

المملكة المغربية



المندوبية السامية للتخطيط

+٥٥٤٤٥٤٤+ +٥٤٥+٥٥٤+ | %٥٤٤٤

HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN

# الأشخاص في وضعية إعاقة بالمغرب

دراسة مستخلصة من نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024

بشراكة مع صندوق الأمم  
المتحدة للسكان في المغرب



مارس 2026



# الفهرس

05	ملخص
06	مقدمة
07	<b>1. المقاربة المنهجية للدراسة</b>
07	1.1. أهداف الدراسة
07	2.1. الإطار المفاهيمي المرجعي للإعاقة
07	3.1. المفاهيم والمؤشرات والقياسات
07	4.1. منهجية التحليل
08	<b>2. العجز حسب المجال الوظيفي ودرجة الحدة، الحجم ومعدل الانتشار</b>
08	2.1. العجز حسب المجال الوظيفي ودرجة الحدة
09	2.2. معدل انتشار العجز حسب المجال الوظيفي
10	3.2. العجز الكلي حسب المجال الوظيفي
11	4.2. معدل انتشار العجز الكلي حسب المجال الوظيفي
13	<b>3. تحليل الإعاقة</b>
13	1.3. الحجم، الانتشار والتطور
15	2.3. الخصائص الديموغرافية والعائلية
18	3.3. الخصائص التعليمية
19	4.3. الوضع الاقتصادي والمشاركة في سوق الشغل
20	5.3. ظروف السكن
22	6.3. الولوج إلى الصحة والخدمات الاجتماعية الأساسية الأخرى
22	7.3. الولوج إلى تكنولوجيا المعلومات والاتصال
23	<b>4. التحليل الاستشراقي للإعاقة</b>
23	1.4. المنهجية
23	2.4. النتائج والتحليل
26	<b>خاتمة</b>
27	<b>المراجع</b>
28	<b>ملحقات</b>

# قائمة الجداول

- 09 **الجدول 1.** تطور عدد الأشخاص الذين يعانون من إعاقة، حسب المجال الوظيفي ودرجة الحدة، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014 و 2024
- 10 **الجدول 2.** معدل انتشار العجز (جميع درجات الحدة) حسب المجال الوظيفي، وحسب الجنس ووسط الإقامة، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024
- 11 **الجدول 3.** تطور عدد الأشخاص الذين يعانون من عجز كلي، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014 و 2024
- 12 **الجدول 4.** معدل انتشار العجز الكلي (%) حسب المجال الوظيفي، والجنس، ووسط الإقامة، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024
- 12 **الجدول 5.** معدل انتشار العجز الكلي (%) حسب المجال الوظيفي والفئة العمرية، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024
- 13 **الجدول 6.** تطور أعداد وتوزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب الجنس ووسط الإقامة بين سنتي 2014 و 2024
- 15 **الجدول 7.** معدل انتشار الإعاقة (%) حسب الجهة، ووسط الإقامة، والجنس (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 18 **الجدول 8.** توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب المستوى الدراسي، ووسط الإقامة، والجنس (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 21 **الجدول 9.** توزيع الأسر التي تضم أشخاصاً في وضعية إعاقة (%) حسب عدد الغرف المسكونة وحجم الأسرة، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024
- 21 **الجدول 10.** توزيع الأسر التي تضم أشخاصاً في وضعية إعاقة (%) حسب عناصر الراحة بالمسكن، حسب وسط الإقامة، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024
- 23 **الجدول 11.** نسبة الأشخاص في وضعية إعاقة (%) الذين يلجؤون إلى تقنيات الإعلام والتواصل الجديدة
- 24 **الجدول 12.** تطور عدد الأشخاص في وضعية إعاقة (بالمليون) في أفق سنة 2050، حسب وسط الإقامة (فرضية الثبات)
- 24 **الجدول 13.** تطور عدد الأشخاص في وضعية إعاقة (بالمليون) في أفق سنة 2050، حسب وسط الإقامة (الفرضية الخطية)
- 25 **الجدول 14.** تطور عدد الأشخاص في وضعية إعاقة (بالمليون) في أفق سنة 2050، حسب وسط الإقامة (الفرضية الأسية)

# قائمة الأشكال

- 14 **الشكل 1.** معدل انتشار الإعاقة (%) حسب الجنس، ووسط الإقامة، والفئة العمرية (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 16 **الشكل 2.** البنية العمرية للأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب الجنس ووسط الإقامة، (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 16 **الشكل 3.** توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب الحالة الزوجية، وحسب الجنس ووسط الإقامة، (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 17 **الشكل 4.** توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب حجم الأسرة، والجنس، ووسط الإقامة، (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 18 **الشكل 5.** معدل محو الأمية (%) لدى الأشخاص في وضعية إعاقة، حسب الجنس ووسط الإقامة، (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 20 **الشكل 6.** توزيع (%) الأسر التي تضم أشخاصاً في وضعية إعاقة حسب صفة حيازة المسكن، (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)
- 22 **الشكل 7.** نسبة (%) الأشخاص في وضعية إعاقة المستفيدين من التغطية الصحية حسب الجنس ووسط الإقامة، (الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024)

## ملخص

السنوات الأخيرة بفضل توسيع التغطية الصحية، التي أصبحت تشمل 63,3% من الأشخاص في وضعية إعاقة. ومع ذلك، لا تزال فوارق مهمة قائمة حسب الجنس ووسط الإقامة، مما يحد من تكافؤ فرص الاستفادة من الرعاية الصحية.

من بين مجموع الأشخاص في وضعية إعاقة، يتيح تحديد الأفراد الذين يعانون من عجز كلي إبراز الحالات الأكثر حرجاً لفقدان الاستقلالية. وتُظهر النتائج أن هذه الحالات تظل محدودة نسبياً من حيث النسبة المئوية، إذ تمثل 1,1% من مجموع السكان، أي ما يقارب نصف مليون شخص سنة 2024. وقد ظلت هذه النسبة مستقرة إجمالاً خلال العقد الماضي. وبشكل الأشخاص المسنون نصف هذه الحالات، مع معدل انتشار أعلى لدى النساء وفي الوسط القروي. ورغم أن عدة مجالات تُظهر اتجاهًا عامًا نحو التحسن، تظل القدرة على الحركة نقطة ضعف رئيسية، مما يعمق حالة التبعية ويحدّ من استقلالية الأشخاص المعنيين.

يظهر تحليل التوقعات الديموغرافية في أفق سنة 2050 أنه، حسب الفرضية المعتمدة، سيتراوح عدد الأشخاص في وضعية إعاقة بين 1,6 و2 مليون شخص. وفي ظل سيناريو موافق يتسم بتحسين مستمر في الأوضاع الصحية والاجتماعية، يرجح أن يتجه المنحنى نحو انخفاض تدريجي. ومع ذلك، ستظل الشيخوخة الديموغرافية عاملاً مؤثراً بقوة على تطور ظاهرة الإعاقة.

يشكل الإحصاء العام للسكان والسكنى أداة إحصائية محورية لتوجيه تخطيط السياسات العمومية في مجال الإعاقة، إذ يوفر رؤية وطنية ومجالية شاملة لهذه الظاهرة. غير أنه سيكون من المفيد استكمالها بإنجاز بحوث ميدانية متخصصة تتيح تعميق المعرفة بأشكال العجز، وتقييم فعالية الآليات المعتمدة، وملاءمة التدخلات العمومية بدقة أكبر مع احتياجات الأشخاص المعنيين. كما يمكن للإحصاء أن يشكل قاعدة معطيات موثوقة لهذه الدراسات، بما يضمن تمثيلية وطنية وترايبية ملائمة.

اكتسبت قضية الإعاقة منذ الاستقلال أهمية متزايدة تدريجياً في السياسات العمومية المغربية. وقد تجلّى هذا الاهتمام في إحداث مؤسسات متخصصة، وفي تنفيذ سياسات عمومية تهدف بشكل خاص إلى رعاية ومواكبة الأشخاص في وضعية إعاقة.

واستناداً إلى معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024، يظهر تحليل وضعية الإعاقة أن الجهود التي بذلها المغرب مكنت من تحقيق تقدم ملحوظ في مجالات التغطية الصحية، والولوج إلى التعليم، والخدمات، والسكن. ورغم أهمية هذه المكاسب، فإنها تخفي تطوراً متبايناً يتسم باستمرار فوارق كبيرة حسب السن والجنس ووسط الإقامة. ففي سنة 2024، بلغ عدد الأشخاص في وضعية إعاقة حوالي 1,73 مليون شخص، أي بنسبة انتشار قدرها 4,8%، مسجلة تراجعاً مقارنة بسنة 2014 (5,1%). ويعزى هذا الانخفاض أساساً إلى التراجع المسجل في الوسط الحضري، بينما ظل معدل الانتشار مستقرًا بل وسجل ارتفاعاً طفيفاً في المجالات القروية، خاصة لدى النساء.

يعيش غالبية الأشخاص في وضعية إعاقة أساساً داخل كنف أسرهم، التي تعد آلية الدعم الرئيسية لهم. ورغم أن هذا التنظيم الأسري يضمن المواكبة اليومية وروح التضامن، فإنه يسلط الضوء في الوقت ذاته على تبعية الأشخاص ذوي الإعاقة لأقاربهم، ويؤكد على الضرورة الملحة لتطوير خدمات وآليات ملائمة لتعزيز استقلاليتهم الذاتية.

على المستوى الاجتماعي، يواجه الأشخاص في وضعية إعاقة إقصاء تعليمياً؛ حيث إن ما يقرب من ثلثي هذه الفئة (67,7%) لا يتوفرون على أي مستوى دراسي. وتعد النساء وسكان الوسط القروي الأكثر تضرراً. في ظل انخفاض مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة واستفحال الهدر المدرسي، إن هذا الوضع التعليمي، إلى جانب العوائق المادية وأشكال التمييز، يحد من فرص الإدماج المهني والاقتصادي، إذ لا تتجاوز نسبة المشتغلين منهم 8,9%. ويتركز الأشخاص في وضعية إعاقة الذين يزاولون عملاً بشكل أساسي في القطاع الخاص والعمل المستقل.

يكشف تحليل ظروف معيشة الأشخاص في وضعية إعاقة عن تفاوتات مهمة. ففي حين تظل ملكية السكن هي النمط السائد، فإن الولوج إلى البنيات التحتية الأساسية يظل غير متكافئ، خاصة في الوسط القروي حيث يبقى الولوج إلى الماء الصالح للشرب، وشبكات الصرف الصحي، والتجهيزات الصحية ضعيفاً. في المقابل، شهد الولوج إلى خدمات الصحة تحسناً ملحوظاً خلال

## مقدمة

يندرج هذا التطور الذي يشهده المغرب في إطار التوجه المرصود على المستوى الدولي. ففي سنة 2023، كان ما يقارب 1,3 مليار شخص، أي حوالي 16% من سكان العالم، يعانون من الإعاقة ، وهو رقم آخذ في الارتفاع نتيجة شيخوخة السكان وتزايد الأمراض المزمنة. هذا الوضع يجعل من الإعاقة رهانا أساسيا في سياسات التنمية، بسبب العوائق المستمرة التي تعرقل الإدماج الاجتماعي والاقتصادي والمواطني للأشخاص المعنيين.

وأمام هذه التحديات، عمل المجتمع الدولي على تعزيز إطاره القانوني المتعلق بالإعاقة، لا سيما من خلال اعتماد الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة<sup>1</sup> سنة 2006، التي تكرس مبادئ الكرامة، وتكافؤ الفرص، والإدماج. ومن خلال مصادقة المغرب على هذه الاتفاقية وبروتوكولها الاختياري سنة 2009، أكد التزامه بملاءمة سياساته العمومية مع هذه المعايير الدولية، وتعزيز المشاركة الكاملة والمتساوية للأشخاص في وضعية إعاقة.

وفي هذا السياق، تقدم هذه الدراسة تحليلا متعدد الأبعاد لوضعية الإعاقة في المغرب، بالاعتماد على معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024، وتتناول الدراسة حجم الظاهرة، ومدى انتشارها، وأهم الخصائص السوسيو-ديموغرافية للأشخاص في وضعية إعاقة، مع تقييم ظروف معيشتهم ومستوى إدماجهم الاجتماعي. كما يسلط التحليل الضوء على التفاوتات المجالية والنوعية (حسب الجنس)، والتي تظل بارزة بين الوسطين الحضري والقروي وكذا بين الجهات. وأخيرا، يستعرض قسم استشرافي المسارات المحتملة للإعاقة في أفق سنة 2050، استنادا إلى سيناريوهات مختلفة مبنية على نسب الانتشار المسجلة والإسقاطات الديموغرافية الحديثة.

تطمح المندوبية السامية للتخطيط من خلال هذه الدراسة إلى تزويد السلطات العمومية، والفاعلين المؤسسيين، وشركاء التنمية بمعطيات واقعية ملموسة لاستشراف الاحتياجات المستقبلية للأشخاص في وضعية إعاقة، بغاية تعزيز إعداد سياسات عمومية ملائمة تضمن إدماجهم الاجتماعي والاقتصادي.

يولي المغرب أهمية خاصة لقضية الإعاقة، حيث يضعها في صلب سياساته الاجتماعية. فمذ الاستقلال، عملت الدولة على إحداث مؤسسات متخصصة لمواكبة الأشخاص في وضعية إعاقة، من بينها مؤسسة التعاون الوطني، تلتها في تسعينيات القرن الماضي المندوبية السامية للأشخاص المعاقين، التي أصبحت سنة 1998 كتابة الدولة المكلفة بالأشخاص في وضعية إعاقة.

علوة على ذلك، تعزز الإطار المؤسسي بافتتاح المركز الوطني محمد السادس للمعاقين سنة 2006، والذي تم اعتماد نهج اللامركزية فيه عبر إحداث مراكز جهوية بشكل تدريجي، وذلك بهدف تعزيز الولوج إلى الخدمات وضمان العدالة المجالية. وبناء على ذلك، فإن الاهتمام المتزايد الذي توليه الدولة للأشخاص في وضعية إعاقة يشكل محطة مهمة في بلورة وتنفيذ السياسات العمومية الرامية إلى إدماجهم وتمكينهم.

بهدف ضمان تتبع أداء الإجراءات الحكومية في هذا الشأن، شهد نظام المعلومات الوطني حول الإعاقة تحسنا تدريجيا. إذ أرسى المغرب، منذ الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 1994، منظومة وطنية لإنتاج المعطيات الإحصائية المتعلقة بالإعاقة. وقد تم تجديد هذه المبادرة في الإحصاءات اللاحقة (2004 و 2014 و 2024)، عبر إدراج ممنهج لمحور خاص بالإعاقة. وقد مكنت هذه الخطوة من الرصد المنتظم لمدى انتشار الإعاقة وخصائصها الاجتماعية والديموغرافية الرئيسية. وبالموازاة مع ذلك، ساهم البحث الوطني حول الإعاقة، الذي أنجزته الوزارة المكلفة بالتضامن، في إغناء قاعدة المعطيات بمعلومات نوعية وبنوية تتعلق أساسا بالولوج إلى الرعاية الصحية، والتعليم، والشغل، والخدمات الاجتماعية.

وإذا كان إحصاء سنة 2014 قد شكل مرجعا لتحليل التفاوتات المجالية وتحديد العوائق التي تحول دون الإدماج الاجتماعي والاقتصادي للأشخاص في وضعية إعاقة، يأتي إحصاء 2024 لتحسين وتعميق هذه المعارف، من خلال تقديم قراءة متجددة للتطورات الحديثة المرتبطة بالإعاقة في ضوء التحولات الديموغرافية والاجتماعية والمجالية، وتوفير عناصر أساسية لتوجيه السياسات العمومية في مجال الإدماج.

<sup>1</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health?>

## 1. المقاربة المنهجية للدراسة

### 1.1. أهداف الدراسة

الشخص في وضعية إعاقة أي فرد يجيب بـ «نعم، كثيرا» أو «لا أستطيع على الإطلاق» (أي الفئتان 3 و 4) في إجابة واحدة على الأقل من الأسئلة الستة المتعلقة بالمجالات الوظيفية.

### 3.1. المفاهيم والمؤشرات والقياسات

يعود تاريخ جمع المعطيات حول الإعاقة في المغرب إلى إحصاء سنة 1994، غير أن التنزيل الفعلي لإطار عمل مجموعة واشنطن (WG) لم يتم إلا خلال الإحصاءين العاميين للسكان والسكنى لسنتي 2014 و 2024. وخلال هذين الإحصاءين، خصت المندوبية السامية للتخطيط وحدة كاملة لجمع المعطيات حول الصعوبات في ممارسة الأنشطة، من خلال الأسئلة الستة القائمة على مقارنة مجموعة واشنطن. وتتضمن هذه الوحدة أيضا سؤالين تكمليين، يتعلقان على وجه الخصوص بنوع مؤسسة الرعاية التي يقصدها الأشخاص في وضعية إعاقة لتلقي العلاجات الصحية، وإمكانية الوصول إلى التغطية الصحية. وتصنف الإجابات المدرجة في الإحصاء العام للسكان والسكنى مستويات حدة الصعوبة أو العجز إلى ثلاث درجات: 'قليل'، و'كثير'، و'عجز كلي'. وبناء عليه، تبنى هذه الدراسة مستويات تحليلية متعددة:

- المستوى الأول: الأشخاص الذين يعانون من صعوبة أو عجز حسب المجال الوظيفي. وتشمل هذه الفئة كل شخص صرح بوجود صعوبة واحدة على الأقل في أحد المجالات الوظيفية الستة، بغض النظر عن درجة الحدة المصرح بها.
- المستوى الثاني: الأشخاص الذين يعانون من عجز كلي في أحد المجالات الوظيفية. ويتعلق الأمر بالأشخاص الذين صرحوا بـ «لا أستطيع على الإطلاق» في أحد هذه المجالات.
- المستوى الثالث: الأشخاص في وضعية إعاقة. وتشمل هذه الفئة كل شخص صرح بـ «صعوبات كبيرة» أو «لا أستطيع على الإطلاق» في واحد على الأقل من المجالات الوظيفية الستة.

