25	19,3
ENFPF (1979-80)	26,1	21,6
RGPH (1982)	27,2	22,3
ENDDR (1986-88)	27,9	23,4
RGPH (1994)	17,5	25,8

La contribution de la nuptialité à la baisse de la natalité a été un facteur déterminant ces dernières années.

En 1960, la moitié des femmes âgées de 15-19 ans et 94% des femmes âgées de 20-24 ans étaient mariées et au-delà de 25 ans, il n'y avait pas de femmes célibataires. En 1982, on constate déjà un changement de comportement, pour le groupe d'âge 15-19 ans, la proportion des mariées n'est plus que de 18% et pour celle du groupe 20-24 ans, la proportion ne représente que 60%. En 1995, seule 11% des femmes âgées de 15-19 ans étaient mariées.

Ce changement peut s'expliquer par le recul de l'âge au premier mariage de 17,5 ans en 1960, il est passé à 25,8 ans en 1994 pour les femmes et de 24 ans en 1960, il est passé à 27,8 ans et 1994 pour les hommes. En 1994, 72% des garçons et 42% des filles âgés de 25-29 ans étaient encore célibataires. Ce changement est aussi valable en milieu urbain qu'en milieu rural avec une légère différence. En outre, il faut signaler que la polygamie est rare en milieu rural et presque inexistante en milieu urbain.

c) la contraception

La contribution de la contraception à la baisse de la natalité a été importante ces dernières années. La politique de planification familiale mise en œuvre depuis 1966 a commencé à porter ses fruits au début des années 80. En 1960, 6% des femmes avaient utilisé les moyens contraceptifs, cette proportion va évoluer progressivement pour

atteindre 58,8% en 1997⁷ en passant par 19% en 1980, 35% en 1987, 50,3% en 1995.

Plus les femmes avancent dans le cursus scolaire, plus elles utilisent des moyens contraceptifs (45% pour les femmes non scolarisées contre 68% pour les femmes ayant un niveau égal ou supérieur au secondaire). Les moyens contraceptifs utilisés varient d'une période à l'autre; en 1995, 64% des utilisatrices avaient recours à la pilule, contre 71% en 1979-80. La prévalence de la stérilisation, pour la même période, est passée de 4% à 8%, les autres méthodes ont peu changé.

d) L'avortement

L'échec de la contraception amène certaines femmes à se faire avorter, mais son intensité au Maroc n'est pas assez bien connue. Ainsi, on estime qu'au Maroc, l'avortement a contribué à la baisse de la fécondité dans les proportions de 3% en 1987 et 14% en 1992, ce qui n'est pas négligeable.

e) L'alphabétisation

L'éducation joue un rôle important dans la réduction de la fécondité. En effet, l'indice synthétique de la fécondité a été en 1995, de 4,04 enfants pour les femmes analphabètes, contre 2,36 pour celles qui ont fréquenté l'école primaire et 1,89 pour les femmes ayant le niveau d'éducation secondaire ou supérieure.

Malgré les efforts consentis en matière d'éducation depuis l'indépendance, l'analphabétisme reste très élevé, 67% des femmes sont analphabètes en 1994 contre 96% en 1960. Le taux de scolarisation en 1994 est encore très bas, le taux de scolarisation des enfants âgés de 8 à

⁷ Service des études et de l'information sanitaire, «*Santé reproductive au Maroc: Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, PAPCHILD, 1997*», mai 1998.

13 ans n'est que de 62,2% (51,7% pour les filles et 72,4% pour les garçons).

f) Activité professionnelle

L'accès de la femme au monde du travail joue un rôle important dans la réduction de la fécondité. En 1982, l'indice synthétique de fécondité est 6,06% pour les femmes inactives contre 3,6 pour les femmes actives.

L'évolution de la mortalité et de la fécondité même si cette dernière reste encore relativement élevée en milieu rural et chez les femmes analphabètes. Le Maroc s'achemine vers la fin de sa transition démographique. L'amélioration progressive des conditions de vie de la population laisse entrevoir une baisse de la fécondité dans les années à venir.

3- La migration internationale

La migration internationale peut aussi contribuer à modifier le rythme de la croissance démographique.

En ce qui concerne le Maroc, l'évolution des départs des marocains vers l'étranger, surtout vers les pays d'Europe, a commencé vers le début des années 60, avec un peu plus de 1 000 départs en 1960 pour atteindre 35 000 départs en 1973. Mais le choc pétrolier de 1973 a provoqué une crise dans les pays d'accueil qui ont mis fin à cette migration pour ne tolérer que le regroupement familial qui reste très faible dans l'ensemble.

Actuellement, d'après les statistiques du Ministère des Affaires Etrangères, le nombre de marocains résidents à l'étranger s'élève à deux millions environ, cette migration a contribué pour une part à la baisse de la population entre 1960 et 1974. Un retour éventuel de cette population

n'est pas à envisager, puisque la majorité s'est intégrée dans ces nouveaux pays de résidence.

C- La transition démographique

La transition démographique⁸ est le phénomène de passage des populations du régime démographique ancien, caractérisé par une natalité et une mortalité élevées, au régime démographique «moderne», à natalité et mortalité faibles. Certains auteurs ont rapproché ce fait de l'industrialisation des pays en cause, en soulignant le décalage dans le temps qui sépare d'ordinaire la baisse de la mortalité qui précède celle de la natalité, , il en résulte une phase dite d'accroissement transitoire, pendant laquelle la population croît beaucoup plus rapidement que pendant les périodes encadrantes.

Pour pouvoir situer notre population dans cette transition démographique, il nous faut disposer d'une série de données fiables, sur une longue période, sur la natalité et la mortalité, ce qui n'est pas le cas, étant donné que l'état civil qui est une source d'information en la matière n'a été rendu obligatoire pour les Marocains qu'en 1965 et son exploitation à des fins démographiques n'a pas fait l'objet d'une publication à ce jour.

1- Modèle d'analyse de la transition démographique

Pour contourner cette difficulté, on va emprunter le modèle utilisé par L. Tabah, consultant auprès des Nations Unies⁹, qui fait appel à des données disponibles, et qui sont plus ou moins crédibles, notamment l'espérance de vie à la naissance et l'indice synthétique de la fécondité à la place respectivement des taux de natalité et mortalité.

⁸ D'après le dictionnaire démographique multilingue des Nations Unies (1980) «on donne le nom de transition démographique ou révolution démographique, à un processus évolutif, observé dans un grand nombre de population depuis le XVII^{ème} siècle, processus caractérisé par une baisse importante de la mortalité et de la natalité ».

⁹ Nations Unies, La population mondiale à la sortie du XX^{ème} siècle, Etude démographique n° 11, 1969.

Le modèle consiste à découper la transition démographique en quatre phases dont les niveaux de mortalité et de fécondité sont les suivants (voir graphique I):

- ◆ Première phase (11) Mortalité et fécondité élevées. Espérance de vie à la naissance inférieure à 45 ans et indice synthétique de fécondité supérieur à 6. Le signe 11 signifie qu'au cours de cette phase, la mortalité est au niveau 1 et la fécondité également au niveau 1. Les populations se situent à l'intérieur du rectangle 11 sur le graphique I;
- ◆ Deuxième phase (22) Commencement de la baisse de la mortalité et de la fécondité, la première précédant la seconde. Espérance de vie à la naissance comprise entre 45 et 55 ans et indice synthétique de fécondité compris en 4,5 et 6. Le signe 22 signifie que la mortalité et la fécondité sont toutes deux au niveau 2 et les populations s'inscrivent à l'intérieur du rectangle 22 du graphique I;
- ◆ Troisième phase (33) Accélération de la baisse de la mortalité et de la fécondité. Espérance de vie à la naissance comprise entre 55 et 65 ans, indice synthétique de fécondité compris en 3 et 4,5. Les populations s'inscrivent à l'intérieur du rectangle 33 du graphique I;
- ◆ Quatrième phase (44) Mortalité et fécondité basses, espérance de vie à la naissance supérieure à 65 ans et indice synthétique de fécondité inférieur à 3. Les populations s'inscrivent à l'intérieur du rectangle 44 du graphique I. Notons que, dans les conditions de mortalité qui prévalent au cours de cette phase, l'indice synthétique de fécondité doit être d'au moins 2,1 pour que le renouvellement des générations soit assuré.

La conception de ce modèle précise que les populations peuvent ne pas s'inscrire toutes à l'intérieur des quatre rectangles des graphiques I. La mortalité peut s'inscrire à un niveau et la fécondité à un autre niveau.

2. Données sur la fécondité et la mortalité

Dans le modèle utilisé pour étudier la transition démographique au Maroc, on aura à utiliser, comme indicateur de fécondité, l'indice synthétique de fécondité, et pour la mortalité, l'espérance de vie à la naissance.

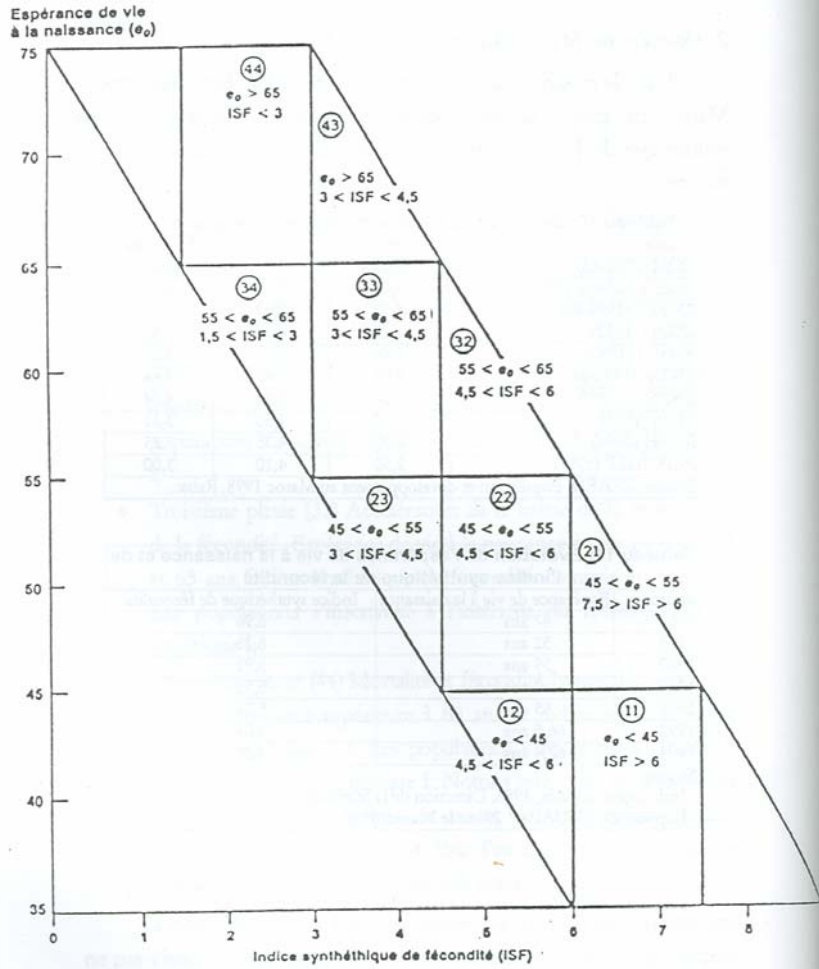
Tableau 10: Evolution de l'indice synthétique de la fécondité			
Source	Urbain	Rural	Ensemble
EOM (1962-63)	7,03	6,91	6,96
Double collecte (1972-73)	4,61	7,05	6,26
ENFPF (1979-80)	4,38	7,02	5,91
RGPH (1982)	4,28	6,59	5,52
ENSP I (1987)	3,86	6,66	5,24
ENDR (1986-88)	2,85	5,97	4,46
ENPS II (1992)	2,54	5,54	4,04
EPPS (1995)	2,17	4,50	3,31
RGPH (1994)	2,50	4,25	3,28
PAPCIHLP (1997)	2,30	4,10	3,00

Source: CERED, Population et développement au Maroc 1998, Rabat.

Tableau 11: Evolution de l'espérance de vie à la naissance et de l'indice synthétique de la fécondité		
Source	Espérance de vie à la naissance	Indice synthétique de fécondité
1962	47 ans	6,96
1973	52 ans	6,26
1980	59 ans	5,91
1982	60 ans	5,52
1987	65 ans	5,24
1992	66,5 ans	4,04
1994	67,4 ans	3,28

Source:
 - Indicateurs sociaux, 1986, Direction de la Statistique
 - Rapport du FNUAP n° 29 sur le Maroc, 1980

Graphique 1 : Fécondité et mortalité dans la transition démographique



3. Niveau de la transition démographique

L'examen des données sur l'espérance de vie à la naissance (e_0) et l'indice synthétique de fécondité (ISF) permettent de situer le niveau de transition démographique dans le temps.

Se référant au modèle utilisé par les experts des Nations Unies et utilisé dans le cas du Maroc, on constate ce qui suit:

La première phase fixe un niveau de l'espérance de vie à la naissance (e_0) inférieure à 45 ans et un indice synthétique de fécondité (ISF) supérieur à 6 enfants.

$$(e_0) < 45 \text{ ans et ISF} > 6 \text{ enfants}$$

Le Maroc s'est trouvé dans cette situation au début des années soixante, puisque l'espérance de vie à la naissance était égale à 47 ans et l'indice synthétique de fécondité était de 6,96 enfants en 1962.

La deuxième phase suppose une espérance de vie à la naissance comprise entre 45 et 55 ans et un indice synthétique compris entre 4,5 et 6 enfants.

$$45 < (e_0) < 55 \text{ et } 4,5 < \text{ISF} < 6$$

Ce niveau de la transition a été atteint au début des années quatre-vingt, l'espérance de vie à la naissance et l'indice synthétique de la fécondité étaient respectivement de 59 ans et 5,91 enfants en 1980.

La troisième phase suppose également une espérance de vie à la naissance compris entre 55 et 65 ans et un indice synthétique de fécondité compris entre 4,5 et 6 enfants.

$$55 < (e_0) < 65 \text{ et } 4,5 < \text{ISF} < 6$$

Ce niveau a été atteint au début des années quatre-vingt dix, en 1992, l'espérance de vie à la naissance était égale à 66,5 ans et l'indice synthétique de fécondité était de 4,04 enfants.

La quatrième et dernière phase suppose une espérance de vie à la naissance supérieure à 65 ans et un indice synthétique de fécondité inférieur à 3 enfants.

On peut conclure, qu'en 1999, le Maroc a achevé sa transition démographique puisque déjà, en 1994, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 67,4 ans et l'indice synthétique de fécondité est de 3,28 enfants.

D. Perspectives démographiques

Les projections de la population du Maroc réalisées par le CERED en 1996 pour la période 1994-2014, selon une variante moyenne font passer la population de 26 millions en 1994 à 35 millions en 2014, soit une augmentation de 450 mille personnes en moyenne chaque année.

Malgré le déclin de la fécondité, la croissance démographique se poursuivra pendant les années à venir, car la proportion des personnes en âge de procréer est très importante dans la population actuelle.

Cette croissance aura, sans doute, des incidences socio-économiques importantes. En effet, en plus des besoins de la population existante, il faut subvenir aux besoins de la population additionnelle chaque année en matière de nourriture, d'habitation, d'éducation, de santé, ...

Examinons ci-dessous l'évolution de certaines catégories de population.

1. Répartition de la population par milieu de résidence

La population urbaine va passer de 13 273 000 habitants en 1994 à 22 711 000 en 2014, ce qui va ramener le taux d'urbanisation à 64,86% contre 51,20% en 1994.

Quant à la population rurale, elle accusera une baisse en 2014 par rapport à 1994, puisqu'en chiffres absolus, elle va passer de 12 656 000 personnes en 1994 à 12 175 000 en 2014.

2. La population d'âge préscolaire et scolaire

La population d'âge préscolaire et scolaire va évoluer différemment. En effet, les personnes de moins de 16 ans vont connaître une baisse sensible au niveau de chaque groupe. Quant au groupe 16-18 ans, il enregistrera une légère augmentation.

Age	1994	2014
3-6 ans	2 585	2 341
7-12 ans	3 895	3 496
13-15 ans	1 846	1 773
16-18 ans	1 693	1 763

3. La population d'âge actif (15-59 ans)

La population d'âge actif qui représentait 56% de la population totale en 1994 représentera 65,6% de la population totale en 2014, soit un gain presque de 10 points, ce qui va constituer une pression importante sur le monde du travail.

4. La population âgée (60 ans et plus)

Jusqu'en 1994, la proportion des personnes âgées (60 ans et plus) n'a pas dépassé 7% de la population totale, mais les projections font ressortir un vieillissement de la population à l'horizon 2014, puisque cette proportion sera de 9,3%. Cette évolution aura des incidences sur le système de protection sociale.

II- Le développement économique

A. Croissance économique

L'évolution de la croissance économique au Maroc a été marquée par quatre faits importants, notamment le choc pétrolier, la hausse et la chute du prix des phosphates, suivis de l'élaboration d'un plan de stabilisation et d'un programme d'ajustement structurel.

Sur la base de ces faits, on essaiera, dans ce qui suit, d'analyser cette évolution selon quatre périodes: 1960-74, 1975-82, 1983-92 et après 1992.

La première période se situe avant le premier choc pétrolier en 1973 et la chute brutale du cours des phosphates à savoir 1960-74. La deuxième période concernant les années précédant la mise en place du programme d'ajustement structurel 1975-82. La troisième porte sur la période du programme d'ajustement structurel 1983-92 et la quatrième quant à elle concerne l'après programme d'ajustement structurel.

L'analyse des données économiques disponibles montre qu'au début des années 60, l'économie marocaine est marquée par une prédominance du secteur primaire, il assume à lui seul:

- ◆ 1/3 de la production nationale;
- ◆ 40% des exportations;
- ◆ 30% de la consommation des ménages; et emploie 70% de la population active.

Jusqu'au début des années 70, les politiques mises en œuvre en matière de développement ont permis de créer suffisamment d'emplois pour faire face à la demande d'emploi, les secteurs de l'agriculture, de l'industrie, du tourisme, des travaux publics, des administrations publiques ayant connu un développement important.

Mais, à partir du premier choc pétrolier en 1973 et la chute des cours des phosphates en 1974-75, la politique ambitieuse de développement a été remise en cause et on assiste à un ralentissement de la croissance économique dont les emplois générés n'arrivent pas à satisfaire la demande additionnelle d'emploi et certains projets au niveau de l'ensemble des secteurs ont été revus à la baisse.

Au cours de la période 1976-94, le gouvernement s'est trouvé confronté à une aggravation du chômage et à un besoin de financement important pour faire face aux besoins essentiels de la population.

Ce qui amena le pouvoir public à élaborer un programme de stabilisation pour 1978-82 et à la mise en oeuvre d'un programme d'ajustement structurel pour la période 1983-92, avec l'appui de la Banque Mondiale.

1. Période 1960-72

Trois plans de développement économique et social ont été mis en oeuvre au cours de cette période, les données ci-dessous nous indiquent que mise à part la faiblesse de l'épargne, les autres indicateurs ont enregistré des améliorations:

- ◆ le PIB s'est accru de 3,5% en moyenne annuelle, taux légèrement supérieur à celui de la population d'un demi-point;
- ◆ le taux d'investissement est passé de 11,6% du PIB en 1960-67 à 14,3% en 1968-72 en moyenne annuelle;
- ◆ le taux d'épargne a été de 11,8% du PIB en moyenne annuelle au cours de la période 1968-72;
- ◆ le déficit du Trésor est passé de 4,8% du PIB en moyenne entre 1965-67 à 3,7% entre 1968-72;

- ◆ le solde courant de la balance des paiements a été en moyenne de -1,1% du PIB durant la période 1968-72 et excédentaire au terme de 1972 (0,9% du PIB).

Au cours de cette période, des performances importantes ont été réalisées dans les secteurs de l'agriculture, de l'industrie, du tourisme, de la formation des cadres, de la planification familiale, de l'aménagement urbain et de la lutte contre l'exode rural.

2. Période 1973-77

Le plan de développement élaboré pour cette période s'est fixé comme objectifs:

- ◆ mobilisation de toutes les capacités productives en vue d'une croissance élevée;
- ◆ création d'emplois et amélioration des conditions de vie de la population;
- ◆ répartition plus équitable des fruits de la croissance.
- ◆ Pour cette période:
- ◆ le PIB s'est accru de 7,3% en moyenne annuelle;
- ◆ le taux d'investissement a été de 25,6% du PIB en moyenne annuelle, l'écart entre le taux d'investissement public et le taux d'épargne public est passé de 5% du PIB au cours de la période 1968-72 à 9,4% au cours de la période 1973-77. Cet accroissement du besoin de financement du Trésor public est dû à:
 - ◆ l'augmentation importante des investissements publics;
 - ◆ la baisse de l'épargne publique suite à la chute des cours des phosphates à partir de 1975.

Cette baisse des cours des phosphates conjuguée avec la baisse des prix du pétrole et à l'achat massif des biens d'équipement ont provoqué

une détérioration de la balance des paiements: le déficit du solde courant qui n'était que de 3,8% en 1974 est passé à -18,4% en 1977.

La fin de cette période a connu un ralentissement de la croissance et un début d'aggravation du chômage.

3. Période après 1977

Deux programmes ont été mis en place par les pouvoirs publics pour relancer la croissance et réduire le chômage:

- ◆ un programme de stabilisation durant la période 1978-82;
- ◆ un programme d'ajustement structurel avec l'appui de la Banque Mondiale pour la période 1983-92.

a) Programme de stabilisation (1978-82)

Cette période a connu des améliorations sensibles, même si le taux d'investissement n'a été que 22,7% du PIB en moyenne annuelle contre 25,6% durant la période 1973-77, le déficit global des finances publiques a été ramené à 11,2% du PIB contre 6,7% en 1977.

b) Programme d'ajustement structurel (1983-92)

Ce programme a été mis en place avec l'appui de la Banque Mondiale en vue de rétablir les équilibres financiers internes et externes qui se sont détériorés. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre:

- ◆ réduction de la croissance des dépenses publiques (dépenses de fonctionnement, subventions, ...);
- ◆ réformes fiscale et monétaire;
- ◆ restructuration des établissements publics et privatisation;
- ◆ régionalisation et décentralisation;
- ◆ libéralisation du commerce extérieur;
- ◆ adhésion aux accords du GATT, ...

Cette période a connu une amélioration très importante de l'ensemble des indicateurs économiques à l'exception du chômage:

- ◆ le PIB s'est accru de 4,2% en moyenne annuelle;
- ◆ le taux d'investissement est passé de 22,8% du PIB en 1982 à 27,8% en 1992;
- ◆ le taux d'épargne nationale est passé de 16,5% du PIB en 1982 à 22,1% en 1992;
- ◆ le déficit courant de la balance des paiements est passé de 10,6% du PIB en moyenne annuelle au cours de la période 1978-82 à 3,1% entre 1983-92.

Ce programme a permis de réduire le déficit des finances publiques et la balance des paiements de façon notable.

4. Période après le programme d'ajustement structurel (1993-95)

Les effets négatifs de la sécheresse durant cette période ont provoqué une détérioration des équilibres fondamentaux:

- ◆ la croissance du PIB n'a pas dépassé 1,1% en moyenne annuelle;
- ◆ une baisse du taux d'investissement 21,9% du PIB en 1995 contre 27,3% en 1992;
- ◆ le déficit global du Trésor est passé de -1,7% du PIB en 1992 à -3,4% en 1995.

a) Tendances de l'activité nationale

Pendant cette période, les producteurs et les investisseurs sont restés dans une situation d'attente. Quant aux consommateurs, malgré la nature de l'inflation, leur consommation est restée faible.

(1) Production

- ◆ baisse de la production agricole, sa contribution au PIB est passée de 20% en 1982 à 14% en 1995;

- ◆ l'activité industrielle est restée stable, la contribution de ce secteur au PIB en 1992 est restée identique à celle de 1985.

(2) La consommation

Malgré la maîtrise de l'inflation (moins de 6% par an), le taux de croissance de la consommation des ménages n'a guère dépassé 3,4% en moyenne au cours de la période 1983-92, seule la consommation finale des administrations a pu dynamiser relativement la croissance économique.

(3) L'investissement

Au lieu d'investir et favoriser la création d'emplois générateurs de revenus, les opérateurs économiques privés ont préféré augmenter la valeur de la formation brute du capital fixe (FBCF).

Seules les dépenses en capital de l'Etat ont connu un taux de croissance moyen annuel de 6,5% au cours de la période 1983-92. Ce qui a permis d'atténuer les effets de la crise.

B. Faiblesse des performances de l'économie marocaine

Les limites du développement économique peuvent être appréciées à partir de trois composantes à savoir la faiblesse de l'épargne, de l'investissement et la part de l'agriculture dans le PIB.

1. L'épargne

Depuis l'indépendance à ce jour, le taux d'épargne a évolué en dents de scie, il a fluctué entre 9 et 22% du PIB. Cette épargne est constituée de:

- ◆ l'épargne publique (excédent des ressources courantes sur les dépenses courantes), de l'épargne privée (celle des ménages et des entreprises), l'épargne des ménages est difficilement mobilisable à cause du manque de possibilité de placement,

l'épargne des entreprises est orientée surtout vers l'augmentation de la formation brute du capital fixe ;

- ◆ L'épargne institutionnelle qui groupe les banques, les compagnies d'assurances, les organismes de retraite et de la protection sociale et ces dernières années, les organismes de placements collectifs des valeurs mobilières.

L'épargne, si elle est orientée vers des investissements productifs peut constituer un moyen de développement et de croissance par excellence; malheureusement, ce n'est pas le cas au Maroc.

2. L'investissement

L'investissement au Maroc a été financé par une partie de l'épargne, un endettement extérieur et l'aide étrangère. Le taux d'investissement, pour la période 1960-95, a varié d'une façon irrégulière entre 11 et 27% du PIB.

Ces investissements sont à l'origine d'une dette extérieure qui tourne autour de 20 milliards de Dollars (68% du PIB) avec un service de la dette qui représente 33% des recettes d'exportation.

Cette faiblesse des investissements n'a pas permis de relancer la croissance et relever le niveau de vie de la population. Le taux d'accroissement du PIB a été en moyenne de 3,5% pour la période 1960-95.

3. Part de l'agriculture dans le PIB

La performance de l'économie marocaine reste tributaire de l'agriculture, qui elle, reste soumise aux aléas climatiques.

L'analyse de la structure du PIB par secteur montre que le secteur primaire qui regroupe l'agriculture, la pêche, les mines et l'énergie représentent 30% en 1970 et 24% en 1993, le secteur secondaire, quant à

lui, est passé de 21% à 23% pour la même période. Le secteur tertiaire a connu une augmentation sensible en passant de 49 à 53%.

En outre, le secteur agricole et la pêche représente encore 50% des emplois, 25% des exportations et 13% du PIB. Cette situation présente l'inconvénient de laisser l'économie tributaire des aléas climatiques: entre 1980 et 1995, le Maroc a connu sept sécheresses malgré la politique des barrages mise en œuvre dès les années 70. Pendant cette période, la croissance a été très irrégulière (+6,8% en 1991, -4,4% en 1992, -1,1% en 1993, +11% en 1994 et -5% en 1995). De ce fait, le Maroc doit chercher à diminuer le poids de l'agriculture dans son économie. Car au-delà des effets directs de la pluviométrie sur l'agriculture et indirects sur tous les secteurs de l'économie, la succession des sécheresses ont une incidence sur l'exode rural, sur l'endettement des agriculteurs, sur le climat social, ...

La croissance des secteurs secondaires et tertiaires n'est pas assez soutenue ni très diversifiée pour assurer un décollage économique approprié. L'industrie marocaine est essentiellement dominée par trois activités: la transformation des produits agricoles et de la mer, la fabrication d'engrais à base de phosphate et le textile.

En plus la libéralisation des échanges rend le positionnement du Maroc fragile, car les produits agricoles dits stratégiques (céréales, sucre, produits laitiers, viandes, oléagineux, ...) sont concernés par cette libéralisation des échanges.

C. Les relations entre la croissance démographique et le développement économique

Depuis l'indépendance du Maroc, les gouvernements qui se sont succédés avaient pour objectifs d'assurer pour la population l'autosuffisance alimentaire, l'éducation pour tous, l'accès aux soins de

santé, la réduction sinon l'éradication de la pauvreté, etc. Qu'en est-il actuellement?

L'analyse de l'évolution de la croissance démographique et les performances de la croissance économique montre bien qu'on est loin d'atteindre ces objectifs. Examinons la situation selon chaque besoin.

1. L'alimentation

La production agricole soumise aux aléas climatiques n'arrive pas à satisfaire les besoins de la population: la production céréalière varie entre 20 millions de quintaux en année de sécheresse et 75 millions de quintaux en année de pluviométrie favorable, les besoins en sucre n'étant assurés qu'en partie par la production locale, la production d'huile couvre à peine 25% des besoins, la production agricole destinée à l'exportation arrive difficilement à trouver des débouchés, ... sachant bien que l'agriculture fait vivre plus de 80% de la population rurale et emploie presque 40% de la population active totale.

2. Le logement

Avec une population urbaine qui dépasse 50% et qui s'accroît à un rythme de 3,6% par an, les besoins en logement sont énormes. Pour répondre aux besoins de la croissance démographique et renouveler le parc existant, il faudra construire actuellement plus de 800 000 logements. Pour résorber ce déficit au bout de cinq ans, on doit construire 200 000 logements par an. Objectifs difficiles à atteindre lorsqu'on sait qu'au cours de ces dernières années, le nombre de logements construits chaque année ne dépasse guère 70 000.

3. L'éducation

Avec un taux d'analphabétisme de plus de 50%, les besoins en matière d'éducation sont encore énormes. Sur la base d'une généralisation de l'enseignement, il va falloir plus que doubler les moyens

humains et matériels déjà en place. Alors que les dépenses publiques consacrées à l'enseignement sont très importantes par rapport aux autres secteurs.

4. La santé

Les besoins en matière de santé ne sont satisfaits qu'en partie aussi bien au niveau des infrastructures sanitaires qu'au niveau du personnel médical et paramédical. Il faut donc rattraper le retard cumulé et faire face aux besoins nouveaux dus à la croissance démographique.

Actuellement, on dispose d'un lit d'hôpital pour plus de 800 habitants et un médecin pour plus de 3 000 habitants. D'après les prévisions du projet de plan de développement économique et social 1996-2000, pour ramener le taux d'encadrement de un médecin pour 2 000 habitants, il va falloir disposer de 5 000 médecins supplémentaires sachant bien que dans certains pays développés, on dispose d'un médecin pour 500 habitants.

5. L'emploi

L'évolution de la population active occupée et en chômage montre que la croissance économique n'a pas pu générer suffisamment d'emplois pour ramener le taux de chômage à un niveau raisonnable.

En effet, la population active qui était de 4 millions environ en 1971 est passée à 6 millions en 1982 puis 8,3 millions en 1994 pour dépasser 10 millions actuellement, avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,8% entre 1982 et 1994 -taux largement supérieur à celui de la croissance démographique.

Cette croissance importante de la population active est à l'origine de l'aggravation du chômage: le nombre de chômeurs a presque doublé entre 1982 et 1994 passant respectivement de 643 000 à 1,33 millions, ce

qui correspond à des taux de chômage de 10,7% en 1982 et 16% en 1994.

Actuellement, le nombre de chômeurs s'élève à plus de 1,4 millions sur une population active de plus de 10 millions.

Le chômage touche surtout les tranches d'âge 15-19 ans, 20-24 ans et 25-29 ans avec des taux de chômage respectifs de 41%, 39,1% et 29,8%. En outre, le chômage reste important chez les diplômés.

D'après les experts nationaux ou étrangers, pour ramener le taux de chômage à un niveau raisonnable, (10 à 12%), il faudra arriver à réaliser une croissance économique de 7 à 8% par an.

6. La pauvreté

Les données utilisées pour déterminer le seuil de la pauvreté proviennent des enquêtes sur le niveau de vie des ménages 1984-85 et 1990-91, actualisé sur la base de l'indice du coût de la vie. Deux seuils de la pauvreté ont été déterminés: un seuil bas et un seuil élevé.

Seuil de la pauvreté par an	1984-85		1990-91	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Seuil bas	1 519	1 473	2 027	1 693
Seuil élevé	1 966	1 960	2 674	2 384
Enquête sur le niveau de vie des ménages, 1984-95 et 1990-91, Direction de la Statistique				

a) La pauvreté en milieu urbain

La pauvreté continue de toucher près d'un million de personnes en milieu urbain d'après les dernières évaluations. Ces pauvres ont des caractéristiques propres qu'ils partagent avec les 20% des plus défavorisés.

(1) Les caractéristiques démographiques

- ◆ famille nombreuse dont la taille (6,6 personnes) dépasse la moyenne des ménages (4,4 personnes) une forte présence des enfants de moins de 15 ans;
- ◆ nombre d'actifs par ménage élevé 2,03 en milieu urbain, en raison de la mise en activité des enfants de 7 à 14 ans.

Le travail de ces enfants constitue une des causes de la pérennisation de la pauvreté et contribue à désorganiser le marché du travail:

- ◆ amplifie le chômage, de nombreux employeurs préférant engager des enfants largement sans rémunération;
- ◆ maintient la pression sur les salaires, cause de la faiblesse de la consommation;
- ◆ perpétue le comportement nataliste chez les pauvres: enfants source de revenu pour la famille;
- ◆ maintient le faible niveau de qualification de la force de travail;
- ◆ accroît les risques de maladie et les troubles de croissance encourus par ces enfants au travail.

(2) Emploi, activité et chômage des pauvres

De 1982 à 1990, la population active urbaine a augmenté plus rapidement que celle du milieu rural: 5,3% contre 1,8%. Cette augmentation de l'offre de main-d'œuvre peut s'expliquer par l'exode rural et par une amélioration de la participation des femmes.

Face à cette importante offre de main-d'œuvre, la croissance du taux d'emploi a été négative (-1,16%) pour la même période. Les opportunités d'emploi ont évolué moins rapidement que la population active. L'emploi salarié a enregistré une baisse entre 1985-90 passant de 66% à 60% de l'emploi au milieu urbain. Comme 80% des pauvres du

milieu urbain sont soit salariés soit engagés dans des activités indépendantes, le reste est mobilisé en tant qu'aides familiaux, apprentis ou travailleurs à domicile. Les différentes activités sont marquées par l'instabilité, la faible productivité, la médiocrité des rétributions et sont localisées en majorité dans le secteur informel.

Il faut noter que la contribution de la femme représente pour le tiers des salariés pauvres. En plus ces femmes sont moins payées que les hommes, ce qui se répercute sur la masse salariale des pauvres.

Le chômage structurel affecte de manière plus marquée les citadins pauvres à raison de 30% de la population active pauvre, et particulièrement les jeunes soit 47% pour le groupe d'âge 15-24 ans et 29% pour les 25-44 ans. La durée moyenne de recherche d'un emploi va jusqu'à 25,5 mois pour les pauvres au lieu de 20,3 mois pour les 20% les plus aisés.

b) La pauvreté en milieu rural

La majorité des pauvres réside en milieu rural, deux millions et demi de ruraux étant considérés comme pauvres et un million et demi de personnes passant pour extrêmement pauvres. La pauvreté a progressé en milieu rural, 72% de la population en 1990-91 contre 70% en 1984-85. La pression démographique, le faible accès à la terre, les faibles productivités, les activités rurales limitées expliquent la pauvreté des conditions de vie de ces populations.

En milieu rural, la proportion des ménages ruraux vulnérables est passée de 65% en 1973-74 à 74% en 1984, cette tendance est d'autant plus forte quand on sait que le nombre moyen de personnes par ménage qui était de 5,8 en 1973 est passé à 9,3 en 1982 pour atteindre 7,7 personnes en 1991.

Malgré l'exode rural important (200 000 personnes par an), la pression démographique sur la terre reste importante, l'accès à la propriété terrienne pour les pauvres ne peut pas constituer à lui seul, une solution à ce fléau. Il faut envisager d'autres solutions.

La difficulté d'accès aux facteurs de production en milieu rural conjuguée avec la faiblesse des opportunités d'emploi permanent est à l'origine du chômage mais surtout du sous-emploi.

En plus la politique menée jusqu'à présent par l'Etat n'a pas permis d'améliorer les conditions de vie des ruraux surtout en matière d'éducation, de santé, d'infrastructure de base ...

7. Cas d'une population stationnaire

Pour mieux apprécier l'influence de la croissance démographique sur la croissance économique, on part de l'hypothèse que les pouvoirs publics ont mis en place une politique de population dès le début de l'indépendance (1956) qui a permis au Maroc d'arriver à avoir en 1982 une population stationnaire.

En comparant certaines données socio-économiques de 1994 à celles de 1982 et en ramenant les performances socio-économiques de 1994 à la population de 1982, on constate qu'il y a effectivement une relation étroite entre croissance démographique et le développement économique (voir tableau ci-dessous).

Tableau 14: comparaisons de certaines données socio-économiques de 1994 à celles de 1982			
	1982	1994	Population de 1982 avec les performances de 1994
Population totale	20 419 555	26 073 717	20 419 555
Population active	5 999 260	8 332 399	5 999 260
Population active occupée	5 357 078	7 000 411	7 000 411
Population active en chômage	642 182	1 331 988	-1 001 151
Taux de chômage	10,7%	16%	Besoins de main-d'œuvre de: 1 001 151
Population d'âge scolaire 5-19 ans	7 745 758	9 303 914	7 745 758
Population scolarisée	3 551 224	4 797 000	4 797 000
Taux de fréquentation scolaire	46%	52,56%	62%
Nombre de médecins (publics + privés)	2 487	7 695	7 695
Nombre de lits d'hôpital	24 913	30 000	30 000
Nombre d'habitants par médecin	8 211	3 388	2 654
Nombre d'habitants par lit d'hôpital	820	870	680
PIB Millions de Dirhams (Prix courants)	92 897,7	286 029,7	286 029,7
PIB/habitant en Dirhams	4 550	10 970	14 008

On se limitera dans ce qui suit à l'évolution des principales variables, à savoir, l'emploi, l'éducation, la santé et le PIB par habitant.

a) L'emploi

Le taux de chômage étant de 10,7% en 1982 et de 16% en 1994, le nombre de chômeurs est passé respectivement de 642 182 à 1 331 988.

En 1994, la population active occupée s'élève à 7 000 411, en supposant qu'en 1994, on avait la population de 1982 pour laquelle la population active totale s'élève à 5 999 260, le Maroc avait un taux de chômage quasiment nul et avait besoin d'une main-d'œuvre supplémentaire de 1 001 151 personnes.

b) L'éducation

Le taux de fréquentation scolaire (population âgée de 5-19 ans) était de 46% en 1994; en supposant également que la population en 1994 était celle de 1982, on avait un taux de fréquentation scolaire de 62%.

c) La santé

- ◆ Le nombre d'habitants par médecin était de 8 211 en 1982 et de 3 388 en 1994, avec les performances en matière de santé en 1994 et une population de 1982, ce nombre passerait à 2 654;
- ◆ Le nombre d'habitants par lit d'hôpital était de 820 en 1982 et de 870 en 1994, avec les mêmes hypothèses que précédemment, on avait 680 habitants par lit.

d) Le PIB

Le PIB par habitant était de 4 550 Dirhams en 1982 et de 10 970 en 1970, avec les performances de 1994 appliquées à la population de 1982, le PIB par habitant s'élèverait à 14 008 Dirhams, trois fois le PIB réel de 1982.

D'après de ce qui précède, on constate bien qu'il existe une relation importante entre la croissance démographique et le développement économique surtout pour un pays en développement.

III. La politique de population

A. Politique démographique

L'objectif de toute politique démographique est d'améliorer le bien-être général de la population, et non pas seulement d'accroître le revenu par habitant. Il importe donc, lors de la formulation de toute politique démographique, d'évaluer convenablement les mesures qui influent sur l'évolution démographique.

Il ne faut jamais perdre de vue qu'il existe une relation de réciprocité entre les paramètres démographiques en question et le développement économique, si, par exemple, le taux d'accroissement démographique peut avoir un effet important sur les niveaux d'enseignement et du logement, ceux-ci tendent à leur tour à exercer un effet important sur l'accroissement démographique.

Conscients de l'importance de la variable démographique dans le processus du développement, les pouvoirs publics ont entrepris une étude par le biais du Département du Plan pour connaître les répercussions que pouvait avoir la croissance démographique sur l'économie marocaine¹⁰.

Des projections ont été faites pour la période 1965-85 sur la base de plusieurs hypothèses: Deux hypothèses sur la natalité et une seule sur la mortalité:

- ◆ Pour la mortalité, on estime, que compte tenu de l'infrastructure sanitaire existante, le taux de mortalité général

¹⁰ Benjelloun, M., Revue du marché commun, mars-avril 1971.

doit baisser au cours de la période 1965-85, il passera de 17‰ à 10‰ en fin de période, tandis que le taux de mortalité infantile passera de 150‰ à 75‰ pour la même période.

◆ Pour la fécondité, on a retenu deux variantes:

- 1) le taux de natalité va rester constant au cours de la période 1965-85;
- 2) le taux va subir une baisse provoquée et passe de 50‰ en 1965 à 35‰ en 1995.

Selon la première variante, la population s'élève à 26 500 000 personnes en 1985 avec des taux d'accroissement de 3,3% entre 1965-70 et 4% entre 1970-85. 50% de cette population auront moins de 15 ans. Cette croissance aura des conséquences sur la scolarisation, l'urbanisation, l'emploi ... Compte tenu des moyens limités, les pouvoirs publics n'arriveront pas à faire face aux besoins de cet excédent de population.

Selon la deuxième variante, le taux d'accroissement qui serait de 3,3% entre 1965-70; ne serait que de 2,6% entre 1970-85. Alors, la population totale s'élèverait à 22 850 000 personnes en 1985, et la proportion des moins de 15 ans ne représentera plus que 40% et les problèmes en matière de scolarisation, d'emploi, etc. seraient moins graves que dans la première variante.

Alors suite aux résultats de cette étude, les pouvoirs publics ont pris la décision de mettre en place, à partir de 1966, une politique démographique, en optant pour la mise en œuvre d'un programme de planification familiale et la création d'une Commission Supérieure de la Population chargée de suivre tous les problèmes de population.

B. Programme de planification familiale

Avant la mise en œuvre de ce programme, une enquête d'opinion sur la planification familiale a été réalisée pour mieux apprécier l'attitude de la population à l'égard des moyens contraceptifs.

Les résultats auxquels est parvenue l'enquête sont encourageants, plus de 50% de femmes aussi bien en milieu rural (51%) qu'en milieu urbain (57%) étaient favorables à l'emploi de méthodes contraceptives. Cette proportion est élevée chez les femmes ayant dépassé le niveau primaire.

1. Les mesures

Un programme pilote de planification familiale a été mis en place pour la période 1966-68. Ce programme se propose dans le cadre des fondements culturels et religieux de la société marocaine, de permettre aux familles de choisir le nombre d'enfants qu'elles désirent et quand elles le veulent, en mettant à leur disposition tous les moyens nécessaires. Bien que l'action médicale soit orientée essentiellement vers l'insertion des appareils intra-utérins, toutes les autres méthodes seront diffusées auprès des familles.

Parallèlement à ce programme médical, un programme d'information et d'éducation -une des tâches des plus importantes et des plus difficiles- a été mis en œuvre.

Sur le plan juridique, deux mesures d'accompagnement ont vu le jour:

- ◆ Création d'une Commission Supérieure de la Population (Décret royal n° 180-66 du 26 août 1966) chargé de

l'élaboration et de l'application de la politique gouvernementale pour les questions de population;¹¹

- ◆ Abrogation des textes relatifs à la propagande anticonceptionnelle (Décret royal n° 181-66 du 1^{er} juillet 1967).

Ces mesures ont été prises suite au mémorandum Royal de 1965, faisant état de l'importance de l'impact de la croissance démographique sur le développement socio-économique du pays.

2. Evolution du programme de planification familiale

Lors de sa création en 1971, l'association de planification familiale (AMPF) pour mission de fournir des prestations et services et de sensibiliser la population au rôle important de la planification familiale pour le bien être des familles. La même année s'est tenue à Rabat une conférence internationale sur l'Islam et la planification familiale.

En 1977 un programme pilote de visites à domicile appelé Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS) sur la planification familiale a été lancé.

L'année 1982 verra la création du Centre national de formation en reproduction humaine (CNFRH) et des centres de référence sur la planification familiale dans une vingtaine de préfectures et provinces ; en 1989 une stratégie nationale d'Information, Education et Communication (IEC) en planification familiale a été mise en place. La formation au Dispositif Intra Utérin (DIU) pour le personnel médical et paramédical a commencé en 1991.

¹¹ Le secrétariat de la Commission Supérieure de la Population a été transféré du Ministère de la Santé au Ministère de la Prévision Economique et du Plan qui assure désormais sa présidence. Le secrétariat de cette commission est assuré depuis fin février 1998 par le CERED relevant actuellement du Ministère de la Prévision Economique et du Plan.

En 1993, les prestations Norplant ont été lancées et une semaine de mobilisation sociale pour la planification familiale, organisée. La mise en œuvre d'une stratégie pour l'introduction des injectables et des prestations de planification familiale en post-partum s'est effectuée en 1994.

L'ensemble de ces actions avait pour objectif de sensibiliser les couples sur les bienfaits de la planification familiale qui leur permet de décider librement de la taille de la famille sans aucune contrainte.

En effet, la planification familiale a contribué à la réduction aussi bien des naissances que des risques de mortalité.

Actuellement, plus de 90% des hommes et des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive, l'indice synthétique de fécondité qui était de 7 enfants en 1992 n'est que de 3 enfants.

C. La protection sociale

Les mécanismes de protection sociale sont en fonction de la capacité du pays à protéger sa population contre la pauvreté, le mauvais état de santé, la perte d'emploi...

Cette protection varie d'un pays à l'autre. Si la majorité des pays développés disposent d'un système de protection généralisé, la plupart des pays en développement tel que le Maroc ne dispose que d'un système de protection partiel qui ne couvre que les salariés du secteur public et les employés du secteur privé structuré. La population qui vit dans les campagnes en s'adonnant à des activités de subsistance ou qui travaille dans le secteur non structuré de l'économie n'est pas protégée. En plus, les règles dans les pays en développement relatives à la sécurité sociale et autres règlements sont souvent mal respectés, notamment par les employeurs qui ne déclarent pas l'ensemble de leurs employés et qui

versent les sommes dues avec retard, ce qui limite les effets bénéfiques de la sécurité sociale.

Ces régimes souffrent en outre dans bien des cas de déséquilibres actuariels qui mettent en péril leur viabilité à long terme.

Au Maroc, les régimes de protection sociale ne couvrent en général que les accidents du travail, les retraites et une partie des soins médicaux.

En effet, le système de protection sociale au Maroc n'a pas été conçu au départ selon une vision universelle qui consiste à protéger l'ensemble de la population contre les risques sociaux (maladie, vieillesse, décès, chômage...). Notre système est très hétérogène et sa mise en place s'est faite au fil des années, le législateur français ayant légué au Maroc un système de protection sociale partiel et morcelé comportant 5 régimes professionnels:

- ◆ 1927: création du régime de réparation des accidents du travail au profit des travailleurs du secteur privé;
- ◆ 1930: institution d'un régime de pensions pour les fonctionnaires;
- ◆ 1942: création d'une Caisse d'Aide Sociale (CAS), chargé de servir des allocations familiales aux travailleurs du secteur privé et des allocations aux femmes en couche;
- ◆ 1949: création de la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR), dans le cadre d'une association d'employeurs;
- ◆ 1950: création de la Fédération des Sociétés Mutualistes des Fonctionnaires et des Agents des Etablissements Publiques.

Après l'indépendance, le législateur marocain, sans procéder à une harmonisation de ces régimes, de façon à faire bénéficier une large frange de la population d'une protection sociale adéquate, s'est contenté de quelques créations et améliorations des régimes existants.

- ◆ 1957: institution du régime de sécurité sociale, au profit des travailleurs du secteur privé, pour gérer la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS);
- ◆ 1970: création de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociales (CNOPS);
- ◆ 1977: création de la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM);
- ◆ 1977: création du Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR).

D'après ce que précède, on peut dire que le régime de protection sociale au Maroc est constitué par un régime incomplet de sécurité sociale du secteur privé géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), et d'autres régimes essentiellement ceux de retraite.

1. Présentation de ces régimes

a) Régime de réparation des accidents du travail

En matière de protection sociale, les accidents du travail est le premier risque pour lequel les pouvoirs publics ont élaboré une loi réglementant la réparation en 1927 par un Dahir, étendu en 1943 aux maladies professionnelles. Ces deux textes ont été complétés et refondus en 1963, depuis aucune modification n'a été apportée.

Avant 1927, la réparation des accidents du travail était rattachée au droit commun de la responsabilité civile, il était nécessaire de prouver la faute de l'employeur, preuve difficilement et généralement impossible à apporter. Le Dahir de 1927 rend la réparation automatique et à la charge de l'employeur.

Tous les travailleurs sans distinction de nationalité sont couverts par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles travaillant dans l'industrie, le commerce et les

professions libérales ou occupés un service d'un notaire, d'une association, d'un syndicat, d'une société civile, des coopérations, ainsi que les exploitations agricoles et forestières.

Les victimes ou leurs ayants droit bénéficient d'indemnités ou prestations en vue de leur assurer des moyens de subsistance suite à la diminution de leur intégrité physique et ou en compensation de la perte de salaire.

- ◆ une indemnité journalière jusqu'au jour de sa guérison; lorsque la victime est atteinte d'incapacité permanente, elle bénéficie d'une rente à compter du lendemain de sa guérison de sa blessure;
- ◆ auparavant, des frais médicaux, d'hospitalisation, de chirurgie, pharmaceutiques et à la fourniture d'appareils de prothèse ou d'orthopédie que l'accident rend nécessaires;
- ◆ aux frais de transport jusqu'à la consolidation de sa blessure.

Les ayants droit, conjoint et descendants peuvent bénéficier d'une rente en cas de décès de la victime.

Quel que soit le mode d'attribution de la rente (entente directe ou jugement), sa révision se fait tous les cinq ans qui suivent l'accident. Si dans le délais de la révision, la victime vient à décéder, ses ayants droit peuvent prétendre à une rente.

Les cotisations sont à la charge de l'employeur lorsqu'il souscrit une assurance, les primes versées par l'assurance sont réparties comme suit:

- ◆ primes conservées par les assurances;
- ◆ contribution aux fonds des accidents (le fonds de garantie, le fonds de majoration et le fonds de solidarité);

- ◆ les employeurs non assurés, en cas d'accident, versent le capital contributif de la rente à la CNRA plus les contributions aux fonds des accidents du travail au titre de l'accident considéré.

Pour assurer la réparation des accidents en cas d'employeurs insolvable et pour sauvegarder le pouvoir d'achat d'une rente et en cas de guerre ou de troubles, le législateur a institué trois fonds dont la gestion est confiée à l'autorité chargée de l'Emploi:

- ◆ le fonds de garantie: Ce fonds a pour objet de se substituer à l'employeur insolvable ou à l'assurance en faillite en cas d'accident du travail;
- ◆ le fonds de majoration: ce fonds se charge de revaloriser les rentes des victimes et des ayants droit pour tenir compte du coût de la vie et de l'évolution des salaires;
- ◆ le fonds de solidarité: Ce fonds se charge de réparer les accidents résultants de faits de guerre ou de mouvements populaires ainsi que des accidents dont sont victimes d'anciens militaires dont l'infirmité de guerre préexistante a été la cause exclusive de la réduction de la capacité de travail.

b) Régime public des pensions des retraites (CMR)

Régime de base obligatoire au profit des fonctionnaires civils et des militaires, géré par la Caisse Marocaine de Retraite instituée depuis 1930, organisme public depuis 1946, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et placé sous le tutelle du Ministère des Finances.

Ce régime couvre:

- ◆ les fonctionnaires civils, titulaires et stagiaires de l'Etat et des collectivités locales, les personnes titulaires de certains établissements publics et les magistrats de l'ordre judiciaire;

- ◆ les militaires des Forces Armées Royales et le personnel des Forces Auxiliaires;
- ◆ les anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération et anciens fonctionnaires et agents des administrations de l'Etat et des collectivités locales.

La CMR assure les prestations suivantes:

- ◆ la pension invalidité;
- ◆ la pension retraite;
- ◆ la pension vieillesse;
- ◆ la pension d'ayants droit (survivants);
- ◆ les allocations familiales (majoration pour enfants à charge).

Le taux de cotisations est de 14% du traitement du fonctionnaire payée à parts égales par l'employeur et le salarié.

c) La caisse interprofessionnelle marocaine de retraite (CIMR)

Cette association à but non lucratif, créée en 1949 mais régie par le Dahir du 15 novembre 1958 est dirigée par un conseil d'administration ouvert uniquement aux employeurs adhérents à la caisse.

Cette caisse couvre les salariés des entreprises des secteurs semi-public et privé. Elle assure les prestations de :

- ◆ la pension de retraite;
- ◆ la pension de survivants;
- ◆ les allocations familiales (majoration pour enfants à charge).

Les cotisations sont comprises entre 3 et 6%, à part égale entre l'employeur et le salarié, des salaires plafonnés, la gestion combine à la fois la répartition et la capitalisation.

Les contributions patronales sont gérées par la CIMR en répartition, et les cotisations salariales sont versées à une compagnie d'assurance du choix de l'employeur et gérées par capitalisation.

d) La caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)

Créée par Dahir en 1959, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'est substituée à la Caisse d'Aide Sociale créée en 1942. Il s'agit d'organisme public, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière; il est placé sous la tutelle administrative de l'autorité gouvernementale chargée de l'Emploi. Le Dahir de création de la CNSS a été abrogé et remplacé par celui de 1972.

Elle couvre l'ensemble des salariés occupés dans l'industrie, le commerce, les professions libérales, l'agriculture, l'artisanat, la pêche, les associations, les syndicats et les coopératives. Il assure:

- ◆ les allocations familiales et l'aide sanitaire familiale;
- ◆ les indemnités journalières non régies par la législation sur les accidents du travail;
- ◆ les indemnités journalières en cas de maternité;
- ◆ l'allocation en cas de décès;
- ◆ les pensions d'invalidité, de vieillesse et de survivants.

Les cotisations pour les prestations familiales sont à la charge de l'employeur (8,87% du salaire non plafonné). Les cotisations pour les prestations à court et long terme sont à la charge des employeurs et des salariés dans les proportions de deux tiers pour le premier (0,44%) et un tiers pour le second (0,22%). En ce qui concerne les prestations à court et long terme, les taux de cotisations sont respectivement de 6,08% et 3,04% sur la base d'un salaire plafonné de 5 000 Dirhams.

e) La caisse nationale des organismes de prévoyance sociales (CNOPS)

La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) groupant sous forme de fédération l'ensemble des mutuelles des fonctionnaires et des agents des établissements publics, s'est substituée en 1970 à la Fédération des Sociétés de Secours Mutuels et œuvre de prévoyance des fonctionnaires, et agents des établissements du gouvernement chérifien, créée en 1950. Elle est régie par le Dahir du 12 novembre 1963 portant statut de la mutualité.

L'adhésion à la CNOPS est facultative, elle regroupe actuellement huit mutuelles du secteur public: l'OMFA et la MGPAPM ouvertes aux fonctionnaires de l'Administration et des secteurs publics, la MGEN qui réunit les fonctionnaires de l'Education Nationale, les mutuelles des PTT, des Douanes et Impôts Indirects, de la Sûreté Nationale, des Forces Armées Royales (FAR) et les Forces Auxiliaires.

La CNOPS couvre essentiellement le risque maladie et les charges de maternité, pour le compte des mutuelles membres. Le service de prestation est basé sur le système de remboursement des frais engagés et, d'autre part, sur le principe du tiers payant.

Le remboursement s'effectue sur la base d'un tarif de responsabilité à concurrence de 80% dudit tarif. Un texte ticket modérateur de 20% est appliqué. Cette couverture s'effectue sans limitation de plafond pour certaines maladies graves. Le système du tiers payant s'applique pour les soins dispensés dans les établissements hospitaliers publics ou privés.

La cotisation est de 2,5% du traitement de base, majoré de la prime de résidence pour le salarié sur la base d'un plafond de 1 000 DH par an. Pour l'employeur, la cotisation est de 2,5% du traitement de base, majoré de 1% au titre de la contribution à la couverture des frais généraux.

Les régimes de protection sociale étant caractérisés par une multitude d'institutions, il est important de les distinguer selon le secteur et les risques courants.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) gère les risques des travailleurs du secteur privé et assure les prestations à court terme (allocations familiales, indemnités journalières de maladie et maternité), la vieillesse et l'invalidité. Le nombre de salariés protégés est passé de 795 000 en 1992 à 11 000 000 en 1996.

- ◆ La Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) verse des retraites à une partie des salariés du secteur privé. Le nombre de salariés protégés s'élève au 31-12-1996 à 219 527 et verse une retraite à 58 107 personnes;
- ◆ D'autres régimes internes aux organismes publics et para publics assurent la retraite à leurs employés (OCP, ODEP, ONCF, ...).

La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) qui regroupe les mutuelles du secteur public assure la prise en charge d'une partie des soins de santé des salariés adhérents des mutuelles fédérées.

Le nombre de bénéficiaires s'élève au 31-12-1996 à 1 503 842 personnes composées de 428 267 adhérents et 1 075 575 ayants droits (conjointes et enfants)

La Caisse Marocaine de Retraite (CMR) assure une retraite au personnel de l'Etat, le nombre de personnes protégées s'élève à 841 983 au 31-12-1996, composé de 533 705 civils et 308 278 militaires.

Le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) assure la retraite et l'invalidité aux personnes de certains organismes et

administrations publics ainsi que des collectivités locales. Le nombre de personnes protégées s'élève à 223 985 au 31-12-1996.

Les assurances couvrent quelques 300 000 personnes du secteur privé en matière de soins de santé.

En conclusion : avec cette diversité de prestations, l'ensemble de ces régimes n'arrive à couvrir en 1996 que 15% environ de toute la population totale.

Conclusion

Sur le plan de l'analyse, les stratégies de développement choisies par les gouvernements qui se sont succédés depuis l'indépendance, même si elles ont enregistré des résultats assez satisfaisants, n'ont pas permis d'atteindre les objectifs escomptés pour la fin du XX^{ème} siècle, à savoir: l'autosuffisance alimentaire, la généralisation de l'enseignement, le plein emploi, l'éradication de la pauvreté...

En effet, à la veille du XXI^{ème} siècle, le Maroc compte encore plus de 4 millions de personnes qui vivent au dessous du seuil de la pauvreté, plus de 50% de la population qui ne sait ni lire ni écrire, plus de 1,4 millions de chômeurs...

L'agriculture soumise aux aléas climatiques occupe une place prépondérante, l'industrialisation concerne essentiellement la transformation des produits agricoles et de la mer, les dérivés des phosphates, le textile et le cuir.

De plus, la faiblesse de l'épargne et de l'investissement qui n'ont permis d'enregistrer une croissance économique que de 3,5% en moyenne chaque année durant toute cette période.

Les résultats décevants des plans de développement peuvent être attribués en grande partie à l'expansion rapide de la population. D'après

certains spécialistes, un taux d'accroissement démographique élevé tend à baisser le taux d'épargne et des investissements, à ralentir la croissance économique, aggraver le chômage et à alourdir les dépenses de formation (scolaire, professionnelle...).

D'après les projections réalisées par le CERED, la population du Maroc atteindra 35 millions de personnes en l'an 2014, soit une augmentation annuelle de 450 mille personnes. Cette croissance importante de la population par rapport aux ressources disponibles constitue une entrave au progrès et un obstacle à l'amélioration du niveau de vie, car l'économie n'est pas suffisamment développée pour faire face au problème d'alimentation, de logement, de santé, d'éducation, et d'emploi de la population.

Ainsi, pour faire face aux facteurs qui entravent le développement économique, il serait temps de choisir une stratégie de développement appropriée en ayant recours à une planification économique rigoureuse et en élaborant une véritable politique démographique permettant un fléchissement de la natalité, car si la fécondité continue avec le même rythme, il sera difficile de satisfaire les besoins essentiels de la population dans un avenir proche.

Même si certains experts estiment que la surpopulation n'est pas toujours la cause du sous développement, il faut admettre que dans certains pays, comme le Maroc, elle constitue un facteur qui entrave le progrès économique et social futur, sachant bien que chercher à limiter les naissances en réduisant la fécondité ne suffirait pas en soi mais peut être envisagé comme un début de solution et une étape dans l'effort à entreprendre.

Références bibliographiques

- Banque Mondiale, « *Mémoire économique* », 1995.
- Banque Mondiale, « *Pauvreté; Ajustement et croissance* », Rapport n° 11918 MOR, 2 vol., 1994.
- Banque Mondiale, « *Rapport sur la pauvreté* », 1994.
- BIT, « *Etude sur la protection sociale au Maroc* », 1994.
- Blal A., « *Investissements et développement économique* », in Bulletin économique et social du Maroc, 1984.
- Bonnefous E., « *Le monde est-il surpeuplé?* », Editions «J'ai lu», Paris, 1974.
- Bulletin économique du Maroc, « *Impératif du développement national* », 1984.
- CERED, *Croissance démographique et développement du monde rural*, Rabat, 1995.
- CERED, *Enquête à objectifs multiples*, Rabat, 1962.
- CERED, *La population du Maroc*, monographie, Paris, 1974.
- CERED, *Population et développement au Maroc*, Rabat, 1998.
- CERED, *Profil socio-démographique du Maroc*, Rabat, 1997.
- CERED, *Sécurité sociale et développement économique*, 1997.
- Condé J., *La transition démographique appliquée à l'Afrique*, 1971, O.C.D.E.
- Direction de la Statistique, *Les indicateurs socio-économiques*, 1996.
- Gillic M. et Cie, *Economie de développement, nouveaux horizons*, De Bock Université, 1988, Bruxelles.
- Kuznets S., *La croissance économique moderne, tendance actuelle*, 1973, Hachette, Paris.
- Ministère de l'Economie et des Finances, *L'évolution économique du Maroc (1954-57)*, Rabat, 1958.
- Ministère de l'Emploi, *Revue sur l'emploi et les moyens de substance durables*, 1996.

- Ministère de la Santé Publique, Direction de la planification et des Ressources Financières « *Résultats préliminaires de l'enquête PAPCHILD 1997* », 1998.
- Ministère du Plan, *Le Maroc nouveau, bilan et perspectives*, 1991.
- Noin D., *La population rurale du Maroc*, 1970, PUF.
- OIT, *Rapport sur la situation actuelle et les perspectives d'amélioration de la protection sociale*, 1994.
- Que sais-je? *La sécurité sociale*, PUF, 1957.
- Rapport du FNUAP n° 29 sur le Maroc, 1980.
- Renault B., *Economie du développement, nouveaux horizons*, 1998.
- Revue du marché commun, *le Maroc et le marché commun*, 1971.
- The Population Council, *L'accroissement de la population et l'avenir économique de l'Afrique*, Paris, 1969.
- Union Maghrébine des Economistes, *Mondialisation de l'économie, intégration régionale et restructuration au Maghreb*, 1995, les Editions Maghrébines, Casablanca.

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