

المملكة المغربية



المنذوبة السامية للتخطيط

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴰⵎⴰⵔⵜ | ⵙⵔⴰⵎⵉⵜ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵓⵙ

HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU MAROC

Analyse issue du RGPH de 2024

MARS 2026

En partenariat avec
UNFPA - Maroc



SOMMAIRE

SYNTHÈSE	05
INTRODUCTION	06
1. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	07
1.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	07
1.2. CADRE CONCEPTUEL DE RÉFÉRENCE POUR LE HANDICAP	07
1.3. CONCEPTS, INDICATEURS ET MESURES	07
1.4. DÉMARCHE D'ANALYSE	08
2. INCAPACITÉ PAR DOMAINE ET DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ, AMPLEUR ET PRÉVALENCE	08
2.1. INCAPACITÉS PAR DOMAINE ET DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ	08
2.2. PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ PAR DOMAINE	10
2.3. INCAPACITÉ TOTALE PAR DOMAINE	11
2.4. PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ TOTALE PAR DOMAINE	11
3. ANALYSE DU HANDICAP	13
3.1. AMPLEUR, PRÉVALENCE ET ÉVOLUTION	14
3.2. PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET FAMILIAL	16
3.3. PROFIL ÉDUCATIF	19
3.4. SITUATION ÉCONOMIQUE ET PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL	20
3.5. CONDITIONS D'HABITAT ET ACCÈS AUX SERVICES DE BASE	21
3.6. ACCÈS À LA SANTÉ ET AUTRES SERVICES SOCIAUX DE BASE	23
3.7. ACCÈS AUX TIC	24
4. ANALYSE PROSPECTIVE DU HANDICAP	25
4.1. MÉTHODOLOGIE	25
4.2. RÉSULTATS ET ANALYSE	25
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXES	30

Liste des tableaux

Tableau 1. <u>Évolution du nombre de personnes souffrant d'incapacité, par domaine fonctionnel et degré de sévérité</u>	09
Tableau 2. <u>Prévalence de l'incapacité (toutes sévérités) par domaine fonctionnel, selon le sexe et le milieu de résidence</u>	10
Tableau 3. <u>Évolution du nombre de personnes souffrant d'incapacité totale</u>	11
Tableau 4. <u>Prévalence de l'incapacité totale (%) par domaine fonctionnel, selon le sexe et le milieu de résidence</u>	12
Tableau 5. <u>Prévalence de l'incapacité totale (%) par domaine fonctionnel, selon le groupe d'âge</u>	13
Tableau 6. <u>Évolution des effectifs et de la distribution (%) des PSH par sexe et milieu entre 2014 et 2024</u>	14
Tableau 7. <u>Prévalence du handicap (%) par région, selon le milieu de résidence et le sexe, RGPH 2024</u>	16
Tableau 8. <u>Distribution des PSH (%) selon le niveau scolaire, par milieu de résidence et sexe</u>	20
Tableau 9. <u>Répartition des ménages avec PSH en (%) selon le nombre de pièces occupées et la taille du ménage</u>	22
Tableau 10. <u>Répartition des ménages avec PSH selon l'accès aux service de base</u>	23
Tableau 11. <u>Proportion des PSH (%) qui ont accès aux NTIC par type, selon le milieu de résidence et le sexe</u>	25
Tableau 12. <u>Évolution de l'effectif (millions) des PSH à l'horizon 2050, par milieu de résidence (constance)</u>	26
Tableau 13. <u>Évolution de l'effectif (millions) des PSH à l'horizon 2050, par milieu de résidence (linéarité)</u>	26
Tableau 14. <u>Évolution de l'effectif (millions) des PSH à l'horizon 2050, par milieu de résidence (exponentiel)</u>	27

Liste des figures

Figure 1. <u>Prévalence du handicap (%) par sexe, milieu de résidence et groupe d'âge, RGPH 2024</u>	15
Figure 2. <u>Distribution des PSH (%) par groupe d'âges selon le sexe et le milieu de résidence, RGPH 2024</u>	17
Figure 3. <u>Distribution (%) des PSH par état matrimonial, selon le sexe et le milieu de résidence, RGPH 2024</u>	17
Figure 4. <u>Distribution des PSH (%) selon la taille du ménage et le sexe, par milieu de résidence, RGPH 2024</u>	18
Figure 5. <u>Taux d'alphabétisation (%) des PSH, par sexe et milieu de résidence, RGPH 2024</u>	19
Figure 6. <u>Répartition (%) des ménages avec PSH selon le statut d'occupation du logement, RGPH 2024</u>	22
Figure 7. <u>Part (%) des PSH disposant d'une assurance maladie par sexe et milieu de résidence, RGPH 2024</u>	24

Synthèse

Depuis l'indépendance, la question du handicap a progressivement gagné en importance dans les politiques publiques au Maroc. Cette attention s'est traduite par la création d'institutions spécialisées et par la mise en œuvre de politiques publiques visant spécifiquement la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

L'analyse du handicap à partir des données du RGPH 2024 montre que les efforts menés par le Maroc ont permis des avancées notables en matière de couverture médicale, d'accès à l'éducation, aux services et au logement. Ces progrès, certes positifs, masquent toutefois une évolution contrastée, caractérisée par la persistance de fortes inégalités selon l'âge, le sexe et le milieu de résidence. En 2024, le pays compte 1,73 million de personnes en situation de handicap, soit une prévalence de 4,8%, en recul par rapport à 2014 (5,1%). Cette diminution résulte principalement de la baisse observée en milieu urbain, tandis que la prévalence demeure stable voire en légère augmentation dans les zones rurales, particulièrement chez les femmes.

La majorité des personnes en situation de handicap vivent principalement au sein de leur famille, qui constitue le principal dispositif de soutien. Cette organisation familiale, tout en assurant un accompagnement quotidien et la solidarité, met également en évidence la dépendance des personnes handicapées vis-à-vis de leurs proches et la nécessité de développer des services et dispositifs adaptés pour renforcer leur autonomie.

Sur le plan social, les personnes en situation de handicap font face à une exclusion éducative : près des deux tiers (67,7%) n'ont aucun niveau scolaire. Les femmes et les populations rurales sont particulièrement défavorisées, avec de faibles niveaux d'alphabétisation et une exclusion scolaire importante. Cette situation éducative, en plus des obstacles physiques et des discriminations, restreint les possibilités d'insertion professionnelle et économique : seulement 8,9% sont occupées. Les personnes en situation de handicap qui travaillent se concentrent dans le secteur privé et le travail indépendant.

L'analyse des conditions de vie des personnes en situation de handicap révèle des contrastes

importants. Si la propriété du logement est majoritaire, l'accès aux infrastructures de base demeure inégal, surtout en milieu rural où l'accès à l'eau courante, à l'assainissement et aux équipements sanitaires reste faible. En revanche, l'accès aux services de santé s'est sensiblement amélioré au cours des dernières années, sous l'effet de l'extension de la couverture médicale, qui concerne désormais 63,3% des personnes en situation de handicap. Néanmoins, des disparités notables persistent selon le sexe et le milieu de résidence, limitant l'égalité d'accès aux soins.

Au sein de l'ensemble des personnes en situation de handicap, l'identification des personnes présentant au moins une incapacité totale permet de mettre en évidence les situations les plus critiques de perte d'autonomie. Les résultats montrent que ces situations restent relativement limitées en proportion, représentant 1,1% de la population, soit près d'un demi-million de personnes en 2024. Cette proportion est restée globalement stable au cours de la dernière décennie. Les personnes âgées constituent la moitié des cas, avec une prévalence plus élevée chez les femmes et en milieu rural. Si plusieurs domaines présentent une tendance générale à l'amélioration, la mobilité demeure un point de fragilité majeur, accentuant la dépendance et limitant l'autonomie des personnes concernées.

L'examen des perspectives démographiques à l'horizon 2050 montre que, selon l'hypothèse retenue, l'effectif des personnes en situation de handicap oscillerait entre 1,6 et 2 millions de personnes. Dans un scénario favorable marqué par la poursuite de l'amélioration des conditions sanitaires et sociales, la tendance serait à une baisse progressive. Toutefois, le vieillissement démographique continuera de peser fortement sur l'évolution du handicap.

Le RGPH constitue un outil statistique central pour orienter la planification des politiques publiques en matière de handicap, en offrant une vision nationale et territoriale du phénomène. Il gagnerait toutefois à être complété par des enquêtes spécifiques permettant d'approfondir la connaissance des incapacités, d'évaluer l'efficacité des dispositifs existants et d'adapter plus finement les interventions publiques aux besoins des personnes concernées. Le RGPH peut, également, servir de base d'échantillonnage fiable pour ces enquêtes, garantissant une représentativité nationale et territoriale appropriée.

Introduction

Le Maroc accorde une importance particulière à la question du handicap, en la plaçant au cœur de ces politiques sociales. Dès l'indépendance, l'État a créé des institutions dédiées pour accompagner les personnes en situation de handicap, notamment l'Entraide Nationale, suivie dans les années 1990 du Haut-Commissariat aux personnes handicapées, devenu en 1998 le Secrétariat d'État chargé des Handicapés.

Par ailleurs, le cadre institutionnel s'est renforcé par l'ouverture du Centre National Mohammed VI des Handicapés en 2006, qui a été décentralisé par la création progressive de centres régionaux pour renforcer l'accès aux services et garantir l'équité territoriale. Ainsi, l'attention accordée de manière croissante par l'État aux personnes en situation de handicap, marque une étape importante dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques en faveur de leur inclusion et de leur autonomisation.

Dans le but d'assurer le suivi des performances de l'action de l'État dans ce domaine, le système d'information nationale sur le handicap s'est progressivement amélioré. En effet, c'est lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1994 que le Maroc a mis en place un dispositif national de production statistique sur le handicap. Cette incitative a été renouvelée dans les recensements qui ont suivi (2004, 2014 et 2024), en intégrant de manière systématique un module spécifique sur le handicap. Cette démarche a permis d'assurer un suivi régulier de l'ampleur du handicap et de ses principales caractéristiques sociodémographiques. En complément, l'Enquête Nationale sur le Handicap, réalisée par le département en charge de la solidarité, a enrichi cette base de données par des informations qualitatives et structurelles relatives notamment à l'accès aux soins, à l'éducation, à l'emploi et aux services sociaux.

Si le recensement de 2014 a constitué une référence pour l'analyse des disparités territoriales et l'identification des obstacles à l'inclusion sociale et économique des personnes en situation de handicap, celui de 2024 vient actualiser et approfondir ces connaissances, en offrant une lecture renouvelée des évolutions récentes du handicap à la lumière des transformations démographiques, sociales et territoriales, et en fournissant des éléments essentiels pour l'orientation des politiques publiques en matière d'inclusion.

Cette évolution que connaît le Maroc s'inscrit dans la même tendance que celle observée à l'échelle internationale. En 2023, près de 1,3 milliard de personnes, soit 16% de la population mondiale, vivaient avec un handicap¹, un chiffre en hausse en raison du vieillissement démographique et de l'augmentation des maladies chroniques. Cette situation fait du handicap un enjeu majeur des politiques de développement, en raison des obstacles persistants qui freinent l'inclusion sociale, économique et citoyenne des personnes concernées.

Face à ces défis, la communauté internationale a renforcé son cadre juridique en matière de handicap, notamment avec l'adoption en 2006 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui consacre la dignité, l'égalité des chances et l'inclusion. En ratifiant cette convention et son protocole facultatif en 2009, le Maroc a affirmé son engagement à aligner ses politiques publiques sur ces normes internationales et à promouvoir la participation pleine et égale des personnes en situation de handicap (PSH).

Dans ce contexte, la présente étude offre une analyse multidimensionnelle du handicap au Maroc, en s'appuyant sur les données du RGPH 2024. Elle examine l'ampleur du phénomène, la prévalence et les principales caractéristiques sociodémographiques des personnes en situation de handicap, tout en évaluant leurs conditions de vie et leur insertion sociale. L'analyse met également en lumière les disparités territoriales et de genre, qui demeurent marquées entre milieu urbain et rural ainsi qu'entre régions. Enfin, une section prospective explore les trajectoires possibles du handicap à l'horizon 2050, en s'appuyant sur différents scénarios construits à partir des prévalences observées et des projections démographiques récentes.

À travers cette étude, le HCP ambitionne de fournir aux pouvoirs publics, aux acteurs institutionnels et aux partenaires du développement des éléments factuels pour anticiper les besoins futurs des PSH et donc renforcer la conception des politiques publiques appropriées pour garantir leur inclusion socioéconomique.

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

1. Approche méthodologique de l'étude

1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est de produire des analyses actualisées et approfondies à partir des données du RGPH 2024, afin de mieux appréhender les dynamiques relatives aux conditions de vie des personnes en situation de handicap, d'en analyser les évolutions et les déterminants, et d'anticiper leurs besoins futurs en matière de services sociaux et d'infrastructures adaptées, en vue d'éclairer et de renforcer la planification et l'efficacité des politiques publiques. Plus spécifiquement, la présente étude a pour objectifs de :

- Dresser le profil démographique, socio-économique et sanitaire des PSH à partir des données du RGPH 2024, en proposant une lecture transversale selon l'âge, le genre et le territoire ;
- Identifier les principaux facteurs de vulnérabilité, d'exclusion sociale et d'inégalités affectant cette population, en analysant leur évolution dans le temps et, par ricochet, de mettre en lumière les facteurs de protection ;
- Proposer une analyse prospective des tendances démographiques à l'horizon 2050, afin de permettre l'anticipation des besoins futurs des PSH en matière de services sociaux et d'infrastructures adaptées.

1.2 Cadre conceptuel de référence pour le handicap

Depuis la Classification Internationale des Handicaps (CIH)² de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980, conçue pour décrire les conséquences des maladies, des progrès significatifs ont été réalisés dans la conceptualisation du handicap. En 2001, le Groupe de Washington sur les Statistiques du Handicap (WG), au sein de la Commission de statistique de l'ONU, a proposé un protocole visant à mesurer le handicap de manière plus précise. Ce protocole s'appuie sur le cadre conceptuel de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) élaborée par l'OMS en 2001.

Pour la définition et la mesure du handicap au Maroc, le Haut-Commissariat au Plan s'appuie sur ce cadre conceptuel depuis le RGPH de 2004. Le protocole retenu repose sur une série de six questions brèves permettant d'évaluer le degré d'incapacité d'un individu dans six domaines fondamentaux du fonctionnement, à savoir la vision, l'audition, la mobilité, les fonctions cognitives, l'entretien personnel et la communication.

Chaque question est assortie de quatre modalités de réponse, permettant de qualifier l'intensité de l'incapacité selon l'échelle suivante : 1-Non, pas du tout (aucune incapacité) ; 2-Oui, un peu (incapacité légère) ; 3-Oui, beaucoup (grande incapacité) ; et 4-Je n'y parviens pas du tout (incapacité totale).

À des fins de comparabilité internationale, le Groupe de Washington (WG) adopte une définition restreinte du handicap. Ainsi, est considérée comme personne en situation de handicap toute personne déclarant « Oui, beaucoup » ou « Je n'y parviens pas du tout » (soit les catégories 3 et 4) à au moins l'une des six questions portant sur les domaines fonctionnels.

1.3 Concepts, indicateurs et mesures

Au Maroc, la collecte de données sur le handicap remonte au recensement de 1994, mais la mise en œuvre effective du cadre du Groupe de Washington (WG) n'a eu lieu qu'à l'occasion des RGPH de 2014 et 2024. Lors de ces recensements, le HCP a consacré un module complet à la collecte d'informations sur les difficultés à réaliser des activités, à travers les six questions basées sur l'approche du WG. Ce module comprend également deux questions complémentaires, notamment, le type de structure de soins utilisée par les PSH pour recevoir des soins de santé et l'accès à la couverture médicale. Les réponses prévues dans le RGPH distinguent trois degrés de sévérité de la difficulté ou de l'incapacité à savoir : un peu, beaucoup et incapacité totale. La présente étude adopte plusieurs niveaux d'analyse :

- Premier niveau : personnes présentant une difficulté ou une incapacité par domaine fonctionnel. Cette catégorie regroupe toute personne ayant déclaré au moins une difficulté dans l'un des six domaines fonctionnels, quel que soit le degré de sévérité déclaré.
- Deuxième niveau : personnes présentant une incapacité totale dans un des domaines fonctionnels. Il s'agit des personnes enquêtées ayant indiqué « n'y parvient pas du tout » dans un des domaines fonctionnels.
- Troisième niveau : personnes en situation de handicap (PSH). Cette catégorie englobe toute personne ayant déclaré « beaucoup de difficultés » ou « n'y parvient pas du tout » dans au moins un des six domaines fonctionnels.

² Encadré A1 en Annexe

1.4 Démarche d'analyse

La présente étude vise à analyser les caractéristiques démographiques et sociales des PSH au Maroc, en mettant en évidence les enjeux liés à leur santé, à leur protection sociale, à leur inclusion économique et à leurs conditions de logement. Elle cherche également à identifier les principaux facteurs de vulnérabilité, d'exclusion et d'inégalités en examinant leurs caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, notamment le sexe, l'âge, le milieu de résidence et la région.

2. Incapacité par domaine et degré de sévérité, ampleur et prévalence

Cette section traite des incapacités au Maroc selon le degré de sévérité, le domaine fonctionnel, le sexe et le milieu de résidence. Elle compare également les données de 2024 à celles de 2014, afin d'évaluer l'évolution des limitations fonctionnelles sur une période de dix ans.

2.1 Incapacités par domaine et degré de sévérité

Les données du RGPH 2024 révèlent une augmentation significative du nombre de personnes déclarant des difficultés dans leurs activités quotidiennes³ par rapport à 2014. Cette progression s'explique principalement par une hausse des limitations légères, étant donné que les situations les plus sévères restent relativement stables. L'analyse par domaine fonctionnel par rapport à 2014 donne les évolutions suivantes :

- **Vision** : une augmentation du nombre de personnes déclarant des difficultés de 2,5 millions à 4,06 millions, soit 61%, correspondant à la plus forte hausse en effectifs absolus. La progression est quasi exclusivement due aux difficultés légères (81,2%). Les grandes difficultés (7,4%) et les incapacités totales (0,9%) restent relativement stables.
- **Audition** : une augmentation du nombre de personnes déclarant des difficultés de 1,2 millions à 2,1 millions, soit 76,2% au total, avec une hausse très marquée des difficultés légères (111%). Les incapacités totales progressent également (18%), bien que plus modérément. Les grandes difficultés augmentent faiblement (7,7%).
- **Mobilité** : on observe une augmentation de l'effectif de 1,64 à 2,43 millions (47,9%), soit la plus faible hausse relative parmi les domaines. On note une forte augmentation des difficultés légères (107,8%) et un recul des grandes difficultés (-7,7%) et des incapacités totales (-7,8%).

A ce propos, l'étude analysera plusieurs dimensions des PSH, notamment leurs caractéristiques familiales, l'accès aux soins et à la couverture médicale, l'alphabétisation et le niveau d'éducation, l'activité économique, les conditions de logement et l'accès aux technologies numériques (internet, téléphone, ordinateur).

- **Communication** : les effectifs ont presque doublé, passant de 0,507 à 0,973 million, soit une augmentation de 92,0%. On note une très forte progression des difficultés légères (222%) et une augmentation modérée des grandes difficultés (15,3%) et des incapacités totales (7,6%).
- **Fonctions cognitives** : le nombre de personnes concernées augmente de 0,830 à 1,387 million (67,2%) au total. Là également on note une forte hausse des difficultés légères (142,9%) et une baisse des grandes difficultés (-9,7%) et une légère hausse des incapacités totales (4,8%).
- **Entretien personnel** : les effectifs passent de 0,768 à 1,337 million (74,2%) avec une progression très élevée des difficultés légères (194,9%), alors que les grandes difficultés et les incapacités totales ont augmenté modérément avec respectivement 13,6% et 13,9%.

Entre 2014 et 2024, le nombre de personnes déclarant des difficultés fonctionnelles a fortement augmenté dans l'ensemble des domaines, avec des hausses allant de près de 50% pour la mobilité à plus de 90% pour la communication. Cette progression ne saurait être interprétée comme une dégradation de l'état de santé de la population, mais s'explique principalement par l'amélioration de l'accès au diagnostic, une meilleure reconnaissance sociale du handicap ainsi qu'une déclaration plus fréquente des difficultés fonctionnelles, y compris à des stades légers ou modérés.

Le vieillissement rapide de la population constitue le principal moteur de cette évolution, en particulier pour les troubles visuels, auditifs, cognitifs et les limitations de mobilité. Parallèlement, la transition épidémiologique, marquée par la montée des maladies chroniques et des séquelles d'affections ou

³ A noter que ces chiffres ne sont pas cumulables puisqu'une personne peut avoir une ou plusieurs incapacités fonctionnelles.

d'accidents, contribue à l'augmentation des limitations fonctionnelles. Les difficultés de communication enregistrent la plus forte hausse relative, en lien avec une meilleure identification des troubles du langage et des atteintes neurologiques, notamment chez les enfants et les personnes âgées.

Ces évolutions sont également renforcées par une amélioration de l'accès au diagnostic, une meilleure

reconnaissance sociale du handicap et une déclaration plus fréquente des difficultés, y compris à des stades légers ou modérés. Globalement, les résultats reflètent une transformation structurelle du profil sanitaire et démographique du Maroc, appelant au renforcement des politiques de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge des limitations fonctionnelles, en particulier celles liées au vieillissement et à la perte d'autonomie.

Tableau 1. Évolution du nombre de personnes souffrant d'incapacité, par domaine fonctionnel et degré de sévérité, RGPH 2014 et 2024

Domaine	Années	Difficulté légère	Grande difficulté	Incapacité totale	Total
Vision	2014	1 840 292	606 336	75 864	2 522 492
	2024	3 334 522	651 407	76 565	4 062 494
	Variation (%)	81,2	7,4	0,9	61,1
Audition	2014	778 550	347 386	56 745	1 182 681
	2024	1 642 948	374 273	66 985	2 084 207
	Variation (%)	111,0	7,7	18,0	76,2
Mobilité	2014	791 779	679 073	173 251	1 644 103
	2024	1 645 401	626 996	159 752	2 432 148
	Variation (%)	107,8	-7,7	-7,8	47,9
Communication	2014	191 779	215 707	99 275	506 761
	2024	617 571	248 698	106 828	973 097
	Variation (%)	222,0	15,3	7,6	92,0
Cognition	2014	408 051	319 772	101 779	829 602
	2024	991 239	288 813	106 663	1 386 715
	Variation (%)	142,9	-9,7	4,8	67,2
Entretien personnel	2014	256 271	302 543	209 038	767 852
	2024	755 717	343 583	238 052	1 337 352
	Variation (%)	194,9	13,6	13,9	74,2

Source : RGPH 2014 et 2024

2.2 Prévalence de l'incapacité par domaine

Cette section est consacrée à l'analyse des prévalences de l'incapacité⁴. Au niveau national, l'examen des prévalences de l'incapacité selon les domaines fonctionnels, le sexe et le milieu de résidence révèle des disparités qui sont le reflet des conditions de santé et de vulnérabilité de la population marocaine.

L'analyse comparative des six domaines fonctionnels, en 2024, met en évidence une hiérarchie claire des prévalences au niveau national. Les incapacités liées à la vision sont les plus répandues avec 11,1%, suivies de celles affectant la mobilité (6,7%) et l'audition (5,7%). Les troubles cognitifs (3,8%), les difficultés d'entretien personnel (3,7%) et les problèmes de communication (2,7%) affichent des prévalences plus faibles, mais restent néanmoins significatives. La prédominance des déficiences visuelles, motrices et auditives s'inscrit logiquement dans le contexte du vieillissement de la population, de la progression des maladies chroniques et de la persistance de conditions de vie et de travail contraignantes.

Le milieu de résidence constitue un facteur déterminant de la prévalence des incapacités. Quel que soit le domaine fonctionnel considéré,

les personnes vivant en milieu rural enregistrent systématiquement des niveaux d'incapacité plus élevés que leurs homologues Les citoyens. Les écarts sont particulièrement prononcés pour la vision (12,7% en milieu rural contre 10,2% en milieu urbain), l'audition (7,1% contre 4,9%) et la mobilité (8,1% contre 5,8%). Ces disparités indiquent à la fois une plus forte exposition aux conditions de travail pénibles, un accès plus limité aux soins spécialisés et la persistance d'inégalités sanitaires structurelles au détriment du milieu rural.

Par ailleurs, la combinaison des facteurs liés au genre, notamment la plus grande longévité des femmes, la charge physique et domestique accrue et l'accès parfois plus limité aux soins, et de ceux liés au milieu de résidence, tels que l'insuffisance des infrastructures sanitaires, les contraintes économiques et la pénibilité des conditions de vie, contribue à amplifier les risques d'incapacité.

L'analyse croisée du sexe et du milieu de résidence met en évidence une vulnérabilité cumulative chez les femmes rurales. Ces dernières enregistrent systématiquement les prévalences les plus élevées dans l'ensemble des domaines fonctionnels, atteignant notamment 13,2% pour la vision, 9,1% pour la mobilité et 7,5% pour l'audition.

Tableau 2. Prévalence de l'incapacité (toutes sévérités) par domaine fonctionnel, selon le sexe et le milieu de résidence (en %)

Domaine	Sexe	National			Urbain			Rural		
		Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Visuel		10,3	11,9	11,1	9,2	11,2	10,2	12,1	13,2	12,7
Auditif		5,4	6,0	5,7	4,6	5,1	4,9	6,8	7,5	7,1
Propre à la mobilité		5,8	7,5	6,7	5,0	6,6	5,8	7,2	9,1	8,1
Communication		2,7	2,7	2,7	2,3	2,2	2,2	3,3	3,5	3,4
Cognitif		3,6	4,0	3,8	3,0	3,3	3,1	4,7	5,1	4,9
Entretien personnel		3,4	4,0	3,7	2,9	3,4	3,2	4,1	4,9	4,5

Source : RGPH 2024

Ces constats plaident en faveur du renforcement des politiques de prévention, de dépistage précoce et d'accompagnement adapté, avec une attention particulière portée aux populations rurales et aux

femmes, afin de réduire les inégalités et d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des personnes en situation d'incapacité.

⁴ La prévalence de l'incapacité est définie comme la proportion de la population présentant au moins une difficulté fonctionnelle dans un domaine donné

2.3 Incapacité totale par domaine

L'analyse des niveaux de sévérité révèle que les incapacités totales sont, de loin, les moins répandues par rapport aux incapacités légères ou grandes, et ce indépendamment du domaine fonctionnel, du sexe ou du milieu de résidence. Cette situation s'explique par le caractère relativement rare de ces incapacités, mais surtout par leur gravité, dans la mesure où elles entraînent une perte importante, voire totale, d'autonomie chez les personnes concernées.

Selon le RGPH 2024, parmi l'ensemble des domaines fonctionnels, les incapacités totales liées à l'entretien personnel arrivent en tête avec 238 052 personnes. Elles sont suivies par les incapacités totales de mobilité, qui concernent 159 752 personnes, puis par les incapacités liées à la communication (106 828 personnes) et aux fonctions cognitives (106 663 personnes). Les incapacités sensorielles restent relativement moins fréquentes, avec 76 565 personnes pour la vision et 66 985 personnes pour l'audition.

Tableau 3. Évolution du nombre de personnes souffrant d'incapacité totale

Domaine	2014	2024	Variation (%)
Entretien Personnel	209 038	238 052	13,9
Mobilité	173 251	159 752	-7,8
Cognition	101 779	106 663	4,8
Communication	99 275	106 828	7,6
Vision	75 864	76 565	0,9
Audition	56 745	66 985	18,0

Source : RGPH 2014 et 2024

L'analyse de l'évolution du nombre de personnes souffrant d'une incapacité totale entre les recensements de 2014 et 2024 met en évidence des dynamiques différentes selon les domaines fonctionnels. Globalement, si certaines formes d'incapacité totale connaissent une progression sensible, d'autres demeurent stables ou enregistrent un recul.

Les incapacités totales liées à l'entretien personnel restent les plus fréquentes et ont affiché une hausse importante sur la période avec 13,9%, ce qui traduit une aggravation des situations de perte sévère d'autonomie nécessitant un accompagnement quotidien renforcé. A l'inverse, les incapacités totales affectant la mobilité ont connu une baisse (-7,8%). Cette diminution pourrait refléter des progrès relatifs en matière de prévention, de prise en charge médicale ou d'accessibilité.

Les incapacités totales touchant les fonctions cognitives et la communication ont enregistré des hausses modérées avec 4,8% et 7,6% respectivement, ce qui reste cohérent avec le vieillissement démographique et la prévalence accrue de certaines pathologies chroniques.

S'agissant des incapacités sensorielles, la situation apparaît contrastée. Les incapacités totales liées à la vision demeurent globalement stables, avec une légère augmentation de 0,9%. En revanche, les incapacités totales liées à l'audition ont connu une forte hausse, avec 18,0%.

Dans l'ensemble, ces évolutions confirment que les incapacités totales, bien que moins fréquentes que les formes légères ou de grande difficulté, connaissent des transformations significatives selon les domaines fonctionnels. Elles posent des défis majeurs en matière de prise en charge spécialisée, d'adaptation des services sociaux et de renforcement des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap.

2.4 Prévalence de l'incapacité totale par domaine

La mesure de la prévalence des incapacités totales constitue un indicateur essentiel pour apprécier le niveau de risque de perte complète d'autonomie au sein de la population. Contrairement aux formes légères ou grandes, les incapacités totales traduisent des limitations profondes et durables qui compromettent

fortement la capacité des personnes à accomplir seules les activités de la vie quotidienne. Leur analyse permet non seulement d'identifier les domaines fonctionnels les plus à risque, mais aussi d'orienter la planification des politiques publiques, l'allocation des ressources sociales et sanitaires, ainsi que le développement de services spécialisés et d'infrastructures adaptées. Le suivi de leur évolution dans le temps, à travers les recensements de 2014 et 2024, offre ainsi un éclairage précieux sur les transformations des besoins en matière de prise en charge, dans un contexte marqué par le vieillissement démographique et la progression des maladies chroniques.

Si les niveaux de prévalence demeurent globalement faibles (moins de 1% au niveau national), confirmant le caractère relativement rare mais particulièrement grave de ce type d'incapacité, ils représentent néanmoins près de 500.000 personnes à l'échelle nationale.

Selon le domaine fonctionnel, l'incapacité totale liée à l'entretien personnel est la plus répandue, avec une prévalence de 0,65%, suivie des incapacités de mobilité (0,44%). Les incapacités totales de nature cognitive et de communication présentent des niveaux similaires, chacun à 0,29%. Les incapacités sensorielles sont relativement moins fréquentes, avec 0,21% pour la vision et 0,18% pour l'audition.

Les écarts selon le sexe restent globalement modérés. Les femmes présentent une prévalence légèrement plus élevée pour les incapacités totales liées à l'entretien personnel (0,66% contre 0,64% chez les hommes) et à la mobilité (0,47% contre 0,41% respectivement). En revanche, les hommes sont davantage touchés par les incapacités cognitives (0,32% contre 0,27% respectivement) et de communication (0,33% contre 0,26%). Les incapacités visuelles et auditives affichent des niveaux très proches entre les deux sexes, autour de 0,2%.

Les écarts les plus marqués apparaissent selon le milieu de résidence. Pour l'ensemble des domaines fonctionnels, la prévalence de l'incapacité totale est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. L'écart est particulièrement notable pour l'entretien personnel (0,74% en rural contre 0,60% en urbain), la mobilité (0,50% contre 0,40%), ainsi que les incapacités cognitives et de communication (respectivement 0,35% et 0,36% en rural, contre 0,26% et 0,25% en urbain). Les incapacités visuelles et auditives suivent la même tendance, avec des niveaux plus élevés à la campagne (0,26% et 0,25% respectivement) qu'en ville (0,18% et 0,14%).

Tableau 4. Prévalence de l'incapacité totale (en %) par domaine fonctionnel, selon le sexe et le milieu de résidence

Domaine	Sexe		Milieu de résidence		National
	Masculin	Féminin	Urbain	Rural	
Entretien personnel	0,64	0,66	0,60	0,74	0,65
Mobilité	0,41	0,47	0,40	0,50	0,44
Cognitif	0,32	0,27	0,26	0,35	0,29
Communication	0,33	0,26	0,25	0,36	0,29
Visuel	0,22	0,20	0,18	0,26	0,21
Auditif	0,18	0,18	0,14	0,25	0,18

Source : RGPH 2024

Dans l'ensemble, ce tableau montre que si les incapacités totales restent peu fréquentes, elles se concentrent davantage dans certains domaines, notamment l'entretien personnel et la mobilité. Les différences selon le sexe sont relativement limitées,

tandis que les inégalités territoriales apparaissent plus prononcées, au détriment du milieu rural, ce qui souligne l'importance de politiques ciblées visant à réduire les disparités d'accès aux soins, aux services spécialisés et aux dispositifs d'accompagnement.

L'incapacité totale est fortement liée à l'âge. En effet, quel que soit le domaine fonctionnel, la prévalence de l'incapacité totale est nettement plus élevée chez les personnes âgées. Les niveaux les plus importants concernent l'entretien personnel, avec une prévalence de 2,09% chez les 60 ans ou plus, soit plus de trois fois la moyenne nationale (0,65%). Les incapacités totales liées à la mobilité atteignent 1,78% dans ce groupe d'âge, contre seulement 0,44% au niveau national. Les incapacités sensorielles et cognitives suivent la même tendance avec 1,01% pour la vision, 0,60% pour l'audition, et 0,67% pour les incapacités cognitives chez les 60 ans ou plus, confirmant l'impact du vieillissement sur les capacités fonctionnelles.

Chez les adultes âgés de 15 à 59 ans, les prévalences demeurent faibles pour l'ensemble des domaines fonctionnels. Elles varient entre 0,10% et 0,31%, avec les niveaux les plus élevés observés pour l'entretien personnel (0,31%) et la communication (0,23%). Ces résultats traduisent un risque relativement limité d'incapacité totale à ces âges, souvent lié à des pathologies spécifiques, des accidents ou à des situations de handicap sévère préexistant.

Chez les moins de 15 ans, la prévalence de l'incapacité totale reste globalement faible, mais certains domaines se distinguent. Les incapacités totales liées à l'entretien personnel (0,69%) et à la communication (0,34%) sont relativement plus élevées que chez les adultes, reflétant la présence de handicaps congénitaux ou de troubles du développement.

Tableau 5. Prévalence de l'incapacité totale (en %) par domaine fonctionnel, selon le groupe d'âge

Domaine	Groupe d'âge			National
	Moins de 15 ans	15-59 ans	60 ans ou plus	
Entretien personnel	0,69	0,31	2,09	0,65
Mobilité	0,23	0,22	1,78	0,44
Cognitif	0,30	0,20	0,67	0,29
Communication	0,34	0,23	0,48	0,29
Visuel	0,05	0,10	1,01	0,21
Auditif	0,07	0,14	0,60	0,18

Source : RGPH 2024

3. Analyse du handicap

Les analyses précédentes ont permis d'examiner les incapacités fonctionnelles selon leur degré de sévérité, en distinguant entre les formes légères, grandes et totales, avec un focus sur les incapacités totales, qui représentent les situations les plus critiques en termes de perte d'autonomie. Ces approches offrent une lecture fine de l'intensité des limitations fonctionnelles et mettent en évidence des profils différenciés selon l'âge, le sexe, le milieu de résidence et les domaines fonctionnels.

Toutefois, l'analyse du handicap, défini comme la situation d'une personne présentant une incapacité grande ou totale dans au moins un des domaines fonctionnels (vision, audition, mobilité, communication, cognition ou entretien personnel), permet de dépasser une lecture strictement graduelle de la sévérité pour adopter une approche

intégrée et opérationnelle. Cette définition englobe l'ensemble des situations où les limitations fonctionnelles sont suffisamment importantes pour restreindre durablement la participation sociale, l'autonomie et l'accès aux services essentiels.

L'intérêt d'examiner le handicap selon cette définition réside d'abord dans sa pertinence analytique et décisionnelle. Elle permet d'identifier une population exposée à un risque élevé de dépendance, d'exclusion sociale et de vulnérabilité économique, sans se limiter aux seules incapacités totales, numériquement plus rares. En intégrant les grandes incapacités, cette approche rend mieux compte de la réalité vécue par les personnes concernées et de leurs besoins concrets en matière de soins, d'accompagnement, d'accessibilité et de protection sociale.

En outre, cette définition du handicap assure une cohérence avec les cadres conceptuels internationaux, notamment ceux fondés sur la participation et le fonctionnement, tout en facilitant la comparaison des résultats et l'orientation des politiques publiques. Elle constitue ainsi un cadre analytique pertinent pour apprécier l'ampleur du handicap, analyser ses déterminants sociodémographiques et territoriaux, et éclairer la mise en œuvre de stratégies inclusives adaptées aux formes de limitations fonctionnelles correspondant aux grandes difficultés et aux incapacités totales.

3.1 Ampleur, prévalence et évolution

Entre 2014 et 2024, le nombre total de PSH est passé de 1,703 million de personnes à 1,734 million, soit une augmentation de près de 31,3 mille personnes (1,8%). Cette progression dénote une certaine stabilité du phénomène, malgré les transformations démographiques observées sur la période.

En milieu urbain, les effectifs de PSH ont connu une légère baisse de -0,1%, passant de 0,976 millions en 2014 à 0,973 en 2024. En revanche, le milieu rural enregistre une augmentation notable, avec des effectifs passant de 0,728 à 0,761 million de personnes, soit une hausse de 33.400 personnes (4,8%). Cette évolution se traduit par un rééquilibrage de la distribution territoriale des PSH. La part du milieu urbain recule de 57,3% à 56,1%, tandis que celle du milieu rural progresse de 42,7% à 43,9%.

La distribution des PSH selon le sexe demeure globalement inchangée sur la période. Les hommes représentent 49,6% des PSH en 2024 contre 49,5% en 2014, et les femmes constituent 50,4% en 2024 contre 50,5% dix ans plus tôt. En termes d'effectifs, le nombre de PSH masculins est passé de 0,843 million à 0,860 million et celui des femmes de 0,860million à 0,875million.

Tableau 6. Évolution des effectifs et de la distribution (%) des PSH par sexe et milieu de résidence entre 2014 et 2024

	Urbain	Rural	Total	Masculin	Féminin	Total
Effectifs						
2024	973.535	761.230	1.734.766	859.718	875.048	1.734.766
2014	975.591	727.833	1.703.424	843.459	859.965	1.703.424
Distribution (en %)						
2024	56,1	43,9	100,0	49,6	50,4	100,0
2014	57,3	42,7	100,0	49,5	50,5	100,0

Source : RGPH 2014 et 2024

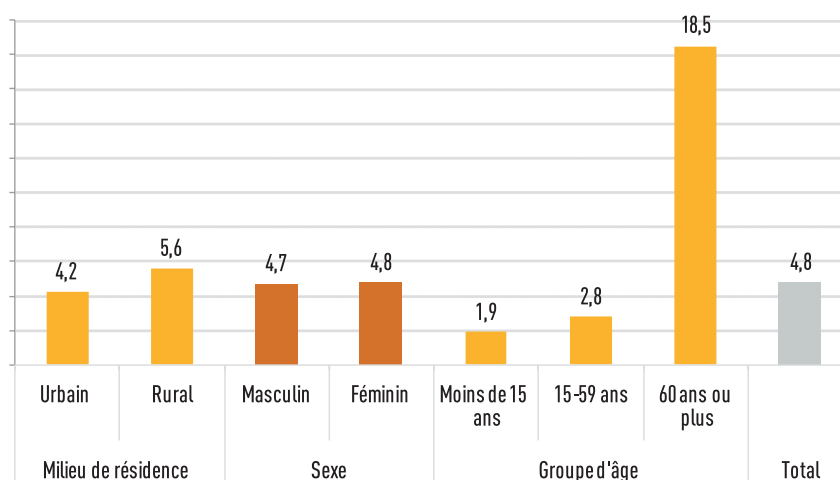
La prévalence du handicap au niveau national s'établit à 4,8% en 2024 contre 5,1% en 2014, soit une légère diminution de 0,3 point. Cette baisse suggère une amélioration relative de l'état fonctionnel global de la population ou un meilleur accès à la prévention et aux soins pour certaines formes d'incapacité. Toutefois, en dépit de cette diminution de la prévalence, le nombre de personnes concernées a augmenté d'environ 31 342 individus, en raison de la croissance globale de la population.

Les écarts entre milieux urbain et rural restent marqués. En milieu urbain, la prévalence a baissé de 4,8% à 4,2%, soit un recul de 0,6 point, ce qui peut refléter des conditions de vie plus favorables et un meilleur accès aux services de santé et d'accompagnement. En revanche, en milieu rural, la prévalence est restée stable autour de 5,6%, indiquant que le handicap continue de toucher proportionnellement davantage la population rurale, probablement en lien avec des facteurs socio-économiques, l'accès limité aux soins spécialisés et les conditions de vie plus difficiles.

Force est de constater qu'indépendamment du sexe, la prévalence du handicap augmente de manière marquée avec l'avancée en âge. À l'échelle nationale, elle s'établit à 1,9% chez les enfants de moins de 15 ans, s'élève à 2,8% parmi la population âgée de 15 à 59 ans, pour atteindre 18,5% chez les personnes de 60 ans ou plus. Ainsi, près d'une personne âgée sur cinq vit avec un handicap, mettant en évidence l'effet déterminant du vieillissement démographique sur la dégradation des capacités fonctionnelles.

Si, au niveau global, aucun écart notable n'est observé entre hommes et femmes, des différences apparaissent à partir des âges élevés. En effet, chez les 60 ans et plus, la prévalence est plus importante chez les femmes (19,9%) que chez les hommes (17,1%). Cette situation s'explique notamment par la plus grande longévité des femmes et leur exposition prolongée aux risques de perte d'autonomie.

Figure 1. Prévalence du handicap (%) par sexe, milieu de résidence et groupe d'âge



Source : RGPH 2024

La prévalence du handicap varie sensiblement d'une région à l'autre. Les niveaux les plus élevés sont observés dans les régions de l'Oriental (5,9%), Fès-Meknès (5,8%), Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (4,9%), Marrakech-Safi (4,8%) et Drâa-Tafilalet (4,8%). À l'inverse, les prévalences les plus faibles concernent les régions du Sud, notamment Dakhla-Oued Ed-Dahab (2,2%) et Laâyoune-Sakia El Hamra (3,0%).

Selon le milieu de résidence, on note que dans presque toutes les régions, la prévalence du handicap est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, confirmant les inégalités territoriales observées au niveau national. Les écarts sont particulièrement marqués dans des régions comme Guelmim-Oued Noun (6,3% en milieu rural contre 3,9% en milieu urbain), Tanger-

Tétouan-Al Hoceïma (6,4% contre 4,1%) et Fès-Meknès (6,9% contre 5,1%). À l'exception des régions de Laâyoune-Sakia El Hamra et Dakhla-Oued Ed-Dahab, où les niveaux sont globalement faibles et les écarts limités, le milieu rural apparaît systématiquement plus exposé.

Au niveau régional, aucune différence notable entre les sexes n'est observée, les écarts se situant généralement entre 0,2 et 0,3 point. Certaines régions présentent une légère prédominance féminine, comme l'Oriental et Casablanca-Settat, tandis que d'autres affichent une prévalence légèrement plus élevée chez les hommes, à l'instar de Béni Mellal-Khénifra et Marrakech-Safi.

Tableau 7.Prévalence du handicap (%) par région, selon le milieu de résidence et le sexe

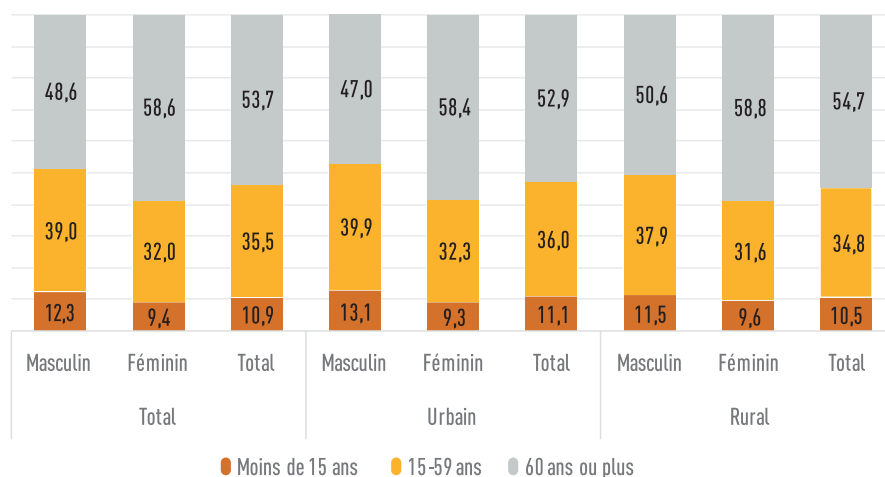
Régions	Milieu de résidence		sexe		Total
	Urbain	Rural	Masculin	Féminin	
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	4,1	6,4	4,9	4,9	4,9
Oriental	5,6	6,3	5,8	5,9	5,9
Fès-Meknès	5,1	6,9	5,8	5,7	5,8
Rabat-Salé-Kénitra	4,1	5,1	4,3	4,4	4,4
Béni Mellal-Khénifra	4,9	5,6	5,3	5,2	5,2
Casablanca-Settat	3,9	4,8	4,0	4,3	4,1
Marrakech-Safi	4,2	5,2	4,8	4,7	4,8
Drâa-Tafilalet	3,9	5,3	4,9	4,7	4,8
Souss-Massa	3,7	5,7	4,5	4,5	4,5
Guelmim-Oued Noun	3,9	6,3	4,7	4,5	4,6
Laâyoune-Sakia El Hamra	3,0	2,9	2,9	3,1	3,0
Dakhla-Oued Ed-Dahab	2,4	1,2	1,9	2,7	2,2
National	4,2	5,6	4,7	4,8	4,8

Source : RGPH 2024

3.2 Profil démographique et familial

Au niveau national, plus de la moitié des personnes en situation de handicap sont âgées de 60 ans ou plus (53,7%), confirmant le lien étroit entre handicap et avancée en âge. Cette proportion est nettement plus élevée chez les femmes (58,6%) que chez les hommes (48,6%), traduisant l'effet combiné de la longévité féminine et de la dégradation progressive des capacités fonctionnelles avec l'âge. Les adultes âgés de 15 à 59 ans représentent 35,5% de l'ensemble, avec une part plus importante chez les hommes (39%) que chez les femmes (32%), tandis que les enfants de moins de 15 ans constituent une part relativement limitée (10,9%), légèrement plus élevée chez les garçons (12,3%) que chez les filles (9,4%).

Quel que soit le milieu de résidence, les personnes âgées constituent la majorité des personnes en situation de handicap. Cette concentration est légèrement plus élevée en milieu rural (54,7%) qu'en milieu urbain (52,9%), avec une surreprésentation marquée des femmes âgées dans les deux milieux. Les 15-59 ans représentent un peu plus du tiers des personnes concernées, tandis que les moins de 15 ans demeurent minoritaires, avec une part légèrement plus élevée en milieu urbain.

Figure 2. Structure par âge des PSH (%) selon le sexe et le milieu de résidence

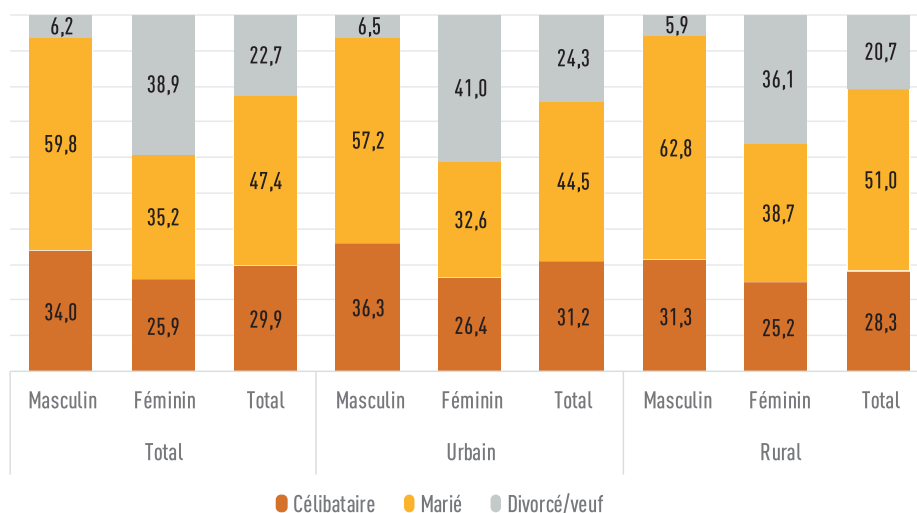
Source : RGPH 2024

Entre 2014 et 2024, la structure par âge des personnes en situation de handicap s'est nettement vieillie, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La part des personnes âgées de 60 ans ou plus a fortement progressé, passant de 46,5% à 53,7%. Parallèlement, la proportion des moins de 15 ans a connu une légère hausse, de 7,9% à 10,9%, tandis que celle des 15-59 ans a reculé de manière significative, passant de 45,6% à 35,5%, et ce dans les deux milieux de résidence. Autrement dit, la diminution observée de la prévalence du handicap au Maroc a concerné principalement la population adulte, en particulier en milieu urbain, alors que le vieillissement démographique continue de renforcer le poids du handicap aux âges avancés.

Au niveau national, la situation matrimoniale dominante est le mariage (47,4%), mais cette moyenne masque d'importants écarts selon le sexe.

Près de six hommes sur dix (59,8%) sont mariés, contre seulement 35,2% des femmes. A l'inverse, les situations de divorce et de veuvage concernent une proportion très élevée de femmes (38,9%), contre 6,2% seulement chez les hommes, traduisant une plus grande vulnérabilité des femmes en situation de handicap. Le célibat concerne près de 30% de l'ensemble, avec une fréquence plus élevée chez les hommes (34%) que chez les femmes (25,9%).

La situation matrimoniale des personnes en situation de handicap varie sensiblement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, les PSH sont plus nombreuses à être célibataires avec 31,2% (contre 28,3% en rural), veuves 19,9% (contre 18,3% en milieu rural) ou divorcées 4,3% (contre 2,4% en milieu rural). A l'inverse, la proportion de PSH mariées est plus élevée en zone rurale (51%) qu'en zone urbaine (44,5%).

Figure 3. Distribution (%) des PSH par état matrimonial, selon le sexe et le milieu de résidence

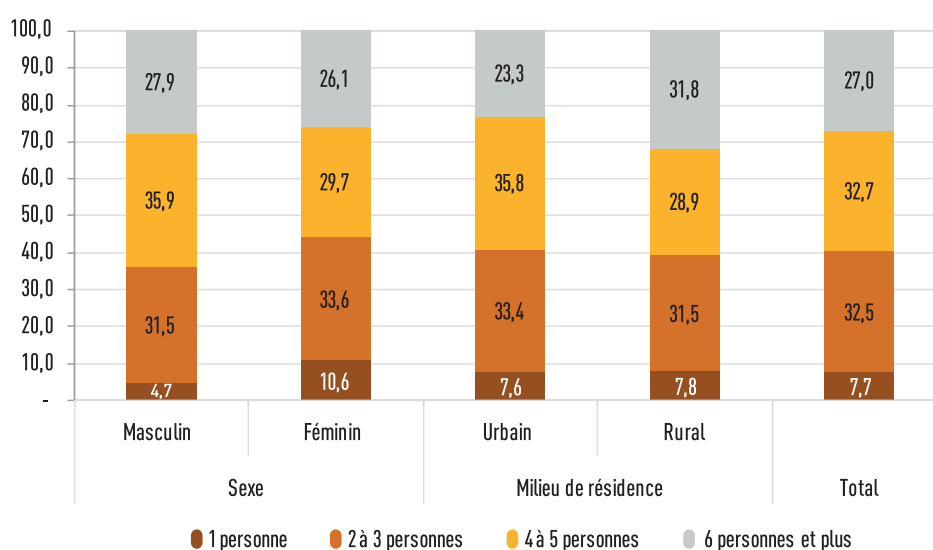
Source : RGPH 2024

L'analyse de la répartition des ménages selon le nombre de personnes en situation de handicap permet de mieux appréhender la concentration du handicap au sein des foyers et d'identifier les contextes familiaux nécessitant un accompagnement spécifique. La majorité des ménages marocains (84,4%) ne comptent aucune PSH, avec une proportion plus élevée en milieu urbain (86,6%) qu'en milieu rural (80%). Les ménages comprenant une seule PSH représentent 13% au niveau national, cette part étant plus importante en milieu rural (16,3%) qu'en milieu urbain (11,4%). Les ménages comportant deux PSH restent peu fréquents (2,2%), tandis que ceux avec trois PSH sont très rares, ne représentant que 0,4% du total.

Sur le plan de la cohabitation, les données montrent le rôle central de la famille dans la prise en charge des PSH. La majorité des personnes en situation de handicap vit dans des ménages de taille intermédiaire. Les ménages de 4 à 5 personnes regroupent la part la plus importante des PSH (32,7%), suivis des ménages de 2 à 3 personnes (32,5%). Les ménages de 6 personnes ou plus concernent 27% des PSH.

Par ailleurs, les ménages composés d'une seule personne restent minoritaires avec 7,7% du total. Cette situation touche plus les femmes (10,6 %) que les hommes (4,7 %) et traduit un isolement plus marqué, souvent lié au veuvage, à la séparation ou à l'absence de soutien familial. Ce constat souligne l'importance de mettre en place un accompagnement social et des services adaptés pour réduire l'isolement et soutenir l'autonomie des PSH.

Figure 4. Distribution des PSH (%) selon la taille du ménage et le sexe, par milieu de résidence, RGPH 2024



Source : RGPH 2024

La majorité des PSH, soit 56,9% vit dans son propre ménage, dont elles sont le chef (43,2%) ou conjoint (13,7%). Viennent ensuite les ménages dirigés par leur descendance (23,1%) ou par leurs parents (11,1%). Une minorité réside avec leurs frères ou sœurs (3,9%), un autre parent (3%) ou une personne sans lien de parenté (0,3%). Cette structure de prise en charge par des aidants familiaux reste relativement stable quel que soit le milieu de résidence, urbain ou rural.

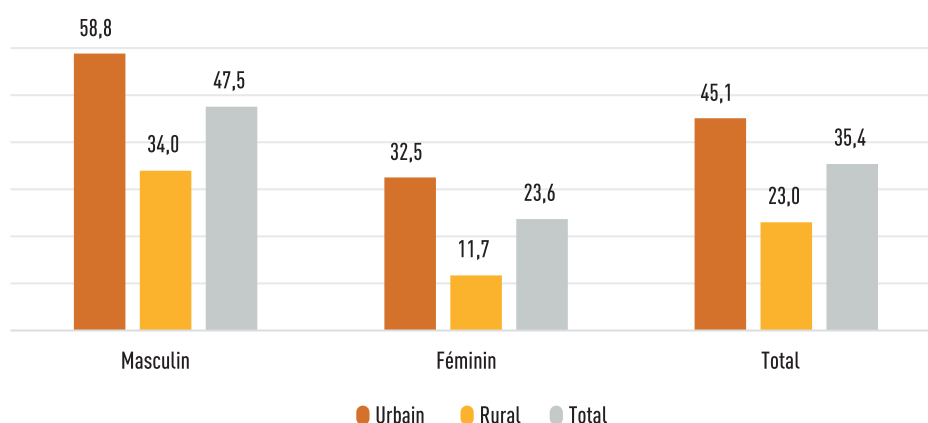
La structure des ménages selon le lien de parenté de la PSH avec le chef de ménage varie selon le sexe. Les femmes en situation de handicap, qu'elles vivent en milieu urbain ou rural, demeurent majoritairement dans leur propre ménage, comme chez les hommes, qu'elles soient elles-mêmes chef de ménage ou conjointe (52,8%). Toutefois, le recours aux parents pour la prise en charge est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (17,7% contre 4,4%), tandis que les hommes sont davantage pris en charge par leurs enfants (27,4% contre 18,9%). Cette situation s'explique en partie par la proportion importante de femmes en situation de handicap qui sont célibataires ou veuves.

3.3 Profil éducatif

Le taux d'alphabétisation des personnes en situation de handicap au Maroc reste globalement faible, avec seulement 35,4% d'entre elles capables de lire, écrire ou effectuer des calculs de base contre 75,2% pour la population totale. Cette situation varie fortement selon le sexe et le milieu de résidence.

Les hommes en situation de handicap présentent un taux d'alphabétisation de 47,5%, nettement supérieur à celui des femmes (23,6%). Selon le milieu de résidence, ce taux est de 45,1% en milieu urbain contre seulement 23% en milieu rural. Cette situation a peu évolué depuis 2014, où le taux d'alphabétisation était de 32,9%, ce qui traduit une progression lente et encore insuffisante.

Figure 5. Taux d'alphabétisation (%) des PSH, par sexe et milieu de résidence



Source : RGPH 2024

En ce qui concerne les niveaux scolaires, les résultats révèlent une forte exclusion éducative parmi les personnes en situation de handicap. Près des deux tiers (67,8%) n'ont atteint aucun niveau d'études. Cette situation concerne plus les femmes (77,6%) que les hommes (57,8%), mettant en évidence un double désavantage lié au genre et au handicap.

En milieu rural, les hommes enregistrent des proportions de 18,8% pour le primaire, 8,7% pour le secondaire, et 1% pour le supérieur. Les femmes, en revanche, restent fortement marginalisées, avec seulement 8% ayant atteint le primaire, 3,2% le secondaire et 0,5% le niveau supérieur.

L'analyse par milieu de résidence confirme ces disparités. Les hommes citadins apparaissent comme les mieux positionnés en termes de scolarisation, suivis des femmes urbaines et des hommes ruraux, tandis que les femmes rurales se trouvent dans une situation nettement plus défavorisée. Plus précisément, en milieu urbain, les hommes sont 25,5% à avoir atteint le primaire, 12% le secondaire collégial, 9% le secondaire qualifiant et 4,5% le supérieur, tandis que les femmes atteignent respectivement 15,4%, 6,3%, 4,8% et 2,5%.

Tableau 8. Distribution des PSH (%) selon le niveau scolaire, par milieu de résidence et sexe

	Total			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Aucun niveau	57,8	77,6	67,8	47,4	69,9	59,0	70,4	87,9	79,0
Préscolaire	1,6	0,8	1,2	2,0	1,0	1,5	1,2	0,4	0,8
Primaire	22,5	12,3	17,3	25,5	15,4	20,3	18,8	8,0	13,5
Secondaire	15,1	7,7	11,4	20,5	11,1	15,7	8,7	3,2	6,0
Supérieur	2,9	1,6	2,3	4,5	2,5	3,5	1,0	0,5	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH 2024

Le déficit d’instruction des personnes en situation de handicap constitue un facteur majeur de vulnérabilité, aux répercussions directes sur leur quotidien. Cette fragilité est particulièrement aiguë chez les femmes et en milieu rural, où l’analphabétisme et la faiblesse des niveaux d’instruction limitent fortement les possibilités d’insertion professionnelle, renforcent la dépendance économique et accroissent la précarité sociale. Au-delà de l’emploi, le manque d’éducation réduit également l’accès à l’information, aux services de santé et aux droits sociaux, freinant ainsi l’autonomie et la participation pleine et entière à la vie sociale.

Cette situation trouve ses origines dans plusieurs contraintes structurelles notamment l’insuffisance d’écoles véritablement inclusives, le manque d’enseignants formés aux besoins éducatifs particuliers, une accessibilité limitée des infrastructures scolaires, la faiblesse des dispositifs de soutien pédagogique et du développement de l’apprentissage tout au long de la vie.

3.4 Situation économique et participation au marché du travail

La structure de l’activité des personnes en situation de handicap en 2024 révèle une forte concentration dans les situations d’inactivité. Plus de la moitié des PSH sont classées soit comme infirme ou malade (25,1%), soit comme personne âgée (27,5%). A l’inverse, la part des PSH actives occupées demeure très limitée (8,9%), confirmant les difficultés persistantes d’accès au marché du travail.

L’analyse par milieu de résidence met en évidence des différences structurelles. La proportion de

PSH actives occupées est légèrement plus élevée en milieu urbain (9,4%) qu’en milieu rural (8,2%), traduisant un environnement urbain offrant davantage d’opportunités d’emploi, même si celles-ci restent limitées. En revanche, le milieu rural concentre une part plus importante de personnes âgées PSH (33,6%) contre 22,8% en milieu urbain, ainsi qu’une proportion légèrement plus élevée de personnes infirmes ou malades (25,9% contre 24,5% en milieu urbain).

Les écarts entre hommes et femmes sont particulièrement prononcés. Les hommes parmi les PSH affichent un taux d’activité de 15,1%, contre seulement 2,8% chez les femmes PSH. Le chômage, qu’il s’agisse de personnes ayant déjà travaillé ou non, concerne davantage les hommes (5,4%) que les femmes (1,2%), ce qui reflète une présence masculine plus importante sur le marché du travail, même dans des situations d’exclusion.

Par ailleurs, près d’un tiers des femmes PSH (30,3%) sont classées comme femmes au foyer, soulignant la persistance des rôles domestiques traditionnels et une faible autonomie économique des femmes en situation de handicap.

L’activité économique, généralement synonyme d’autonomie financière et de capacité à assurer certaines dépenses liées aux soins, au handicap ou à la vieillesse, devient un enjeu encore plus critique lorsque les deux situations de handicap et d’avancée en âge se cumulent. Pour une large majorité de PSH, la difficulté, voire l’incapacité, à s’insérer professionnellement, en particulier lorsque les limitations fonctionnelles sont importantes, constitue non seulement une forme d’exclusion sociale, mais également un frein à toute autonomie économique.

Cette faible participation au marché du travail a des répercussions directes sur l'entourage familial. En effet, l'absence de revenus réguliers renforce la dépendance vis-à-vis des proches, accentuant la charge financière et émotionnelle qui pèse sur les aidants. Ainsi, l'inactivité professionnelle des PSH, particulièrement marquée chez les personnes âgées ou présentant des limitations fonctionnelles importantes, devient un indicateur clair de la pression économique supplémentaire supportée par les familles.

La répartition des actifs occupés selon le statut professionnel montre une forte concentration autour de deux formes d'emploi. Le travail indépendant représente 38,3% de l'ensemble, tandis que le salariat du secteur privé regroupe 40,0% des actifs. Ces deux statuts constituent ainsi près de quatre actifs sur cinq. Les autres statuts demeurent relativement marginaux, notamment celui d'employeur (1,9%) et d'apprenti (0,9%).

L'analyse selon le sexe met en évidence une segmentation importante du marché du travail. Les hommes sont nettement plus présents dans le travail indépendant (40,9%) que les femmes (24,1%). A l'inverse, les femmes sont majoritairement concentrées dans le salariat du secteur privé (52,4%, contre 37,7% chez les hommes). Le salariat du secteur public concerne également une part légèrement plus élevée de femmes (12,1%) que d'hommes (9,5%). Par ailleurs, le statut d'aide familial touche davantage les femmes (3,4%) que les hommes (1,1%).

Les différences entre milieu urbain et milieu rural sont significatives. En milieu urbain, le salariat du secteur privé constitue le statut dominant (40,5%), suivi du travail indépendant (36,8%). Le salariat public y est

relativement plus développé (11,2%), en lien avec la concentration des administrations et des services. En milieu rural, le travail indépendant prédomine largement (40,4%), traduisant le poids des activités agricoles et artisanales. Le statut d'aide familial y est plus fréquent (2,8%), avec une forte surreprésentation des femmes rurales (14,3%), révélant la persistance du travail familial non rémunéré dans les zones rurales.

Certes, une grande partie des PSH se trouve en dehors du marché du travail pour des raisons objectives telles que la retraite, la scolarisation, l'avancée en âge ou encore des incapacités physiques ou mentales. Toutefois, parmi celles qui sont aptes à travailler, l'accès à l'emploi demeure entravé par de nombreux obstacles structurels. Le déficit d'instruction et de qualification, les discriminations à l'embauche, l'absence d'aménagements sur les lieux de travail ou encore la faiblesse des programmes de formation professionnelle adaptés limitent fortement leur insertion, et ce en dépit d'un cadre légal censé favoriser leur inclusion.

A ces contraintes s'ajoutent la persistance de la stigmatisation sociale et l'insuffisance des dispositifs d'accompagnement vers l'emploi inclusif, qui contribuent à maintenir les PSH dans une situation de marginalisation professionnelle et économique.

Les résultats plaident en faveur du renforcement des politiques d'insertion professionnelle adaptées aux capacités des PSH, du développement de programmes spécifiques d'autonomisation économique des femmes en situation de handicap, ainsi que de l'amélioration de l'offre de services sociaux et sanitaires, en particulier en milieu rural et pour les personnes âgées.

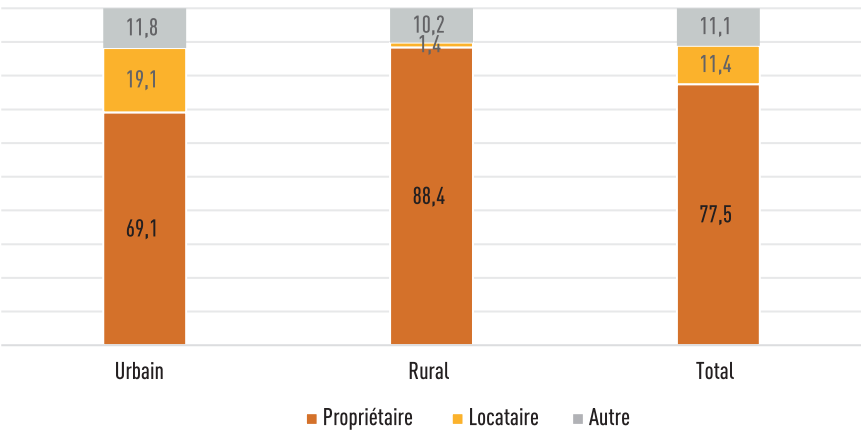
3.5 Conditions d'habitat et accès aux services de base

L'analyse des conditions de logement des PSH, de leur confort et de leur accès aux services de base tels que l'eau, l'électricité et l'assainissement constitue un indicateur essentiel pour apprécier, même de manière globale, leur bien-être.

Au niveau national, la majorité des ménages comprenant au moins une personne en situation de handicap sont propriétaires de leur logement (77,5%). La forte tendance à la propriété constitue un facteur de stabilité résidentielle et de sécurité pour les ménages vulnérables, notamment ceux intégrant des PSH.

En milieu rural, 88,4% des ménages avec PSH sont propriétaires alors qu'en milieu urbain, la proportion de propriétaires est moins élevée (69,1%) et la location est plus fréquente (19,1%).

Figure 6. Répartition(%) des ménages avec PSH selon le statut d'occupation du logement



Source : RGPH 2024

La répartition des ménages avec PSH selon le type de logement met en évidence des différences notables entre les milieux urbain et rural. En milieu urbain, la majorité de ces ménages résident dans des maisons marocaines (77,2%), suivies des appartements (15,1%) et des logements sommaires ou bidonvilles (3,7%), tandis que les villas restent rares (1,7%). En milieu rural, la situation est différente. En effet, 62% des ménages avec PSH habitent des logements ruraux adaptés aux conditions locales, 33,7% résident dans des maisons marocaines et seulement 2,1% dans des logements sommaires.

En termes de taille des logements, les PSH résident majoritairement dans des logements de 2 à 3 pièces, représentant ensemble 66,8% des foyers. Les ménages d'une seule personne vivent souvent dans une seule pièce (37,2%). Les logements spacieux (4 pièces et plus) restent minoritaires (20,9%). On remarque également que le nombre de pièces augmente avec la taille des ménages, mais de façon non proportionnelle, ce qui dénote souvent d'une densité résidentielle élevée et d'une promiscuité notable, en particulier pour les familles de deux personnes ou plus.

Tableau 9. Répartition des ménages avec PSH en (%) selon le nombre de pièces occupées et la taille du ménage,

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	5 personnes et plus	Total
1 pièce	37,2	17,8	12,2	11,0	6,4	12,3
2 pièces	31,0	37,9	37,4	37,5	30,3	34,0
3 pièces	21,4	28,5	33,3	34,4	35,6	32,8
4 pièces	6,5	9,6	10,7	10,6	15,9	12,4
5 pièces et plus	3,9	6,2	6,4	6,4	11,8	8,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH 2024

L'accès aux équipements de confort constitue un facteur essentiel pour le bien-être et l'autonomie des personnes en situation de handicap. L'analyse des éléments présents dans le logement permet de mesurer la qualité de vie et d'identifier les inégalités entre les milieux urbain et rural.

Les logements occupés par les PSH sont, dans leur très grande majorité, équipés de l'essentiel notamment la cuisine, les toilettes et l'électricité, avec des taux plus élevés en milieu urbain.

Cependant, des disparités importantes apparaissent pour l'eau courante (96% pour l'urbain et seulement 50% en milieu rural) et pour la présence d'une pièce d'eau (salle de bain ou douche avec 66,7% en ville contre 35,6% en campagne) révélant des conditions sanitaires moins favorables dans les zones rurales. Le mode d'évacuation des eaux usées traduit également ces inégalités, la majorité des logements occupés par les PSH urbains sont reliés au réseau public (92,1%), tandis que ceux ruraux utilisent majoritairement des fosses septiques (40,8%).

Ces résultats mettent en évidence la nécessité de programmes ciblés pour améliorer l'accès aux infrastructures sanitaires et à l'eau en milieu rural,

afin de renforcer le confort, la sécurité et l'autonomie des PSH.

Tableau 10. Répartition des ménages avec PSH selon l'accès aux service de base

Éléments de confort		Urbain	Rural	Total
Cuisine		97,6	90,5	94,5
W.C		99,3	90,9	95,6
Pièce d'eau (salle de bain et douche)		66,7	35,6	53,0
Électricité (*)		98,4	94,1	96,5
Eau courante		96,1	50,3	76,0
Mode d'évacuation des eaux usées	Réseau public	92,1	7,1	54,7
	Fosse septique	5,4	40,8	20,9

(*) Électricité englobe : Réseau public privé, réseau public commun, énergie renouvelable et groupe électrogène
Source : RGPH 2024

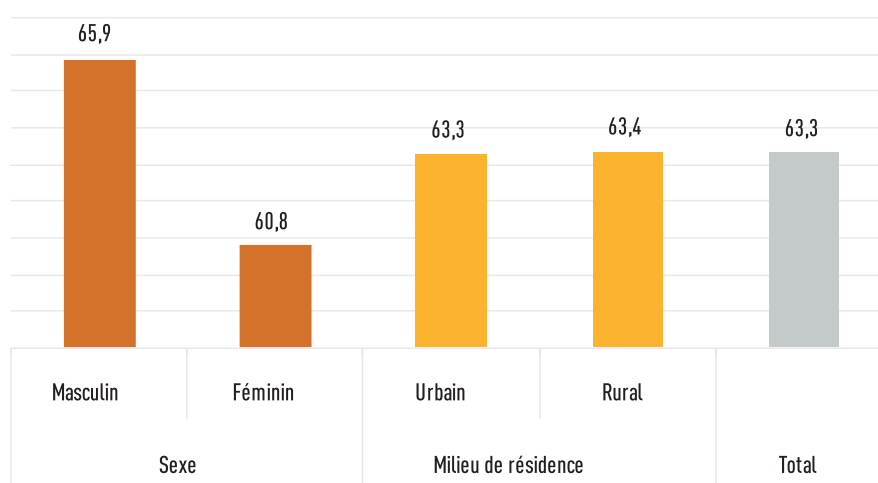
L'analyse des caractéristiques des logements met en évidence les difficultés rencontrées par une partie des personnes en situation de handicap pour accéder à un habitat décent, particulièrement en milieu rural, compte tenu de leurs besoins spécifiques. Les logements inadaptés et les environnements

peu accessibles augmentent les risques de chutes, de maladies chroniques liées aux conditions de vie telles que le non-raccordement aux réseaux d'eau, d'électricité et d'assainissement, l'humidité ou le froid, ainsi que les risques associés à la promiscuité et à la forte densité d'occupation.

3.6 Couverture médicale et autre services sociaux de base

L'accès à une assurance maladie constitue un facteur essentiel pour le bien-être des personnes en situation de handicap. Il conditionne non seulement la possibilité de bénéficier de soins adaptés, mais également la prévention des maladies et la prise en charge de besoins spécifiques liés au handicap. En 2024, un peu plus de six PSH sur dix (63,3%) bénéficient d'une couverture médicale, sans différence notable entre milieux urbain et rural. Les femmes PSH sont légèrement moins couvertes que les hommes (60,8% contre 65,9% respectivement).

Cette situation représente néanmoins une nette amélioration par rapport à 2014, où seulement 34,1% des PSH bénéficiaient d'une assurance maladie. Elle illustre les effets positifs des efforts déployés par le Maroc en faveur de la couverture sanitaire universelle, même si des mesures supplémentaires restent nécessaires pour atteindre une généralisation complète de l'assurance maladie pour toutes les PSH.

Figure 7. Part (%) des PSH disposant d'une assurance maladie par sexe et milieu de résidence

Source : RGPH 2024

Concernant les lieux de soins, les résultats montrent que la majorité des PSH se tournent vers les institutions médicales publiques, qui restent le principal recours pour 68,5% d'entre elles, avec une prédominance en milieu rural (71,8%) par rapport au milieu urbain (66%). Le secteur privé concerne environ un quart des PSH (25%), tandis que les pharmacies et la médecine alternative ou traditionnelle demeurent des recours marginaux, représentant respectivement 2,3% et 0,9%, sans différences notables entre hommes et femmes. Enfin, une faible proportion de PSH (3,3%) ne bénéficie d'aucun traitement, situation légèrement plus fréquente en milieu rural (4%) qu'en milieu urbain (2,7%), soulignant les disparités liées au lieu de résidence.

3.7 Accès aux TIC

L'accès aux technologies numériques constitue un levier essentiel d'inclusion sociale, d'information et de communication pour les personnes en situation de handicap. Il permet non seulement de faciliter l'accès aux services en ligne, à l'éducation et à l'emploi, mais aussi de réduire l'isolement social. L'analyse de l'usage d'internet et de la possession d'équipements numériques permet de mettre en évidence la fracture numérique et les inégalités qui persistent parmi cette population.

Les résultats montrent que l'accès à internet reste modeste, avec des disparités importantes selon le sexe et le milieu de résidence. En effet, seulement 18,3% des PSH utilisent internet. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (25,4%) qu'en milieu rural (9,3%). Les hommes en situation de handicap utilisent davantage internet que les femmes, avec 20,7% contre 16%.

Le téléphone mobile est le support numérique le plus répandu parmi les PSH, avec 50,9% de cette population. En milieu urbain, 55,9% possèdent un téléphone, contre 44,6% en rural. Les hommes sont mieux équipés que les femmes (56,8% contre 45,1% respectivement), en particulier en milieu rural (53,3% et 35,5% respectivement chez les hommes et les femmes).

La possession d'un ordinateur⁵ reste très faible, avec seulement 1,4% des PSH équipés. En milieu urbain, ce taux atteint 2,1%, tandis qu'il chute à 0,4% en milieu rural. Par sexe, le taux atteint 1,8% pour les hommes et 0,9% pour les femmes.

Ces chiffres révèlent une fracture numérique significative parmi les PSH. Les hommes et les résidents urbains bénéficient d'un meilleur accès, tandis que les femmes et les habitants ruraux restent plus vulnérables.

⁵ y compris un ordinateur portable et tablette

Tableau 11. Proportion des PSH (%) qui ont accès aux NTIC par type, selon le milieu de résidence et le sexe

	Sexe		Milieu de résidence		Total
	Masculin	Féminin	Urbain	Rural	
Utilisation de l'internet	20,7	16,0	25,4	9,3	18,3
Possession d'un téléphone mobile	56,8	45,1	55,9	44,6	50,9
Possession d'un ordinateur	1,8	0,9	2,1	0,4	1,4

Source : RGPH 2024

4. Analyse prospective du handicap

L'analyse prospective vise à projeter les effectifs de personnes en situation de handicap à l'horizon 2050 selon différentes hypothèses. Elle permet ainsi d'anticiper les impacts économiques, sociaux et sanitaires d'une population dont le nombre augmente malgré la baisse de la prévalence. Ces estimations seront produites à l'échelle nationale ainsi que par milieu de résidence.

4.1 Méthodologie

Pour projeter les effectifs de la population en situation de handicap à l'horizon 2050, la méthodologie retenue repose sur l'application des taux de prévalence observés par âge et par sexe. Cette approche consiste d'abord à projeter les prévalences pour chacune des années comprises entre 2014 et 2050. En l'absence de données historiques suffisamment longues pour caractériser les tendances passées, deux hypothèses principales seront considérées :

- Constance de la prévalence** : cette hypothèse suppose que la prévalence observée en 2024 restera inchangée jusqu'en 2050.
- Tendance évolutive de la prévalence** : cette hypothèse considère une évolution à la hausse ou à la baisse de la prévalence jusqu'en 2050, basée sur l'extrapolation tendancielle de la prévalence du handicap (PH) observée entre 2014 et 2024. Cette extrapolation est réalisée selon deux approches :
 - Fonction linéaire ;
 - Fonction exponentielle modifiée, qui présente l'avantage de limiter les valeurs aberrantes (telles que des prévalences négatives ou supérieures à 100%) lors de projections sur de longues périodes, tout en ne nécessitant que deux points d'observation historiques pour tracer la trajectoire future de la PH.

Ensuite, les projections démographiques de la variante moyenne, réalisées par le HCP, sont utilisées pour obtenir les effectifs de la population totale au niveau national et par milieu de résidence jusqu'en 2050. La population des personnes en situation de handicap par année est estimée en multipliant les prévalences projetées par les populations projetées pour chaque année⁶.

4.2 Résultats et analyse

a- Hypothèse de la constance de la prévalence

Si les prévalences mesurées en 2024 par milieu de résidence restent constantes jusqu'en 2050, l'évolution des effectifs des personnes en situation de handicap résulterait uniquement des transformations démographiques projetées. Ainsi, au niveau national, le nombre de PSH augmenterait progressivement pour atteindre 1,80 million en 2030 puis 1,89 million en 2040 et 1,96 million en 2050.

En milieu urbain, les effectifs continueraient de croître de manière soutenue sous l'effet de la croissance démographique urbaine, passant à 1,06 million en 2030, à 1,19 million en 2040 et à 1,30 million en 2050. En revanche, en milieu rural, les effectifs diminueraient progressivement de 0,74 million en 2030 à 0,70 million en 2040, puis à 0,66 million en 2050, cette baisse étant principalement liée au recul structurel de la population rurale au fil du temps.

⁶ Pour les formules utilisées, on peut se référer aux encadrés en annexe.

Tableau 12.Évolution de l'effectif (millions) des PSH à l'horizon 2050, par milieu de résidence (constance)

Année	National	Urbain	Rural
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

b-Méthode tendancielle par extrapolation linéaire

Dans ce scénario, les prévalences nationales et par milieu de résidence évoluent selon une tendance linéaire observée entre 2014 et 2024. Cela se traduit par une diminution progressive du risque de handicap au niveau national et en milieu urbain, tandis qu'une légère augmentation serait observée en milieu rural. Cette dynamique se reflète directement dans les effectifs projetés des PSH. Au niveau national, les effectifs diminueraient lentement mais de manière continue, passant de 1,75 million en 2024 à 1,73 million en 2030, 1,67 million en 2040, pour atteindre 1,56 million en 2050. Cette baisse graduelle résulte de la diminution linéaire de la prévalence nationale, qui compense partiellement la croissance démographique du pays.

En milieu urbain, les effectifs de personnes en situation de handicap résultent de l'interaction de deux dynamiques opposées. D'une part, une baisse régulière de la prévalence du handicap, et d'autre

part, une croissance continue de la population urbaine. Dans ce contexte, les effectifs des PSH urbains diminueraient légèrement mais de manière continue, passant de 0,98 million en 2030 à 0,94 million en 2040 et atteignant 0,85 million en 2050. Malgré l'augmentation de la population urbaine, la diminution de la prévalence l'emporte, entraînant une réduction nette des effectifs de PSH urbains sur l'ensemble de la période.

En milieu rural, la situation est différente. La prévalence du handicap suit une tendance linéaire légèrement haussière, tandis que la population rurale diminue sensiblement à l'horizon 2050. L'effet de la baisse démographique domine, conduisant à une diminution régulière des effectifs de PSH ruraux, qui passeraient de 0,77 million en 2024 à 0,75 million en 2030, 0,73 million en 2040, pour atteindre 0,71 million en 2050.

Tableau 13.Évolution de l'effectif (millions) des PSH à l'horizon 2050, par milieu de résidence (linéarité)

Année	National	Urbain	Rural
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

c- Hypothèse exponentielle d'évolution de la prévalence

Selon l'hypothèse exponentielle, la prévalence du handicap évolue de façon régulière : elle diminue légèrement au niveau national et en milieu urbain, tandis qu'elle augmente progressivement en milieu rural. Cette évolution modérée se traduit par une baisse lente et continue des effectifs de PSH.

Au niveau national, les effectifs diminueraient progressivement, passant de 1,75 million en 2024 à 1,74 million en 2030, puis à 1,71 million en 2040, pour atteindre 1,65 million en 2050. Cette baisse demeure modérée et reflète une diminution légère mais continue de la prévalence nationale, partiellement compensée par la croissance démographique.

En milieu urbain, une légère hausse serait observée jusqu'en 2034, année où les effectifs atteindraient près de 0,99 million. Par la suite, une diminution progressive s'amorcerait, ramenant les effectifs à 0,98 million en 2040, puis à 0,94 million en 2050.

En milieu rural, la prévalence augmenterait légèrement, mais cette hausse serait largement compensée par la baisse soutenue de la population rurale. Les effectifs reculeraient ainsi de 0,77 million en 2024 à 0,76 million en 2030, puis à 0,73 million en 2040, pour atteindre 0,71 million en 2050.

L'évolution exponentielle des prévalences conduit finalement à une réduction lente et régulière des effectifs de PSH, résultant à la fois de l'ajustement progressif des taux de handicap et des dynamiques démographiques propres à chaque milieu de résidence.

Tableau 14.Évolution de l'effectif (millions) des PSH à l'horizon 2050, par milieu de résidence (exponentiel)

Année	National	Urbain	Rural
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

Tous les scénarios montrent que les dynamiques démographiques jouent un rôle déterminant dans l'évolution des effectifs de PSH. Même si la prévalence du handicap tend à diminuer ou à rester stable, le vieillissement et la croissance de la population urbaine entraîneraient une augmentation ou un maintien des effectifs des PSH dans le milieu urbain,

tandis que la baisse de la population rurale conduit à une diminution des effectifs des PSH ruraux. Cette analyse souligne l'importance d'anticiper et d'adapter les besoins en services sociaux, en infrastructures et en politiques d'inclusion, tant à l'échelle nationale que locale, afin de répondre efficacement aux évolutions démographiques et aux défis liés au handicap.

Conclusion

Au terme des analyses, il ressort que le handicap demeure un phénomène d'ampleur non négligeable au Maroc, caractérisé par une diversité de formes, et ce malgré les efforts déployés au fil des décennies en matière de prise en charge. La création d'institutions spécialisées, ainsi que le renforcement des dispositifs d'assistance et de réadaptation, initialement érigés en piliers de l'action publique, ont progressivement évolué pour intégrer, ces dernières années, les dimensions de la dignité et des droits des personnes en situation de handicap, conformément aux orientations et recommandations des Nations Unies.

La lecture des données issues du RGPH 2024 révèle une réalité complexe et multidimensionnelle du handicap au Maroc. Si la prévalence globale a légèrement diminué au cours de la dernière décennie, le nombre absolu de personnes en situation de handicap reste élevé, et la sévérité des incapacités touche particulièrement les personnes âgées, les femmes et les populations rurales. Les résultats mettent en évidence une amélioration de la couverture médicale et une stabilisation des formes les plus sévères d'incapacité. Toutefois, de fortes disparités subsistent en matière d'accès à l'éducation, à l'emploi, au logement décent et aux infrastructures de base.

L'analyse spécifique des personnes présentant au moins une incapacité totale, correspondant aux formes les plus graves de perte d'autonomie, révèle que ces dernières sont largement exclues de la vie économique, fortement exposées à l'isolement et majoritairement dépendantes des solidarités familiales. Cette situation, accentuée par le vieillissement progressif de la population marocaine, souligne l'urgence de développer des politiques d'accompagnement adaptées, durables et inclusives, prenant en compte à la fois les dimensions sociales, économiques et territoriales.

Au-delà de l'analyse de la situation actuelle, cette étude a cherché à anticiper les évolutions probables afin d'alerter sur les risques liés au manque de réactivité des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap. Les projections réalisées à l'horizon 2050 montrent que, même dans l'hypothèse d'une prévalence stable, l'effectif des PSH restera important. Toutefois, dans un scénario de baisse tendancielle liée à l'amélioration des conditions de vie et des services de santé, le Maroc pourrait enregistrer une réduction du nombre global de PSH à long terme.

En définitive, le handicap constitue un enjeu majeur de développement humain et de cohésion sociale. Les résultats du RGPH 2024 apportent des éléments essentiels pour guider l'action publique et renforcer la planification stratégique aux niveaux national et territorial. Ils rappellent également que l'amélioration durable des conditions de vie des PSH passe par une approche intégrée, inclusive et intersectorielle, mobilisant l'ensemble des acteurs publics, associatifs et communautaires.

Par ailleurs, bien que le RGPH fournisse des informations précieuses, il pourrait être complété par des enquêtes spécifiques sur le handicap. Ces enquêtes permettraient de mieux comprendre la nature des incapacités, leurs causes, leur impact sur la vie quotidienne et l'efficacité des politiques publiques. Le RGPH peut également servir de base d'échantillonnage fiable pour ces enquêtes, garantissant une représentativité nationale et territoriale des personnes en situation de handicap.

Bibliographie

HCP, (2009), Population en situation de handicap au Maroc, Profil démographique et socio-économique, Série thématique, Direction de la Statistique, Rabat

HCP, (2014), Population en situation de handicap au Maroc selon le RGPH de 2014, Direction de la Statistique, Rabat

HCP, (2024), Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2024, Caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population, Note sur les principaux résultats, Rabat

Nations Unies (ONU), (2006), Note du Secrétaire général, préparée et présentée par le Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités, à la demande de la Commission de statistique, Trente-huitième session, Conseil économique et social, E/CN.3/2007/4

OMS, (2001), Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF .Organisation mondiale de la Santé <https://iris.who.int/handle/10665/42418>

OMS, (2011), Rapport mondial sur le handicap, OMS/Banque Mondiale,

OMS, (2014), Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées, Rapport du Secrétariat

Washington group on Disability Statistics (WG), (2020), Présentation des questionnaires du Groupe de Washington sur les statistiques du handicap, University of London School

Annexes

Annexe 1. Cadres de référence internationaux pour la définition et la mesure du handicap

Encadré A 1. Définition de la déficience, de l'incapacité et du handicap, CIH 1980

Selon la Classification Internationale des Personnes Handicapées (CIH), la déficience, l'incapacité ou le handicap, principaux concepts utilisés pour identifier la population handicapée, sont définis comme suit :

- **Déficience** : « toute perte de substance ou anormalité d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». C'est le cas d'une défectuosité physique totale ou partielle ou bien le manque d'un organe ; il peut s'agir aussi d'une défectuosité fonctionnelle du système nerveux. Ainsi la cécité, la surdité, la perte de la vue d'un   il, la paralysie d'un membre, l'amputation d'un membre, la déficience mentale, la vision partielle, la perte de la parole ou le mutisme constituent des manifestations concrètes des cas de déficience.
- **Incapacité** : « réduction résultante d'une déficience partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité de la façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ». C'est une inactivité totale ou partielle résultante d'une déficience quelconque. A ceci, on peut attribuer par exemple, selon les Nations Unies, les situations suivantes : « la difficulté à voir, à parler, à entendre, à se déplacer, à monter un escalier, à saisir, à atteindre, à prendre un bain, à manger ou à faire sa toilette ».
- **Handicap** : « désavantage pour un individu donné résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels » ; le terme est également applicable aux circonstances dans lesquelles les personnes handicapées sont susceptibles de se trouver.
- De l'examen approfondi de ces concepts, il ressort que l'identification des personnes handicapées se fonde en principe sur le dépistage des déficiences ou des incapacités, ce qui permet de ventiler les handicaps en trois principales catégories :
 - Les handicaps sensoriels : incapacités dues à un mauvais fonctionnement de la vue, de l'ou  ie ou du langage.
 - Les handicaps physiques : défaillances remarqu  es au niveau de la structure physique ou fonctionnelle du squelette ou des viscères.
 - Les handicaps mentaux : anomalies dans le système nerveux dont les maladies psychologiques et les arriérés mentaux.

Source : HCP, 2004

Encadré A 2. Définitions de la déficience, de l'incapacité et du handicap, CIF 2001

Dans le contexte de la santé :

- Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes.
- Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.
- Une activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.
- La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.
- Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.
- Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.
- Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Source : OMS, 2001

Encadré A 3. Définition du handicap, WG 2020

La brève série de questions sur le fonctionnement évalue si la personne interrogée souffre de handicap en fonction des réponses qu'elle donne aux six questions concernant les difficultés à réaliser les activités de base suivantes (aussi appelées « fonctions ») : voir, entendre, marcher, prendre soin de soi, se rappeler et communiquer.

Les questions posées à la personne concernée ne requièrent pas qu'elle identifie d'elle-même un handicap. Au contraire, ce sont ses réponses aux six questions qui sont utilisées pour définir si elle souffre de handicap ou non (la notion de handicap étant généralement vue comme quelque chose qui risque de limiter sa participation). Les personnes interrogées qui répondent qu'elles éprouvent « beaucoup de difficultés » ou qu'elles « ne parviennent pas du tout » à réaliser une certaine action au moins une fois sur les six questions relatives au fonctionnement doivent être considérées comme souffrant de handicap aux fins de la ventilation des données, notamment dans le cadre des ODD. Il s'agit de personnes qui risquent d'être exclues en raison de leurs limitations fonctionnelles si elles sont confrontées à des obstacles physiques, informationnels, comportementaux ou institutionnels dans leur environnement proche.

La brève série de questions comprend les six questions suivantes, qui portent sur le degré de difficulté éprouvé par un individu lorsqu'il réalise l'une des actions des six domaines de fonctionnement de base :

1. Éprouvez-vous des difficultés à voir, même avec des lunettes ?
2. Éprouvez-vous des difficultés à entendre, même avec une prothèse auditive ?
3. Éprouvez-vous des difficultés à marcher ou à monter les escaliers ?
4. Éprouvez-vous des difficultés à vous rappeler certaines choses ou à vous concentrer ?
5. Éprouvez-vous des difficultés à prendre soin de vous, à vous laver ou à vous habiller, par exemple ?
6. Éprouvez-vous des difficultés à communiquer dans votre langue habituelle, à comprendre les autres ou à vous faire comprendre, par exemple ?

Chaque question comporte quatre catégories de réponses, qui sont lues après chaque question.

1. Non, pas du tout.
2. Oui, un peu.
3. Oui, beaucoup.
4. Je n'y parviens pas du tout.

Pour de nombreuses raisons et à des fins de comparaison à l'échelle internationale, une personne est considérée comme souffrant de handicap si elle répond « beaucoup de difficultés » ou « n'y parviens pas du tout » à au moins une des six questions. À ce niveau de difficulté, la personne en question risque d'être exclue s'il existe des obstacles dans son environnement. Les résultats de nos tests ont montré que les personnes interrogées arrivent à visualiser les réponses « beaucoup de difficultés » et « n'y parviens pas du tout » de façon plus cohérente, quel que soit leur pays ou le sous-groupe auquel elles appartiennent. Le risque de non-participation est plus élevé chez ce groupe en particulier. La conceptualisation et les implications de la réponse « quelques difficultés » varient davantage selon les pays.

Cependant, les personnes qui répondent « quelques difficultés » à une ou plusieurs questions peuvent également être incluses dans l'analyse s'il existe un écart entre leur situation et celle des personnes qui ont répondu : « aucune difficulté » aux six questions. Il s'agirait là d'une preuve que ces personnes sont également confrontées à des obstacles. Le choix du seuil approprié se fera en fonction du résultat visé et du besoin de données.

Source: WG, 2020

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

Table A 2. Comparaison entre les définitions des PSH selon les RGPH au Maroc

RGPH	Définition retenue pour identifier les PSH
1994 et 2004	Toute personne désavantagée par rapport à une personne normale dans l'exercice d'une activité suite à une déficience ou à une incapacité physique ou mentale. La déficience est définie comme toute perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique ou anatomique. La typologie adoptée pour l'identification des types de handicap a été comme suit : • Le handicap physique qui englobe : ○ Le handicap moteur : tout handicap dû à des déficiences motrices ou esthétiques, comme la paralysie ou l'amputation des membres inférieurs ou supérieurs, la mutilation corporelle, etc. ; ○ Le handicap chronique : tout handicap dû à des maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque, la défectuosité rénale, l'asthme, etc. • Le handicap sensoriel : tout handicap dû à des déficiences auditives, visuelles ou de la parole et du langage ; • Le handicap mental : tout handicap dû à des déficiences mentales ou psychique
2014 et 2024	La définition des PSH retenue repose sur le protocole du WG basé sur la brève série de questions qui comprend les six questions suivantes, portant sur le degré de difficulté éprouvé par un individu lorsqu'il réalise l'une des actions des six domaines de fonctionnement de base à savoir la vision, l'audition, la mobilité, la communication, la capacité cognitive et l'entretien personnel. Chaque question comporte quatre catégories de réponses graduées, qui sont lues après chaque question. 1. Non, pas du tout. 2. Oui, un peu. 3. Oui, beaucoup. 4. Je n'y parviens pas du tout. A des fins de comparaison à l'échelle internationale, une personne est considérée comme souffrant de handicap si elle répond « beaucoup de difficultés » ou « n'y parviens pas du tout » à au moins une des six questions.

Source : HCP, 2009 ; HCP, 2014

Annexe 2. Statistiques sur l'incapacité par domaine fonctionnel et sévérité**Table A 1. Prévalence de l'incapacité totale par domaine fonctionnel, selon le sexe et le milieu de résidence, RGPH 2024**

Domaine	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Visuel	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Auditif	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
Mobilité	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
Communication	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4
Cognitif	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4
Entretien	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7

Table A 2. Prévalence de l'incapacité totale (%) par domaine fonctionnel, selon le groupe d'âges et le milieu de résidence, RGPH 2024

Milieu de résidence	Groupe d'âges	Visuel	Auditif	Mobilité	Communication	Cognitif	Entretien
Ensemble	Moins de 15 ans	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,7
	15-59 ans	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 ans ou plus	1,0	0,6	1,8	0,5	0,7	2,1
	Total	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,7
Urbain	Moins de 15 ans	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,7
	15-59 ans	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 ans ou plus	0,8	0,5	1,6	0,4	0,6	2,0
	Total	0,2	0,1	0,4	0,3	0,3	0,6
Rural	Moins de 15 ans	0,1	0,1	0,3	0,4	0,3	0,7
	15-59 ans	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
	60 ans ou plus	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

Table A 3. Prévalence de l'incapacité totale (%) par domaine fonctionnel, selon le groupe d'âges et le sexe, RGPH 2024

Sexe	Groupe d'âges	Visuel	Auditif	Mobilité	Communication	Cognitif	Entretien
Ensemble	Moins de 15 ans	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,7
	15-59 ans	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 ans ou plus	1,0	0,6	1,8	0,5	0,7	2,1
	Total	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,7
Masculin	Moins de 15 ans	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,7
	15-59 ans	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4
	60 ans ou plus	1,0	0,6	1,5	0,5	0,6	1,8
	Total	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,6
Féminin	Moins de 15 ans	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,6
	15-59 ans	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
	60 ans ou plus	1,0	0,6	2,0	0,5	0,7	2,4
	Total	0,2	0,2	0,5	0,3	0,3	0,7

Annexe 3. Statistiques sur le handicap**Table A 4. Effectif des PSH par domaine fonctionnel, milieu de résidence et groupe d'âges en 2024**

Milieu de résidence	Groupes d'âges	Visuel	Auditif	Mobilité	Communication	Cognitif	Entretien	PSH
Ensemble	Moins de 15 ans	41.765	21.813	55.633	74.270	62.715	114.516	188.596
	15-59 ans	221.494	107.971	241.879	147.576	152.158	163.773	615.318
	60 ans ou plus	464.712	311.475	489.235	133.680	180.603	303.346	930.852
Urbain	Moins de 15 ans	24.285	10.535	29.519	42.371	35.636	65.655	108.384
	15-59 ans	132.625	56.744	134.947	80.035	80.432	91.799	350.354
	60 ans ou plus	244.800	158.790	268.289	70.106	95.345	172.350	514.797
Rural	Moins de 15 ans	17.481	11.278	26.114	31.900	27.080	48.861	80.212
	15-59 ans	88.869	51.227	106.932	67.541	71.725	71.974	264.964
	60 ans ou plus	219.912	152.685	220.946	63.575	85.258	130.996	416.054

Table A 5. Part en (%) des PSH par domaine fonctionnel, milieu de résidence et groupe d'âges en 2024

Milieu de résidence	Groupe d'âges	Visuel	Auditif	Mobilité	Communication	Cognitif	Entretien	Prévalence du handicap (%)
Ensemble	Moins de 15 ans	0,4	0,2	0,6	0,8	0,6	1,2	1,9
	15-59 ans	1,0	0,5	1,1	0,7	0,7	0,8	2,8
	60 ans ou plus	9,2	6,2	9,7	2,7	3,6	6,0	18,5
	Total	2,0	1,2	2,2	1,0	1,1	1,6	4,8
Urbain	Moins de 15 ans	0,4	0,2	0,5	0,7	0,6	1,2	1,9
	15-59 ans	0,9	0,4	1,0	0,6	0,6	0,7	2,5
	60 ans ou plus	7,6	5,0	8,4	2,2	3,0	5,4	16,1
	Total	1,8	1,0	1,9	0,8	0,9	1,4	4,2
Rural	Moins de 15 ans	0,4	0,3	0,7	0,8	0,7	1,2	2,0
	15-59 ans	1,1	0,7	1,4	0,9	0,9	0,9	3,4
	60 ans ou plus	12,1	8,4	12,1	3,5	4,7	7,2	22,8
	Total	2,4	1,6	2,6	1,2	1,4	1,9	5,6

Table A 6. Effectif des PSH par domaine fonctionnel, sexe et groupe d'âges en 2024

Sexe	Groupes d'âges	Visuel	Auditif	Mobilité	Communication	Cognitif	Entretien	PSH
Masculin	Moins de 15 ans	21.681	12.503	31.311	44.236	36.749	63.899	106.155
	15-59 ans	109.925	55.681	126.490	90.600	95.339	95.105	335.405
	60 ans ou plus	214.819	145.690	196.045	59.699	76.266	121.361	418.158
Féminin	Moins de 15 ans	20.084	9.310	24.322	30.034	25.966	50.617	82.441
	15-59 ans	111.569	52.290	115.390	56.976	56.819	68.668	279.913
	60 ans ou plus	249.893	165.784	293.190	73.981	104.337	181.985	512.694
Total	Moins de 15 ans	41.765	21.813	55.633	74.270	62.715	114.516	188.596
	15-59 ans	221.494	107.971	241.879	147.576	152.158	163.773	615.318
	60 ans ou plus	464.712	311.475	489.235	133.680	180.603	303.346	930.852

Table A 7. Part en (%) des PSH par domaine fonctionnel, sexe et groupe d'âges en 2024

Sexe	Groupes d'âges	Visuel	Auditif	Mobilité	Communication	Cognitif	Entretien	Prévalence du handicap (%)
Masculin	Moins de 15 ans	0,4	0,2	0,6	0,9	0,7	1,3	2,1
	15-59 ans	1,0	0,5	1,2	0,8	0,9	0,9	3,1
	60 ans ou plus	8,8	5,9	8,0	2,4	3,1	5,0	17,1
	Total	1,9	1,2	1,9	1,1	1,1	1,5	4,7
Féminin	Moins de 15 ans	0,4	0,2	0,5	0,6	0,6	1,1	1,8
	15-59 ans	1,0	0,5	1,0	0,5	0,5	0,6	2,5
	60 ans ou plus	9,7	6,4	11,4	2,9	4,1	7,1	19,9
	Total	2,1	1,2	2,4	0,9	1,0	1,6	4,8
Ensemble	Moins de 15 ans	0,4	0,2	0,6	0,8	0,6	1,2	1,9
	15-59 ans	1,0	0,5	1,1	0,7	0,7	0,8	2,8
	60 ans ou plus	9,2	6,2	9,7	2,7	3,6	6,0	18,5
	Total	2,0	1,2	2,2	1,0	1,1	1,6	4,8

Table A 8. Prévalence du handicap(%) la région, le sexe et le milieu de résidence en 2024

Régions	Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Total
National	Urbain	4,2	4,3	4,2
	Rural	5,6	5,6	5,6
	Total	4,7	4,8	4,8
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	Urbain	4,1	4,1	4,1
	Rural	6,4	6,3	6,4
	Total	4,9	4,9	4,9
Oriental	Urbain	5,5	5,7	5,6
	Rural	6,4	6,3	6,3
	Total	5,8	5,9	5,9
Fès-Meknès	Urbain	5,1	5,1	5,1
	Rural	7,0	6,9	6,9
	Total	5,8	5,7	5,8
Rabat-Salé-Kénitra	Urbain	4,0	4,1	4,1
	Rural	5,0	5,2	5,1
	Total	4,3	4,4	4,4
Béni Mellal-Khénifra	Urbain	4,9	5,0	4,9
	Rural	5,7	5,5	5,6
	Total	5,3	5,2	5,2
Casablanca-Settat	Urbain	3,7	4,1	3,9
	Rural	4,8	4,9	4,8
	Total	4,0	4,3	4,1
Marrakech-Safi	Urbain	4,1	4,3	4,2
	Rural	5,3	5,1	5,2
	Total	4,8	4,7	4,8
Drâa-Tafilalet	Urbain	4,0	3,7	3,9
	Rural	5,4	5,3	5,3
	Total	4,9	4,7	4,8

Souss-Massa	Urbain	3,7	3,7	3,7
	Rural	5,8	5,6	5,7
	Total	4,5	4,5	4,5
Guelmim-Oued Noun	Urbain	4,0	3,8	3,9
	Rural	6,5	6,2	6,3
	Total	4,7	4,5	4,6
Laâyoune-Sakia El Hamra	Urbain	2,9	3,1	3,0
	Rural	2,6	3,3	2,9
	Total	2,9	3,1	3,0
Dakhla-Oued Ed-Dahab	Urbain	2,1	2,7	2,4
	Rural	1,1	2,4	1,2
	Total	1,9	2,7	2,2

Table A 9. Répartition en (%) des PSH selon le sexe et l'état matrimonial par milieu de résidence en 2024

Etat matrimonial	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Célibataire	34,0	25,9	29,9	36,3	26,4	31,2	31,3	25,2	28,3
Marié	59,8	35,2	47,4	57,2	32,6	44,5	62,8	38,7	51,0
Divorcé	2,2	4,7	3,5	2,5	6,0	4,3	1,8	3,0	2,4
Veuf	4,0	34,2	19,2	3,9	35,0	19,9	4,0	33,1	18,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Table A 10. Répartition en (%) des PSH selon le groupe d'âges et le sexe en 2024

	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Moins de 15 ans	12,3	9,4	10,9	13,1	9,3	11,1	11,5	9,6	10,5
15-59 ans	39,0	32,0	35,5	39,9	32,3	36,0	37,9	31,6	34,8
60 ans ou plus	48,6	58,6	53,7	47,0	58,4	52,9	50,6	58,8	54,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Table A 11. Répartition en (%) des PSH selon le lien de parenté avec le chef de ménage, le milieu de résidence et le sexe en 2024

Lien de parenté avec le CM	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Chef de ménage	59,2	27,5	43,2	57,3	30,9	43,7	61,6	22,9	42,6
Conjoint	1,9	25,3	13,7	2,3	22,6	12,8	1,5	28,9	14,9
Fille / Fils	27,4	18,9	23,1	29,3	19,1	24,0	25,2	18,5	21,9
Petite-fille / Petit-fils	1,7	1,3	1,5	1,5	1,2	1,4	1,9	1,6	1,7
Mère / Père	4,4	17,7	11,1	3,7	16,3	10,2	5,2	19,6	12,2
Sœur / Frère	3,6	4,2	3,9	3,8	4,3	4,1	3,3	4,0	3,7
Bru / Gendre	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,0	0,4	0,2
Autre parent	1,5	4,5	3,0	1,7	5,0	3,4	1,2	3,8	2,5
Domestique	0,0	0,0	0,0	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Personne sans lien de parenté	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Table A 12. Répartition en (%) des PSH selon la taille du ménage et le sexe en 2024

Taille du ménage	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
1 personne	4,7	10,6	7,7	4,7	10,3	7,6	4,8	10,9	7,8
2 à 3 personnes	31,5	33,6	32,5	31,5	35,1	33,4	31,4	31,6	31,5
4 à 5 personnes	35,9	29,7	32,7	39,6	32,2	35,8	31,4	26,3	28,9
6 personnes et plus	27,9	26,1	27,0	24,2	22,4	23,3	32,4	31,2	31,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Table A 13. Taux d'alphabétisation (%) des PSH âgées de 10 ans et plus par milieu de résidence et par sexe en 2024

Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Total
Urbain	58,8	32,5	45,1
Rural	34,0	11,7	23,0
Total	47,5	23,6	35,4

Table A 14. Répartition en (%) des PSH selon le niveau scolaire par sexe et par milieu de résidence en 2024

Niveau scolaire	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Aucun niveau d'études (y compris Crèche/M'sid/Kouttab)	57,8	77,6	67,8	47,4	69,9	59,0	70,4	87,9	79,0
Préscolaire moderne/traditionnel	1,6	0,8	1,2	2,0	1,0	1,5	1,2	0,4	0,8
Primaire	22,5	12,3	17,3	25,5	15,4	20,3	18,8	8,0	13,5
Secondaire collégial	9,3	4,6	7,0	11,8	6,3	9,0	6,3	2,3	4,3
Secondaire qualifiant	5,8	3,1	4,5	8,6	4,8	6,6	2,3	0,9	1,7
Supérieur (y compris Postsecondaire non supérieur)	2,9	1,6	2,3	4,5	2,5	3,5	1,0	0,5	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Table A 15. Part (%) des PSH âgée de 5 ans et plus ayant accès au digital par sexe et par milieu de résidence en 2024

Type de technologie	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Utilisation de l'internet au cours des 3 derniers mois	20,7	16,0	18,3	28,3	22,6	25,4	11,5	7,0	9,3
Possession d'un téléphone mobile personnel	56,8	45,1	50,9	59,8	52,3	55,9	53,3	35,5	44,6
Possession d'un ordinateur personnel (laptop et tablette compris)	1,8	0,9	1,4	2,9	1,4	2,1	0,5	0,3	0,4

Table A 16. Répartition en (%) des PSH selon le type d'activité, le sexe et le milieu de résidence en 2024

Type d'activité	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Actifoccupé	15,1	2,8	8,9	15,4	3,9	9,4	14,8	1,3	8,2
Chômeurn'ayant jamais travaillé	1,3	0,5	0,9	1,5	0,7	1,1	1,0	0,2	0,7
Chômeurayant déjà travaillé	4,1	0,7	2,4	4,5	1,1	2,7	3,6	0,2	2,0
Femme au foyer	-	30,3	15,3	-	30,8	15,9	-	29,6	14,5
Elève/ Etudiant	6,3	4,9	5,6	6,9	5,3	6,1	5,5	4,5	5,0
Rentier	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Retraité	9,8	1,4	5,6	14,8	2,3	8,4	3,7	0,2	2,0
Infirme ou malade	31,2	19,1	25,1	30,3	19,1	24,5	32,2	19,2	25,9
Personne âgée	22,0	33,0	27,5	15,7	29,5	22,8	29,6	37,7	33,6
Enfant	6,4	5,2	5,8	6,7	5,0	5,8	6,1	5,3	5,7
Autreinactif	3,7	2,0	2,8	4,0	2,3	3,1	3,2	1,7	2,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Table A 17. Répartition en (%) des PSH actives occupées âgées de 15 ans et plus selon le statut professionnel, le sexe et le milieu de résidence en 2024

Statut professionnel	Les deux milieux			Urbain			Rural		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Employeur	2,0	1,1	1,9	2,4	1,1	2,1	1,5	1,1	1,5
Indépendant	40,9	24,1	38,3	40,5	23,0	36,8	41,4	28,5	40,4
Salarié du secteur public	9,5	12,1	9,9	10,6	13,4	11,2	8,2	6,9	8,1
Salarié du secteur privé	37,7	52,4	40,0	36,8	54,5	40,5	38,9	44,3	39,3
Aide familial	1,1	3,4	1,5	0,5	0,7	0,6	1,9	14,3	2,8
Apprenti	1,0	0,5	0,9	1,2	0,5	1,1	0,8	0,5	0,8
Membre d'une coopérative ou associé	2,5	1,4	2,3	2,9	1,4	2,6	2,0	1,2	1,9
Autre	5,2	5,0	5,2	5,1	5,4	5,1	5,3	3,2	5,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Table A 18. Répartition en (%) des PSH selon le type de logement et le milieu de résidence en 2024

	Urbain	Rural	Total
Villa/Niveau de villa	1,7	0,3	1,1
Appartement	15,1	0,5	8,7
Maison marocaine	77,2	33,7	58,1
Maison sommaire/Bidonville	3,7	2,1	3,0
Logement rural	1,4	62,0	28,0
Autre	0,9	1,4	1,1
Total	100,0	100,0	100,0

Table A 19. Répartition en (%) des PSH selon les éléments de confort dont dispose le logement en 2024

Eléments de confort		Urbain	Rural	Total
Cuisine		97,6	90,5	94,5
W,C		99,3	90,9	95,6
Pièce d'eau (salle de bain et douche)		66,7	35,6	53,0
Électricité (*)		98,4	94,1	96,5
Eau courante		96,1	50,3	76,0
Mode d'évacuation des eaux usées	Réseau public	92,1	7,1	54,7
	Fosse septique	5,4	40,8	20,9

(*) Électricité englobe : Réseau public privé, réseau public commun, énergie renouvelable et groupe électrogène

Table A 20. Répartition en (%) des PSH selon le statut d'occupation du logement en 2024

Statut d'occupation	Urbain	Rural	Total
Propriétaire	69,1	88,4	77,5
Locataire	19,1	1,4	11,4
Autre	11,8	10,2	11,1
Total	100,0	100,0	100,0

Table A 21. Part en (%) des PSH disposant d'une assurance maladie en 2024

Milieu de résidence	Masculin	Féminin	Total
Urbain	66,0	60,7	63,3
Rural	65,7	60,9	63,4
Total	65,9	60,8	63,3

Table A 22. Répartition en (%) des PSH selon la nature de l'assurance maladie dont ils disposent, le sexe et le milieu de résidence en 2024

Milieu de résidence	Type d'assurance	Masculin	Féminin	Total
Urbain	Régime de la CNSS/CNOPS	61,7	57,0	59,2
	Régime privé	1,1	0,9	1,0
	Autre régime (interne, spécial, etc.)	3,2	2,8	3,0
	Aucun régime	34,0	39,3	36,7
	Total	100,0	100,0	100,0
Rural	Régime de la CNSS/CNOPS	64,5	59,9	62,2
	Régime privé	0,4	0,3	0,3
	Autre régime (interne, spécial, etc.)	0,9	0,7	0,8
	Aucun régime	34,3	39,1	36,6
	Total	100,0	100,0	100,0
Les deux milieux	Régime de la CNSS/CNOPS	62,9	58,2	60,5
	Régime privé	0,8	0,7	0,7
	Autre régime (interne, spécial, etc.)	2,2	1,9	2,0
	Aucun régime	34,1	39,2	36,7
	Total	100,0	100,0	100,0

Table A 23. Répartition en (%) des PSH selon le lieu des soins, le sexe et le milieu de résidence en 2024

	Sexe		Milieu de résidence		Total
	Masculin	Féminin	Urbain	Rural	
Institution médicale/paramédicale publique / Mutuelle	69,1	67,9	66,0	71,8	68,5
Institution médicale/paramédicale privée	23,7	26,3	27,7	21,6	25,0
Pharmacie/Parapharmacie	2,4	2,2	2,8	1,6	2,3
Médecine alternative/traditionnelle	0,9	0,8	0,8	1,0	0,9
Ne reçoit aucun traitement	3,9	2,7	2,7	4,0	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Annexe 4. Méthodologie et résultats de la projection des effectifs des PSH à l'horizon 2050**Encadré A 4. Méthodologie de l'extrapolation linéaire**

Soient :

- T = 2025 ; 2026 ; 2027 ; ... ; 2050
- PH (2014) = Prévalence du handicap en 2014
- PH (2024) = Prévalence du handicap en 2024
- PH (T) = Prévalence du handicap l'année T
- P(T) = effectif projeté de la population marocaine pour l'année T
- EPSH (T) = effectif projeté des PSH pour l'année T

La prévalence du handicap l'année T est estimée par :

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

L'effectif des PSH l'année T est estimé par :

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

Encadré A 5. Méthodologie de l'extrapolation exponentielle

Soient :

- T = 2025 ; 2026 ; 2027 ; ... ; 2050
- PH (2014) = Prévalence du handicap en 2014
- PH (2024) = Prévalence du handicap en 2024
- PH (T)= Prévalence du handicap l'année T
- P(T) = effectif projeté de la population marocaine pour l'année T
- EPSH (T) = effectif projeté des PSH pour l'année T

Dans le cas d'une augmentation de la prévalence du handicap entre 2014 et 2024 alors :
la prévalence du handicap l'année T est estimée par :
$$PH(T) = 1 - \{ (1 - PH(2014)) \cdot [(1 - PH(2024)) / (1 - PH(2014))]^{((T - 2014) / (2024 - 2014))} \}$$

L'effectif des PSH l'année T est estimé par :
$$EPSH(T) = P(T) \cdot PH(T)$$

Dans le cas d'une diminution de la prévalence du handicap 2014 et 2024 alors :
la prévalence du handicap l'année T est estimée par :
$$PH(T) = PH(2014) \cdot [(PH(2024) / PH(2014))]^{((T - 2014) / (2024 - 2014))}$$

L'effectif des PSH l'année T est estimé par :
$$EPSH(T) = P(T) \cdot PH(T)$$

Table A 24. Prévalences du handicap projetées selon l'hypothèse par milieu de résidence

Année	Extrapolation linéaire			Extrapolation exponentielle modifiées		
	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural
2024	4,8	4,2	5,6	4,8	4,2	5,6
2030	4,6	3,9	5,7	4,6	3,9	5,7
2040	4,3	3,3	5,8	4,3	3,5	5,9
2050	3,9	2,8	6,0	4,0	3,1	6,0

Table A 25. Effectifs projetés des PSH selon l'hypothèse, par milieu de résidence

Année	Constance			Extrapolation linéaire			Extrapolation exponentielle modifiée		
	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural
2024	1.748.306	979.209	769.097	1.748.306	979.209	769.097	1.748.306	979.209	769.097
2030	1.803.191	1.060.200	742.991	1.730.746	975.993	754.753	1.739.060	983.997	755.064
2040	1.890.060	1.190.996	699.064	1.667.317	938.742	728.575	1.706.026	976.170	729.856
2050	1.964.168	1.302.417	661.752	1.561.303	854.155	707.148	1.652.609	942.702	709.907

المملكة المغربية



المندوبية السامية للتخطيط

+٥٥٢٢٠٢١ +٥٢٠٦٦٦٦٦ | ٥٢٢٢٠٢

HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN