

***I- EVOLUTION ET PERSPECTIVES  
DEMOGRAPHIQUES***



# ***NOUS SOMMES SIX MILLIARDS!***

***Dr Vincent FAUVEAU***

---

## ***Introduction***

Depuis le 12 Octobre 1999, nous sommes 6 milliards à peupler la Terre. Comment en sommes-nous arrivés là? Que va-t-il se passer? Que faire?

Au delà de l'aspect médiatique et de la détermination de la date exacte, le franchissement de ce cap a été l'occasion dans le monde entier non seulement d'informer la population et les décideurs, mais surtout de réfléchir aux conséquences de la situation actuelle et aux politiques à mettre en œuvre pour fournir à ces 6 milliards un niveau de vie décent, ou du moins à ceux parmi eux qui en sont privés.

Je rappellerai d'abord quelques faits, puis en viendrai aux grands défis qui se posent à la population mondiale, et au rôle du FNUAP. Dans le cadre de ce séminaire, je me limiterai aux faits globaux, et dans une certaine mesure régionaux, laissant le soin aux autres intervenants de se concentrer sur la situation au Maroc et sur les solutions nationales.

## ***I- Rappel des faits et du débat sur la population mondiale:***

\*1900, début du 20<sup>ème</sup> siècle: 1 milliard et demi d'habitants sur la planète. Malthus avait déjà publié ses réflexions un siècle auparavant.

\*1960, au réveil des deux guerres mondiales, au moment des indépendances: 3 milliards d'hommes, c'est l'époque des premières conférences de population, l'inquiétude monte.

\*1999, le siècle se termine avec 6 milliards d'hommes, quatre fois plus qu'au début, et le passage du cinquième milliard au suivant n'a jamais été aussi rapide (12 ans!). La moitié de ces 6 milliards ont moins de 25 ans, et le quart est constitué de femmes en âge de reproduction.

Quoi qu'on fasse, la population augmente de 78 millions par an. Le temps de prononcer cette phrase et il y a déjà eu 12 naissances!

\*2050, entre 8 et 10 milliards d'hommes, selon les mesures que nous prendrons aujourd'hui, ou du moins que prendront les "géants" de la planète (Inde, Chine, Indonésie, Brésil, Pakistan, Bangladesh, Nigeria, Mexique, qui constituent les plus gros contributeurs de la croissance démographique).

\*et puis la stabilisation, qui se profile à la fin du 21<sup>ème</sup> siècle, mais avec quelle distribution de la population? Quels mécanismes d'adaptation? quel partage des ressources? Quelle éthique de la reproduction?

Eternels débats depuis Malthus: Jusqu'où cela ira-t-il? Quand les ressources vont-elles manquer?

Faut-il laisser agir les moyens de contrôle effrayants (catastrophes écologiques, famines, épidémies, guerres massives)? Ou imposer un contrôle des naissances? et à quelles couches de la population.

Comment intervenir?

Rappelons ici que Malthus, qui était un économiste et non un démographe, fut le premier à préconiser « l'éducation en matière de population » comme solution au problème de la croissance démographique.

Aujourd'hui, parmi les analystes de la situation, il y a les *angoissés*, poussant des cris d'alarme devant la soi-disant bombe démographique, les *pragmatiques*, partisans du laisser faire et on verra plus tard, et, entre les deux, les *idéalistes*, nous, qui croyons qu'on peut arriver à l'adéquation entre la croissance des ressources et la croissance de population, si on s'en occupe tout de suite et sur tous les fronts: sur le front des ressources, où il faudra compter sur le développement des biotechnologies, augmenter la production de nutriments et la productivité de leur culture (en particulier à partir des ressources océaniques); sur le front de la planification des naissances, où il faudra

aussi compter sur les développements technologiques pour trouver le contraceptif « idéal » ; sur le front politique, où il faudra compter sur la solidarité humaine (ce sera peut-être le plus difficile). Tout cela constitue le *credo* du programme d'action de la CIPD du Caire, répété et renforcé à l'occasion de la revue « CIPD+5 » en février dernier à La Haye.

Sans vouloir se poser en "SAMU démographique", il faut cependant déclarer l'urgence, dénoncer la négligence dont ont fait preuve beaucoup de nos prédécesseurs, et dépasser le niveau des débats en salle pour passer à l'action immédiatement. Voici en quelques chiffres l'état actuel de la situation, que l'on peut certainement qualifier de critique :

\*1 milliard d'hommes vivent actuellement au dessous du niveau de pauvreté (avec moins d'un dollar US par jour),

\*Les modifications de l'environnement ont déjà causé des catastrophes écologiques meurtrières ;

\*Il y a 1 milliard d'analphabètes, essentiellement dans les pays du Sud, et en majorité des femmes.

\* Les conflits d'origine ethnique et sociale se multiplient ;

\*Plus d'une femme sur deux souffre ou souffrira au cours de sa vie d'une forme de violence liée à sa condition de femme (à la maison, dans les établissements éducatifs, sur les lieux de travail, lors des conflits) ;

\*En moyenne sur tout le continent africain, 80 pour cent des femmes mariées n'utilisent pas de méthode contraceptive, contre 40 pour cent dans le reste du monde ;

\*600,000 femmes meurent encore chaque année des complications de grossesse, d'accouchement, ou d'avortement, et cent fois plus souffrent de complications non mortelles mais très handicapantes ;

\*Une grossesse sur deux n'a pas été désirée par la mère, et un accouchement sur deux n'est pas assisté correctement par le système de santé ;

\*Le sida a fait régresser l'espérance de vie à la naissance dans plusieurs pays africains, et détruit des économies entières ;

\*11 pour cent des naissances mondiales, soit 14 millions par an, sont le fait de grossesses d'adolescentes, et la plupart sont le résultat de violences, quel qu'en soit le type, et 5 millions se terminent par des avortements, très traumatisants ;

\*Enfin, les systèmes de prise en charge ne couvrent que moins d'un pour cent des personnes âgées de plus de 60 ans, qui constituent 6 pour cent de la population en moyenne mondiale actuellement, et passeront à 10 pour cent en 2010 et à 20 pour cent en 2050.

Si nous focalisons un peu sur notre région géographique, constituée par les pays du Sud et de l'Est de la Méditerranée, nous constatons, à la lumière des travaux de Youssef Courbage, que ces pays ont entamé une réduction notable de leur croissance démographique depuis quelques années, à tel point que les projections de population pour 2025 pour l'ensemble de ces pays ont dû être révisées à la baisse, de 660 à 625 millions, avec un indice synthétique de fécondité atteignant 2,3, donc plus très loin du seuil de remplacement, à l'horizon 2025. Ces chiffres sont certes fortement influencés par ceux des trois "géants démographiques" de la région en question, l'Egypte, la Turquie, et l'Iran, tous trois candidats pour le club des "plus de 100 millions d'habitants" en 2050. L'éducation des filles, la transformation du modèle familial traditionnel en direction du modèle moderne, plus réduit et nucléaire, et l'interpénétration des cultures avec celles des pays du nord de la Méditerranée, lieu d'échanges migratoires importants, sont parmi les causes avancées pour ce ralentissement de croissance à travers une progression, quoique inégale selon les pays, de la transition démographique. Mais ces projections plutôt optimistes concernant les pays du Sud et de l'Est de la Méditerranée sont surtout le fait des élites éduquées et/ou urbanisées, en progression certes, tandis que les indicateurs concernant les populations rurales et/ou peu ou pas éduquées, en marge des changements de société, confirment le

creusement des disparités. Deux poids, deux mesures, il est évident qu'il faut s'attaquer à cette question. Si le siècle qui s'achève était économique, le siècle prochain devra être social !

## ***II- Que fait le FNUAP?***

Il y a trente ans exactement, l'Assemblée Générale des Nations Unies créait le Fonds des Nations Unies pour la Population, avec l'objectif, presque impossible à l'époque, d'éviter de dépasser le cap des 6 milliards d'hommes à la fin du siècle! Mission accomplie apparemment, mais il faut le dire honnêtement, ce n'est pas à mettre au crédit du FNUAP uniquement. Il y a eu les grandes Conférences internationales de Population, dont la dernière, celle du Caire a eu un retentissement planétaire, il y a eu les plans d'action nationaux, les engagements des bailleurs multi et bi-latéraux, l'expansion de l'instruction, les progrès des droits de l'homme. Mission accomplie au niveau des chiffres, peut-être, mais comme le soulignait le Dr Nafis Sadik, Directrice Exécutive du FNUAP, au Caire en 1994, "la population, ce n'est plus une affaire de chiffres, c'est une affaire d'individus"

Par contre, au titre des échecs : l'incapacité des Nations Unies, et des nations individuellement, à assurer la répartition des bénéfices du progrès économique entre toutes les classes sociales, à faire reculer la pauvreté, à éviter les conflits, à faire régner la paix, à maintenir l'élan de coopération lancé au Caire. Engagements politiques fluctuants et souvent inappropriés, crises économiques, ressources insuffisantes, effets pervers de la mondialisation. Il reste du travail! Témoin de la prise de conscience par les nations du risque démographique cette tendance soulignée par M. Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies dans son rapport CIPD+5 à l'Assemblée Générale dernièrement : en 1976, 37 pour cent des gouvernements du monde considéraient leur taux de fécondité comme trop élevé ; en 1996, cette proportion était passée à 50 pour cent.

Pour sa part, le FNUAP vient de s'engager dans une revue de son mandat et de sa stratégie, dictée par la contraction des ressources imposée cette année par certains bailleurs de fonds : il ressort de cette

revue que la mission du FNUAP se doit d'être plus focalisée, plus tendue vers des objectifs réalisables et mesurables, plus directement dirigée vers la population cible constituée par les femmes privées de droits, d'information et de services en matière de santé reproductive. La stratégie pour mieux remplir cette mission devra se concentrer sur des actions catalytiques, démonstratives et bien documentées pour envisager leur extension nationale. Mais nous reviendrons sur ces idées en d'autres occasions.

En conclusion

Je ne saurais terminer cette brève revue de la situation de la population mondiale sans mentionner les grands défis du 21<sup>ème</sup> siècle en matière de population et développement :

Le recul de la pauvreté par la réduction des disparités, en dépassant le clivage traditionnel urbain / rural, car les disparités s'appliquent à tous les milieux d'habitat,

La protection de l'environnement, eau, air, terre et végétation, en mettant l'accent sur les ressources hydriques,

La gestion de l'urbanisation croissante, par l'aménagement du territoire et le contrôle de l'exode rural,

La généralisation de l'éducation, en particulier des filles,

La prise en compte des effets du vieillissement croissant de la population dans toutes les régions géographiques,

La rationalisation des migrations,

La promotion des droits de l'homme et des droits en matière de reproduction en particulier,

L'implication croissante de la société civile dans les décisions, individuelles et collectives, concernant la communauté,

La régulation de la recherche biomédicale concernant la génétique, et prise en compte de ses implications bioéthiques,



et, bien sûr la promotion de l'égalité des femmes et de leur rôle dans le développement. Ce dernier point sur lequel je pourrais m'étendre longuement, est parvenu à un tel niveau d'attention mondiale, que déjà se profile, et ce n'est pas une boutade, la question du siècle suivant: "quel rôle pour les hommes?" Car si le millénaire qui s'achève était indiscutablement sous la domination masculine, le prochain millénaire sera certainement « féminin »...



## LA CIPD, BILAN DU MAROC

*Mr. Ahmed NOUIJAI*

---

### *A- La Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD)*

Depuis toujours la population a posé de sérieux problèmes aux décideurs lorsqu'ils la mettent en balance avec la satisfaction des besoins. Ces problèmes sont de différents natures allant de sa structure par sexe et par âge à la mobilité de cette population et sa spatialisation à sa vitesse de croissance...

A ce propos c'est ce dernier point qui est d'actualité, comme le montrent les projections des Nations Unies. Ainsi, l'humanité a franchi le seuil de 6 M d'âmes le 12 octobre de cette année, dont 4,4 milliards à l'actif d'un seul siècle en l'occurrence le 20ème, soit l'équivalent de près de 8 fois le croît démographique enregistré au cours du 19ème siècle ! Un record célébré par le Fonds des Nations Unies pour la Population, car il traduit une poussée démographique sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Poussée corrélée par des avancées scientifiques et technologiques à l'origine de l'allongement de l'espérance de vie, de la baisse de la mortalité, mais aussi de la fécondité. Au départ 1,6 Milliard d'habitants, et à l'arrivée une population beaucoup plus nombreuse, vieillissante, mais moins prolifique, et posant des problèmes qui lui sont bien spécifiques.

C'est l'une des raisons, si non la principale, qui a poussé les Nations Unies à organiser deux conférences mondiales au cours de ce siècle, celui de Bucarest en 1974 et le dernier en 1994 au Caire.

Ces deux conférences ont débattu plusieurs points en relation avec la population dans le sens large du terme, à savoir :

I- Préambule,

II- Principes,

- III- Liens réciproques entre population, croissance économique soutenue et développement durable,
- IV- Egalité entre les sexes et promotion des femmes,
- V- La famille, ses rôles, ses droits, sa composition et sa structure,
- VI- Accroissement et structure de la population,
- VII- Droits et santé en matière de reproduction,
- VIII- Santé, morbidité et mortalité,
- IX- Répartition de la population, urbanisation et migrations internes,
- X- Migrations internationales,
- XI- Population, développement et éducation,
- XII- Technique et recherche-développement,
- XIII- Initiatives nationales,
- XIV- Coopération internationale,
- XV- Association avec le secteur non gouvernemental,
- XVI- Suivi de la Conférence.

Même si les thèmes se ressemblent pour les deux conférences, on remarque que le contenu est différent.

Au niveau du libellé on remarque que la première conférence a été consacré à la population uniquement, alors que celle du Caire elle s'est consacrée à la population et le développement.

Pour ce qui est de l'égalité des sexes, la conférence du Caire a introduit une nouvelle notion consacrée au Genre. Quant à la Famille qui était considérée comme la pierre angulaire du programme de Bucarest, elle a perdu de son importance au Caire et a changé de concept en la définissant comme étant une unité qui prend plusieurs formes.

La planification familiale qui était l'ossature même du programme de Bucarest, a été incluse dans un axe plus vaste à savoir la santé de

reproduction. Ainsi, en ce qui concerne le choix de la taille de la famille et l'espacement des naissances, ils sont devenus exclusivement du ressort de l'individu et non du couple. Dans le même esprit il y a une tendance à la liberté sexuelle pour les adolescents. Par ailleurs, l'avortement était omniprésent comme élément de planification familiale, même s'il n'a pas reçu le consensus de l'ensemble des Etats.

Signalons, aussi, le rôle grandissant que doit jouer la société civile et particulièrement les ONG dans l'application du programme du Caire.

Par ailleurs, la notion d'information, éducation et communication (IEC) a été renforcée pour devenir « plaidoyer », ce qui se traduit, autrement, par l'enrichissement du premier volet pour aboutir à une forme beaucoup plus élaborée à savoir « la conviction ».

Quant au financement nécessaire pour réaliser le programme, il a été accompagné par plusieurs contraintes aussi bien au niveau du coût global, que de sa répartition dans le temps que celui de la part du financement qui revient à chaque partie (pays riches et pays pauvres) et la part à consacrer aux éléments du programme (les pays donateurs veulent que l'essentiel du financement soit consacré à la santé de reproduction).

### ***B- Bilan de la politique de population au Maroc***

Depuis les années 60, le Gouvernement marocain a reconnu l'importance du facteur démographique dans le processus de développement. Il s'était attelé à la tâche d'approfondir les connaissances des réalités démographiques en interrelation avec les différents secteurs socio-économiques afin de mettre en place progressivement une politique nationale de population destinée à harmoniser la croissance démographique avec la croissance économique.

C'est ainsi que le Maroc dont la population est estimée actuellement à 28 millions d'habitants, commence à connaître depuis le début des années 80, une baisse soutenue de sa croissance démographique en raison du recul non négligeable de la fécondité qui se situe actuellement à 3,1 enfants par femme. Le taux d'accroissement de la

population n'est plus actuellement que de 1,7% et il est appelé à baisser davantage dans les années futures.

Après l'Indépendance, le Maroc s'est trouvé dans l'obligation de définir une stratégie de développement: à court, moyen et long terme. Pour atteindre cet objectif, il était nécessaire dans une première étape de connaître les caractéristiques socio-démographiques actuelles et futures. C'est ainsi que le Maroc a fixé des objectifs clairs dans le domaine de la collecte de données afin qu'il puisse asseoir sa politique en matière de population sur une bonne connaissance de la situation démographique, sociale, culturelle et économique du pays comme il a élaboré des textes juridiques et administratifs, et définit des grandes orientations de la politique de population.

Ainsi, et ce depuis les années soixante-dix, la politique en matière de population s'est traduite par un ensemble d'interventions et actions au niveau sectoriel, notamment :

Dans le domaine de la promotion de la femme, la situation socio-juridique a connu des sensibles progrès, en particulier par les modifications apportées au statut personnel ;

Concernant la cellule fondamentale de la société constituée par la famille, et vue l'importance que lui accorde notre pays, en tant qu'institution qui assume différentes fonctions sociales et économiques, une Commission Nationale de la Famille a été créée depuis 1993. Cette dernière a élaboré une charte nationale, en vue d'assurer aux membres de la famille une grande stabilité ;

Dans le domaine de l'enfance, la politique suivie par notre pays a pour objet de fournir à l'enfant la protection et l'assistance à son épanouissement. Cette stratégie a été consignée dans un plan National, élaboré, à cet effet, après la signature par **SA MAJESTE** en 1992 à New-York, de la Déclaration Mondiale concernant la Survie, la Protection et le développement de l'enfant- tandis qu'en juin 1993, le Maroc ratifiait la convention du droit de l'enfant.

Pour ce qui est de la mobilité spatiale, interne et externe, une commission interministérielle pour l'aménagement du territoire a vu le jour. Le but de cette commission est de coordonner les programmes de développement régional et de réorienter les investissements en faveur des régions les moins développées, afin d'atténuer l'exode rural et la dégradation de l'environnement ;

D'autres actions ont été entreprises, cherchant à réduire les disparités régionales en vue d'une répartition géographique de la population plus équilibrée compte tenu des potentialités de chaque région. La plus importante décision dans ce sens est, sans nul doute, l'encouragement d'une politique régionale en dotant la région de moyens matériels et humains conséquents et en la renforçant par des textes juridiques nécessaires à son bon fonctionnement.

Quant à la migration internationale, elle peut être considérée comme un moyen d'accroissement de l'investissement à l'intérieur du pays et d'ouverture sur le monde extérieur. A cet égard, plusieurs actions ont été entreprises, telles que le développement des services de la migration à l'extérieur du Maroc et la signature des plusieurs accords avec des pays d'immigration. Il est à signaler que le Maroc a été parmi les premiers signataires de la convention sur la protection des travailleurs migrants et leur famille.

En ce qui concerne le bilan depuis la CIPD en 1994 qui est riche et diversifié, nous n'en citerons que les principales réalisations.

Les recommandations de la Conférence du Caire ont insisté sur la mise en œuvre du développement économique durable, accordant un intérêt particulier à la santé de reproduction, la généralisation de l'enseignement surtout chez les filles, la baisse de la mortalité infantile et maternelle, l'amélioration des conditions de la femme, la lutte contre la pauvreté et la protection de l'environnement. La stratégie nationale de développement mis en œuvre au Maroc est en accord avec ces recommandations. En effet, cette stratégie s'articule autour de quatre

orientations qui représentent les priorités de la politique de la population marocaine pour les années à venir :

Accès des populations, en particulier les plus démunies, aux principaux services sociaux ;

Renforcement des programmes de développement pour ces mêmes catégories défavorisées ;

Participation massive et intégration des catégories défavorisées au développement ;

Création de nouveaux emplois en insistant sur la formation et l'enseignement.

Après la conférence du Caire, le Maroc a conduit une politique de population à travers un ensemble de programmes et activités, en se dotant des outils indispensables à cette politique. Ainsi fut créé le Ministère Chargé de la Population, une telle initiative permet de mesurer l'ampleur du saut qualitatif accompli par le pays dans la mise en œuvre de la politique de la population.

Dans ce cadre, une série d'études relatives à la femme rurale, à l'exode rural à la pauvreté et la population au Maroc, à la question de genre et à la population et le développement au Maroc ainsi que la santé de la reproduction ont fait l'objet d'investigations spécifiques en vue d'enrichir la stratégie d'action nationale.

Ce ministère a procédé à l'activation et à la redynamisation de la Commission Supérieure de la Population en tenant compte des recommandations des diverses conférences internationales concernant la Population, afin d'aider et encourager à l'élaboration d'une politique de la population claire et intégrée.

En matière de l'enfance, un congrès national sur les droits de l'enfant est organisé depuis 1994 et un observatoire national des droits de l'enfant présidé par son Altesse Royale la Princesse Lalla Myriem a été mis en place depuis 1996. Un projet d'harmonisation de la législation



nationale avec les conventions internationales sera présenté au parlement au cours de la prochaine session parlementaire.

Quant à la lutte contre les disparités sociales, le Maroc s'emploie à exécuter le premier programme de priorités sociales (BAJ), qui représente la première partie de la stratégie nationale du développement social et dont les objectifs sont: la lutte contre la pauvreté, la généralisation l'enseignement fondamental, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant la promotion de la femme... etc.

L'amélioration de la santé maternelle et infantile a constitué un des objectifs prioritaires du système de santé depuis de nombreuses années. Depuis 1994, un effort particulier est actuellement entrepris en vue d'améliorer l'accès et la qualité des services prioritaires en santé de la reproduction.

Ainsi, l'accent a été mis sur les populations sous-servies en particulier en milieux rural et périurbain défavorisés.

L'élargissement de l'offre des soins et services de planification familiale, de soins obstétricaux d'urgence et de prise en charge des MST constitue l'une des grandes priorités.

La stratégie mise en place, met l'accent sur l'implication de l'ensemble des ressources disponibles, notamment, le secteur privé et les ONG.

Une stratégie d'information, éducation et communication a été spécialement conçue en vue de sensibiliser différents publics, y inclus les décideurs, aux problèmes prioritaires de santé reproductive, en particulier la mortalité maternelle et infantile qui constitue un défi majeur pour notre pays.

A cet effet, la formation du personnel a fait l'objet d'une révision profonde tant au niveau qualitatif que quantitatif, un nouveau cursus révisé a été récemment intégré dans le programme universitaire et celui des écoles d'infirmières.

Enfin, l'effort de mobilisation des ressources financières a été intensifié à travers le budget de l'Etat et la coopération internationale, portant la part des ressources allouées à la santé reproductive de 9 à 13% entre 1991 et 1998.

Si les changements au niveau des indicateurs demandent du temps pour être appréciés, on peut déjà noter la disponibilité d'une large gamme de méthodes de planification familiale dans le système de santé ainsi que de soins destinés aux cas de MST. La prévalence contraceptive se situe actuellement à 59% alors qu'elle ne présentait 19% en 1979.

La mortalité maternelle a connu une baisse de 33% en 5 ans et se situe actuellement à 228/100000 naissances vivantes. La mortalité infantile se situe, elle, à 37‰.

Une attention particulière est accordée aux activités de l'information et de la prévention concernant le sida et les maladies sexuellement transmissibles. Des manifestations à l'occasion des journées mondiales pour la lutte contre le SIDA sont régulièrement organisées.

En matière d'éducation, formelle et informelle, des programmes ont été mis en place dont le but est d'instruire les enfants, les jeunes et les adultes des deux sexes en matière de population et de santé reproductive des droits de l'homme. Ces programmes visent à les aider à comprendre les variables démographiques et leurs impacts sur l'évolution de la société, et à les préparer à une parenté responsable et à les initier à la culture des droits de l'homme.

Depuis l'avènement au Maroc, il y a une année et demi du gouvernement d'alternance, nommé par SA MAJESTE, ce gouvernement a fait de la question de population l'une des priorités de son programme et a établi une corrélation étroite entre population et développement.

Ainsi, son programme reste focalisé sur le développement économique, la bonne gouvernance, le respect des droits de l'homme, la démocratisation des institutions et le bien-être général du citoyen.

La stratégie gouvernementale conformément à la constitution est basée sur la décentralisation au niveau de la région, la déconcentration administrative et la mobilisation de la société civile, des collectivités locales et du secteur privé comme partenaires de l'Etat dans ce projet national de développement.

Pour lutter contre la pauvreté, le Gouvernement s'est fixé comme objectifs de réduire l'ampleur de ce phénomène qui affecte particulièrement les zones rurales et périurbaines.

Cette lutte passe nécessairement par la mise en œuvre d'une stratégie de développement qui favorise une croissance économique rapide, multiplie les opportunités d'activité et d'emploi au profit des populations pauvres, et élargit leur accès aux services sociaux de base. Elle appelle en même temps, une réforme en profondeur des mécanismes de transferts sociaux au profit des populations les plus démunies. Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement entend mettre en place un système d'identification des populations qui devront bénéficier en priorité des services sociaux gratuits de l'état, particulièrement en matière de santé, de logement, de nutrition et d'assistance sociale.

Par ailleurs, la question de l'emploi, en particulier des jeunes, a fait l'objet d'un large débat national l'élevant ainsi à un niveau de grande priorité nationale et mobilisant pour cela, l'ensemble des acteurs et en particulier le milieu de l'entreprise et un programme de formation / insertion est actuellement en cours avec un large appui du gouvernement.

Dans le cadre de l'aménagement du territoire la stratégie dans ce domaine sera axée, en particulier sur la lutte contre la spéculation foncière, la mobilisation des terrains constructibles, le développement de nouveaux mécanismes de financement la rationalisation de l'aide au logement, la lutte contre l'habitat insalubre.

Pour ce qui est de l'environnement, le gouvernement accorde un intérêt particulier à la protection de l'environnement. C'est ainsi qu'il

prendra soin de mettre en place un programme de développement pour évaluer de manière précise l'état de l'environnement dans notre pays et promouvoir une culture environnementale.

Ce programme envisage de mettre en place une législation et des normes adaptées, et encouragera l'utilisation de technologie propre et l'emploi d'énergies renouvelables.

Le renforcement du statut de la femme est considérée comme un préalable aux droits humains.

Pour cela, le gouvernement œuvrera:

Sur le plan Juridique, à promouvoir la condition féminine sur la base du principe de l'égalité en conformité avec les conventions et les déclarations internationales ratifiées par le Maroc, à améliorer les pratiques judiciaires pour une plus grande célérité dans l'application des avancées qu'a connu le code du statut personnel dans notre pays et à mener, à terme, une réforme progressive de ce code dans le respect des valeurs de l'islam;

A ce propos, le mouvement associatif spécialement le mouvement des femmes au Maroc s'est intensément développé ces dernières années. Un plan d'action national pour l'intégration de la femme au développement fut préparé en partenariat avec les ONG et il est en cours d'approbation. Il englobe la question de la santé de reproduction, de l'éducation, de l'alphabétisation, de l'emploi et de la lutte contre la pauvreté et le renforcement de la capacité des femmes ;

Sur le plan économique, à élaborer et mettre en œuvre une stratégie fondée sur des programmes, spécifiques et sectoriels, de développement efficient, et sur la prise en compte impérative de la dimension genre;

Sur le plan social, à dynamiser des programmes destinés spécifiquement aux femmes, notamment dans le domaine de l'alphabétisation, de la scolarisation des filles et du soutien aux femmes en situation économique précaire et aux femmes rurales ;

Sur le plan culturel, à valoriser l'image de la femme dans la société à travers l'éducation et l'enseignement et à faire évoluer les mentalités par une politique de communication;

Sur le plan politique, à mettre en place une stratégie permettant aux femmes d'accéder aux postes de responsabilité et de décision, conformément aux droits que leur reconnaît la Constitution.

La violence contre la femme est considérée comme une violation des droits humains. Le gouvernement a lancé, dans cette perspective, une campagne nationale contre ce phénomène souvent méconnu. Un plan d'action a été élaboré en coordination avec les associations féminines et les départements ministériels concernés. Ainsi une enquête sur la violence contre la femme est en cours, afin d'étudier les causes de ce phénomène, sa nature et ses influences et trouver les moyens efficaces pour l'éradiquer et pour sensibiliser les enfants, les hommes et les femmes sur les effets de la violence et développer ainsi une culture pour la paix par le respect de la différence.

Conformément aux recommandations de la CIPD, le Maroc renforce de plus en plus le partenariat avec les ONG qui jouent un rôle capital dans la mise en œuvre du programme du Caire. Il s'est engagé également de façon plus soutenue, comme il l'a toujours fait, à partager son expérience et son expertise en vue de soutenir d'autres pays du sud dans le cadre de la mise en œuvre de leurs stratégies nationales. Dans ce cadre, il a œuvré activement comme membre du partenariat sud - sud pour la population et le développement créé en marge de la conférence du Caire.

Il est certain que beaucoup reste encore à faire devant les besoins de plus en plus importants et complexes d'une population en accroissement toujours rapide. Les efforts que le gouvernement devra mettre en œuvre doivent être renforcés et que les résultats escomptés demandent des délais dépassant parfois une génération. Notons aussi que les moyens techniques, humains et financiers qu'il est nécessaire de mobiliser dans ce cadre sont considérables et dépassent largement les

possibilités de l'Etat. Pour cela il faudra, néanmoins, à poursuivre les efforts avec un rythme plus soutenu, comptant sur l'esprit d'une coopération qui doit être plus globale et qui se base sur les actions concertées de la communauté internationale sur une coopération sud - sud plus renforcée et toutes les forces vives de la Nation.

### ***C- Commission Supérieure de la Population***

Pour aller de l'avant et mener une politique de population raisonnable et concertée et suite aux recommandations de la Conférence du Caire, le Maroc s'est engagé dans la redynamisation de la Commission Supérieure de la Population. Avant de présenter cette nouvelle vision, nous donnons au préalable un bref aperçu sur la situation passée.

L'explosion démographique qu'a connue la population du Maroc, au début de l'indépendance, et ses effets négatifs sur le développement ont conduit, très tôt, le gouvernement marocain, à penser à l'élaboration d'une politique en matière de population.

En effet, on trouve la politique de population formulée, soit dans des décrets royaux, soit dans les différents plans de développement économique et social. Ces derniers n'ont pas manqué de soulever la question de la croissance démographique et son impact sur les disparités en matière de population et de développement aux niveaux national et régional, et de suggérer des solutions et des actions dans ce domaine.

La signature par SA MAJESTE LE ROI HASSAN II, en 1966, de la déclaration des Chefs d'Etat sur la population, traduit une prise de conscience profonde du problème démographique au Maroc. Par ailleurs, les secteurs sociaux (éducation, santé, emploi ...) avaient fixé des objectifs, et arrêté une politique en matière de population. Mais ces politiques avaient tout simplement un caractère sectoriel, (parce qu'il manquait un cadre institutionnel susceptible d'élaborer une politique gouvernementale intégrée de la population. Et ceci, en dépit de la création, par un décret royal promulgué en 1966, de la Commission Supérieure et des Commissions Locales de la Population, sous la

présidence du Ministère de la Santé, en vue d'élaborer et de coordonner la politique gouvernementale dans le domaine de l'accroissement démographique, de veiller à sa mise en œuvre et d'en contrôler l'exécution, cette Commission n'a pas pu jouer le rôle qui lui était imparti.

Devant cet état de fait, le Ministère de la Prévision Economique et du Plan a assumé les fonctions de cette Commission d'une façon informelle, soit à l'occasion de la préparation des Plans de Développement pour établir le bilan en matière de démographie et élaborer un programme d'enquêtes et d'études à réaliser pour la période retenue, soit à la veille des conférences mondiales de la population (Mexico 1984 et le Caire 1994) pour préparer le rapport national présenté aux dites conférences.

A cet égard, et vu l'intérêt qu'accorde SA MAJESTE LE ROI aux problèmes de population, le Ministère de la Prévision Economique et du Plan s'est vu attribuer, en 1995, la mission d'élaborer et de mettre en œuvre, en liaison avec les ministères concernés, la politique gouvernementale en matière de population.

Pour concrétiser cette attribution et honorer les engagements pris par le Gouvernement marocain envers des institutions internationales, il était nécessaire de redynamiser cette Commission et d'actualiser le décret royal portant sa création.

Le nouveau texte a attribué la présidence de la Commission Supérieure de la Population au Ministère de la Prévision Economique et du Plan et le secrétariat permanent au Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (C.E.RE.D). Il a par ailleurs introduit les innovations suivantes:

L'augmentation du nombre des ministères représentés au sein de la Commission Supérieure de la Population de 12 à 19. Le critère qui a présidé à l'intégration des ministères dans la Commission est la relation directe qu'ils ont avec les phénomènes démographiques (la fécondité, la mortalité et la migration) ;

L'institution de Commissions Régionales au lieu des Commissions Locales initialement prévues, et ce, compte tenu de la nouvelle politique en matière de régionalisation;

L'intégration de l'Université et des Organisations Non Gouvernementales dans les activités de la Commission Supérieure et des Commissions Régionales de la Population, en réponse au rôle grandissant qu'elles jouent dans le domaine de la recherche et du plaidoyer en matière de population;

La création de Comités Techniques spécialisés chargés, chacun en ce qui le concerne, de proposer le programme futur, de faire le bilan annuel des réalisations, et de soulever les difficultés rencontrées;

L'instauration du mode de fonctionnement de la Commission Supérieure, des Comités Techniques et des Commissions Régionales de la Population.

### ***I- Le cadre analytique de la politique de population au Maroc***

La situation du Maroc ainsi que la phase avancée dans le processus de la transition démographique font appel à la définition d'un cadre analytique assez large qui permettrait d'appréhender les questions de population dans le cadre du processus de développement, dépassant ainsi la définition classique de la politique de population à savoir "Une politique de population est un système de programmes intégrés qui est élaboré et mis en œuvre dans le but explicite d'orienter ou de modifier le mouvement de la population dans un sens donné".

Ce cadre nouveau, qui s'inspire des recommandations des conférences internationales, s'attachera à établir des relations entre les variables démographiques (au sens large en incluant la santé de reproduction), les variables environnementales, les caractéristiques socioculturelles de la société et des communautés, et le développement durable.



C'est ainsi que les efforts fournis dans le cadre des politiques de développement permettent la mobilisation des ressources humaines, naturelles et institutionnelles (ces ressources ont pour origine les trois sommets du triangle à savoir la population, l'environnement et la communauté) conduiront à l'amélioration de la qualité de vie des citoyens et à la réduction des inégalités y compris les inégalités sociales et celles entre les sexes.

D'une façon résumée, nous considérons désormais comme politique de population celle qui couvre les deux axes suivants :

Un premier axe relatif au développement des ressources humaines à travers les politiques qui visent l'amélioration des caractéristiques des populations (éducation, santé, ...etc.), afin d'améliorer leur niveau de rentabilité au sein du système productif et d'assurer la reproduction de la force de travail et de la créativité au niveau de la société ;

Le second axe permet d'agir d'une manière plus directe sur les tendances démographiques et sur la dynamique de la population à travers la réduction de la mortalité et de la morbidité, en donnant les possibilités aux citoyens de satisfaire leurs choix et intentions reproductifs et en contrôlant la mobilité de la population (migrations interne et externe).

## ***II- Les principes directeurs de la politique de population au Maroc***

Les objectifs de la politique de population ont été développés en se basant sur les principes directeurs suivants :

1- La conformité des objectifs avec les préceptes du Coran, de la chariâ qui sont à la base de la législation au Maroc et de la Constitution en vigueur dans le pays ;

2- Les principes des droits de l'homme ainsi que ceux des libertés individuelles sont des éléments nécessaires pour garantir aux couples la pleine jouissance de leur droit reproductif ;

3- Les acteurs de la société civile (ONG) ont un rôle important à jouer dans le processus de développement et dans l'achèvement des objectifs du programme de population, tant à travers la contribution directe au programme qu'à travers la mobilisation sociale;

4- Le processus de développement engagé depuis l'Indépendance et les mutations sociales conséquentes dont les manifestations peuvent se résumer comme un accès plus important aux différentes opportunités et des aspirations plus prononcées pour une meilleure qualité de la vie;

5- La distribution spatiale de la population doit favoriser un équilibre entre l'homme, les ressources écologiques ainsi que les exigences du développement économique;

6- Les interrelations entre la population, l'environnement et le développement durable afin d'éviter l'impact que pourrait avoir le maintien de la croissance de la population sur le développement ;

7- La nécessité de développer les ressources humaines afin de faire face aux exigences de la mondialisation et de la régionalisation (partenariat avec l'Europe) ;

8- La valorisation du rôle de la femme dans le processus de développement, en tant que partenaire égal de l'homme, et la nécessité d'améliorer son statut pour une meilleure équité;

9- Les couples doivent réaliser leur choix reproductif et jouir de leur droit de décider de leur descendance avec la garantie de l'accès aux informations et aux méthodes contraceptives dont ils ont besoin, leur permettant ainsi de réaliser leurs aspirations reproductives ;

10- L'amélioration et la promotion de la santé de la femme, particulièrement sa santé reproductive, est un élément important de la politique de population au Maroc ;

11- L'information, l'éducation ainsi que la communication ont un rôle important à jouer dans la réalisation des objectifs du programme de

population. Des actions de plaidoyer sont nécessaires pour créer une plus grande mobilisation autour du Programme de population ;

12- La concordance de la politique de population avec les différentes stratégies et programmes du gouvernement.

### ***III- Les axes prioritaires pour le développement d'une politique de population au Maroc***

#### **A- Les fondements**

Dans l'établissement des priorités de la politique de population au Maroc, deux facteurs rentrent en jeu: la conjoncture et ses tendances, et les différents programmes et plans d'action mis en œuvre.

La revue de ces programmes fait ressortir ce qui suit :

Le programme des priorités sociales (le BAJ) fait de la lutte contre la pauvreté, de l'éducation, de la santé et de la satisfaction des besoins essentiels de la population une priorité importante notamment dans les provinces défavorisées ;

La politique de développement des ressources humaines permet une meilleure utilisation des capacités productives nationales pour affronter les défis de la mondialisation, à travers la mise à niveau des compétences nationales, et l'adaptation des programmes de formation en vue d'assurer une adéquation entre les besoins du marché de l'emploi et les programmes de formation;

Le Plan d'action national pour l'environnement porte un intérêt particulier aux liens entre la population, le développement durable et l'environnement;

La stratégie de promotion de la femme, qui propose des actions visant l'amélioration de son statut et son accès aux différentes opportunités et particulièrement l'emploi et l'éducation ;

La stratégie visant la santé pour l'an 2000 contient des objectifs relatifs à la survie des enfants et aux soins primaires ;

Le programme de maternité sans risque dont l'objectif est de réduire la mortalité maternelle à travers l'amélioration de la qualité des soins et le système d'aiguillage et de référence ;

Les différents programmes du gouvernement visant la lutte contre le chômage, particulièrement celui des jeunes.

C'est ainsi qu'au regard de ces différents programmes, de la situation démographique et à la lumière des recommandations du plan d'action du Caire, nous proposons les axes prioritaires ci-dessous.

#### ***IV- Rôle et procédures de réalisation des objectifs***

##### **1. Pour la Commission Supérieure de la Population**

###### ***Le rôle de la CSP***

Le rôle de la CSP est de :

Proposer les politiques de population permettant de réaliser les objectifs de développement économique et social tout en s'assurant que les questions de population soient intégrées et formulées d'une manière appropriée au sein de toutes les institutions responsables des politiques économiques et sociales ainsi qu'environnementales. En d'autres termes, s'assurer que les facteurs liés à la population, à l'environnement et à l'élimination de la pauvreté soient intégrés dans les Plans de Développement Economiques et Sociaux ;

Etudier les problèmes en relation avec les tendances démographiques et les liens entre les politiques de population et les politiques socio-économiques à la lumière des ressources disponibles tant au niveau national que régional ;

Permettre le suivi des réalisations des différents plans d'action dans le domaine de la population et ce, à travers l'examen continue des Plans de Développement Economiques et Sociaux pour évaluer les progrès réalisés dans le processus de l'intégration de la dimension population dans ces Plans au niveau national et régional ;

Mettre au point des mécanismes permettant le suivi des différents plans d'action dans le domaine de la population à travers l'élaboration et l'actualisation d'un système d'indicateurs. Dans l'élaboration de ces indicateurs, il sera tenu compte aussi bien de la spécificité de la politique de population au Maroc que des objectifs du plan d'action de la conférence du Caire sur la population et le développement ;

Harmoniser les politiques sectorielles du gouvernement avec la politique de population afin d'éviter autant que possible les contradictions et les redondances. Ces types d'action se feront au niveau national avec les principaux décideurs en charge de ces politiques sectorielles et au niveau régional avec les institutions chargées la mise en œuvre de ces politiques ;

Définir le rôle de chaque institution dans la mise en place de la politique de population. Ces rôles sont définis à travers la synergie entre les actions de ces institutions telles que définies dans les différents plans d'actions dans le domaine de la population ;

Développer une campagne de plaidoyer auprès des décideurs politiques tant au niveau de l'exécutif que du législatif pour maintenir l'engagement du gouvernement vis avis des questions de population ;

Créer des conditions de concertation permettant aux organisations de la société civile et du secteur privé de participer, conjointement avec les instances gouvernementales, à l'élaboration de la politique de population et aux plans d'action annuels et quinquennaux et à leur suivi ;

Coordonner les activités des Commissions Régionales de la Population et des comités sectoriels ;

Maintenir un contact avec les organismes internationaux gouvernementaux et non gouvernementaux afin de faciliter l'échange d'expériences, l'identification des bailleurs de fonds et de mobiliser les moyens nécessaires au programme de population ;

Soutenir l'organisation de conférences et d'ateliers pour mettre en valeur la dimension population dans les différents secteurs ;

Encourager l'organisation d'études, de recherches et la réalisation d'enquêtes ;

Renforcer le système d'information intégré sur la population et le développement, la banque de données sur la population et sa mise à jour continue et l'intégration des données des différentes enquêtes tant quantitatives que qualitatives.

## **2. Pour les Commissions Régionales**

Le rôle des Commissions Régionales de la Population

Les Commissions Régionales ont un rôle qui se présente ainsi :

Adapter le contenu de la politique de population à la réalité régionale et locale en tenant compte de la spécificité et des priorités économiques et sociales de chaque région/localité ;

Développer un plan d'action pour la région. Ce dernier doit s'inspirer du plan d'action national ;

Tenir des réunions de concertation avec les différents gestionnaires des programmes en relation avec la population (particulièrement la santé et l'éducation), afin de coordonner leurs actions et d'harmoniser les programmes et les interventions locales ;

Soumettre un rapport à la CSP sur l'état d'exécution du plan d'action;

Développer un programme de plaidoyer en faveur des problèmes de population dans les régions;

Mobiliser toutes les ressources communautaires qui peuvent renforcer le programme de population ;

Veiller à la prise en compte de la dimension population dans l'exercice de planification au niveau de la région et des localités ;

Sensibiliser les gestionnaires des programmes locaux de développement aux relations entre la population et le développement ;

Aider et encourager les ONG à œuvrer dans les domaines inscrits dans le plan d'action régional/ local ;

Encourager toutes les études et recherches régionales sur la population et l'élaboration des banques de données régionales.

## ***V- Le cadre institutionnel et les moyens d'exécution de la politique de population***

### ***V.1- La Commission Supérieure de la Population***

\* La composition de la Commission Supérieure de la Population

La Commission Supérieure de la Population est présidée par l'Autorité Gouvernementale chargée de la population et comprend les Autorités Gouvernementales chargées:

- de la coopération ou son représentant ;
- de l'Intérieur ou son représentant ;
- de la Justice ou son représentant ;
- des Habous et des Affaires Islamiques ou son représentant ;
- de l'Aménagement du Territoire, de l'Environnement, de l'Urbanisme et de l'Habitat ou son représentant ;
- de l'Environnement ou son représentant ;
- de l'Habitat ou son représentant ;
- de l'Economie et des Finances ou son représentant ;
- de l'Agriculture, du Développement Rural et de la Pêche ou son représentant ;
- du Développement Social, de la Solidarité, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle ou son représentant ;
- de la Protection Sociale, de la Famille et de l'Enfance ou son représentant;

- de la Solidarité et de l'Action Humanitaire ou son représentant;
- de l'Équipement ou son représentant;
- de l'Éducation Nationale ou son représentant ;
- de l'Enseignement Secondaire et Technique ou son représentant ;
- de l'Enseignement Supérieur, de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique ou son représentant ;
- de la Santé ou son représentant (vice président) ;
- de la Communication ou son représentant ;
- de la Prévision Economique et du Plan ou son représentant (CERED).

Le représentant de l'Université et les représentants des associations les plus représentatives en matière de politique démographique désignés par arrêté du Ministre Chargé de la Population.

La Commission Supérieure de la Population pourra s'adjoindre, à titre consultatif, toute personne ou tout représentant d'un organisme dont l'avis pourrait lui être utile.

Le secrétariat de la Commission Supérieure de la Population est assuré par le Centre d'Études et de Recherches Démographiques (C.E.RE.D.) relevant du Ministère de la Prévision Economique et du Plan. Le Secrétariat Technique assumera 3 fonctions :

\* La coordination

Elle concerne, d'une part, la coordination entre les Commissions Régionales, les comités sectoriels et la CSP et, d'autre part, la coordination entre la CSP et les différents organismes ayant des responsabilités dans l'exécution du programme de population tant au niveau national qu'au niveau des régions. Le secrétariat technique élaborera les méthodologies nécessaires à la réalisation de cette dernière tâche.



Cette coordination concerne aussi les activités des organisations internationales œuvrant dans le domaine de la population

\* La programmation

Dans la programmation des activités des différentes instances de la CSP, le secrétariat technique tachera de créer la synergie nécessaire entre les différentes activités. Cette fonction touche aussi (a) les aspects relatifs à l'évaluation que ce soit au niveau du développement des outils de cette évaluation qu'au niveau de l'élaboration des indicateurs et (b) les aspects liés à la formation des cadres nationaux dans le domaine de l'intégration des variables de population dans la gestion des programmes de population.

\* La synthèse

Le secrétariat technique préparera pour la CSP, la synthèse des différents rapports des Commissions Régionales ainsi que celles des Comités Techniques.

Périodiquement, le ST préparera des notes sur les différentes activités en rapport avec le programme de population comme les séminaires, les études et les recommandations en rapport avec le domaine de la population.

Afin de réaliser ces fonctions, le ST pourrait entreprendre et commander des études et des recherches et accéder aux différents rapports des organismes et aux statistiques disponibles sur les problèmes de population.

\* Le fonctionnement de la Commission Supérieure de la Population

La Commission Supérieure de la Population se réunit au moins une fois par an sur convocation de son président qui fixe la date et l'ordre du jour des réunions.

Les débats et recommandations de la Commission Supérieure, qui se font notamment sur la base des travaux des Commissions Régionales

et des Comités Techniques, font l'objet de procès-verbaux approuvés en séance et signés par le président. Une copie en est transmise à chacun des membres de la Commission Supérieure de la Population.

Un rapport d'ensemble, des travaux de la Commission Supérieure, des Comités Techniques et des Commissions Régionales, est adressé annuellement au Premier Ministre.

Pour l'accomplissement de sa mission, la Commission Supérieure de la Population peut, par l'intermédiaire de son secrétariat:

- Commander, entreprendre et poursuivre toutes recherches, enquêtes et études socio-démographiques;
- Se faire communiquer tous documents et rapports des administrations publiques;
- Réunir et diffuser la documentation technique et scientifique nécessaire;
- Coordonner l'activité des Commissions Régionales et l'activité des Comités Techniques;
- Synthétiser les travaux des Comités Techniques et des Commissions Régionales de la Population;
- Faire des recommandations.

## ***V.2- Les Commissions Régionales de la Population***

### **a. Les attributions des Commissions Régionales de la Population**

Il est institué des Commissions Régionales chargées de veiller à la mise en œuvre de la politique gouvernementale dans le domaine démographique au niveau de la région, et d'en suivre l'exécution. Elles sont également chargées de faire un bilan annuel des réalisations, de soulever les difficultés rencontrées, et de proposer le programme futur.

Les Commissions Régionales seront établies au siège du chef-lieu des Régions. Elles comprennent :

Le Gouverneur du chef-lieu de la Région ou son représentant, Président;

- Le délégué régional de l'Autorité Gouvernementale Chargée de la Prévision Economique et du Plan, vice-président;
- Le Président du Conseil Régional ou son représentant;
- Les délégués régionaux des Autorités Gouvernementales représentées dans la Commission Supérieure de la Population;
- Les représentants des Facultés se trouvant sur le territoire de la Région concernée ;
- Les représentants des associations régionales les plus représentatives dans le domaine de la population.

Les Commissions Régionales pourront s'adjoindre, à titre consultatif, toute personne ou tout représentant d'un organisme dont l'avis pourrait être utile.

Toutefois, lors des travaux, les représentants au niveau régional ne doivent pas omettre les structures existantes aux niveaux local et provincial afin de les impliquer dans la formulation et la mise en œuvre de la politique en matière de population.

#### b. Fonctionnement des Commissions Régionales de la Population

Les Commissions Régionales tiennent une session au moins une fois par an et peuvent se réunir, autant de fois que les besoins l'exigent, en sessions extraordinaires, soit à la diligence de leurs présidents, soit à la demande de la Commission Supérieure de la Population.

Les présidents des Commissions Régionales fixent la date et l'ordre du jour des sessions, et procèdent à la convocation des membres.

Le secrétariat de chaque Commission Régionale est assuré par le représentant régional de l'Autorité Gouvernementale Chargée de la Prévision Economique et du Plan.

Les résultats des travaux des Commissions Régionales de la Population sont transmis régulièrement, par le président, à l'Autorité Gouvernementale chargée de la Prévision Economique et du Plan.

### ***V.3- Les moyens d'exécution des actions***

Afin de donner à la Commission Supérieure de la Population les atouts nécessaires à la concrétisation de ses actions, il faut :

Affecter du personnel dans la Commission Supérieure de la Population, les Comités sectoriels et les Commissions régionales de la population ;

Créer des cellules de la politique de population au niveau des ministères membres de la Commission Supérieure de la Population et les doter des moyens humains et matériels nécessaires ;

Doter le Secrétariat Technique de structure administrative lui permettant une bonne gestion de ses trois principales fonctions de coordination, de programmation et de synthèse ;

Elaborer une stratégie de mobilisation de ressources au niveau national et international afin de favoriser la mise en place de tous les organes de la Commission Supérieure de la Population ;

Doter la Commission Supérieure de la Population de moyens financiers annuels lui permettant :

- ❑ d'entreprendre et poursuivre toutes recherches, enquêtes et études socio-démographiques aux niveaux national, régional et sectoriel ;
- ❑ d'organiser des conférences ;
- ❑ de réunir et diffuser la documentation technique et scientifique nécessaire ;
- ❑ d'assister à des rencontres internationales.

# *EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE ET FACTEURS EXPLICATIFS DE LA TRANSITION*

*Mr. Mohamed MGHARI*

---

## *Introduction*

Chaque pays est aujourd'hui à un stade plus ou moins avancé dans son passage d'un régime de fécondité et mortalité élevées à un régime de fécondité, mortalité et croissance naturelle basses. Certes, les points de départ et les délais peuvent différer, l'ampleur des déséquilibres et les facteurs explicatifs ne sont forcément pas les mêmes, mais la transition démographique est un processus universel. Une multitude d'approches et de théories ont été et seront évoquées incessamment pour en appréhender les mécanismes.

Le Maroc n'est pas épargné par ce processus. Nous pouvons déjà avancer les progrès en matière de santé et d'éducation, qui ont accompagné la relance de l'industrialisation et de l'urbanisation, comme éléments indissociables d'une tentative d'expliquer ces changements. Mais nous nous focaliserons d'abord sur les faits en dressant le bilan des déclin de la fécondité et de la mortalité tout en signalant, au passage, le problème, combien crucial, des disparités sociales et régionales.

Alors qu'elle approchait le cap de sept enfants par femme au début des années soixante, la fécondité est descendue aujourd'hui au dessous de trois enfants par femme : 7 en 1962 contre 2,8 en 1998. Les différences s'amincissent entre le milieu urbain et le milieu rural ; on en est actuellement à un écart inférieur à deux enfants. Mais les disparités s'élargissent entre régions et catégories sociales ; dans la partie la plus aisée de Casablanca, les femmes ont cinq fois moins d'enfants que dans la province de Chefchaouen, majoritairement rurale et relativement démunie: respectivement 1,4 contre 6,9 enfants par femme en 1994.

Par ailleurs, le recul significatif de la mortalité s'est opéré depuis le début des années soixante. Le gain en espérance de vie est de plus de 20 ans : 47 ans en 1962 contre 68,8 ans en 1997. Simultanément la mortalité infantile a baissé de trois quart : 149‰ contre 36,6‰. Tandis que la mortalité maternelle a baissé de plus d'un tiers entre 1978-84 et 1992-97 : respectivement 359 contre 228 décès maternels pour 100 000 naissances.

Mais les disparités sont encore flagrantes aussi bien entre milieux de résidence qu'entre régions. Les progrès en matière d'alimentation, d'hygiène et de santé n'ont pas bénéficié à tous de façon égale. La durée de vie moyenne en milieu urbain est six ans plus élevée qu'en milieu rural et la mortalité infantile est deux fois plus forte dans les zones rurales que dans les zones urbaines. En somme, le régime de transition démographique n'est pas unique au Maroc quoique la tendance vers la baisse de la mortalité et de la fécondité s'est généralisée.

Le présent travail se propose de faire le point sur la transition démographique au Maroc en analysant les facteurs explicatifs ayant contribué au déclenchement et aux rythmes de progression des processus de transition ainsi que les multiples handicaps dont il faut tenir compte afin d'une part, mieux comprendre l'évolution passée et d'autre part, pour pouvoir être en mesure d'énoncer des éléments d'une politique de population.

### ***I- Transition de la fécondité au Maroc***

La situation démographique marocaine est en pleine évolution. Dans une première phase, durant les années 1950 à 1980, le changement démographique avait essentiellement été marqué par le progrès sanitaire et la baisse de la mortalité, notamment de la mortalité infantile, tandis que la fécondité tendait plutôt à augmenter sous le double effet d'une amélioration des conditions de la grossesse et de l'accouchement et de la réduction du veuvage. Cela avait, au tournant des années 1970-1980, conduit la croissance à son paroxysme, avec un taux annuel d'accroissement d'environ 3%. Depuis le milieu des années 1980, la population marocaine s'est nettement engagée dans la seconde phase de

la transition démographique, en accédant à une maîtrise croissante de sa fécondité.

En 1962-63, les femmes marocaines avaient à ce moment-là 7 enfants en moyenne. Trente ans plus tard, les progrès enregistrés sont importants (tableau 1). En l'espace d'une courte génération 1962-1997, la fécondité a diminué de 7 à 3,1 enfants par femme. Mais la transition fût hésitante au début. Le Maroc vivait alors une situation économique assez bonne grâce à ses ressources naturelles. L'année 1975 marque un double tournant économique et politique qui se révéleront décisifs pour la démographie.

**Tableau 1: Evolution du nombre moyen d'enfants par femme, par milieu de résidence, selon différentes sources**

| Source          | Date<br>Approximative | Urbain | Rural | Ensemble |
|-----------------|-----------------------|--------|-------|----------|
| EOM (1962-63)   | 1962                  | 7,03   | 6,91  | 6,96     |
| DC (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     |
| ENSME (1996-97) | 1995                  | 2,30   | 4,10  | 3,10     |

C'est ainsi que la fécondité a baissé d'une manière substantielle depuis le début des années 1980 : de 5,5 enfants par femme en 1982, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est tombé à 4,5 enfants en 1987, 3,3 en 1994 et 3,1 en 1995.

En milieu urbain, la baisse de la fécondité était la plus importante durant la période 1982-1987, pendant laquelle l'ISF est passé de 4,28 à 2,82 pour atteindre 2,56 en 1994 et 2,30 en 1995, alors qu'en milieu rural cette baisse s'est accélérée particulièrement depuis le début des années 1990.

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 1).

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.

Non seulement la baisse de la fécondité est soutenue, mais elle apparaît désormais durable, car son principal moteur n'est plus la simple élévation de l'âge au premier mariage des femmes (passé de 22 ans en 1977 à près de 26 ans en 1994), mais l'usage croissant de la contraception. La proportion de femmes mariées en âge de procréer pratiquant une méthode moderne de contraception est en effet passée de



19% en 1980 à 50% en 1995 et à 58,8% en 1997. Atteindre le seuil de remplacement des générations (2,1 enfants par femme) dans un horizon proche prend désormais plus de consistance qu'une simple hypothèse de travail.

Cette transition de la fécondité cache de profondes disparités régionales et des groupes sociaux. La diffusion de la transition a concerné les villes plus que les campagnes, les groupes aisés plus que démunis. La baisse de la fécondité selon le niveau d'instruction est importante entre 1980 et 1995 : 34% chez les femmes sans instruction contre 47% et 53% respectivement chez les femmes ayant une instruction primaire et celles ayant une instruction primaire et celles ayant une instruction secondaire ou plus. Pourtant, la baisse de l'ISF en termes de nombre moyen d'enfants est la même pour les trois niveaux d'instruction entre les deux dates: 2,1 enfants par femme. Cela est dû au fait que les écarts entre les ISF selon l'éducation des femmes étaient déjà larges en 1979-80 : les femmes non scolarisées avaient plus d'un enfant et demi de plus que celles du niveau primaire et plus de deux enfants que les femmes ayant le niveau secondaire ou plus. Il est évident de ce qui précède que les femmes instruites et celles du milieu urbain affichaient déjà à la fin des années 70 une transition démographique avancée.

Au Maroc, la fécondité est sans doute descendue en dessous de trois enfants, aujourd'hui, mais la situation demeure très hétérogène. A l'échelon national, les différences de fécondité entre milieu urbain et milieu rural s'estompent progressivement, avec un écart inférieur à deux enfants (2,3 et 4,1 enfants par femme respectivement sur la période 1995-97). 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). Entre 1980 et 1995, la baisse varie entre un minimum de 30-33% dans les régions du Centre - Nord, du Sud et de Tensift et un maximum de 54% dans la région du centre où se trouve Casablanca la capitale économique du pays. Dans les

autres régions, la baisse se situe entre 36% et 50% (tableau 2). Mais sur les quelque soixante provinces et préfectures que compte le Royaume, les écarts sont importants : à Casablanca, dans sa partie la plus aisée, les femmes avaient en 1994 cinq fois moins d'enfants que celles de la province fortement rurale et relativement démunie de Chefchaouen (1,4 et 6,9 enfants respectivement). Il est donc prématuré de parler d'un régime démographique marocain, une frange de la population restant encore à l'écart du processus de transition.

**Tableau 2 : ISF pour la période des trois ans précédant l'enquête selon la région et le niveau d'instruction, ENFPF 1979-80 et EPPS 1995**

| Caractéristique             | ENFPF<br>1979-80 | EPPS<br>1995 | Baisse<br>En (%) |
|-----------------------------|------------------|--------------|------------------|
| <b>Région</b>               |                  |              |                  |
| Nord-Ouest                  | 5,5              | 3,5          | -36,4            |
| Centre - Nord               | 6,0              | 4,2          | -30,0            |
| Centre                      | 5,6              | 2,6          | -53,6            |
| Oriental                    | 6,6              | 3,3          | -50,0            |
| Centre - Sud                | 4,9              | 2,5          | -49,0            |
| Tensift                     | 5,8              | 3,9          | -32,8            |
| Sud                         | 5,9              | 4,1          | -30,5            |
| <b>Niveau d'instruction</b> |                  |              |                  |
| Aucun                       | 6,1              | 4,0          | -34,4            |
| Primaire                    | 4,5              | 2,4          | -46,7            |
| Secondaire ou plus          | 4,0              | 1,9          | -52,5            |
| Ensemble                    | 5,6              | 3,3          | -41,1            |

Source : M. Ayad et M. Azelmat, 1999, « Regard sur la fécondité, la santé et la planification familiale au Maroc », Ministère de la Santé publique.

Sous l'effet de cette baisse de la fécondité, bien entendu, la structure par âge de la population se modifie : la part des jeunes de moins de 15 ans, très élevée dans les années 1970, diminue progressivement, tandis que dans un premier temps, la part de la population d'âge actif augmente. La population marocaine reste essentiellement jeune : le pourcentage des enfants âgés de moins de 6 ans est passé de 20,9% en 1982 à 17,2% en 1994, entraînant ainsi une baisse de la proportion des personnes âgées de moins de 15 ans dont le pourcentage est passé de 41,4% en 1982 à 37% en 1994, alors que la part

des 25-59 ans a augmenté de 31,6% à 35,2% provoquant ainsi une augmentation de la population en âge d'activité, de la demande potentielle d'emploi et du nombre de femmes en âge de procréer. Avec ce changement fondamental, le Maroc entre dans une phase où la pyramide des âges de sa population devient de plus en plus favorable au développement économique : la montée future des personnes âgées n'ayant pas encore eu le temps de prendre le relais de la diminution relative du nombre des jeunes, la charge incombant aux actifs diminue.

La part de la population urbaine est passée de 42,7% en 1982 à 51,4% en 1994. Cette urbanisation rapide au Maroc se caractérise par une forte concentration de la population sur le littoral atlantique, notamment entre Casablanca et Kénitra (plus de 40% de la population urbaine vivent sur cette bande côtière ) une forte croissance des villes petites et moyennes, une accélération de la mobilité géographique et particulièrement de l'exode rural : durant l'année 1994, le nombre de migrants du rural vers l'urbain se situe autour de 182 000, dont 50% sont des femmes. durant la même année le nombre de personnes qui se sont déplacées de l'urbain vers le rural est de 110 000 dont 56% sont des femmes.

La migration internationale s'est beaucoup ralentie durant la dernière décennie et n'affecte plus le croît démographique, malgré la persistance de timides courants de migrations familiales ou individuelles vers d'autres pays du Sud. Toutefois, les transferts des migrants continuent à représenter une proportion non négligeable du PNB.

### ***1.2- Transition de la mortalité***

Un recul significatif de la mortalité s'est opéré au Maroc depuis le début des années 1960, avec un gain en espérance de vie de plus de vingt ans (47 ans en 1962, 70 ans en 1999), tandis que dans le même temps, la mortalité infantile baissait des deux-tiers. Le Maroc continue pourtant d'accuser des retards dans ce domaine. La survie de l'enfant y est encore précaire par rapport aux pays d'un niveau de développement comparable. La longévité des adultes est en constante amélioration, de

plusieurs années supérieure à celle de l'ensemble des pays en développement.

Les progrès en matière d'alimentation, d'hygiène et de santé, principaux facteurs de recul de la mortalité, n'ont pas bénéficié à tous de façon égale. Les disparités sont flagrantes. La durée de vie moyenne des citadins est de six ans plus élevée que celle des ruraux, la mortalité infantile deux fois plus forte dans les zones rurales que dans les villes. Vivre à la campagne reste donc un facteur discriminant en termes de mortalité, ce qui traduit un déphasage équivalent dans tous les autres domaines. Les inégalités sont également régionales : la probabilité pour qu'un enfant décède avant son premier anniversaire est deux fois plus élevée s'il naît dans l'Oriental, le Centre ou le Centre – Sud que dans le Centre - Nord. Tous les Marocains ne sont donc pas encore égaux devant la vie.

La transition rapide de la fécondité n'a donc pas été accompagnée de progrès aussi importants dans la lutte contre la mortalité. Les niveaux de la mortalité maternelle, de la mortalité des enfants à la naissance, et avant l'âge de 5 ans, en particulier, pour les filles restent anormalement élevés. En effet, bien que ces taux de mortalité dans leur ensemble aient connu une baisse substantielle depuis les années 1960, les données des enquêtes plus récentes montrent que cette baisse n'a pas suivi les mêmes rythmes que ceux observés durant les périodes précédentes.

C'est ainsi que le taux de mortalité infantile a fortement baissé de 149‰ en 1962 à 57,3‰ 1987-92, puis à 36,6‰ en 1992-97, soit une baisse de 92 points pour la première période et 31 points pour la période récente. 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 surmortalité féminine a sévi jusqu'aux années 1960, remplacée depuis par une surmortalité masculine, apparue au cours de la deuxième moitié des années 1970 et qui s'est accentuée avec le temps.

En ce qui concerne la mortalité néonatale, dans la deuxième moitié des années 1970, sur mille naissances 50 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, cette proportion 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.

En 1982-87, le poids des décès néonataux dans la mortalité des enfants de moins d'un an 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.

Quant à la mortalité post-néonatale, 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 1970.

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.

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, soit 53 points durant la première période et 12 points durant la période récente. La surmortalité des filles de 1-5 ans a existé entre les années 1970 et 1987-92, pour s'estomper quelque peu depuis.

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 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 de 40%.

La mortalité infanto-juvénile 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 de 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.

D'après l'enquête nationale sur la population et la santé (ENPS II) de 1992, le taux de mortalité maternelle estimé en utilisant la méthode des sœurs était de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1985-91. Les progrès sont importants puisque les

résultats de l'enquête Papchild de 1997 montrent un taux de 228 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1992-97, soit une baisse d'environ 31%, imputable en partie à la réduction de l'exposition au risque de décès maternel grâce à la baisse de la fécondité. En effet quand la fécondité diminue, il peut y avoir relativement moins de grossesses et de naissances, donc une diminution de l'exposition au risque de mortalité maternelle. Cette baisse est essentiellement un phénomène urbain, dans la mesure où elle est désormais beaucoup plus accentuée en milieu urbain qu'en milieu rural, autrement dit, le gain en termes de décès maternels est relativement plus important en milieu urbain. Le taux de mortalité maternelle est passé de 284 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à 125 enregistrant une baisse de 159 points en milieu urbain, alors qu'en milieu rural, ce taux a évolué de 362 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à 307, soit une baisse relativement timide de 55 points durant la même période.

Le taux brut de mortalité de l'ensemble de la population a quant à lui fléchi considérablement en passant de 19‰ en 1962 à 10,6‰ en 1980, soit une baisse de 9 points en l'espace de 18 ans, pour atteindre 6,3‰ en 1997, enregistrant une baisse de 4 points durant la même période. Il reste plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (7,9‰ contre 5‰ en 1997) et plus élevé pour le sexe masculin que pour le sexe féminin (8,1‰ contre 6,7‰ en 1997). L'espérance de vie à la naissance des deux sexes réunies est passée de 47 ans en 1962 à 59 ans en 1980 et à 68,8 ans en 1997 enregistrant ainsi un gain de 12 ans et 9 ans respectivement pour les deux périodes.

## ***II- Facteurs explicatifs de la transition démographique***

### ***II.1- Transition des déterminants proches de la fécondité***

Les déterminants proches qui sont à la base des différences significatives des niveaux de fécondité sont : le mariage, la contraception, l'allaitement et l'avortement. Les facteurs socio-économiques, culturels n'agissent ainsi sur la fécondité que par l'intermédiaire de ces déterminants proches.

### II.1.1. Le mariage

Le recul de l'âge au mariage, la disparition de la polygamie et de la nuptialité précoce, et une tendance timide vers l'augmentation du célibat définitif, reflète des changements profonds dans le modèle de nuptialité marocain depuis l'indépendance, ont 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), connaissent, 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.

L'application du modèle de Bongaarts aux données des enquêtes ENFPF de 1979-80 et de l'EPPS de 1995 (tableau 3) indique que 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.

### **II.1.2. 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'espacement, 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 3 : Différents indices du modèle de Bongaarts selon quatre enquêtes, ENFPF 1979-80, ENPS I 1987, ENPS II 1992 et l'EPPS 1995.**

| <i>Source</i> | $C_m$ | $C_c$ | $C_i$ | $C_m * C_c * C_i$ | <i>TF</i> | <i>IMF</i> | <i>INF</i> | <i>ISF observé</i> |
|---------------|-------|-------|-------|-------------------|-----------|------------|------------|--------------------|
| 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.

### II.1.3. 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 3) 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.

#### **II.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.

### ***II.2- Autres facteurs explicatifs de la transition de fécondité***

La transition démographique semble pouvoir être identifiée au Maroc à travers le recul du mariage et le chômage des jeunes. Ces jeunes paient le prix d'une croissance trop importante et trop rapide pour que les vagues de jeunes arrivant aux âges d'activité puissent être absorbés par le tissu économique et social existant. Les problèmes d'insertion de ces jeunes constituent la face cachée de la transition douloureuse que vit le Maroc.

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.

## ***II.4- Les multiples handicaps à la transition démographique au Maroc***

Par rapport à de nombreux pays arabes, la transition féconde au Maroc a un caractère précoce et précipité, toutefois, une multitude de facteurs constituent des handicaps à cette transition, à savoir, la faiblesse du niveau de vie et l'iniquité de la répartition des revenus, la prépondérance de l'analphabétisme, les niveaux de la mortalité infantile et juvénile anormalement élevés, et le statut de la femme qui laisse encore à désirer...

### **II.4.1- Faiblesse du niveau de vie et iniquité de répartition des revenus**

En effet, les inégalités dans la répartition d'une richesse qui n'est pas abondante plaident pour le maintien de la forte fécondité. Les situations inégalitaires de répartition de revenus maintiennent la fécondité à un niveau élevé et ne facilitent pas sa diminution. Pour les pauvres l'intérêt porté à avoir un grand nombre d'enfants reste tout à fait compréhensible. Les enfants mis au travail sous la nécessité économique est une conséquence de la pauvreté. Les pauvres font en sorte d'avoir suffisamment d'enfants pour prendre soin d'eux à la vieillesse et pour aider la famille à faire face à ses besoins, en travaillant ou en libérant les adultes de certaines tâches domestiques. D'après les résultats de l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages de 1990-91, 13% de la population est considérée pauvre. 73% des pauvres sont observés en milieu rural et 27% en milieu urbain. Cette importance relative de la pauvreté en milieu rural peut s'expliquer par les caractéristiques des ménages pauvres, qui non seulement se regroupent en ménages nombreux mais se distinguent également par une forte prévalence des personnes n'ayant pas encore atteint l'âge d'activité. Les ménages pauvres ont une taille moyenne



de 7,5 personnes, une proportion de 49% des personnes âgés de moins de 15 ans et un nombre moyen d'enfants de 3,7.<sup>(1)</sup>

#### **II.4.2- Prépondérance de l'analphabétisme et scolarisation hésitante**

Certes, l'éducation en particulier celle des femmes s'est affirmée comme l'un des meilleurs régulateurs de la fécondité, comme nous l'avons déjà signalé auparavant, mais le Maroc compte encore une majorité d'analphabètes. Malgré les progrès réalisés depuis l'indépendance, l'éradication de l'analphabétisme avance très lentement et les femmes sont encore analphabètes à plus de deux tiers. La diminution de la fécondité à des niveaux acceptables (niveau de remplacement des générations), en particulier en milieu rural devra passer par la résorption de l'analphabétisme qui nécessitera plus de temps compte tenu des rythmes actuels.

La comparaison des taux d'analphabétisme et de scolarisation par sexe et par milieu de résidence, révèle que la population féminine rurale est manifestement la plus désavantagée en matière d'accès aux aptitudes éducatives.

Selon l'Enquête Nationale sur le Budget Temps des Femmes (ENBTF) de 1997-98 (tableau 1), le taux d'analphabétisme de la population âgée de 10 ans et plus s'établit à 47% au Maroc, 32% en ville et 66% à la campagne. Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, la différence est du simple au double (60% contre 33%). La comparaison par milieu montre que la scolarisation a commencé à toucher les citadines bien avant d'intéresser les femmes rurales. L'analphabétisme est plus répandu chez les femmes rurales avec un taux de 82%, soit presque deux fois plus aiguë que pour les citadines (42%) et un peu moins relativement à la moyenne nationale (47%). L'écart entre

---

<sup>1</sup> Pour les chiffres évoqués ici, se référer à: Pauvreté et accès aux services sociaux de base au Maroc: Diagnostic, par mohamed Abzahd, 9ème colloque de l'A.M.E.P "Population et Développement Régional" Hammamet, 12-15 décembre 1995.

hommes et femmes est plus rétréci en milieu urbain, respectivement 20% et 42% d'analphabétisme en 1997-98, il est plus flagrant en milieu rural où ces taux s'établissent à 49% et 82% respectivement.

L'évolution de l'analphabétisme fait apparaître un recul important entre 1960 et 1997-98 témoignant de l'ampleur du progrès réalisé en matière d'alphabétisation. La proportion de la population âgée de 10 ans et plus qui ne sait pas lire et écrire a baissé de 87% à 47% entre les deux dates. Toutefois, cette régression de l'analphabétisme est beaucoup plus lente en milieu rural où la situation de la femme est encore plus préoccupante. En milieu rural, les gains en matière d'alphabétisation de la population durant la même période ont été plus importants pour les hommes (85% en 1960 contre 49% en 1997-98) que pour les femmes (99% en 1960 contre 82% en 1997-98). Tandis qu'en milieu urbain, les gains sont pratiquement les mêmes entre sexes.

Bien que la scolarisation des enfants, des filles en particulier marque le pas, beaucoup de travail reste à accomplir. Or la scolarisation des enfants favorise la réduction de la fécondité. 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.

Alors que la scolarisation au niveau du premier cycle de l'enseignement fondamental est pratiquement universelle dans les zones urbaines et caractérisée de fait par une différenciation modérée des taux bruts de scolarisation entre garçons et filles, elle apparaît spécialement faible dans les zones rurales où l'opposition entre garçons et filles est particulièrement forte. Ce sont les filles rurales de la tranche d'âge des 7 à 12 ans qui bénéficient le moins de la scolarisation : en 1997-98, les femmes rurales observent aussi le taux brut de scolarisation au premier cycle de l'enseignement fondamental des 7 à 12 ans (48,9%) le plus limité par comparaison à la moyenne nationale (84,6%). Ce taux brut de

scolarisation s'établit à un niveau très voisin de la moyenne nationale pour les hommes en milieu rural (81,9%) sans toutefois atteindre le taux enregistré par la population urbaine féminine (100,4%) et masculine (107,4%).

Autrement dit, ce sont les garçons du milieu urbain qui détiennent le record. Leur taux brut de scolarisation en premier cycle fondamental dépasse 100% depuis 1994-95. A l'opposé, les filles rurales scolarisées dans ce même cycle représentent à peine la moitié des filles âgées de 7 à 12 ans en 1997-98 contre un peu plus du quart au début de la décennie traduisant ainsi la présence accrue de la fille rurale à l'école qui, en revanche, reste en deçà de celle de ces homologues citadines.

#### **II.4.3- Précarité de la survie des enfants**

En ce qui concerne la survie des enfants, la réduction de la mortalité infantile et juvénile a été assez rapide entre 1960 et 1997, mais les niveaux actuels, comme nous allons le voir plus tard, restent anormalement hauts. En effet, les données des enquêtes récentes avaient montré que la baisse de la mortalité infantile et juvénile n'a pas suivi les mêmes rythmes que ceux observés durant les périodes précédentes. Face à une mortalité des enfants perçue comme élevée même si elle a beaucoup baissé dans les faits, les parents devraient faire en sorte d'avoir suffisamment d'enfants.

#### **II.4.4- Le statut de la femme laisse encore à désirer**

Reconnu comme facteur incontournable de déclenchement et d'accélération de la transition démographique, le statut féminin n'avantage pas particulièrement le Maroc. La rapidité de sa transition n'est donc pas le fruit de l'amélioration de la condition féminine. Certes, de multiples changements ont affecté la situation de la femme, certains associés à la transition démographique, comme le recul de l'âge au mariage qui augmente la durée écoulée entre l'enfance et la prise des responsabilités familiales, toutefois, en cette fin du siècle, et à l'instar de nombreux pays du monde, l'intégration sociale, politique et économique de la population féminine demeure toujours problématique au Maroc. Le

statut social et culturel des sexes continue à défier les stratégies et programmes de développement. Notre société se trouve encore dominée par des représentations culturelles qui entravent dans une large mesure la participation active, responsable de l'élément féminin. Les facteurs culturels résistent à tout accès ouvert du féminin aux tâches prestigieuses de la vie sociale qui sont encore l'apanage des hommes.

### ***II.3- L'analyse des déterminants de la mortalité***

Au cours des dernières années, le Maroc a réalisé des progrès dans le domaine socio-économique. Ces progrès n'ont pas manqué d'avoir une incidence positive sur le niveau sanitaire du pays, puisque celui-ci s'est également amélioré de façon remarquable. Parmi les indicateurs utilisés pour l'appréciation de l'état sanitaire, la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est considérée comme indicateur plus sensible pour mesurer les performances du système de santé.

Parmi les modèles les plus utilisés pour analyser les déterminants de la mortalité, on trouve le cadre conceptuel de Mosley pour la mortalité infanto-juvénile. Les différences de mortalité des enfants observées découlent, entre autres, des différences socio-économiques, culturelles ou contextuelles. L'application de ce modèle permettra, en effet, de mesurer l'effet net des variables socio-économiques et démographiques ainsi que de celles relatives à l'utilisation des services de santé sur les niveaux de mortalité.

#### **II.3.1. Le milieu de résidence**

Les différences les plus notables 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 différenciation 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.

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.

L'application du modèle de Mosley aux données de l'ENPS II 2 indique que la mortalité néonatale(0-30 jours), post-néonatale précoce (1-6 mois) et post-néonatale tardive (7-23 mois) est moins élevée chez les enfants dont la mère vit dans les zones urbanisées ou a un niveau d'instruction. Ce différentiel de mortalité est dû, en partie au meilleur suivi prénatal (par exemple à la vaccination antitétanique), aux meilleures conditions d'accouchements, et au changements de comportement reproductifs (moins de naissances avant 20 ans et après 35 ans et un intervalle entre naissances plus long) observés chez les mères qui résident en milieu urbain ou qui sont instruites.

### **II.3.2. 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 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 précipitations<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Pour les détails de cette application se référer à : M. Ayad et M. Azelmat, 1999, « Regard sur la fécondité, la santé et la planification familiale au Maroc », Ministère de la Santé publique.

<sup>3</sup> 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.

### **II.3.3. 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 35 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.

Par ailleurs, l'analyse multivariée évoquée ci-dessus sur la base des données de l'ENPS II de 1992 a montré que les naissances qui surviennent entre 20 et 34 ans et/ou dans un intervalle de 2 ans ou plus après leur aîné, courent moins de risques de décéder durant la période néonatale que les autres naissances.

### **II.3.4. L'intervalle avec la naissance précédente**

La durée de l'intervalle entre les naissances 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.

Par ailleurs, l'analyse multivariée, a montré que l'effet réducteur de l'allongement de l'intervalle entre les naissances demeure significatif jusqu'à la période post-néonatale précoce.

### **II.3.5. 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.

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.

### **II.3.6. 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, comme le montrent les résultats de la régression déjà évoquée auparavant, les enfants dont la mère a reçu trois doses de vaccination antitétanique ont plus de chances de survivre durant la période néonatale que les autres dont la mère n'a reçu aucun vaccin. Toutefois, l'effet réducteur de la vaccination antitétanique n'est significatif qu'à partir de la troisième dose. Ce meilleur suivi prénatal

explique, en partie, l'amélioration de la survie des enfants associées à l'accroissement des niveaux de vie des ménages.

Normalement, la mortalité maternelle reste tributaire de « l'effet des grossesses nombreuses et de la brièveté des intervalles intergénésiques »<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>. 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 prénataux 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.

### **II.3.7. 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.

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%<sup>6</sup>. 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,

---

<sup>4</sup> Courbage et Khlal, (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.

<sup>5</sup> ENPS II, (1992).

<sup>6</sup> CERED, (1997b), op. cit. p. 269.



de rivière ou de ruisseau est souvent porteuse de germes pathogènes et augmente le risque de maladie.

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‰)<sup>7</sup>, 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.

### II.3.8. 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 »<sup>8</sup> 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.

---

<sup>7</sup> 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  $4 \leq IGC \leq 5$ .

<sup>8</sup> Tabutin D., (1997), op. cit.

Au Maroc, la part consacrée 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 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 vie<sup>9</sup>.

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<sup>10</sup>. 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 terme<sup>11</sup>. 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.

---

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

<sup>10</sup> CERED, (1997b), op. cit. p. 112.

<sup>11</sup> CERED, (1997b), op. cit. p. 85.

## *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, que de fortes disparités régionales persistent et que la mortalité continue d'accuser des retards (la survie de l'enfant y est encore précaire par rapport aux pays d'un niveau de développement comparable), le Maroc s'achemine vers la fin de sa transition. 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.

A l'instar d'autres pays en développement en passe d'achever leur transition démographique, les deux ou trois prochaines décades seront décisives pour la démographie et le développement économique et social au Maroc. Celui-ci s'achemine certes, vers la dernière phase de sa transition démographique, mais les dernières projections démographiques réalisées par le CERED prévoient une population de 35 millions d'habitants en 2014, soit un rythme de croissance encore soutenu (+1,4% par an) au cours des quinze prochaines années. L'ensemble de nos secteurs sociaux et économiques vont devoir faire face à une pression démographique sans précédent et plus particulièrement le secteur de l'emploi.

Dès lors, l'accroissement démographique devrait ralentir sensiblement, en se situant autour de +0,5% par an jusqu'en 2060, ce qui correspond à peu près à la moyenne actuelle des pays développés. Ces prévisions incitent le Maroc à se tourner davantage vers la résolution de problèmes d'ordre plus qualitatif, dont l'amélioration des conditions de vie et l'ensemble des progrès qu'elle implique représentent une composante essentielle.

## *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.
- CERED, (1998), « Population et Développement au Maroc ».
- 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.
- 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<sup>ème</sup> 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.