### 4.1. منهجية التحليل

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة في المغرب، مع تسليط الضوء على الرهانات المرتبطة بصحتهم، وحمايتهم الاجتماعية، وإدماجهم الاقتصادي، وكذا ظروف سكنهم. كما تسعى إلى تحديد عوامل الهشاشة والإقصاء والتفاوتات الرئيسية، من خلال دراسة خصائصهم السوسيو-ديموغرافية والسوسيو-اقتصادية، ولا سيما الجنس، والسن، ووسط الإقامة، والجهة.

وفي هذا السياق، ستنكب الدراسة على تحليل أبعاد متعددة تخص الأشخاص في وضعية إعاقة، ولا سيما خصائصهم الأسرية، ومدى ولوجهم إلى العلاجات والتغطية الصحية، ومستويات محو الأمية والتعليم، والنشاط الاقتصادي، وظروف السكن، بالإضافة إلى الولوج إلى التقنيات الرقمية (الإنترنت، الهاتف، والحاسوب).

يتمثل الهدف العام لهذه الدراسة في إنتاج تحليلات محينة ومعقدة استنادا إلى معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024، وذلك من أجل فهم أفضل للدinamيات المتعلقة بظروف معيشة الأشخاص في وضعية إعاقة، وتحليل تطوراتها ومحدداتها، واستشراف احتياجاتهم المستقبلية في مجال الخدمات الاجتماعية والبنيات التحتية الملائمة، بما يساهم في تنوير وتعزيز التخطيط ورفع فعالية السياسات العمومية. وتتوخى هذه الدراسة، على وجه التحديد، تحقيق الأهداف التالية:

- تشخيص الملامح الديموغرافية والسوسيو-اقتصادية والصحية للأشخاص في وضعية إعاقة بناء على معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024، مع تقديم قراءة أفقية حسب السن والنوع الاجتماعي والمجال الترابي؛
- تحديد العوامل الرئيسية للهشاشة والإقصاء الاجتماعي والتفاوتات التي تطال هذه الفئة من السكان، من خلال تحليل تطورها عبر الزمن، ومن ثم تسليط الضوء على عوامل الحماية؛
- اقتراح تحليل استشرافي للاتجاهات الديموغرافية في أفق سنة 2050، بما يتيح استباق الاحتياجات المستقبلية للأشخاص في وضعية إعاقة في مجال الخدمات الاجتماعية والبنيات التحتية الملائمة.

### 2.1. الإطار المفاهيمي المرجعي للإعاقة

منذ اعتماد التصنيف الدولي للإعاقة<sup>2</sup> (CIH) من قبل منظمة الصحة العالمية (OMS) في سنة 1980، والذي صمم لوصف تبعات الأمراض، تم إقرار تقدم ملموس في بلورة المفهوم النظري للإعاقة. وفي سنة 2001، اقترحت مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة (WG)، التابعة للجنة الإحصائية للأمم المتحدة، بروتوكول يهدف إلى قياس الإعاقة بشكل أكثر دقة. ويستند هذا البروتوكول إلى الإطار المفاهيمي للتصنيف الدولي للأداء الوظيفي والإعاقة والصحة (CIF) الذي وضعته منظمة الصحة العالمية في سنة 2001.

لأجل تعريف وقياس ظاهرة الإعاقة في المغرب، تعتمد المندوبية السامية للتخطيط على هذا الإطار المفاهيمي منذ الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2004. ويرتكز البروتوكول المعتمد على سلسلة من ستة أسئلة قصيرة تتيح تقييم درجة عجز الفرد في ستة مجالات أساسية للأداء الوظيفي، وهي: النظر، السمع، الحركة، القدرة الإدراكية (التذكر أو التركيز)، الاعتناء بالذات، والتواصل. ويرفق كل سؤال بأربعة خيارات للإجابة، تسمح بتحديد شدة العجز وفق المقياس التالي: 1- لا، على الإطلاق (بدون صعوبة)؛ 2- نعم، قليلا (بعض الصعوبة)؛ 3- نعم، كثيرا (صعوبة كبيرة)؛ 4- لا أستطيع على الإطلاق (عدم القدرة إطلاقا).

توخيا للمقارنة الدولية الموحدة، اعتمدت مجموعة واشنطن (WG) معيارا تقيديا في توصيف وضعية الإعاقة. وبناء عليه، يعتبر

<sup>2</sup> الإطار في الملحق أ

## 2. العجز حسب المجال الوظيفي ودرجة الحدة، الحجم ومعدل الانتشار

**القدرة الإدراكية:** ارتفع عدد الأشخاص المعنيين من 0,830 إلى 1,387 مليون شخص، أي بزيادة إجمالية قدرها 67%. ويلاحظ هنا أيضا ارتفاع كبير في الصعوبات الطفيفة (142,9%)، مقابل انخفاض في الصعوبات الكبيرة (9,7%) وارتفاع قليل في حالات العجز الكلي (4,8%).

**الاعتناء بالذات:** ارتفع عدد الحالات من 0,768 مليون إلى 1,337 مليون شخص (بزيادة قدرها 74%)، مع تسجيل قفزة كبيرة جداً في الصعوبات الطفيفة بنسبة (194,9%)، بينما شهدت الصعوبات الشديدة والعجز الكلي زيادة محدودة بلغت 13,6% و 13,9% على التوالي.

بين سنتي 2014 و2024، ارتفع عدد الأشخاص الذين صرحوا بوجود صعوبات وظيفية بشكل ملحوظ في جميع المجالات، حيث تراوحت الزيادات من قرابة 50% في مجال الحركة إلى أكثر من 90% في مجال التواصل. ولا ينبغي تفسير هذا الارتفاع على أنه تدهور في الحالة الصحية للسكان، بل يعزى أساساً إلى تحسن إمكانية الوصول إلى التشخيص، وتعزيز الاعتراف المجتمعي بالإعاقة، إضافة إلى تزايد التصريح بالصعوبات الوظيفية، بما في ذلك الحالات الطفيفة أو المتوسطة منها.

وتعد الشيخوخة المتسارعة للسكان المحرك الرئيسي لهذا التطور، لا سيما فيما يتعلق بالاضطرابات البصرية، والسمعية، والإدراكية، ومحدودية الحركة. وفي الوقت نفسه، يساهم التحول الوبائي، المتمثل في تصاعد الأمراض المزمنة ومضاعفات الأمراض أو الحوادث، في زيادة القيود الوظيفية. كما سجلت صعوبات التواصل أعلى ارتفاع نسبي، ارتباطاً بتحسين تشخيص اضطرابات اللغة والإصابات العصبية، خاصة لدى الأطفال وكبار السن.

تتعزز هذه التحولات أيضاً بفضل تحسن فرص الولوج إلى التشخيص، واعتراف اجتماعي أفضل بالإعاقة، وتصريح أكثر تواتراً بالصعوبات، بما في ذلك في مراحلها الخفيفة أو المتوسطة. وعلى العموم، تعكس النتائج تحولا هيكليا في البنية الصحية والديموغرافية للمغرب، مما يستدعي تعزيز سياسات الوقاية، والكشف المبكر، والتكفل بالقيود الوظيفية، ولا سيما تلك المرتبطة بالتقدم في السن وفقدان الاستقلالية.

يتناول هذا المحور حالات العجز في المغرب حسب درجة الحدة، والمجال الوظيفي، والجنس، ووسط الإقامة. كما يقدم مقارنة بين معطيات سنتي 2024 و2014، وذلك بهدف تقييم تطور القيود الوظيفية على مدى عشر سنوات.

### 2.1. العجز حسب المجال الوظيفي ودرجة الحدة

تكشف معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 عن ارتفاع ملحوظ في عدد الأشخاص الذين صرحوا بوجود صعوبات في أنشطتهم اليومية<sup>3</sup> مقارنة بسنة 2014. ويعزى هذا الارتفاع بشكل أساسي إلى تزايد حالات القيود الوظيفية الخفيفة، في حين ظلت حالات العجز الأكثر حدة مستقرة نسبياً. ويظهر التحليل حسب المجال الوظيفي، مقارنة بسنة 2014، التطورات التالية:

**النظر:** ارتفع عدد الأشخاص الذين صرحوا بوجود صعوبات من 2,5 مليون إلى 4,06 مليون شخص، أي بزيادة قدرها 61%، وهي الزيادة الأعلى من حيث الأعداد المطلقة. ويعزى هذا التقدم بشكل شبه حصري إلى الصعوبات الطفيفة (81,2%). في حين ظلت الصعوبات الكبيرة (7,4%) وحالات العجز الكلي (0,9%) مستقرة نسبياً.

**السمع:** ارتفع عدد الأشخاص الذين صرحوا بوجود صعوبات من 1,2 مليون إلى 2,1 مليون شخص، أي بزيادة إجمالية قدرها 76,2%. مع ارتفاع ملحوظ جداً في الصعوبات الطفيفة (111%). كما ارتفعت حالات العجز الكلي (18%) ولكن بشكل محدود، في حين شهدت الصعوبات الكبيرة زيادة طفيفة (7,7%).

**الحركة:** يلاحظ ارتفاع عدد الأشخاص من 1,64 مليون إلى 2,43 مليون شخص (47,9%)، وهو ما يمثل أضعف زيادة نسبية بين المجالات الوظيفية. كما سجل ارتفاع كبير في الصعوبات الطفيفة (107,8%)، مقابل تراجع في الصعوبات الكبيرة (7,7%) وحالات العجز الكلي (7,8%).

**التواصل:** تضاعف عدد الأشخاص تقريباً، حيث ارتفع من 0,507 مليون إلى 0,973 مليون شخص، أي بزيادة قدرها 92%. ويلاحظ ارتفاع كبير جداً في الصعوبات الطفيفة (222%)، وزيادة محدودة في الصعوبات الكبيرة (15,3%) وفي حالات العجز الكلي (7,6%).

<sup>3</sup> تجدر الإشارة إلى أن هذه الأرقام لا يمكن جمعها تراكمياً. لأن الشخص الواحد قد يعاني من عجز وظيفي واحد أو أكثر.

## الجدول 1. تطور عدد الأشخاص الذين يعانون من إعاقة، حسب المجال الوظيفي ودرجة الحدة

المجال	السنوات	صعوبات طفيفة	صعوبات كبيرة	عجز كلي	المجموع
النظر	2014	1 840 292	606 336	75 864	2 522 492
	2024	3 334 522	651 407	76 565	4 062 494
	(%) نسبة التغير	81,2	7,4	0,9	61,1
السمع	2014	778 550	347 386	56 745	1 182 681
	2024	1 642 948	374 273	66 985	2 084 207
	(%) نسبة التغير	111,0	7,7	18,0	76,2
الحركة	2014	791 779	679 073	173 251	1 644 103
	2024	1 645 401	626 996	159 752	2 432 148
	(%) نسبة التغير	107,8	-7,7	-7,8	47,9
التواصل	2014	191 779	215 707	99 275	506 761
	2024	617 571	248 698	106 828	973 097
	(%) نسبة التغير	222,0	15,3	7,6	92,0
القدرة الإدراكية	2014	408 051	319 772	101 779	829 602
	2024	991 239	288 813	106 663	1 386 715
	(%) نسبة التغير	142,9	-9,7	4,8	67,2
الاعتناء بالذات	2014	256 271	302 543	209 038	767 852
	2024	755 717	343 583	238 052	1 337 352
	(%) نسبة التغير	194,9	13,6	13,9	74,2

## الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014 و 2024

## 2.2. معدل انتشار العجز حسب المجال الوظيفي

أما الاضطرابات الإدراكية (3,8%)، وصعوبات الاعتناء بالذات (3,7%)، ومشاكل التواصل (2,7%) فتسجل معدلات انتشار أقل، لكنها تظل مع ذلك ذات دلالة هامة. ويندرج هيمنة القصور البصري والحركي والسمعي بشكل منطقي في سياق شيخوخة السكان، وتزايد الأمراض المزمنة، واستمرار ظروف العيش والعمل المجهد.

يشكل وسط الإقامة عاملا محددًا لانتشار العجز. فيغض النظر عن المجال الوظيفي المعني، يسجل الأشخاص المقيمون في الوسط القروي مستويات عجز أعلى مقارنة بنظرائهم في الوسط الحضري. وتظهر هذه الفجوات بشكل جلي خاصة في مجالات

يخصص هذا المحور لتحليل معدلات انتشار العجز<sup>4</sup>. وعلى المستوى الوطني، يكشف فحص معدلات انتشار العجز حسب المجالات الوظيفية، والجنس، ووسط الإقامة عن تفاوتات تعكس الظروف الصحية وحالات الهشاشة لدى الساكنة.

يبرز التحليل المقارن للمجالات الوظيفية الستة، سنة 2024، تراتبية واضحة لمعدلات الانتشار على المستوى الوطني. وتأتي حالات العجز المرتبطة بالنظر في المقدمة كأكثرها شيوعًا بنسبة 11,1%، تليها تلك المتعلقة بالحركة (6,7%) ثم السمع (5,7%).

<sup>4</sup> يعرف معدل انتشار العجز بأنه نسبة السكان الذين يعانون من صعوبة وظيفية واحدة على الأقل في مجال معين.

مع العوامل المرتبطة بوسط الإقامة، مثل ضعف البنيات التحتية الصحية، والإكراهات الاقتصادية، وقساوة ظروف العيش، في تفاقم مخاطر العجز.

يبرز التحليل المتقاطع للجنس ووسط الإقامة هشاشة تراكمية لدى النساء بالوسط القروي. إذ تسجل هذه الفئة بشكل مطرد أعلى معدلات انتشار العجز في جميع المجالات الوظيفية، حيث تصل هذه المعدلات على وجه الخصوص إلى 13,2% بالنسبة للنظر، و9,1% للحركة، و7,5% للسمع.

النظر (12,7%) في الوسط القروي مقابل (10,2%) في الوسط الحضري، والسمع (7,1% مقابل 4,9%)، والحركة (8,1% مقابل 5,8%). وتعكس هذه التفاوتات من جهة ارتفاع التعرض لظروف عمل شاقة، و لولوج محدود إلى الرعاية الصحية المتخصصة، إضافة إلى استمرار اختلالات صحية بنيوية على حساب الوسط القروي.

علو على ذلك، يساهم تداخل العوامل المرتبطة بالنوع الاجتماعي، ولا سيما طول أمد حياة النساء، وارتفاع الأعباء البدنية والمنزلية، ومحدودية الولوج أحياناً إلى الرعاية الصحية،

## الجدول 2. معدل انتشار العجز (جميع درجات الحدة) حسب المجال الوظيفي، وحسب الجنس ووسط الإقامة.

المجال	الجنس	وطني		حضري		قروي	
		ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
النظر		10,3	11,9	11,1	9,2	11,2	10,2
السمع		5,4	6,0	5,7	4,6	5,1	4,9
الحركة		5,8	7,5	6,7	5,0	6,6	5,8
التواصل		2,7	2,7	2,7	2,3	2,2	2,2
القدرة الإدراكية		3,6	4,0	3,8	3,0	3,3	3,1
الاعتناء بالذات		3,4	4,0	3,7	2,9	3,4	3,2

الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014 و 2024

## 3.2. العجز الكلي حسب المجال الوظيفي

يكشف تحليل مستويات الحدة أن حالات العجز الكلي تعتبر أقل انتشاراً على الإطلاق مقارنة بحالات العجز الطفيفة أو الكبيرة، وذلك بغض النظر عن المجال الوظيفي أو الجنس أو وسط الإقامة. ويُفسر هذا الوضع بالطابع النادر نسبياً لهذه الحالات من العجز، بيد أن مكمّن الخطورة يكمن في آثارها الوخيمة، باعتبار أنها تؤدي إلى فقدان كبير، بل وكلي، للاستقلالية لدى الأشخاص المعنيين.

وتظل حالات العجز الكلي المرتبطة بالاعتناء بالذات هي الأكثر تواتراً، وقد سجلت ارتفاعاً كبيراً خلال هذه الفترة بنسبة 13,9%، مما يعكس تفاقم حالات فقدان الحاد للاستقلالية التي تتطلب مواكبة يومية مكثفة. وفي المقابل، شهد العجز الكلي المرتبط بالحركة انخفاضاً بنسبة (7,8%) وقد يعكس هذا التراجع تقدماً نسبياً في مجالات الوقاية، أو التكفل الطبي، أو تيسير الولوجيات.

سجلت حالات العجز الكلي التي تمس القدرة الإدراكية والتواصل ارتفاعات معتدلة بلغت 4,8% و 7,6% على التوالي، وهو ما يتوافق مع شيخوخة السكان وزيادة انتشار بعض الأمراض المزمنة.

بحسب نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024، ومن بين جميع المجالات الوظيفية، يأتي العجز الكلي المرتبط بالاعتناء بالذات في المقدمة، حيث يشمل 238.052 شخصاً. يليه العجز الكلي في الحركة الذي يخص 159.752 شخصاً، ثم حالات العجز المرتبطة بالتواصل (106.828 شخصاً) والقدرة الإدراكية (106.663 شخصاً). أما حالات العجز الحسي فتظل أقل تواتراً بصفة نسبية، حيث يعاني 76.565 شخصاً من مشاكل في النظر و66.985 شخصاً من مشاكل في السمع.

أما فيما يتعلق بحالات العجز الحسي، فإن الوضع يبدو متبايناً. إذ تظل حالات العجز الكلي المرتبطة بالنظر مستقرة إجمالاً، مع زيادة طفيفة قدرها 0,9%. أما الحالات المرتبطة بالسمع فشهدت ارتفاعاً كبيراً بنسبة 18%.

### الجدول 3. تطور عدد الأشخاص الذين يعانون من عجز كلي

المجال الوظيفي	2014	2024	نسبة التغير (%)
الاعتناء بالذات	209 038	238 052	13,9
الحركة	173 251	159 752	-7,8
القدرة الإدراكية	101 779	106 663	4,8
التواصل	99 275	106 828	7,6
النظر	75 864	76 565	0,9
السمع	56 745	66 985	18,0

#### الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014 و 2024

حسب المجال الوظيفي، تعد حالات العجز الكلي المرتبطة بالاعتناء بالذات الأكثر انتشاراً، بنسبة 0,65%. يليه العجز الحركي بنسبة 0,44%. أما حالات العجز الكلي المرتبطة بالقدرة الإدراكية والتواصل فتسجلان مستويات متقاربة، إذ تبلغ نسبة كل منهما 0,29%. أما حالات العجز الحسي فهي أقل تواتراً نسبياً، حيث سجلت 0,21% بالنسبة للنظر و0,18% بالنسبة للسمع.

تظل الفوارق حسب الجنس محدودة بشكل عام. حيث تسجل النساء نسبة انتشار أعلى قليلاً في حالات العجز الكلي المرتبطة بالاعتناء بالذات (0,66% مقابل 0,64% لدى الرجال) وفي العجز الحركي (0,47% مقابل 0,41%). في المقابل، يتأثر الرجال أكثر بحالات العجز الكلي المرتبطة بالقدرة الإدراكية (0,32% مقابل 0,27% لدى النساء) وبالتواصل (0,33% مقابل 0,26%). أما حالات العجز الكلي المرتبطة بالنظر والسمع فتظهر مستويات متقاربة جداً بين الجنسين، في حدود 0,2% تقريباً.

تظهر الفوارق الأكثر وضوحاً حسب وسط الإقامة. ففي جميع المجالات الوظيفية، يرتفع معدل انتشار العجز الكلي في الوسط القروي عن الوسط الحضري. ويبرز هذا الفارق بشكل خاص في حالات العجز الكلي المرتبطة بالاعتناء بالذات (0,74% في الوسط القروي مقابل 0,60% في الوسط الحضري)، وفي العجز الحركي (0,50% مقابل 0,40%)، وكذلك حالات العجز الكلي المرتبطة بالقدرة الإدراكية والتواصل (0,35% و 0,36% على التوالي في القرى، مقابل 0,26% و 0,25% في المدن). كما يتبع العجز البصري والسمعي التوجه ذاته، حيث سجلت مستويات أعلى في البادية (0,26% و 0,25%) مما هي عليه في المدينة (0,18% و 0,14%).

بشكل عام، تؤكد هذه التطورات أن حالات العجز الكلي، رغم كونها أقل انتشاراً من الحالات الطفيفة أو الكبيرة، تشهد تغييرات مهمة حسب المجالات الوظيفية. وتطرر هذه التحولات تحديات كبيرة فيما يتعلق بالتكفل المتخصص، وتكييف الخدمات الاجتماعية، وتعزيز السياسات العمومية لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة.

### 4.2. معدل انتشار العجز الكلي حسب المجال الوظيفي

يشكل قياس معدل انتشار حالات العجز الكلي مؤشراً أساسياً لتقييم مستوى خطر فقدان الكلي للاستقلالية بين السكان. وعلى عكس الحالات الطفيفة أو الكبيرة، تعكس حالات العجز الكلي محدودة عميقة ومستدامة تقوض بشكل كبير قدرة الأشخاص على القيام بأنشطة الحياة اليومية بمفردهم. ويتيح تحليلها ليس فقط تحديد المجالات الوظيفية الأكثر عرضة للخطر، بل أيضاً توجيه تخطيط السياسات العمومية، وتخصيص الموارد الاجتماعية والصحية، وتطوير خدمات متخصصة وبنى تحتية ملائمة. كما أن متابعة تطورها عبر الزمن، من خلال إحصاءي 2014 و 2024 يوفر رؤية واضحة حول التحولات في الاحتياجات المتعلقة بالتكفل، في سياق يتسم بشيخوخة السكان وتزايد انتشار الأمراض المزمنة.

وعلى الرغم من أن مستويات الانتشار لا تزال منخفضة بشكل عام (أقل من 1% على المستوى الوطني)، مما يؤكد الطبيعة النادرة نسبياً ولكن الخطيرة للغاية لهذا النوع من العجز، إلا أنها تمثل مع ذلك ما يقرب من 500 ألف شخص على الصعيد الوطني.

## الجدول 4. معدل انتشار العجز الكلي (%) حسب المجال الوظيفي، والجنس، ووسط الإقامة

وطني	وسط الإقامة		الجنس		المجال الوظيفي
	قروي	حضري	إناث	ذكور	
0,65	0,74	0,60	0,66	0,64	الاعتناء بالذات
0,44	0,50	0,40	0,47	0,41	الحركة
0,29	0,35	0,26	0,27	0,32	القدرة الإدراكية
0,29	0,36	0,25	0,26	0,33	التواصل
0,21	0,26	0,18	0,20	0,22	النظر
0,18	0,25	0,14	0,18	0,18	السمع

## الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

و 0,67% للعجز في القدرة الإدراكية لدى الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر، مما يؤكد تأثير الشيخوخة على القدرات الوظيفية.

أما لدى البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 سنة، فتظل معدلات الانتشار منخفضة في جميع المجالات الوظيفية. حيث تتراوح ما بين 0,10% و 0,31%، وسجلت أعلى المستويات في مجالي الاعتناء بالذات (0,31%) والتواصل (0,23%). وتعكس هذه النتائج خطأً محدوداً نسبياً للإصابة بالعجز الكلي في هذه الفئات العمرية، والذي غالباً ما يرتبط بأمراض محددة، أو حوادث، أو حالات إعاقة شديدة موجودة مسبقاً.

لا يزال معدل انتشار العجز الكلي منخفضاً بين الأطفال دون سن الخامسة عشرة، غير أن بعض المجالات تبرز بشكل خاص. فحالات العجز الكلي المرتبطة بالاعتناء بالذات (0,69%) وبالتواصل (0,34%) تسجل نسباً أعلى نسبياً مقارنة بالبالغين، مما يعكس وجود إعاقات خلقية أو اضطرابات في النمو.

وبشكل عام، يظهر هذا الجدول أنه على الرغم من أن حالات العجز الكلي لا تزال نادرة، إلا أنها تتركز بشكل أكبر في مجالات معينة، ولا سيما الاعتناء بالذات والحركة. وتبقى الفوارق حسب الجنس محدودة نسبياً، في حين تبدو التفاوتات المجالية أكثر وضوحاً، على حساب الوسط القروي، مما يبرز أهمية اعتماد سياسات موجهة ترمي إلى تقليص الفوارق في الولوج إلى الرعاية الصحية، والخدمات المتخصصة، وآليات المواكبة.

يرتبط العجز الكلي ارتباطاً وثيقاً بالسن. فبغض النظر عن المجال الوظيفي، يرتفع معدل انتشار العجز الكلي بشكل ملحوظ لدى الأشخاص المسنين. وتسجل أعلى المستويات في مجال الاعتناء بالذات، حيث تبلغ نسبة الانتشار 2,09% لدى الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر، أي ما يفوق ثلاثة أضعاف المتوسط الوطني (0,65%). كما يصل معدل انتشار العجز الكلي المرتبط بالحركة إلى 1,78% ضمن هذه الفئة العمرية، مقابل 0,44% فقط على المستوى الوطني. وتتبع حالات العجز الكلي الحسية والإدراكية المنحى نفسه، إذ تبلغ 1,01% بالنسبة للنظر، و0,60% للسمع،

## الجدول 5. معدل انتشار العجز الكلي (%) حسب المجال الوظيفي والفئة العمرية

وطني	الفئة العمرية			لمجال الوظيفي
	60 سنة فأكثر	من 15 إلى 59 سنة	أقل من 15 سنة	
0,65	2,09	0,31	0,69	الاعتناء بالذات
0,44	1,78	0,22	0,23	الحركة
0,29	0,67	0,20	0,30	القدرة الإدراكية
0,29	0,48	0,23	0,34	التواصل
0,21	1,01	0,10	0,05	النظر
0,18	0,60	0,14	0,07	السمع

## الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

### 3. تحليل الإعاقة

العمومية. ويشكل بذلك إطارا تحليليا مناسباً لتقدير حجم الإعاقة، وتطيل محدداتها السوسيو-ديموغرافية والمجالية، وتوجيه تنفيذ استراتيجيات شاملة تتناسب مع أشكال القيود الوظيفية المرتبطة بالصعوبات الكبيرة والعجز الكلي.

#### 1.3. الحجم، الانتشار والتطور

ارتفع عدد الأشخاص في وضعية إعاقة من 1,703 مليون شخص إلى 1,734 مليون شخص، بين سنتي 2014 و 2024، أي بزيادة تقارب 31,3 ألف شخص (1,8%). وتعكس هذه الزيادة استقرارا نسبيا للظاهرة، على الرغم من التحولات الديموغرافية التي لوحظت خلال هذه الفترة.

ففي الوسط الحضري، شهد عدد الأشخاص في وضعية إعاقة انخفاضا طفيفا بنسبة (0,1%-). حيث انتقل من 0,976 مليون شخص سنة 2014 إلى 0,973 مليون سنة 2024. وفي المقابل، سجل الوسط القروي زيادة ملحوظة، حيث انتقل العدد من 0,728 إلى 0,761 مليون شخص، أي بزيادة قدرها 33,400 شخص (4,8%). ويعكس هذا التطور إعادة توازن في التوزيع المجالي للأشخاص في وضعية إعاقة. إذ تراجعت حصة الوسط الحضري من 57,3% إلى 56,1%، في حين ارتفعت حصة الوسط القروي من 42,7% إلى 43,9%.

يظل توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة حسب الجنس مستقرا بشكل عام خلال هذه الفترة. إذ يمثل الرجال 49,6% من الأشخاص ذوي الإعاقة في 2024 مقابل 49,5% في 2014، بينما تشكل النساء 50,4% في 2024 مقابل 50,5% قبل عشر سنوات. ومن حيث الأعداد، انتقل عدد الذكور في وضعية إعاقة من 0,843 مليون إلى 0,860 مليون، بينما انتقل عدد الإناث من 0,860 مليون إلى 0,875 مليون.

أناحت التحليلات السابقة دراسة حالات العجز الوظيفي حسب درجة حدتها، من خلال التمييز بين الحالات الطفيفة والكبيرة والكليّة، مع التركيز على حالات العجز الكلي التي تمثل الحالات الأكثر خطورة من حيث فقدان الاستقلالية. وتوفر هذه المقاربات قراءة دقيقة لمستوى شدة القيود الوظيفية، كما تسلط الضوء على خصائص مختلفة حسب السن، والجنس، ووسط الإقامة، والمجالات الوظيفية.

ومع ذلك، فإن تحليل الإعاقة، والتي تعرف بأنها وضعية الشخص الذي يعاني من عجز كبير أو كلي في واحد على الأقل من المجالات الوظيفية (النظر، السمع، الحركة، التواصل، القدرة الإدراكية، أو الاعتناء بالذات)، يسمح لنا بتجاوز التفسير التقليدي القائم على تدرج خطورة الإعاقة إلى تبني نهج شمولي وعملي. ويشمل هذا التعريف جميع الحالات التي تكون فيها القيود الوظيفية كبيرة بما يكفي للحد بشكل مستمر من المشاركة الاجتماعية، والاستقلالية، والولوج إلى الخدمات الأساسية.

تكمن أهمية دراسة الإعاقة وفق هذا التعريف أولا في قيمته التحليلية والتقريبية. إذ يتيح تحديد الفئات السكانية المعرضة لخطر مرتفع من التبعية، والإقصاء الاجتماعي، والهشاشة الاقتصادية، دون الاقتصار فقط على حالات العجز الكلي التي تعد أقل انتشارا من الناحية العددية. ويأدمج الإعاقات الكبيرة، تعكس هذه المقاربة بشكل أفضل الواقع المعيش للأشخاص المعنيين واحتياجاتهم الملموسة في مجالات الرعاية، والمواكبة، والولوجيات، والحماية الاجتماعية.

علوة على ذلك، يضمن هذا التعريف للإعاقة توافقا مع الأطر المفاهيمية الدولية، وخصوصا تلك القائمة على المشاركة والأداء الوظيفي، مما يسهل مقارنة النتائج وتوجيه السياسات

#### الجدول 6. تطور أعداد وتوزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب الجنس ووسط الإقامة بين سنتي 2014 و 2024

مجموع	إناث	ذكور	مجموع	قروي	حضري	
<b>الأعداد</b>						
1.734.766	875.048	859.718	1.734.766	761.230	973.535	<b>2024</b>
1.703.424	859.965	843.459	1.703.424	727.833	975.591	<b>2014</b>
<b>التوزيع (بالنسبة المئوية)</b>						
100,0	50,4	49,6	100,0	43,9	56,1	<b>2024</b>
100,0	50,5	49,5	100,0	42,7	57,3	<b>2014</b>

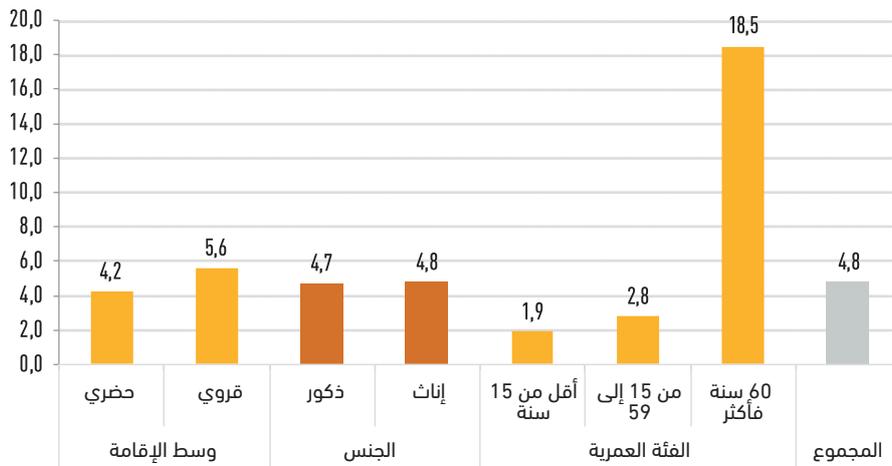
ومن الواضح أن معدل انتشار الإعاقة يرتفع بشكل ملحوظ مع التقدم في السن، بغض النظر عن الجنس. فعلى الصعيد الوطني، يبلغ هذا المعدل 1,9% لدى الأطفال دون سن 15 سنة، ويرتفع إلى 2,8% لدى الفئة العمرية ما بين 15 و 59 سنة، ليصل إلى 18,5% لدى الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر. وهكذا، فإن ما يقارب شخصا مسنا واحدا من كل خمسة يعيش في وضعية إعاقة، مما يبرز الأثر الحاسم لشيخوخة السكان في تدهور القدرات الوظيفية.

وإذا لم يسجل، على المستوى الإجمالي، أي فارق ملحوظ بين الرجال والنساء، فإن الاختلافات تبدأ في الظهور ابتداء من الأعمار المتقدمة. فبين الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر، يكون معدل انتشار الإعاقة أعلى لدى النساء (19,9%) مقارنة بالرجال (17,1%). ويفسر ذلك أساسا بطول عمر النساء وتعرضهن المستمر لمخاطر فقدان الاستقلالية.

بلغ معدل انتشار الإعاقة على المستوى الوطني 4,8% في سنة 2024 مقابل 5,1% في سنة 2014، مسجلا بذلك انخفاضا طفيفا قدره 0,3 نقطة. ويشير هذا التراجع إلى تحسن نسبي في الحالة الوظيفية العامة للسكان، أو تحسن في الولوج إلى خدمات الوقاية والرعاية الصحية لبعض أشكال العجز. ومع ذلك، وعلى الرغم من هذا الانخفاض في معدل الانتشار، فقد ارتفع عدد الأشخاص المعنيين بحوالي 31,342 فرد، نتيجة النمو الإجمالي للسكان.

لا تزال الفوارق بين الوسطين الحضري والقروي واضحة. ففي الوسط الحضري، انخفض معدل الانتشار من 4,8% إلى 4,2%، أي بتراجع قدره 0,6 نقطة، وهو ما قد يعكس ظروف عيش أكثر ملاءمة وولوجا أفضل لخدمات الصحة والمواكبة. في المقابل، ظل معدل الانتشار في الوسط القروي مستقرا في حدود 5,6%، مما يشير إلى أن الإعاقة لا تزال تمس بنسبة أكبر السكان القرويين، ويرتبط ذلك على الأرجح بعوامل سوسيو-اقتصادية، ومحدودية الولوج إلى العلاجات المتخصصة، وصعوبة ظروف المعيشة.

الشكل 1، معدل انتشار الإعاقة حسب الجنس، وسط الإقامة، و الفئة العمرية (%)



#### الإحصاء العام للسكان و السكنى 2024

الحضري)، وطنجة-تطوان-الحسيمة (6,4% مقابل 4,1%)، وفاس-مكناس (6,9% مقابل 5,1%). وباستثناء جهتي العيون-الساقية الحمراء والداخلة-وادي الذهب، حيث تبقى المستويات منخفضة عموما والفوارق محدودة، فإن الوسط القروي يبدو أكثر عرضة بشكل منتظم.

على المستوى الجهوي، لا يلاحظ أي فرق ملموس بين الجنسين، إذ تتراوح الفوارق عموما بين 0,2 و 0,3 نقطة. وتظهر بعض الجهات تفوقا طفيفا لدى النساء، مثل جهة الشرق وجهة الدار البيضاء-سطات، في حين تسجل جهات أخرى معدلات أعلى قليلا لدى الرجال، على غرار جهة بني ملال-خنيفرة وجهة مراكش-آسفي.

يختلف معدل انتشار الإعاقة بشكل ملحوظ من جهة إلى أخرى. إذ تسجل أعلى المستويات في جهات الشرق (5,9%)، وفاس-مكناس (5,8%)، وطنجة-تطوان-الحسيمة (4,9%)، ومراكش-آسفي (4,8%)، ودرعة-تافيلالت (4,8%)، وفي المقابل، سجلت أدنى معدلات الانتشار في الجهات الجنوبية، ولا سيما الداخلة-وادي الذهب (2,2%) والعيون-الساقية الحمراء (3,0%).

وحسب وسط الإقامة، يلاحظ أنه في معظم الجهات يكون معدل انتشار الإعاقة أعلى في الوسط القروي مقارنة بالوسط الحضري، مما يؤكد الفوارق المجالية المسجلة على المستوى الوطني. وتظهر هذه الفوارق بشكل خاص في جهات كلميم-واد نون (6,3% في الوسط القروي مقابل 3,9% في الوسط

## الجدول 7. معدل انتشار الإعاقة (%) حسب الجهة، ووسط الإقامة، والجنس

مجموع	الجنس		وسط الإقامة		الجهات
	إناث	ذكور	قروي	حضري	
4,9	4,9	4,9	6,4	4,1	طنجة - تطوان - الحسيمة
5,9	5,9	5,8	6,3	5,6	الشرق
5,8	5,7	5,8	6,9	5,1	فاس-مكناس
4,4	4,4	4,3	5,1	4,1	الرباط - سلا - القنيطرة
5,2	5,2	5,3	5,6	4,9	بني ملال - خنيفرة
4,1	4,3	4,0	4,8	3,9	الدار البيضاء - سطات
4,8	4,7	4,8	5,2	4,2	مراكش-آسفي
4,8	4,7	4,9	5,3	3,9	درعة - تافيلالت
4,5	4,5	4,5	5,7	3,7	سوس - ماسة
4,6	4,5	4,7	6,3	3,9	كلميم - واد نون
3,0	3,1	2,9	2,9	3,0	العيون - الساقية الحمراء
2,2	2,7	1,9	1,2	2,4	الداخلة - وادي الذهب
4,8	4,8	4,7	5,6	4,2	وطني

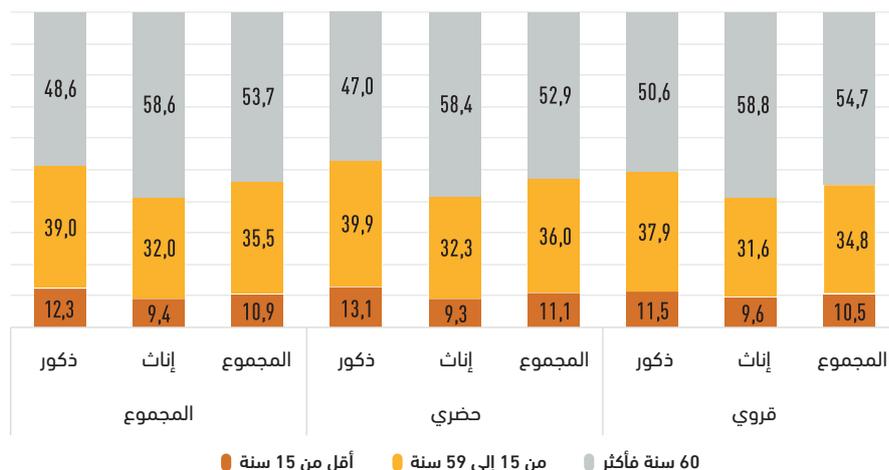
إحصاء العام للسكان و السكنى 2024

## 2.3. الخصائص الديموغرافية والعائلية

بغض النظر عن وسط الإقامة، يشكل الأشخاص المسنون الأغلبية ضمن الأشخاص في وضعية إعاقة. وتكون هذه النسبة أعلى قليلاً في الوسط القروي (54,7%) مقارنة بالوسط الحضري (52,9%). مع تمثيلية زائدة ملحوظة للنساء المسنات في كلا الوسيطين. ويمثل الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 سنة ما يزيد قليلاً عن ثلث الأشخاص المعنيين، في حين يظل الأطفال دون سن 15 سنة أقلية، مع تسجيل حصة أعلى قليلاً في الوسط الحضري.

على الصعيد الوطني، يتجاوز عمر أكثر من نصف الأشخاص في وضعية إعاقة 60 سنة فأكثر (53,7%)، مما يؤكد الارتباط الوثيق بين الإعاقة والتقدم في السن. وتكون هذه النسبة أعلى بشكل واضح لدى النساء (58,6%) مقارنة بالرجال (48,6%)، وهو ما يعكس الأثر المزدوج لطول عمر النساء والتدهور التدريجي للقدرات الوظيفية مع التقدم في السن. ويمثل البالغون الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 سنة نسبة 35,5% من المجموع، مع حصة أكبر لدى الرجال (39%) مقارنة بالنساء (32%)، في حين يشكل الأطفال دون سن 15 سنة نسبة محدودة نسبياً (10,9%)، وهي أعلى قليلاً لدى الفتيان (12,3%) مقارنة بالفتيات (4,9%).

الشكل 2. البنية العمرية للأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب الجنس ووسط الإقامة



## الإحصاء العام للسكان و السكنى 2024

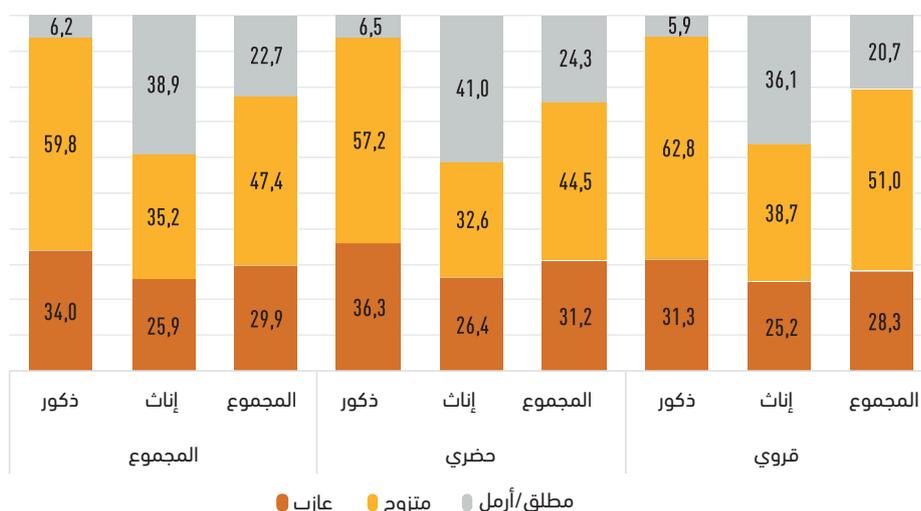
أن ما يقرب من ستة رجال من بين كل عشرة (59,8%) متزوجون، مقابل 35,2% فقط من النساء. في المقابل، تمس حالات الطلاق والترحيل نسبة كبيرة من النساء (38,9%)، مقابل 6,2% فقط لدى الرجال، مما يعكس هشاشة أكبر للنساء في وضعية إعاقة. أما العزوبة فتشمل قرابة 30% من المجموع، مع تسجيل انتشار أعلى لدى الرجال (34,0%) مقارنة بالنساء (25,9%).

تختلف الحالة الزوجية للأشخاص في وضعية إعاقة بشكل ملحوظ حسب وسط الإقامة، ففي الوسط الحضري، ترتفع نسبة العازبين بينهم (31,2% مقابل 28,3% في الوسط القروي)، وكذا نسبة الأرملة (19,9% مقابل 18,3%) والمطلقين (4,3% مقابل 2,4%). وفي المقابل، تكون نسبة الأشخاص في وضعية إعاقة المتزوجين أعلى في المجالات القروية (51%) مقارنة بالمجالات الحضرية (44,5%).

شهدت البنية العمرية للأشخاص في وضعية إعاقة شيخوخة ملحوظة، بين سنتي 2014 و2024، سواء في الوسط الحضري أو القروي. فقد ارتفعت نسبة الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر بشكل كبير، من 46,5% إلى 53,7%. وفي الوقت نفسه، سجلت نسبة الأطفال دون سن 15 سنة ارتفاعا طفيفا من 7,9% إلى 10,9%، في حين انخفضت نسبة البالغين بين 15 و 59 سنة بشكل ملحوظ، من 45,6% إلى 35,5%، وذلك في كلا الواسطين. وبعبارة أخرى، فإن الانخفاض الملحوظ في انتشار الإعاقة في المغرب شمل بالأساس السكان البالغين، خاصة في الوسط الحضري، بينما تستمر الشيخوخة الديمغرافية في تعزيز تأثير الإعاقة في الأعمار المتقدمة.

على المستوى الوطني، تظل الحالة الزوجية السائدة هي الزواج (47,4%)، لكن هذا المعدل يخفي تفاوتات كبيرة حسب الجنس. إذ

الشكل 3. توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب الحالة الزوجية، وحسب الجنس ووسط الإقامة



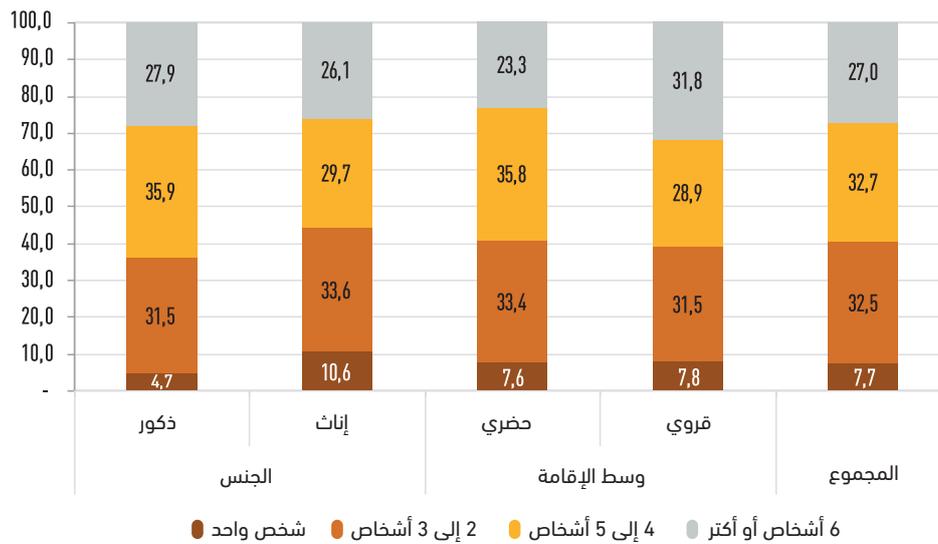
## الإحصاء العام للسكان و السكنى 2024

على مستوى أنماط العيش المشترك، تكشف المعطيات الإحصائية عن الدور الجوهري الذي تضطلع به الأسرة كركيزة أساسية في احتضان ورعاية الأشخاص في وضعية إعاقة. وتعيش غالبية هؤلاء الأشخاص في أسر متوسطة الحجم. إذ تمثل الأسر التي تضم 4 إلى 5 أشخاص النسبة الأكبر من الأشخاص في وضعية إعاقة (32,7%)، تليها الأسر التي تضم 2 إلى 3 أشخاص (32,5%). أما الأسر التي تضم 6 أشخاص أو أكثر، فتضم 27% من مجموع الأشخاص في وضعية إعاقة.

بالإضافة إلى ذلك، تمثل الأسر المكونة من شخص واحد أقلية، أي بنسبة 7,7% من المجموع. وتطال هذه الوضعية النساء أكثر من الرجال (10,6% مقابل 4,7%). ما يعكس عزلة أكبر غالبا مرتبطة بالترمل أو الانفصال أو غياب الدعم العائلي. ويؤكد هذا الاستنتاج أهمية إرساء آليات للمواكبة الاجتماعية وخدمات ملائمة للحد من العزلة وتعزيز استقلالية الأشخاص في وضعية إعاقة.

يتيح تحليل توزيع الأسر حسب عدد الأشخاص في وضعية إعاقة فهما أفضل لتركيز الإعاقة داخل الأسر ويمكن من تحديد السياقات العائلية التي تتطلب مواكبة ودعمًا خاصًا. ومن أبرز الإحصائيات نجد أن أغلبية الأسر المغربية (84,4%) لا تضم أي شخص في وضعية إعاقة، مع نسبة أعلى في الوسط الحضري (86,6%) مقارنة بالوسط القروي (80%). بينما تمثل الأسر التي تضم شخصا واحدا في وضعية إعاقة 13% على المستوى الوطني، وتكون هذه النسبة أكبر في الوسط القروي (16,3%) مقارنة بالوسط الحضري (11,4%). بينما تبقى الأسر التي تضم شخصين في وضعية إعاقة قليلة (2,2%)، وتعتبر الأسر التي تضم ثلاثة أشخاص في وضعية إعاقة نادرة جدا، إذ لا تمثل سوى 0,4% من مجموع الأسر.

#### الشكل 4. توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب حجم الأسرة، والجنس، ووسط الإقامة



#### الإحصاء العام للسكان و السكنى 2024

وتختلف بنية الأسر حسب صلة قرابة الشخص في وضعية إعاقة برب الأسرة، باختلاف الجنس. فالنساء في وضعية إعاقة، سواء في الوسط الحضري أو القروي، يعشن في الغالب داخل أسرهن الخاصة، شأنهن شأن الرجال، سواء كن ربات أسر أو زوجات (52,8%). ومع ذلك، فإن الاعتماد على الوالدين في الرعاية أكثر شيوعا لدى النساء مقارنة بالرجال (17,7% مقابل 4,4%). في حين يعتنى بالرجال بدرجة أكبر من طرف أبنائهم (27,4% مقابل 18,9%). ويفسر هذا الوضع جزئيا بارتفاع نسبة النساء في وضعية إعاقة اللواتي هن عازبات أو أرامل.

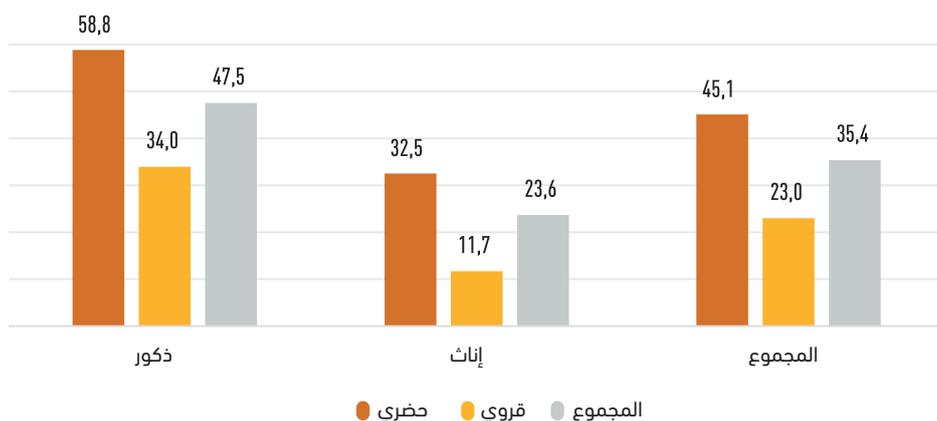
يعيش غالبية الأشخاص في وضعية إعاقة، بنسبة 56,9%، في أسرهم الخاصة، حيث يشغلون صفة رب الأسرة بنسبة 43,2% أو زوجة) رب الأسرة بنسبة 13,7%. وتأتي في المرتبة الثانية الأسر التي يرأسها الأبناء (23,1%) أو الوالدان (11,1%). بينما تعيش أقلية منهم مع الإخوة أو الأخوات (3,9%)، أو أحد الأقارب الآخرين (3%)، أو شخص بدون صلة قرابة (0,3%). وتبقى هذه الهيكلة الخاصة برعاية الأشخاص من قبل المساعدين العائليين مستقرة نسبيا بغض النظر عن وسط الإقامة، سواء كان حضريا أو قرويا.

## 3.3. الخصائص التعليمية

الرجال في وضعية إعاقة معدل محو أمية يبلغ 47,5%، وهو أعلى بكثير من معدل النساء الذي لا يتجاوز 23,6%. كما يبلغ هذا المعدل 45,1% في الوسط الحضري، مقابل 23% فقط في الوسط القروي.

يبقى معدل محو الأمية لدى الأشخاص في وضعية إعاقة بالمغرب منخفضاً بشكل عام، إذ لا تتجاوز نسبة القادرين منهم على القراءة والكتابة أو إجراء العمليات الحسابية الأساسية 35,4%، مقابل 75,2% لدى مجموع السكان. وتختلف هذه الوضعية بشكل كبير حسب الجنس ووسط الإقامة. يسجل

الشكل 5. معدل محو الأمية (%) لدى الأشخاص في وضعية إعاقة، حسب الجنس ووسط الإقامة



## الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014 و 2024

يؤكد التحليل حسب وسط الإقامة هذه التفاوتات. إذ يظهر الرجال في الوسط الحضري كأفضل وضعا من حيث التمدرس، يليهم النساء في الوسط الحضري ثم الرجال في الوسط القروي، في حين تعيش النساء القرويات في وضع أكثر تهميشا. وبشكل أدق، نجد أن 25,5% من رجال الوسط الحضري بلغوا المستوى الابتدائي، 12% للمستوى الثانوي الإعدادي، 9% للثانوي التأهيلي، وصولا إلى 4,5% للتعليم العالي. أما لدى النساء، فتبلغ هذه النسب على التوالي 15,4% و 6,3% و 4,8% و 2,5%.

لم تشهد هذه الوضعية تطورا ملموسا منذ سنة 2014، حيث كان معدل محو الأمية يبلغ حينها 32,9%، وهو ما يعكس تقدما بطيئا لا يزال دون المستوى المطلوب.

فيما يتعلق بالمستويات الدراسية، تكشف النتائج عن إقصاء تعليمي في صفوف الأشخاص في وضعية إعاقة. حيث إن ما يقرب من ثلثي هذه الفئة (67,7%) لم يبلغوا أي مستوى دراسي. وتطال هذه الوضعية النساء أكثر من الرجال (77,6% مقابل 57,8%)، بما يسلط الضوء على حرمان مزدوج ناتج عن التمييز القائم على النوع الاجتماعي والإعاقة.

الجدول 8. توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب المستوى الدراسي، ووسط الإقامة، والجنس

	قروي			حضري			مجموع		
	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور
بدون مستوى دراسي	79,0	87,9	70,4	59,0	69,9	47,4	67,8	77,6	57,8
أولي	0,8	0,4	1,2	1,5	1,0	2,0	1,2	0,8	1,6
ابتدائي	13,5	8,0	18,8	20,3	15,4	25,5	17,3	12,3	22,5
ثانوي	6,0	3,2	8,7	15,7	11,1	20,5	11,4	7,7	15,1
عالي	0,7	0,5	1,0	3,5	2,5	4,5	2,3	1,6	2,9
المجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

كما تظهر الفوارق بين الرجال والنساء بشكل جلي، حيث يسجل الرجال في وضعية إعاقة معدل نشاط يصل إلى 15.1%، مقابل 2.8% فقط لدى النساء. أما البطالة، سواء للأشخاص الذين سبق لهم العمل أم لا، فتهم الرجال (5.4%) أكثر من النساء (1.2%)، مما يعكس حضوراً ذكورياً أكبر في سوق الشغل حتى في حالات الإقصاء.

علو على ذلك، تُصنف قرابة ثلث النساء في وضعية إعاقة (30.3%) كربات بيوت، مما يؤكد استمرار الأدوار المنزلية التقليدية وضعف الاستقلال الاقتصادي لهذه الفئة من النساء.

يصبح النشاط الاقتصادي، الذي يعد عادة مرادفاً للاستقلال المالي والقدرة على تأمين النفقات المتعلقة بالرعاية أو الإعاقة أو الشيخوخة، تحدياً أكثر حرجاً عند اجتماع حالي الإعاقة والتقدم في السن. وبالنسبة لغالبية هؤلاء الأشخاص، فإن صعوبة أو استحالة الإدماج المهني، خاصة عندما تكون القيود الوظيفية كبيرة، لا تشكل فقط شكلاً من أشكال الإقصاء الاجتماعي فحسب، بل تشكل أيضاً عقبة أمام أي استقلال اقتصادي.

ويؤثر هذا الانخفاض في المشاركة في سوق العمل بشكل مباشر على المحيط العائلي، إذ يعزز غياب الدخل المنتظم من التبعية للأقارب، مما يزيد من العبء المالي والعاطفي الذي يتحمل كاهل المساعدين. وبذلك، يصبح غياب النشاط المهني للأشخاص في وضعية إعاقة، والذي يظهر بشكل خاص بين الأشخاص المسنين أو أولئك الذين يعانون من قيود وظيفية كبيرة، مؤشراً واضحاً على الضغط الاقتصادي الإضافي الذي تتحمله الأسر.

أما توزيع النشيطين المشتغلين حسب الحالة المهنية، فبيّن تركيزاً قوياً حول شكلين من أشكال التشغيل: العمل المستقل الذي يمثل 38.3%، والعمل المأجور في القطاع الخاص بنسبة 40.0%. وبشكل هذان النوعان قرابة أربعة من كل خمسة نشيطين، بينما تظل الوضعيات الأخرى هامشية، لاسيما المشغلين (1.9%) والمتعلمين (0.9%).

ويبرز التحليل حسب الجنس تقسيماً هاماً لسوق الشغل، فالرجال حاضرون بقوة في العمل المستقل (40.9%) مقارنة بالنساء (24.1%). وعلى العكس من ذلك، تتركز النساء أساساً في العمل المأجور بالقطاع الخاص (52.4% مقابل 37.7% لدى الرجال). كما يهتم العمل المأجور في القطاع العام نسبة أعلى قليلاً من النساء (12.1%) مقارنة بالرجال (9.5%). ومن جهة أخرى، تهم وضعية «مساعد عائلي» النساء (3.4%) أكثر من الرجال (1.1%). وتعد الفوارق كبيرة بين الواسطين الحضري والقروي، ففي الوسط الحضري، يهيمن العمل المأجور في القطاع الخاص

في الوسط القروي، تشير المعطيات إلى أن 18,8% من الرجال قد بلغوا المستوى الابتدائي، و6,3% الثانوي الإعدادي، و2,3% الثانوي التأهيلي، و1% التعليم العالي. في المقابل، لا تزال النساء يعانين من فجوة تهميش واسعة النطاق، إذ لا تتجاوز نسبة اللواتي بلغن المستوى الابتدائي 8%، و2,3% الثانوي الإعدادي، و0,9% الثانوي التأهيلي، و0,5% المستوى العالي.

يشكل ضعف مستوى التمدرس لدى الأشخاص في وضعية إعاقة عاملاً رئيسياً من عوامل الهشاشة، لما له من آثار مباشرة على حياتهم اليومية. وتزداد حدة هذه الهشاشة لدى النساء وفي الوسط القروي، حيث يحد انتشار الأمية وتدني المستويات التعليمية بشكل كبير من فرص الإدماج المهني، ويعزز التبعية الاقتصادية، ويزيد من هشاشة الأوضاع الاجتماعية. وعلو على التشغيل، فإن نقص التعليم يحد أيضاً من الولوج إلى المعلومة والخدمات الصحية والحقوق الاجتماعية، مما يعيق الاستقلالية الذاتية والمشاركة الفاعلة والكاملة في الحياة المجتمعية.

ترجع هذه الوضعية إلى مجموعة من الإكراهات الهيكلية، من أبرزها نقص المدارس الدامجة فعلياً، وقلة المدرسين المؤهلين للاستجابة للاحتياجات التعليمية الخاصة، وضعف ولوج البنات التحية المدرسية، وهشاشة آليات الدعم التربوي، فضلاً عن ضعف المبادرات الرامية إلى تكريس ثقافة التعلم مدى الحياة.

#### 4.3. الوضع الاقتصادي والمشاركة في سوق الشغل

تُظهر بنية نشاط الأشخاص في وضعية إعاقة سنة 2024 عن تركيز قوي في وضعيات عدم النشاط. يتم تصنيف أكثر من نصف الأشخاص في وضعية إعاقة إما كعاجز أو مريض (25.1%)، أو كشخص مسن (27.5%). وفي المقابل، تظل حصة الأشخاص في وضعية إعاقة من النشيطين المشتغلين محدودة للغاية (8.9%)، مما يؤكد الصعوبات المستمرة في الولوج إلى سوق الشغل.

ويبرز التحليل حسب وسط الإقامة اختلافات هيكلية؛ حيث ترتفع نسبة النشيطين المشتغلين في الوسط الحضري (9.4%) بشكل طفيف عنها في الوسط القروي (8.2%)، وهو ما يعكس بيئة حضرية تتيح فرصاً أكثر للشغل، حتى لو ظلت محدودة. في المقابل، يتركز في الوسط القروي جزء أكبر من الأشخاص المسنين في وضعية إعاقة (33.6% مقابل 22.8% في الوسط الحضري)، وكذا نسبة أعلى قليلاً من العجزة أو المرضى (25.9% مقابل 24.5%).

ضعف برامج التكوين المهني الملائمة، وهو ما يحد بقوة من إدماجهم رغم وجود إطار قانوني يهدف إلى تعزيز إدماجهم.

وبالإضافة إلى هذه الإكراهات، هناك استمرارية الوصمة الاجتماعية وعدم كفاية آليات المواكبة نحو التشغيل الشامل، مما يساهم في إبقاء الأشخاص في وضعية إعاقة في حالة من التهميش المهني والاقتصادي.

وتدعو هذه النتائج إلى تعزيز سياسات الإدماج المهني الملائمة لفدرات الأشخاص في وضعية إعاقة، وتطوير برامج خاصة للتمكين الاقتصادي للنساء في وضعية إعاقة، فضلاً عن تجويد عرض الخدمات الاجتماعية والصحية، خاصة في الوسط القروي ولفائدة الأشخاص المسنين.

وعلى المستوى الوطني، تمتلك أغلبية الأسر التي تضم شخصاً واحداً على الأقل في وضعية إعاقة مسكنها الخاص (77.5%). ويمثل هذا المنحى القوي نحو الملكية عاملاً من عوامل الاستقرار والأمن السكني للأسر الهشة. وفي الوسط القروي، تصل نسبة ملاك المساكن بين أسر الأشخاص في وضعية إعاقة إلى 88.4%، بينما تنخفض هذه النسبة في الوسط الحضري إلى 69.1%، حيث يشيع الكراء بنسبة 19.1%.

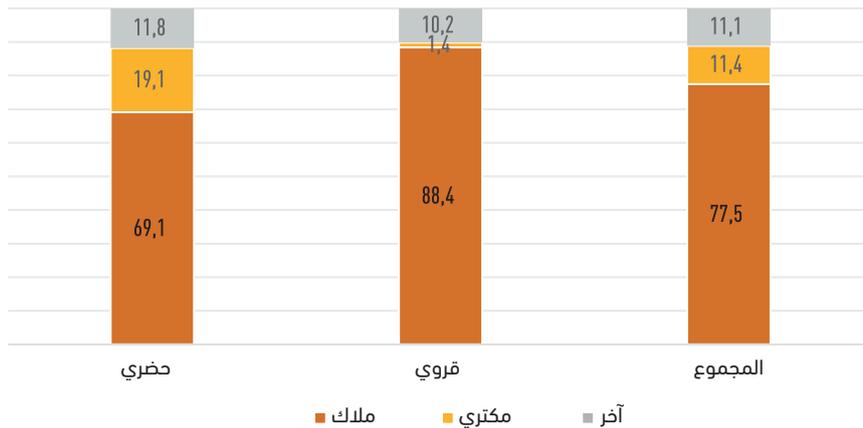
(40.5%)، يليه العمل المستقل (36.8%). كما يتطور العمل المأجور العمومي بشكل أكبر (11.2%) لارتباطه بتركيز الإدارات والخدمات. أما في الوسط القروي، فيسود العمل المستقل بشكل واسع (40.4%)، مما يعكس ثقل الأنشطة الفلاحية والحرفية، مع تسجيل وتيرة أعلى لوضعية المساعد العائلي (2.8%)، خاصة لدى النساء القرويات (14.3%)، مما يكشف عن استمرار العمل العائلي غير المؤدى عنه.

ومن المؤكد أن جزءاً كبيراً من الأشخاص في وضعية إعاقة يقع خارج سوق الشغل لأسباب موضوعية مثل التقاعد، أو التمدرس، أو التقدم في السن، أو العجز البدني أو العقلي. ومع ذلك، تظل فرص الولوج إلى الشغل للأشخاص المؤهلين للعمل معرقله بالعديد من المعوقات البنيوية، مثل نقص التعليم والتأهيل، والتمييز عند التوظيف، وغياب الولوجيات في أماكن العمل، أو

### 5.3. ظروف السكن

يشكل تحليل ظروف سكن الأشخاص في وضعية إعاقة، ومدى توفرهم على وسائل الراحة وولوجهم إلى الخدمات الأساسية كالماء والكهرباء والصرف الصحي، مؤشراً أساسياً لتقييم رفاههم العام.

### الشكل 6. توزيع الأسر التي تضم أشخاصاً في وضعية إعاقة حسب صفة حيازة المسكن



#### الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

ومن حيث حجم المساكن، تقيم أغلبية الأشخاص في وضعية إعاقة في مساكن تتكون من 2 إلى 3 غرف (66.8%). وغالباً ما تعيش الأسر المكونة من شخص واحد في غرفة واحدة (37.2%). بينما تظل المساكن الواسعة (4 غرف فأكثر) أقل شيوعاً (20.9%). ويُلاحظ أن عدد الغرف يزداد مع حجم الأسرة ولكن بشكل غير متناسب، مما يؤدي غالباً إلى كثافة سكنية عالية واكتظاظ ملحوظ، خاصة لدى الأسر المكونة من شخصين أو أكثر.

ويبرز توزيع هذه الأسر حسب نوع المسكن اختلافات ملحوظة بين الوسطين؛ ففي الوسط الحضري، تقطن أغلبية هذه الأسر في «دور مغربية» (77.2%)، تليها الشقق (15.1%)، ثم السكن غير اللائق أو دور الصفيح (3.7%)، بينما تظل الفيلات نادرة (1.7%). أما في الوسط القروي، فيقطن 62% من هذه الأسر في مساكن قروية ملائمة للظروف المحلية، و 33.7% في دور مغربية، و فقط 2.1% في سكن غير لائق.

## الجدول 9. توزيع الأسر التي تضم أشخاصاً في وضعية إعاقة (%) حسب عدد الغرف المسكونة وحجم الأسرة.

مجموع	5 أشخاص وأكثر	4 أشخاص	3 أشخاص	2 أشخاص	شخص واحد	
12,3	6,4	11,0	12,2	17,8	37,2	غرفة واحدة
34,0	30,3	37,5	37,4	37,9	31,0	2 غرف
32,8	35,6	34,4	33,3	28,5	21,4	3 غرف
12,4	15,9	10,6	10,7	9,6	6,5	4 غرف
8,5	11,8	6,4	6,4	6,2	3,9	5 غرف وأكثر
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	المجموع

## الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

وفي توفر الركن الصحي (حمام أو دوش): 66.7% بالمدن مقابل 35.6% بالقرى، مما يكشف عن ظروف صحية أقل ملاءمة في المناطق القروية. كما ينعكس هذا التفاوت في نظام صرف المياه العادمة، حيث ترتبط أغلب مساكن الأشخاص في وضعية إعاقة بالشبكة العمومية في المدن (92.1%)، بينما تعتمد الأسر القروية أساساً على الحفر المظمورة (40.8%).

تؤكد هذه النتائج على ضرورة وضع برامج هادفة إلى تحسين الولوج إلى البنيات التحتية الصحية والماء في الوسط القروي، لتعزيز راحة وسلامة واستقلالية الأشخاص في وضعية إعاقة.

يعد الولوج إلى تجهيزات الراحة عاملاً أساسياً لرفاه واستقلالية الأشخاص في وضعية إعاقة. إن تحليل العناصر الموجودة في السكن يجعل من الممكن قياس نوعية الحياة وتحديد أوجه عدم المساواة بين الوسطين الحضري والقروي.

إن المساكن التي يشغلها الأشخاص في وضعية إعاقة مجهزة في غالبيتها العظمى بالعناصر الأساسية، لاسيما المطبخ والمرحاض والكهرباء، مع تسجيل معدلات أعلى في الوسط الحضري. ومع ذلك، تظهر فوارق صارخة في الربط بالماء الصالح للشرب (96% في الوسط الحضري مقابل 50% فقط في الوسط القروي).

## الجدول 10. توزيع الأسر التي تضم أشخاصاً في وضعية إعاقة (%) حسب عناصر الراحة بالمسكن، حسب وسط الإقامة

عناصر الراحة	حضري	قروي	مجموع
مطبخ	97,6	90,5	94,5
مرحاض	99,3	90,9	95,6
قاعة ماء (حمام أو دوش)	66,7	35,6	53,0
(*) كهرباء	98,4	94,1	96,5
ماء جاري	96,1	50,3	76,0
طريقة تصريف المياه المستعملة	الشبكة العمومية	7,1	54,7
	حفرة صحية	5,4	20,9

(\*) الكهرباء تشمل: الشبكة العمومية الفردية، الشبكة العمومية المشتركة، الطاقة المتجددة والمولد الكهربائي.

## الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

تزيد من مخاطر السقوط، والأمراض المزمنة المرتبطة بظروف العيش مثل الرطوبة أو البرد وعدم إمكانية الولوج إلى شبكات المياه والكهرباء والصرف الصحي، فضلاً عن المخاطر الناتجة عن الاكتظاظ والكثافة السكانية العالية.

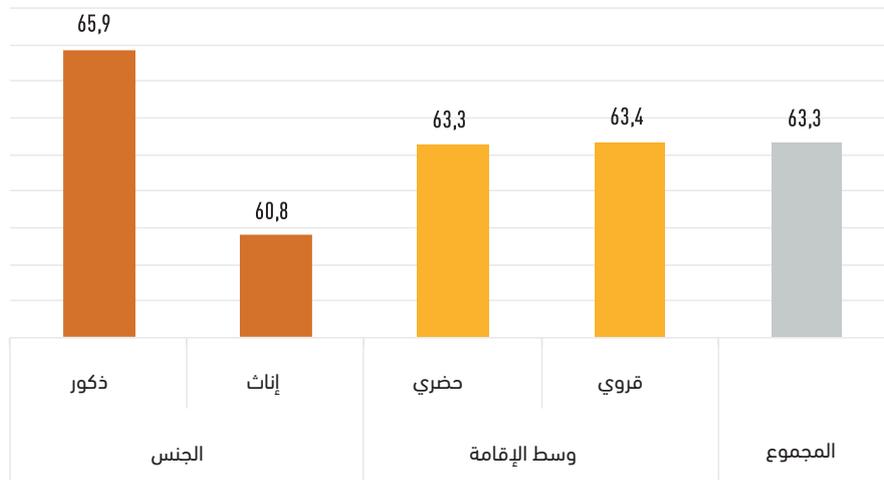
كما يسلط تحليل خصائص السكن الضوء على الصعوبات التي تواجه فئة من الأشخاص في وضعية إعاقة في الولوج إلى سكن لائق، خاصة في القرى، بالنظر إلى احتياجاتهم الخاصة. فالمساكن غير الملائمة والبيئات التي يتعذر الوصول إليها

### 6.3. الولوج إلى الصحة والخدمات الاجتماعية الأساسية الأخرى

ويمثل هذا الوضع تحسناً ملموساً مقارنة بسنة 2014، حيث استفاد 34.1% فقط من الأشخاص في وضعية إعاقة من التأمين الصحي. ويعكس هذا التطور الآثار الإيجابية للجهود التي يبذلها المغرب في إطار تعميم التغطية الصحية الشاملة، رغم الحاجة إلى تدابير إضافية لتحقيق التعميم الكامل لفائدة جميع الأشخاص في وضعية إعاقة.

يعد الولوج إلى التأمين الصحي عاملاً أساسياً لرفاه الأشخاص في وضعية إعاقة، حيث لا يقتصر دوره على التمكين من الاستفادة من الرعاية الملائمة فحسب، بل يشمل أيضاً الوقاية من الأمراض والتكفل بالاحتياجات الخاصة المتعلقة بالإعاقة. وفي سنة 2024، استفاد أكثر من ستة أشخاص من بين كل عشرة في وضعية إعاقة (63.3%) من التغطية الصحية، دون وجود فرق ملحوظ بين الوسطين الحضري والقروي. وتحظى النساء في وضعية إعاقة بتغطية أقل قليلاً من الرجال (60.8% مقابل 65.9%).

#### الشكل 7. نسبة (%) الأشخاص في وضعية إعاقة المستفيدين من التغطية الصحية حسب الجنس ووسط الإقامة.



#### الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

فهو لا تساهم فقط في تسهيل الولوج إلى الخدمات الرقمية والتعليم والشغل، بل تساعد أيضاً على تقليص العزلة الاجتماعية. ويمكن تحليل استخدام الإنترنت وامتلاك المعدات الرقمية من تسليط الضوء على الفجوة الرقمية والتفاوتات المستمرة بين هذه الفئة من السكان.

وتظهر النتائج أن الولوج إلى الإنترنت لا يزال متواضعاً، مع وجود فوارق صارخة حسب الجنس ووسط الإقامة. ففي الواقع، يستخدم 18.3% فقط من الأشخاص في وضعية إعاقة الإنترنت، وترتفع هذه النسبة في الوسط الحضري (25.4%) مقارنة بالوسط القروي (9.3%). كما يستخدم الرجال في وضعية إعاقة الإنترنت أكثر من النساء، بنسبة 20.7% مقابل 16%.

ويعتبر الهاتف المحمول الوسيلة الرقمية الأكثر انتشاراً بين الأشخاص في وضعية إعاقة، حيث يمتلكه 50.9% منهم. وفي الوسط الحضري، يمتلك 55.9% هاتفاً محمولاً مقابل 44.6%

وفيما يتعلق بأماكن الرعاية، تبين النتائج أن أغلبية الأشخاص في وضعية إعاقة يتوجهون إلى المؤسسات الطبية العمومية، التي تظل الملاذ الرئيسي لـ 68.5% منهم، مع هيمنة واضحة في الوسط القروي (71.8%) مقارنة بالوسط الحضري (66%). أما القطاع الخاص فيستقطب حوالي ربع هذه الفئة (25%)، في حين تظل الصيدليات والطب البديل أو التقليدي موارد هامشية بنسب بلغت 2.3% و 0.9% على التوالي، دون فروق واضحة بين الرجال والنساء، وأخيراً، لا تستفيد نسبة ضئيلة (3.3%) من أي علاج، وهي حالة أكثر شيوعاً في الوسط القروي (4%) منها في الوسط الحضري (2.7%). مما يبرز التفاوتات المرتبطة بوسط الإقامة.

### 7.3. الولوج إلى تكنولوجيا المعلومات والاتصال

يعد الولوج إلى التقنيات الرقمية رافعة أساسية للإدماج الاجتماعي والمعلومات والاتصالات للأشخاص ذوي الإعاقة،

تكشف هذه الأرقام عن فجوة رقمية كبيرة بين الأشخاص في وضعية إعاقة، إذ يستفيد الرجال وسكان المدن من ولوج أفضل، بينما تظل النساء وسكان المناطق القروية أكثر عرضة للإقصاء الرقمي.

في الوسط القروي، كما أن الرجال مجهزون بشكل أفضل من النساء، لا سيما في الوسط القروي (56.8% مقابل 45.1%). أما بخصوص امتلاك الحاسوب<sup>5</sup>، فتظل النسبة ضعيفة جداً، حيث لا يتعدى معدل التجهيز 1.4% لدى الأشخاص في وضعية إعاقة. وتصل هذه النسبة في الوسط الحضري إلى 2.1%، بينما تنخفض إلى 0.4% في الوسط القروي. وحسب الجنس، يصل المعدل إلى 1.8% لدى الرجال و 0.9% لدى النساء.

#### الجدول 1.1. نسبة الأشخاص في وضعية إعاقة (%) الذين يلجؤون إلى تقنيات الإعلام والتواصل الجديدة

مجموع	وسط الإقامة		الجنس		
	قروي	حضري	إناث	ذكور	
18,3	9,3	25,4	16,0	20,7	استخدام الأنترنت
50,9	44,6	55,9	45,1	56,8	حيازة الهاتف النقال
1,4	0,4	2,1	0,9	1,8	حيازة الحاسوب

الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

#### 4. التحليل الاستشراقي للإعاقة

الاكتفاء بنقطة رصد تاريخيتين لرسم المسار المستقبلي لمعدل الانتشار. بعد ذلك، يتم الاعتماد على الإسقاطات الديموغرافية (السيناريو المتوسط) التي أعدتها المندوبية السامية للتخطيط للحصول على أعداد السكان الإجمالية على المستوى الوطني وحسب وسط الإقامة حتى سنة 2050. ويتم تقدير عدد الأشخاص في وضعية إعاقة سنوياً عن طريق ضرب معدلات الانتشار المتوقعة في أعداد الساكنة المتوقعة لكل سنة<sup>6</sup>.

#### 2.4. النتائج والتحليل

##### أ- فرضية ثبات معدل الانتشار

إذا ظلت معدلات الانتشار المسجلة سنة 2024 حسب وسط الإقامة ثابتة حتى سنة 2050، فإن تطور أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة سينتج حصرياً عن التحولات الديموغرافية المتوقعة. وهكذا، على المستوى الوطني، سيرتفع عدد الأشخاص في وضعية إعاقة تدريجياً ليصل إلى 1.80 مليون في سنة 2030، ثم إلى 1.89 مليون في 2040، ليبلغ 1.96 مليون في سنة 2050. وفي الوسط الحضري، ستستمر الأعداد في الارتفاع بشكل مطرد تحت تأثير النمو الديموغرافي الحضري، لتنتقل إلى 1.06 مليون سنة 2030، و1.19 مليون سنة 2040، و1.30 مليون سنة 2050. وفي المقابل، ستعرف الأعداد في الوسط القروي انخفاضاً تدريجياً من 0.74 مليون سنة 2030 إلى 0.70 مليون سنة 2040، ثم إلى 0.66 مليون سنة 2050، ويرجع هذا الانخفاض أساساً إلى التراجع الهيكلي للساكنة القروية مع مرور الزمن.

يهدف التحليل الاستشراقي إلى توقع أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة في أفق سنة 2050 بناءً على فرضيات مختلفة. ويتيح ذلك استباق الآثار الاقتصادية والاجتماعية والصحية لساكنة يتزايد عددها رغم انخفاض معدل الانتشار.

##### 1.4. المنهجية

لتوقع أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة في أفق 2050، تعتمد المنهجية المعتمدة على تطبيق معدلات الانتشار الملاحظة حسب السن والجنس. وتتمثل هذه المقاربة أولاً في استشراف معدلات الانتشار لكل سنة ما بين 2014 و2050. وفي ظل غياب بيانات تاريخية كافية لتحديد الاتجاهات السابقة، سيتم اعتماد فرضيتين رئيسيتين:

- ثبات معدل الانتشار: تفترض هذه الفرضية أن معدل الانتشار الملاحظ في سنة 2024 سيظل دون تغيير حتى سنة 2050.
- الاتجاه التطوري لمعدل الانتشار: تأخذ هذه الفرضية بعين الاعتبار الزيادة أو النقصان في تطور معدل الانتشار حتى سنة 2050، بناءً على الاستقراء الاتجاهي لمعدل انتشار الإعاقة الملاحظ بين سنتي 2014 و2024، ويتم هذا الاستقراء وفق

مقاربتين:

o دالة خطية.

o دالة أسية معدلة، وتتميز بقدرتها على الحد من القيم الشاذة (مثل معدلات انتشار سلبية أو تتجاوز 100%) عند الاستقراء لفترات طويلة، مع

<sup>5</sup> بما في ذلك الحاسوب المحمول واللوح الإلكتروني.

<sup>6</sup> بالنسبة للصيغ (أو المعادلات) المستخدمة، يمكن الرجوع إلى الإطارات المدرجة في الملحق

**الجدول 12. تطور عدد الأشخاص في وضعية إعاقة (بالمليون) في أفق سنة 2050، حسب وسط الإقامة (فرضية الثبات)**

السنة	وطني	حضري	قروي
2024	1,748	0,979	0,769
2030	1,803	1,060	0,743
2035	1,846	1,127	0,720
2040	1,890	1,191	0,699
2045	1,931	1,250	0,681
2050	1,964	1,302	0,662

في معدل انتشار الإعاقة، ومن جهة أخرى، نمو مستمر للسكان الحضرية. وفي هذا السياق، ستتناقص أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة بالوسط الحضري بشكل طفيف ومستمر، لتنتقل من 0.98 مليون سنة 2030 إلى 0.94 مليون سنة 2040، وصولاً إلى 0.85 مليون سنة 2050. ورغم زيادة السكان الحضرية، فإن انخفاض معدل الانتشار يظل هو العامل الحاسم، مما يؤدي إلى انخفاض صافي أعداد هذه الفئة بالمدن طوال الفترة المذكورة.

وفي الوسط القروي، فالوضع مختلف، حيث يتبع معدل انتشار الإعاقة اتجاهاً خطياً تصاعدياً طفيفاً، بينما تنخفض السكان القروية بشكل ملموس في أفق 2050. ويهيمن تأثير التراجع الديموغرافي، مما يؤدي إلى انخفاض منتظم في أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة بالقرى، لتنتقل من 0.77 مليون سنة 2024 إلى 0.75 مليون سنة 2030، ثم إلى 0.73 مليون سنة 2040، لتصل إلى 0.71 مليون سنة 2050.

**ب- الطريقة الاتجاهية عن طريق الاستقرار الخطي**

وفق هذا السيناريو، تتطور معدلات الانتشار الوطنية وحسب وسط الإقامة وفقاً لاتجاه خطي تم رصده بين سنتي 2014 و2024. ويترجم هذا التطور إلى انخفاض تدريجي في خطر الإعاقة على المستوى الوطني وفي الوسط الحضري، بينما قد يُسجل ارتفاع طفيف في الوسط القروي. وتنعكس هذه الدينامية بشكل مباشر على الأعداد المتوقعة للأشخاص في وضعية إعاقة، فعلى المستوى الوطني، ستتناقص الأعداد ببطء ولكن بشكل مستمر، حيث ستنتقل من 1.75 مليون سنة 2024 إلى 1.73 مليون سنة 2030، ثم إلى 1.67 مليون سنة 2040، لتصل إلى 1.56 مليون في أفق 2050. وينتج هذا الانخفاض التدريجي عن التراجع الخطي لمعدل الانتشار الوطني، والذي يعوض جزئياً النمو الديموغرافي للبلاد.

أما في الوسط الحضري، فتنتج أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة عن تفاعل ديناميتين متضادتين: من جهة، انخفاض منتظم

**الجدول 13. تطور عدد الأشخاص في وضعية إعاقة (بالمليون) في أفق سنة 2050، حسب وسط الإقامة (الفرضية الخطية)**

السنة	وطني	حضري	قروي
2024	1,748	0,979	0,769
2030	1,731	0,976	0,755
2035	1,703	0,963	0,741
2040	1,667	0,939	0,729
2045	1,621	0,903	0,718
2050	1,561	0,854	0,707

## ج- الفرضية الأسية لتطور معدل الانتشار

أما في الوسط القروي، فسيترفع معدل الانتشار بشكل طفيف، لكن هذا الارتفاع سيتم تعويضه بشكل كبير من خلال التراجع المستمر للسكان القروية. وبذلك ستتناقص الأعداد من 0.77 مليون سنة 2024 إلى 0.76 مليون سنة 2030، ثم إلى 0.73 مليون سنة 2040، لتصل إلى 0.71 مليون سنة 2050.

فتاماً، يؤدي التطور الأسي لمعدلات الانتشار إلى انخفاض بطيء ومنتظم في أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة، وهو نتيجة لكل من التعديل التدريجي لمعدلات الإعاقة والديناميات الديموغرافية الخاصة بكل وسط إقامة.

وفقاً للفرضية الأسية، يتطور معدل انتشار الإعاقة بشكل منتظم، حيث ينخفض بشكل طفيف على المستوى الوطني وفي الوسط الحضري، بينما يرتفع تدريجياً في الوسط القروي. ويترجم هذا التطور المعتدل في انخفاض بطيء ومستمر لأعداد الأشخاص في وضعية إعاقة.

فعلى المستوى الوطني، ستتناقص الأعداد تدريجياً من 1.75 مليون سنة 2024 إلى 1.74 مليون سنة 2030، ثم إلى 1.71 مليون سنة 2040، لتصل إلى 1.65 مليون في أفق 2050. ويظل هذا الانخفاض معتدلاً، ويعكس تراجعاً طفيفاً ومستمر في معدل الانتشار الوطني، يتم تعويضه جزئياً بالنمو الديموغرافي. وفي الوسط الحضري، من المتوقع أن نشهد ارتفاعاً طفيفاً حتى سنة 2034، حيث سيصل العدد إلى نحو 0.99 مليون نسمة، لبدأ بعد ذلك انخفاض تدريجي يعود بالأعداد إلى 0.98 مليون سنة 2040، ثم إلى 0.94 مليون سنة 2050.

## الجدول 14. تطور عدد الأشخاص في وضعية إعاقة (بالمليون) في أفق سنة 2050، حسب وسط الإقامة (الفرضية الأسية)

السنة	وطني	حضري	قروي
2024	1,748	0,979	0,769
2030	1,739	0,984	0,755
2035	1,724	0,983	0,741
2040	1,706	0,976	0,730
2045	1,683	0,963	0,720
2050	1,653	0,943	0,710

إلى انخفاض أعدادهم في القرى. ويؤكد هذا التحليل على أهمية استباق وملاءمة الاحتياجات من الخدمات الاجتماعية والبنيات التحتية وسياسات الإدماج، على المستويين الوطني والمحلي، من أجل الاستجابة الفعالة للتحويلات الديموغرافية والتحديات المتعلقة بالإعاقة.

تظهر جميع السيناريوهات أن الديناميات الديموغرافية تلعب دوراً حاسماً في تطور أعداد الأشخاص في وضعية إعاقة. فحتى في حالة انخفاض معدل الانتشار أو استقراره، فإن شيخوخة السكان ونمو الساكنة الحضرية سيؤديان إلى زيادة أعداد هذه الفئة أو استقرارها في الوسط الحضري، بينما يؤدي تراجع الساكنة القروية

## خاتمة

وفي الختام، تشكل الإعاقة رهاناً رئيسياً للتنمية البشرية والتماسك الاجتماعي. وتوفر نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024 عناصر أساسية لتوجيه العمل العمومي وتعزيز التخطيط الاستراتيجي على المستويين الوطني والترابي. كما تذكر بأن التحسين المستدام لظروف عيش الأشخاص في وضعية إعاقة يمر عبر مقاربة مندمجة، دامجة وتشاركية بين مختلف القطاعات، تعبى كافة الفاعلين العموميين والجمعويين والمجتمعيين.

وعلاوة على ذلك، وبالرغم مما يوفره الإحصاء العام للسكان والسكنى من معلومات قيمة، فإنه يمكن استكماله ببحوث وطنية نوعية حول الإعاقة. إذ ستسمح هذه البحوث بفهم أعمق لطبيعة أنواع العجز، وأسبابها، وتأثيرها على الحياة اليومية، ومدى فعالية السياسات العمومية، حيث يمكن أن يشكل الإحصاء العام قاعدة معينة موثوقة لهذه البحوث، مما يضمن تمثيلية وطنية وترايبية دقيقة للأشخاص في وضعية إعاقة.

في ختام هذه التحليلات، يتضح أن الإعاقة تظل ظاهرة ذات حجم لا يستهان به في المغرب، وتتميز بتنوع أشكالها، وذلك رغم الجهود المبذولة على مدى عقود في مجال التكفل. إن إحداث مؤسسات متخصصة، وتعزيز آليات المساعدة والتأهيل، التي كانت تُعد ركائز العمل العمومي في البداية، قد تطورت تدريجياً في السنوات الأخيرة لتدمج أبعاد الكرامة وحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، تماشياً مع توجهات وتوصيات الأمم المتحدة.

وتكشف قراءة المعطيات الصادرة عن الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024 عن واقع معقد ومتعدد الأبعاد للإعاقة في بلادنا. فإذا كان معدل الانتشار الإجمالي قد عرف انخفاضاً طفيفاً خلال العقد الأخير، فإن العدد المطلق للأشخاص في وضعية إعاقة لا يزال مرتفعاً، كما أن حدة العجز تمس بشكل خاص الأشخاص المسنين والنساء والسكان القروية. وتسلط النتائج الضوء على تحسن التغطية الصحية واستقرار في أشكال العجز الأكثر حدة، ومع ذلك، لا تزال هناك فوارق قوية في الولوج إلى التعليم والشغل والسكن اللائق والبنيات التحتية الأساسية.

كما يُبين التحليل الخاص بالأشخاص الذين يعانون من عجز تام واحد على الأقل، والذين يمثلون الحالات التي تتوافق مع أخطر أشكال فقدان الاستقلالية، أن هذه الفئة مُقصاة بشكل كبير من الحياة الاقتصادية، ومعرضة بشدة للعزلة، وتعتمد في غالبيتها على التضامن العائلي. هذا الوضع، الذي يزداد حدة مع الشيخوخة التدريجية للمجتمع المغربي، يؤكد على الاستعجالية القصوى لتطوير سياسات مواكبة ملائمة، مستدامة ودامجة، تأخذ بعين الاعتبار الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والمجالية.

وعلاوة على تحليل الوضع الراهن، سعت هذه الدراسة إلى استشراف التطورات المحتملة من أجل التنبيه إلى المخاطر المرتبطة بضعف استجابة السياسات العمومية لفائدة هذه الفئة. وتُظهر الإسقاطات في أفق 2050 أنه حتى في حالة استقرار معدل الانتشار، سيظل عدد الأشخاص في وضعية إعاقة مهماً. ومع ذلك، ففي سيناريو انخفاض اتجاهي مرتبط بتحسين ظروف العيش والخدمات الصحية، يمكن للمغرب أن يسجل تراجعاً في العدد الإجمالي لهذه الفئة على المدى الطويل.

## المراجع

- المندوبية السامية للتخطيط (HCP)، الأشخاص في وضعية إعاقة بالمغرب: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، السلسلة الموضوعاتية، مديرية الإحصاء، الرباط.
- المندوبية السامية للتخطيط (HCP)، الأشخاص في وضعية إعاقة بالمغرب حسب الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2014، مديرية الإحصاء، الرباط.
- المندوبية السامية للتخطيط (HCP)، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للسكان، مذكرة حول النتائج الرئيسية، الرباط.
- الأمم المتحدة (2006)، (ONU)، مذكرة الأمين العام، أعدها وقدمها فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، بناءً على طلب لجنة الإحصاء، الدورة الثامنة والثلاثون، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، E/CN.3/2007/4.
- منظمة الصحة العالمية (2001)، (OMS)، التصنيف الدولي للإعاقة والصحة: CIF. منظمة الصحة العالمية. <https://iris.who.int/handle/10665/42418>
- منظمة الصحة العالمية (2011)، (OMS)، التقرير العالمي حول الإعاقة، منظمة الصحة العالمية / البنك الدولي.
- منظمة الصحة العالمية (2014)، (OMS)، مشروع خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإعاقة 2014-2021: بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، تقرير الأمانة العامة.
- فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة (WG)، عرض استمارات فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، كلية جامعة لندن (University of London School).

## ملحقات

## ملحق 1. الأطر المرجعية الدولية لتعريف وقياس الإعاقة

## الإطار أ 1. تعريف القصور والعجز والإعاقة، حسب التصنيف الدولي (CIH 1980)

وفقاً للتصنيف الدولي للأشخاص المعاقين (CIH)، يتم تعريف القصور، أو العجز أو الإعاقة، وهي المفاهيم الأساسية المستخدمة لتحديد فئة المعاقين، كما يلي:

- القصور (Déficiência): هو «كل فقدان أو خلل في بنية أو وظيفة سيكولوجية، فسيولوجية أو تشريحية». ويتعلق الأمر هنا بوجود نقص فيزيائي كلي أو جزئي، أو فقدان عضو ما؛ كما قد يتعلق الأمر بخلل وظيفي في الجهاز العصبي. وهكذا، فإن العمى، والصمم، وفقدان البصر في إحدى العينين، وشلل أحد الأطراف، وبتر أحد الأطراف، والقصور الذهني، وضعف البصر، وفقدان النطق أو البكم، تشكل تجليات ملموسة لحالات القصور.
- العجز (Incapacité): هو «كل انخفاض ناتج عن قصور جزئي أو كلي في القدرة على أداء نشاط ما بالطريقة أو في الحدود التي تعتبر عادية بالنسبة للإنسان». وهو ضمول كلي أو جزئي ناتج عن أي قصور كان. ويمكن أن ننسب إلى ذلك، وفقاً للأمم المتحدة، الحالات التالية على سبيل المثال: «صعوبة الإبصار، أو النطق، أو السمع، أو التنقل، أو صعود الدرج، أو القبض، أو الوصول، أو الاستحمام، أو الأكل أو القيام بالنظافة الشخصية».
- الإعاقة (Handicap): هي «وضع غير مواتٍ لفرد معين، ناتج عن قصور أو عجز يحد أو يمنع أداء دور عادي (مع الأخذ بعين الاعتبار السن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية)؛ كما ينطبق هذا المصطلح على الظروف التي قد يجد فيها الأشخاص المعاقون أنفسهم. ومن خلال الفحص المتأن لهذه المفاهيم، يتبين أن تحديد الأشخاص المعاقين يقوم من حيث المبدأ على الكشف عن حالات القصور أو العجز، مما يسمح بتصنيف الإعاقات إلى ثلاث فئات رئيسية:
- الإعاقات الحسية (Handicaps sensoriels): وهي حالات عجز ناتجة عن خلل في وظيفة البصر، أو السمع، أو النطق.
- الإعاقات الجسدية (Handicap physiques): وهي الاختلالات الملاحظة على مستوى البنية الجسدية أو الوظيفية للهيكل العظمي أو الأعضاء.
- الإعاقات الذهنية: وهي تشوهات في الجهاز العصبي، بما في ذلك الأمراض النفسية والتخلف العقلي.

المصدر: المندوبية السامية للتخطيط، 2004

## الإطار أ 2. تعريفات القصور والعجز والإعاقة، حسب التصنيف الدولي (CIF 2001)

في سياق الصحة:

- الوظائف العضوية (Les fonctions organiques): تشير إلى الوظائف الفسيولوجية للأجهزة العضوية (بما في ذلك الوظائف النفسية).
- البنيات التشريحية (Les structures anatomiques): تشير إلى الأجزاء التشريحية للجسم، مثل الأعضاء والأطراف ومكوناتها.
- حالات القصور (Les déficiences): تشير إلى مشكلات في الوظيفة العضوية أو البنية التشريحية، مثل حدوث انحراف أو فقدان كبير.
- النشاط (Une activité): يشير إلى قيام الشخص بمهمة أو عمل ما.
- المشاركة (La participation): تشير إلى انخراط الشخص في موقف من مواقف الحياة الواقعية.
- محدودية النشاط (Les limitations d'activité): تشير إلى الصعوبات التي يواجهها الفرد في تنفيذ الأنشطة.
- تقييد المشاركة (Les restrictions de participation): تشير إلى المشكلات التي قد يواجهها الفرد في انخراطه في مواقف الحياة الواقعية.
- العوامل البيئية (Les facteurs environnementaux): تشير إلى البيئة المادية والاجتماعية والمواقف السلوكية التي يعيش فيها الناس ويديرون حياتهم من خلالها.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (OMS)، 2001.

## الإطار أ 3. تعريف الإعاقة، حسب فريق واشنطن (WG 2020)

تقوم المجموعة الوجيهة من الأسئلة حول الأداء الوظيفي بتقييم ما إذا كان الشخص المستجوب يعاني من إعاقة بناءً على إجاباته عن ستة أسئلة تتعلق بصعوبات في أداء الأنشطة الأساسية التالية (والتي تسمى أيضاً «الوظائف»): الرؤية، السمع، المشي، الاعتناء بالنفس، التذكر والتواصل.

إن الأسئلة الموجهة للشخص المعني لا تطلب منه تحديد إعاقته بنفسه، بل إن إجاباته عن الأسئلة الستة هي التي تُستخدم لتحديد ما إذا كان يعاني من إعاقة أم لا (حيث يُنظر لمفهوم الإعاقة عموماً كشيء قد يحد من مشاركته). ويُعتبر الأشخاص الذين يجيبون بأنهم يواجهون «صعوبة كبيرة» أو أنهم «لا يستطيعون على الإطلاق» القيام بفعل معين، في سؤال واحد على الأقل من الأسئلة الستة، أشخاصاً في وضعية إعاقة لأغراض تصنيف البيانات، لاسيما في إطار أهداف التنمية المستدامة. هؤلاء هم الأشخاص المعرضون لخطر الإقصاء بسبب محدوديتهم الوظيفية إذا واجهوا حواجز مادية أو إخبارية أو سلوكية أو مؤسسية في بيئتهم القريبة.

وتتضمن المجموعة الوجيهة الأسئلة الستة التالية، التي تتعلق بدرجة الصعوبة التي يواجهها الفرد عند قيامه بأحد الأفعال في المجالات الستة الأساسية للأداء الوظيفي:

1. هل تواجه صعوبات في الرؤية، حتى مع ارتداء النظارات؟
2. هل تواجه صعوبات في السمع، حتى مع استخدام سماعة طبية؟
3. هل تواجه صعوبات في المشي أو صعود الدرج؟
4. هل تواجه صعوبات في تذكر بعض الأشياء أو في التركيز؟
5. هل تواجه صعوبات في الاعتناء بنفسك، كالإغتسال أو ارتداء الملابس مثلًا؟
6. هل تواجه صعوبات في التواصل بلغتك المعتادة، ك فهم الآخرين أو جعلهم يفهمونك مثلًا؟

وتتضمن كل أسئلة أربع فئات من الإجابات، تُقرأ بعد كل سؤال:

1. لا، لا أواجه أي صعوبة.
2. نعم، أواجه بعض الصعوبة.
3. نعم، أواجه صعوبة كبيرة.
4. لا أستطيع القيام بذلك على الإطلاق.

ولأسباب عديدة ولأغراض المقارنة الدولية، يُعتبر الشخص في وضعية إعاقة إذا أجاب بـ «صعوبة كبيرة» أو «لا أستطيع على الإطلاق» عن سؤال واحد على الأقل من الأسئلة الستة. وعند هذا المستوى من الصعوبة، يواجه الشخص خطر الإقصاء إذا وجدت حواجز في بيئته. وقد أظهرت نتائج اختباراتنا أن المستجوبين يتمكنون من تصور الإجابتين «صعوبة كبيرة» و«لا أستطيع على الإطلاق» بشكل أكثر اتساقاً، بغض النظر عن بلدهم أو الفئة التي ينتمون إليها. كما أن خطر عدم المشاركة يكون أعلى لدى هذه المجموعة تحديداً، بينما يختلف تأويل مفهوم «بعض الصعوبات» وتداعياته أكثر من بلد لآخر.

ومع ذلك، يمكن أيضاً إدراج الأشخاص الذين يجيبون بـ «بعض الصعوبة» في سؤال واحد أو أكثر ضمن التحليل، إذا وُجد فرق بين وضعيتهم ووضعية الأشخاص الذين أجابوا بـ «لا أواجه أي صعوبة» في الأسئلة الستة؛ حيث سيكون ذلك دليلاً على أن هؤلاء الأشخاص يواجهون بدورهم حواجز. ويتم اختيار العتبة المناسبة بناءً على النتيجة المستهدفة والحاجة إلى البيانات.

المصدر: فريق واشنطن (WG)، 2020.

<https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/TheWashingtonGroupPrimer1FR1.pdf>

## الإطار أ 4. مقارنة بين تعريفات الأشخاص في وضعية إعاقة حسب الإحصاءات العامة للسكان والسكنى بالمغرب

الإحصاء العام للسكان والسكنى	التعريف المعتمد لتحديد الأشخاص في وضعية إعاقة
1994 و 2004	كل شخص يوجد في وضع غير موافق مقارنة بشخص عادي في ممارسة نشاط ما نتيجة قصور أو عجز بدني أو ذهني. ويُعرّف القصور بأنه كل فقدان أو خلل في بنية أو وظيفة سيكولوجية أو تشريحية. وقد اعتمد التصنيف التالي لتحديد أنواع الإعاقة: • الإعاقة البدنية وتشمل: - الإعاقة الحركية: كل إعاقة ناتجة عن قصور حركي أو جمالي، كالشلل أو بتر الأطراف السفلية أو العلوية، أو التشويه الجسدي، إلخ. - الإعاقة المزمنة: كل إعاقة ناتجة عن أمراض مزمنة مثل السكري، قصور القلب، القصور الكلوي، الربو، إلخ. • الإعاقة الحسية: كل إعاقة ناتجة عن قصور سمعي، بصري، أو في النطق واللغة. • الإعاقة الذهنية: كل إعاقة ناتجة عن قصور ذهني أو نفسي.
2014 و 2024	يعتمد تعريف الأشخاص في وضعية إعاقة علي بروتوكول فريق واشنطن (WG) المستند إلى المجموعة الوجيهة من الأسئلة. وتتضمن ستة أسئلة حول درجة الصعوبة التي يواجهها الفرد عند قيامه بأحد الأفعال في المجالات الستة للأداء الوظيفي الأساسي، وهي: النظر، السمع، الحركة، التواصل، القدرة الإدراكية، والاعتناء بالذات. يتضمن كل سؤال أربع فئات من الإجابات المتدرجة، تُقرأ بعد كل سؤال: 1. لا، لا أواجه أي صعوبة. 2. نعم، أواجه بعض الصعوبة. 3. نعم، أواجه صعوبة كبيرة. 4. لا أستطيع القيام بذلك على الإطلاق.
	لأغراض المقارنة الدولية، يُعتبر الشخص في وضعية إعاقة إذا أجاب بـ «صعوبة كبيرة» أو «لا أستطيع على الإطلاق» عن سؤال واحد على الأقل من الأسئلة الستة.

المصدر: المندوبية السامية للتخطيط، 2009؛ المندوبية السامية للتخطيط، 2014.

## ملحق 2. إحصائيات العجز حسب المجالات الوظيفية ودرجة الحدة

الجدول أ1- انتشار العجز الكلي حسب المجال الوظيفي، والجنس ووسط الإقامة، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

المجال الوظيفي	مجموع		حضري		قروي	
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
النظر	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
السمع	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3
الحركة	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5
التواصل	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4
القدرة الإدراكية	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4
الاعتناء بالذات	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7

الجدول أ2- معدل انتشار العجز الكلي (%) حسب المجال الوظيفي، والفئة العمرية ووسط الإقامة، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

وسط الإقامة	الفئة العمرية	النظر	السمع	الحركة	التواصل	القدرة الإدراكية	الاعتناء بالذات
وطني	أقل من 15 سنة	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,7
	من 15 إلى 59 سنة	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 سنة فأكثر	1,0	0,6	1,8	0,5	0,7	2,1
	مجموع	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,7
حضري	أقل من 15 سنة	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,7
	من 15 إلى 59 سنة	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 سنة فأكثر	0,8	0,5	1,6	0,4	0,6	2,0
	مجموع	0,2	0,1	0,4	0,3	0,3	0,6
قروي	أقل من 15 سنة	0,1	0,1	0,3	0,4	0,3	0,7
	من 15 إلى 59 سنة	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
	60 سنة فأكثر	1,3	0,8	2,0	0,6	0,8	2,3
	Total	0,3	0,3	0,5	0,4	0,4	0,7

الجدول أ3- معدل انتشار العجز الكلي (%) حسب المجال الوظيفي، والفئة العمرية والجنس، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2024

الجنس	الفئة العمرية	النظر	السمع	الحركة	التواصل	القدرة الإدراكية	الاعتناء بالذات
مجموع	أقل من 15 سنة	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,7
	من 15 إلى 59 سنة	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 سنة فأكثر	1,0	0,6	1,8	0,5	0,7	2,1
	مجموع	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,7
ذكور	أقل من 15 سنة	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,7
	من 15 إلى 59 سنة	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4
	60 سنة فأكثر	1,0	0,6	1,5	0,5	0,6	1,8
	مجموع	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,6
إناث	أقل من 15 سنة	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,6
	من 15 إلى 59 سنة	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 سنة فأكثر	1,0	0,6	2,0	0,5	0,7	2,4
	مجموع	0,2	0,2	0,5	0,3	0,3	0,7

## ملحق 3. إحصائيات حول الإعاقة

## الجدول 4- عدد الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المجال الوظيفي، ووسط الإقامة والفئة العمرية في سنة 2024

وسط الإقامة	الفئة العمرية	النظر	السمع	الحركة	التواصل	القدرة الإدراكية	الاعتناء بالذات	أشخاص في وضعية إعاقة
مجموع	أقل من 15 سنة	41.765	21.813	55.633	74.270	62.715	114.516	188.596
	من 15 إلى 59 سنة	221.494	107.971	241.879	147.576	152.158	163.773	615.318
	60 سنة فأكثر	464.712	311.475	489.235	133.680	180.603	303.346	930.852
حضري	أقل من 15 سنة	24.285	10.535	29.519	42.371	35.636	65.655	108.384
	من 15 إلى 59 سنة	132.625	56.744	134.947	80.035	80.432	91.799	350.354
	60 سنة فأكثر	244.800	158.790	268.289	70.106	95.345	172.350	514.797
قروي	أقل من 15 سنة	17.481	11.278	26.114	31.900	27.080	48.861	80.212
	من 15 إلى 59 سنة	88.869	51.227	106.932	67.541	71.725	71.974	264.964
	60 سنة فأكثر	219.912	152.685	220.946	63.575	85.258	130.996	416.054

## الجدول 5- حصة (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المجال الوظيفي، ووسط الإقامة والفئة العمرية في سنة 2024

وسط الإقامة	الفئة العمرية	النظر	السمع	الحركة	التواصل	القدرة الإدراكية	الاعتناء بالذات	معدل انتشار الإعاقة (%)
مجموع	أقل من 15 سنة	0,4	0,2	0,6	0,8	0,6	1,2	1,9
	من 15 إلى 59 سنة	1,0	0,5	1,1	0,7	0,7	0,8	2,8
	60 سنة فأكثر	9,2	6,2	9,7	2,7	3,6	6,0	18,5
حضري	مجموع	2,0	1,2	2,2	1,0	1,1	1,6	4,8
	أقل من 15 سنة	0,4	0,2	0,5	0,7	0,6	1,2	1,9
	من 15 إلى 59 سنة	0,9	0,4	1,0	0,6	0,6	0,7	2,5
قروي	60 سنة فأكثر	7,6	5,0	8,4	2,2	3,0	5,4	16,1
	مجموع	1,8	1,0	1,9	0,8	0,9	1,4	4,2
	أقل من 15 سنة	0,4	0,3	0,7	0,8	0,7	1,2	2,0
قروي	من 15 إلى 59 سنة	1,1	0,7	1,4	0,9	0,9	0,9	3,4
	60 سنة فأكثر	12,1	8,4	12,1	3,5	4,7	7,2	22,8
	مجموع	2,4	1,6	2,6	1,2	1,4	1,9	5,6

## الجدول 6- عدد الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المجال الوظيفي، والجنس والفئة العمرية في سنة 2024

الجنس	الفئة العمرية	النظر	السمع	الحركة	التواصل	القدرة الإدراكية	الاعتناء بالذات	أشخاص في وضعية إعاقة
ذكور	أقل من 15 سنة	21.681	12.503	31.311	44.236	36.749	63.899	106.155
	من 15 إلى 59 سنة	109.925	55.681	126.490	90.600	95.339	95.105	335.405
	60 سنة فأكثر	214.819	145.690	196.045	59.699	76.266	121.361	418.158
إناث	أقل من 15 سنة	20.084	9.310	24.322	30.034	25.966	50.617	82.441
	من 15 إلى 59 سنة	111.569	52.290	115.390	56.976	56.819	68.668	279.913
	60 سنة فأكثر	249.893	165.784	293.190	73.981	104.337	181.985	512.694
مجموع	أقل من 15 سنة	41.765	21.813	55.633	74.270	62.715	114.516	188.596
	من 15 إلى 59 سنة	221.494	107.971	241.879	147.576	152.158	163.773	615.318
	60 سنة فأكثر	464.712	311.475	489.235	133.680	180.603	303.346	930.852

## الجدول 7أ- حصة (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المجال الوظيفي، والجنس والفئة العمرية في سنة 2024

الجنس	الفئة العمرية	النظر	السمع	الحركة	التواصل	القدرة الإدراكية	الاعتناء بالذات	معدل انتشار الإعاقة (%)
ذكور	أقل من 15 سنة	0,4	0,2	0,6	0,9	0,7	1,3	2,1
	من 15 إلى 59 سنة	1,0	0,5	1,2	0,8	0,9	0,9	3,1
	60 سنة فأكثر	8,8	5,9	8,0	2,4	3,1	5,0	17,1
	مجموع	1,9	1,2	1,9	1,1	1,1	1,5	4,7
إناث	أقل من 15 سنة	0,4	0,2	0,5	0,6	0,6	1,1	1,8
	من 15 إلى 59 سنة	1,0	0,5	1,0	0,5	0,5	0,6	2,5
	60 سنة فأكثر	9,7	6,4	11,4	2,9	4,1	7,1	19,9
	مجموع	2,1	1,2	2,4	0,9	1,0	1,6	4,8
مجموع	أقل من 15 سنة	0,4	0,2	0,6	0,8	0,6	1,2	1,9
	من 15 إلى 59 سنة	1,0	0,5	1,1	0,7	0,7	0,8	2,8
	60 سنة فأكثر	9,2	6,2	9,7	2,7	3,6	6,0	18,5
	مجموع	2,0	1,2	2,2	1,0	1,1	1,6	4,8

## الجدول 8أ- معدل انتشار الإعاقة (%) حسب الجهة، والجنس، ووسط الإقامة في سنة 2024

الجهات	وسط الإقامة	ذكور	إناث	مجموع
وطني	حضري	4,2	4,3	4,2
	قروي	5,6	5,6	5,6
	مجموع	4,7	4,8	4,8
طنجة - تطوان - الحسيمة	حضري	4,1	4,1	4,1
	قروي	6,4	6,3	6,4
	مجموع	4,9	4,9	4,9
الشرق	حضري	5,5	5,7	5,6
	قروي	6,4	6,3	6,3
	مجموع	5,8	5,9	5,9
فاس-مكناس	حضري	5,1	5,1	5,1
	قروي	7,0	6,9	6,9
	مجموع	5,8	5,7	5,8
الرباط - سلا - القنيطرة	حضري	4,0	4,1	4,1
	قروي	5,0	5,2	5,1
	مجموع	4,3	4,4	4,4
بني ملال - خنيفرة	حضري	4,9	5,0	4,9
	قروي	5,7	5,5	5,6
	مجموع	5,3	5,2	5,2
الدار البيضاء - سطات	حضري	3,7	4,1	3,9
	قروي	4,8	4,9	4,8
	مجموع	4,0	4,3	4,1
مراكش-آسفي	حضري	4,1	4,3	4,2
	قروي	5,3	5,1	5,2
	مجموع	4,8	4,7	4,8
درعة - تافيلالت	حضري	4,0	3,7	3,9
	قروي	5,4	5,3	5,3
	مجموع	4,9	4,7	4,8

مجموع	قروي	حضري	مجموع	قروي	حضري	مجموع	قروي	حضري	مجموع
3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
5,7	5,6	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8
4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
3,9	3,8	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
6,3	6,2	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
4,6	4,5	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
3,0	3,1	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
2,9	3,3	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
3,0	3,1	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
2,4	2,7	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
1,2	2,4	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
2,2	2,7	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9

## الجدول 9- توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب الجنس والحالة الزوجية، وحسب وسط الإقامة في سنة 2024

الحالة الزوجية	مجموع			حضري			قروي		
	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث
عازب	29,9	34,0	25,9	31,2	36,3	26,4	31,3	25,2	28,3
متزوج	47,4	59,8	35,2	44,5	57,2	32,6	62,8	38,7	51,0
مطلق	3,5	2,2	4,7	4,3	2,5	6,0	1,8	3,0	2,4
أرمل	19,2	4,0	34,2	19,9	3,9	35,0	4,0	33,1	18,3
مجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الجدول 10- توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب الفئة العمرية والجنس في سنة 2024

الفئة العمرية	مجموع			حضري			قروي		
	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث
أقل من 15 سنة	10,9	12,3	9,4	11,1	13,1	9,3	11,5	9,6	10,5
من 15 إلى 59 سنة	35,5	39,0	32,0	36,0	39,9	32,3	37,9	31,6	34,8
60 سنة فأكثر	53,7	48,6	58,6	52,9	47,0	58,4	50,6	58,8	54,7
مجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الجدول 11- توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب صلة القرابة برب الأسرة، وحسب وسط الإقامة، والجنس في سنة 2024

صلة القرابة برب الأسرة	مجموع			حضري			قروي		
	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث
رب الأسرة	43,2	59,2	27,5	43,7	57,3	30,9	61,6	22,9	42,6
زوج	13,7	1,9	25,3	12,8	2,3	22,6	1,5	28,9	14,9
ابنة / ابن	23,1	27,4	18,9	24,0	29,3	19,1	25,2	18,5	21,9
حفيدة / حفيد	1,5	1,7	1,3	1,4	1,5	1,2	1,9	1,6	1,7
أم / أب	11,1	4,4	17,7	10,2	3,7	16,3	5,2	19,6	12,2
أخت / أخ	3,9	3,6	4,2	4,1	3,8	4,3	3,3	4,0	3,7
زوجة الابن / زوج الابنة	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,0	0,4	0,2
قريب آخر	3,0	1,5	4,5	3,4	1,7	5,0	1,2	3,8	2,5
مساعد منزلي	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,1	0,0	0,0	0,0
شخص لا تربطه أي قرابة	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2
مجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الجدول 12- توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب حجم الأسرة، وحسب وسط الإقامة، والجنس في سنة 2024

حجم الأسرة	مجموع			حضري			قروي		
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
شخص واحد	4,7	10,6	7,7	4,7	10,3	7,6	4,8	10,9	7,8
2 إلى 3 أشخاص	31,5	33,6	32,5	31,5	35,1	33,4	31,4	31,6	31,5
4 إلى 5 أشخاص	35,9	29,7	32,7	39,6	32,2	35,8	31,4	26,3	28,9
6 أشخاص فأكثر	27,9	26,1	27,0	24,2	22,4	23,3	32,4	31,2	31,8
مجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الجدول 13- معدل محو الأمية لدى الأشخاص في وضعية إعاقة (%) البالغين 10 سنوات فأكثر حسب وسط الإقامة، والجنس في سنة 2024

وسط الإقامة	ذكور	إناث	مجموع
حضري	58,8	32,5	45,1
قروي	34,0	11,7	23,0
مجموع	47,5	23,6	35,4

## الجدول 14- توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المستوى الدراسي والجنس ووسط الإقامة في سنة 2024

المستوى الدراسي	مجموع			حضري			قروي		
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
بدون مستوى دراسي (بما في ذلك مرحلة الروض/المسيد/الكتاب)	57,8	77,6	67,8	47,4	69,9	59,0	70,4	87,9	79,0
تعليم أولي عصري/تقليدي	1,6	0,8	1,2	2,0	1,0	1,5	1,2	0,4	0,8
ابتدائي	22,5	12,3	17,3	25,5	15,4	20,3	18,8	8,0	13,5
ثانوي إعدادي	9,3	4,6	7,0	11,8	6,3	9,0	6,3	2,3	4,3
ثانوي تأهيلي	5,8	3,1	4,5	8,6	4,8	6,6	2,3	0,9	1,7
عالي (بما في ذلك ما بعد الثانوي غير العالي)	2,9	1,6	2,3	4,5	2,5	3,5	1,0	0,5	0,7
مجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الجدول 15- نسبة (%) الأشخاص في وضعية إعاقة البالغين 5 سنوات فأكثر والذين لديهم إمكانية الوصول إلى التكنولوجيا الرقمية حسب الجنس ووسط الإقامة في سنة 2024

نوع التكنولوجيا	مجموع			حضري			قروي		
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
استخدام الإنترنت خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة	20,7	16,0	18,3	28,3	22,6	25,4	11,5	7,0	9,3
حيازة هاتف نقال شخصي	56,8	45,1	50,9	59,8	52,3	55,9	53,3	35,5	44,6
حيازة جهاز حاسوب شخصي (بما في ذلك الحاسوب المحمول أو لوحة إلكترونية)	1,8	0,9	1,4	2,9	1,4	2,1	0,5	0,3	0,4

## الجدول 16- توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة (%) حسب نوع النشاط، الجنس، ووسط الإقامة في سنة 2024

نوع النشاط	مجموع			حضري			قروي		
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
نشط مشغول	15,1	2,8	8,9	15,4	3,9	9,4	14,8	1,3	8,2
عاطل لم يسبق له العمل	1,3	0,5	0,9	1,5	0,7	1,1	1,0	0,2	0,7
عاطل سبق له العمل	4,1	0,7	2,4	4,5	1,1	2,7	3,6	0,2	2,0
ربة بيت	-	30,3	15,3	-	30,8	15,9	-	29,6	14,5
تلميذ أو طالب	6,3	4,9	5,6	6,9	5,3	6,1	5,5	4,5	5,0
ملاك	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
متقاعد	9,8	1,4	5,6	14,8	2,3	8,4	3,7	0,2	2,0
عاجز وأمرريض	31,2	19,1	25,1	30,3	19,1	24,5	32,2	19,2	25,9
شخص مسن	22,0	33,0	27,5	15,7	29,5	22,8	29,6	37,7	33,6
طفل	6,4	5,2	5,8	6,7	5,0	5,8	6,1	5,3	5,7
غير نشيط آخر	3,7	2,0	2,8	4,0	2,3	3,1	3,2	1,7	2,5
مجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الجدول 17- توزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة النشيطين المشتغلين البالغين من العمر 15 سنة فأكثر حسب الوضعية المهنية، الجنس ووسط الإقامة في سنة 2024

الوضعية المهنية	مجموع			حضري			قروي		
	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع
مشغل	2,0	1,1	1,9	2,4	1,1	2,1	1,5	1,1	1,5
مستقل	40,9	24,1	38,3	40,5	23,0	36,8	41,4	28,5	40,4
مستأجر في القطاع العام	9,5	12,1	9,9	10,6	13,4	11,2	8,2	6,9	8,1
مستأجر في القطاع الخاص	37,7	52,4	40,0	36,8	54,5	40,5	38,9	44,3	39,3
مساعد عائلي	1,1	3,4	1,5	0,5	0,7	0,6	1,9	14,3	2,8
متعلم	1,0	0,5	0,9	1,2	0,5	1,1	0,8	0,5	0,8
متعاون/شريك	2,5	1,4	2,3	2,9	1,4	2,6	2,0	1,2	1,9
آخر	5,2	5,0	5,2	5,1	5,4	5,1	5,3	3,2	5,2
مجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## الجدول 18- توزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب نوع المسكن ووسط الإقامة في سنة 2024

نوع المسكن	حضري	قروي	المجموع
فيلا/ طابق فيلا	1,7	0,3	1,1
شقة	15,1	0,5	8,7
منزل مغربي	77,2	33,7	58,1
منزل بدائي أو صفيحي	3,7	2,1	3,0
مسكن قروي	1,4	62,0	28,0
آخر	0,9	1,4	1,1
المجموع	100,0	100,0	100,0

## الجدول 19- توزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب عناصر الراحة التي يتوفر عليها المسكن في سنة 2024

عناصر الراحة	حضري	قروي	المجموع
مطبخ	97,6	90,5	94,5
مراحيض	99,3	90,9	95,6
قاعة ماء (حمام أو دوش)	66,7	35,6	53,0
(*) كهرباء	98,4	94,1	96,5
ماء جاري	96,1	50,3	76,0
طريقة تصريف المياه المستعملة	92,1	7,1	54,7
شبكة العمومية	5,4	40,8	20,9
حفرة صحية			

(\*) الكهرباء تشمل : الشبكة العمومية الفردية، الشبكة العمومية المشتركة، الطاقة المتجددة والمولد الكهربائي.

## الجدول 20- توزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب صفة حيازة المسكن في سنة 2024

صفة حيازة السكن	حضري	قروي	المجموع
ملاك	69,1	88,4	77,5
مكتري	19,1	1,4	11,4
آخر	11,8	10,2	11,1
المجموع	100,0	100,0	100,0

## الجدول 21- نسبة (%) الأشخاص في وضعية إعاقة المتوفرين على تأمين صحي في سنة 2024

وسط الإقامة	حضري	قروي	المجموع
حضري	66,0	60,7	63,3
قروي	65,7	60,9	63,4
مجموع	65,9	60,8	63,3

## الجدول 22- توزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب نوع التأمين الصحي، الجنس، ووسط الإقامة في سنة 2024

مجموع	وسط الإقامة		نوع التأمين	مجموع
	إناث	ذكور		
59,2	57,0	61,7	نظام CNSS/CNOPS	حضري
1,0	0,9	1,1	نظام خاص	
3,0	2,8	3,2	نظام آخر (داخلي، استثنائي، إلخ)	
36,7	39,3	34,0	بدون أي نظام	
100,0	100,0	100,0	مجموع	
62,2	59,9	64,5	نظام CNSS/CNOPS	قروي
0,3	0,3	0,4	نظام خاص	
0,8	0,7	0,9	نظام آخر (داخلي، استثنائي، إلخ)	
36,6	39,1	34,3	بدون أي نظام	
100,0	100,0	100,0	مجموع	
60,5	58,2	62,9	نظام CNSS/CNOPS	مجموع
0,7	0,7	0,8	نظام خاص	
2,0	1,9	2,2	نظام آخر (داخلي، استثنائي، إلخ)	
36,7	39,2	34,1	بدون أي نظام	
100,0	100,0	100,0	مجموع	

## الجدول 23- توزيع (%) الأشخاص في وضعية إعاقة حسب مكان تلقي العلاجات، والجنس، ووسط الإقامة في سنة 2024

مجموع	وسط الإقامة		الجنس		
	قروي	حضري	إناث	ذكور	
68,5	71,8	66,0	67,9	69,1	مؤسسة طبية / شبه طبية عامة / تعاضدية
25,0	21,6	27,7	26,3	23,7	مؤسسة طبية / شبه طبية خاصة
2,3	1,6	2,8	2,2	2,4	صيدلية / شبه الصيدلية
0,9	1,0	0,8	0,8	0,9	الطب البديل / التقليدي
3,3	4,0	2,7	2,7	3,9	لا يتلقى أي علاج
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	مجموع

## ملحق 4. منهجية ونتائج إسقاطات عدد الأشخاص في وضعية إعاقة في أفق سنة 2050

## الإطار 5. منهجية الاستقراء الخطي

المعطيات:

T : السنوات المستهدفة من 2025 إلى 2050.

• PH (2014) : معدل انتشار الإعاقة في سنة 2014.

• PH (2024) : معدل انتشار الإعاقة في سنة 2024.

• PH (T) : معدل انتشار الإعاقة في سنة T.

• P (T) : العدد المتوقع للسكان المغاربة في سنة T.

• EPSH (T) : العدد المتوقع للأشخاص في وضعية إعاقة في سنة T.

يتم تقدير معدل انتشار الإعاقة في السنة T من خلال:

$$(PH(t) = PH(2024) - (2024-T)/(2024-2014) * (PH(2024) - PH(2014)))$$

يقدر عدد الأشخاص في وضعية إعاقة في السنة T على النحو التالي:

$$(EPSH(T) = P(T) * PH(T))$$

## الإطار أ 6. منهجية الاستقراء الأسي

المعطيات :

- T : السنوات المستهدفة من 2025 إلى 2050.
- PH (2014) : معدل انتشار الإعاقة في سنة 2014.
- PH (2024) : معدل انتشار الإعاقة في سنة 2024.
- PH (T) : معدل انتشار الإعاقة في سنة T.
- P (T) : العدد المتوقع للسكان المغاربة في سنة T.
- EPSH (T) : العدد المتوقع للأشخاص في وضعية إعاقة في سنة T.

في حال حدوث زيادة في معدل انتشار الإعاقة بين سنتي 2014 و2024، فإنه:

يتم تقدير معدل انتشار الإعاقة في السنة T من خلال :  

$$PH(T) = 1 - \frac{(1 - PH(2014)) * (1 - PH(2024))^{(T-2014)}}{(1 - PH(2014))^{(2024-2014)}}$$

يقدر عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في السنة T على النحو التالي :  

$$EPSH(T) = P(T) * PH(T)$$

في حال انخفاض معدل انتشار الإعاقة بين عامي 2014 و2024، فإن :

يتم تقدير معدل انتشار الإعاقة في السنة T من خلال :  

$$PH(T) = PH(2014) * \frac{PH(2024)}{PH(2014)}^{(T-2014)}$$

يقدر عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في السنة T على النحو التالي :  

$$EPSH(T) = P(T) * PH(T)$$

## الجدول أ 24. معدلات انتشار الإعاقة المتوقعة حسب الفرضية ووسط الإقامة

الاستقراء الأسي المعدل			الاستقراء الخطي			سنوات
قروي	حضري	وطني	قروي	حضري	وطني	
5,6	4,2	4,8	5,6	4,2	4,8	2024
5,7	3,9	4,6	5,7	3,9	4,6	2030
5,9	3,5	4,3	5,8	3,3	4,3	2040
6,0	3,1	4,0	6,0	2,8	3,9	2050

## الجدول أ 25. الأعداد المتوقعة للأشخاص في وضعية إعاقة حسب الفرضية ووسط الإقامة

الاستقراء الأسي المعدل			الاستقراء الخطي			الثابت			سنوات
قروي	حضري	وطني	قروي	حضري	وطني	قروي	حضري	وطني	
769.097	979.209	1.748.306	769.097	979.209	1.748.306	769.097	979.209	1.748.306	2024
755.064	983.997	1.739.060	754.753	975.993	1.730.746	742.991	1.060.200	1.803.191	2030
729.856	976.170	1.706.026	728.575	938.742	1.667.317	699.064	1.190.996	1.890.060	2040
709.907	942.702	1.652.609	707.148	854.155	1.561.303	661.752	1.302.417	1.964.168	2050

المملكة المغربية



المنذوبية السامية للتخطيط

+٠٥٤٤٠٤٤+ +٠٤٠++٠٦+ | ١٥٢٤٤٠  
HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN