

**GDR EMMA - IRMC - ESSEC Tunis – FSEG Sfax  
Colloque « Economie Méditerranée Monde Arabe » 2002  
20-21 septembre 2002**

***INTEGRATION EURO-MEDITERRANEENNE ET EVOLUTIONS  
STRUCTURELLES ET INSTITUTIONNELLES DES ECONOMIES  
MEDITERRANEENNES***

**Disparités socio-économiques et évolutions  
démographiques au Maroc et en Tunisie**  
(version provisoire)

**Muriel SAJOUX BEN SEDDIK<sup>□</sup>  
Université de Pau et des Pays de l'Adour, C.A.T.T.**

Les évolutions démographiques des PSEM constituent une dimension essentielle de l'analyse de leur devenir dans le cadre de l'intégration euro-méditerranéenne. En dépit d'une transition démographique bien avancée dans la plupart d'entre eux, ils devraient connaître une forte augmentation de leur population durant les deux décennies à venir. Nous envisageons ici de traiter de la dynamique démographique de deux pays du Maghreb : le Maroc et la Tunisie. Après avoir présenté les principales caractéristiques et tendances en cours, nous nous intéresserons aux relations complexes qui lient disparités socio-économiques et modification des comportements démographiques.

Nous appréhenderons quelques aspects des disparités de développement existant au sein de chacun de ces deux pays. Nous nous appuyerons pour cela sur une analyse de certains indicateurs socio-économiques ventilés par milieu de résidence et, parfois, par région. Cette démarche nous permettra d'aborder les limites du schéma traditionnel d'explication de la transition démographique (schéma liant fécondité et développement par une relation inverse) et de mettre en évidence l'existence d'un schéma « atypique » d'explication de la transition démographique dans lequel une part non négligeable de la baisse de la fécondité est imputable

---

<sup>□</sup> [muriel.benseddik@univ-pau.fr](mailto:muriel.benseddik@univ-pau.fr)

à un retard de développement et aux difficultés socio-économiques auxquelles doivent faire face les individus.

## **I. Evolutions démographiques en cours au Maroc et en Tunisie au niveau national**

Nous envisagerons ici les évolutions démographiques globales telles qu'elles apparaissent au niveau national pour chacun des deux pays. Nous envisagerons successivement l'évolution de la croissance démographique, l'urbanisation, la baisse de la fécondité et enfin la baisse de la mortalité.

Les populations marocaine et tunisienne pouvaient être estimées, pour l'année 2000, respectivement à 28,5 et 9,6 millions de personnes (Attané, Courbage, 2001). Ces populations ont plus que doublé par rapport à leur niveau de 1960, date à laquelle elles s'élevaient respectivement à 11,6 et 4,2 millions de personnes. En 2025, le Maroc devrait compter près de 38,2 millions d'habitants ce qui représente un croît démographique de 9,7 millions d'individus par rapport à l'année 2000. Quant à la population tunisienne, elle devrait connaître, au cours de ce premier quart de siècle, une augmentation de 3,3 millions d'individus pour se situer, en 2025, à près de 12,9 millions de personnes.

Le croît démographique à venir de ces deux pays consistera essentiellement en une croissance des zones urbaines<sup>1</sup>. La population urbaine marocaine devrait en effet passer de 15 à 25 millions de personnes (soit 10 millions d'urbains supplémentaires) entre 2000 et 2025 et la population urbaine tunisienne devrait passer de 5,6 à 8,8 millions de personnes (soit un croît de 3,2 millions d'habitants dans les zones urbaines). Le taux d'urbanisation de ces pays devrait passer, entre 2000 et 2025, de 52,8 à 65,6 % pour le Maroc et de 58,3 à 68,5 % pour la Tunisie. La croissance rapide de la population urbaine apparaît ainsi comme un des traits majeurs de l'évolution démographique de ces pays. Nous rappellerons que le processus d'urbanisation y a été très rapide durant les dernières décennies : en 1960, le taux d'urbanisation n'était que de 27,2 % au Maroc et de 29,1 % en Tunisie.

L'importance du croît démographique à venir ne doit pas occulter le fait que la transition de la fécondité est bien avancée au Maroc et en Tunisie. Alors qu'au début des années 60 l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de ces deux pays était de l'ordre de 7,2 enfants par femme, leur fécondité pouvait être estimée, pour l'année 2000, à 2,35 enfants par

---

<sup>1</sup> La population urbaine est ici définie comme la population des agglomérations de 10 000 habitants et plus.

femme au Maroc et à 2,28 enfants par femme en Tunisie (Attané, Courbage, 2001). L'évolution de deux déterminants proches de la fécondité, l'âge moyen au premier mariage des femmes et le taux de prévalence contraceptive, rend compte des bouleversements qu'ont connu les comportements démographiques marocains et tunisiens durant ces dernières décennies.

Dans ces deux pays, comme dans la majorité des sociétés arabo-musulmanes, la procréation n'est envisageable, culturellement et socialement, que dans le cadre du mariage. L'élévation de l'âge moyen au premier mariage des femmes constitue ainsi un facteur très important de réduction de la fécondité. Au Maroc, l'âge moyen au premier mariage des femmes est passé de 17,3 ans en 1960<sup>2</sup> à 26,8 ans en 1998<sup>3</sup>. En Tunisie, il est passé de 19,5 ans en 1956<sup>4</sup> à 26,5 ans en 1995<sup>5</sup>.

L'extension de la pratique contraceptive est un autre élément essentiel rendant compte de la baisse de la fécondité. Au Maroc, le taux d'utilisation de la contraception a triplé en une vingtaine d'années en passant de 19,4 % à 58,4 % entre 1979-80<sup>6</sup> et 1997<sup>7</sup>. En Tunisie, le taux de prévalence contraceptive est passé de 31 % en 1978 à 60 % en 1995 (Ayad, Jemai, 2001, p. 184).

La diminution de la mortalité, et celle des enfants notamment, a été très importante. Au Maroc, le taux brut de mortalité s'élevait à 18,7 ‰ en 1962 et n'était plus que de 6,1 ‰ en 1999/2000. En Tunisie, le taux brut de mortalité est passé de 19,3 ‰ en 1960 à 5,4 ‰ en 1998 (Waltisperger et al., 2001, p. 57).

Le recul de la mortalité infantile (qui est indépendante des effets de structure de la population, contrairement au taux brut de mortalité) reflète divers aspects du développement : amélioration des conditions médico-sanitaires, élévation du niveau d'instruction de la population (et en particulier des femmes)... Au Maroc, le quotient de mortalité infantile est passé de 149 ‰ en 1962 à 36,6 ‰ sur la période 1992-97. Le risque de mourir avant d'atteindre l'âge d'un an a ainsi été divisé par quatre. En Tunisie (Chekir et Vallin, 2001), la mortalité infantile est passée de 113,8 ‰ sur la période 1963-1967 à 35,3 ‰ sur la période 1990-94. En 1998, le taux de mortalité infantile s'élevait à 24,7 ‰ (PNUD, Rapport National

---

<sup>2</sup> Recensement de 1960.

<sup>3</sup> Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des Ménages 1998.

<sup>4</sup> Vallin (1971) cité dans Ayad, Jemai (2001, p. 181).

<sup>5</sup> Donnée issue de l'Enquête Tunisienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ETSME) 1995 et reprise dans Ayad, Jemai (2001, p. 181).

<sup>6</sup> Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale 1979-80.

<sup>7</sup> Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997.

sur le Développement Humain en Tunisie, 1999). La mortalité infanto-juvénile est passée quant à elle, au Maroc, de 213 ‰ en 1962 à 45,8 ‰ sur la période 1992-97. En Tunisie, elle est passée de 211,3 ‰ sur la période 1963-67 à 43,6 ‰ sur la période 1990-94. Pour les périodes ici indiquées, le risque de décéder avant d'atteindre l'âge de cinq ans a ainsi été divisé par près de 5 (4,65 au Maroc et 4,8 en Tunisie). La mortalité maternelle reflète pour sa part l'évolution de la condition des femmes en termes d'accès aux soins et l'adéquation entre le système de santé et les besoins des femmes. Son évolution constitue un indicateur des changements dans les conditions de suivi des grossesses et d'accouchements et aussi, dans une certaine mesure, un indicateur de l'état de santé des femmes qui est lui-même le reflet de leur situation économique et sociale. Au Maroc, la mortalité maternelle est passée de 359 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes sur la période 1978-84 à 228 sur la période 1992-97. En Tunisie, la mortalité maternelle s'élevait en 1994 à 70 décès pour 100 000 naissances vivantes<sup>8</sup>.

Les tendances démographiques que nous venons de décrire plaident, en première lecture, en faveur d'une conception traditionnelle de la transition démographique. Selon cette conception, la baisse de la fécondité est considérée comme liée à une amélioration de divers indicateurs socio-économiques révélant une avancée du processus du développement. Au plan national, tant pour la Tunisie que pour le Maroc, cette conception semble rendre compte de la réalité : la baisse de la fécondité a été concomitante de divers progrès socio-économiques.

Cependant, l'examen des évolutions démographiques internes fournit un premier signe annonciateur des limites inhérentes au modèle développementaliste de la transition démographique.

## **II. Evolutions démographiques internes : émergence d'un paradoxe ?**

Nous considérerons deux types de disparités : les disparités internes en termes de mortalité et les différences de niveau de fécondité. Alors que les premières persistent et tendent parfois à s'accroître, les secondes révèlent à l'inverse une tendance au rapprochement des comportements féconds entre milieux de résidence et, pour la Tunisie, entre régions.

---

<sup>8</sup> Nous ne disposons pas actuellement de données sur la mortalité maternelle relative à d'autres périodes. Nous pouvons cependant indiquer que le taux d'accouchement en milieu assisté est passé de 39,4 % en 1984 à 85,2% en 1998 et que la part des femmes enceintes bénéficiant d'au moins une consultation prénatale a fortement augmenté passant de 54 % en 1984 à 85,3 % en 1998 (PNUD, Rapport National sur le Développement Humain en Tunisie, 1999).

## II.1. Mortalité : persistance et augmentation des écarts internes

Au Maroc, d'importants écarts de mortalité persistent et même s'amplifient (en termes relatifs) entre milieux de résidence (Sajoux Ben Seddik, 2001, p. 54 à 65). Selon les résultats de L'ENPS-I de 1987, la mortalité infantile était de 66,1 ‰ en milieu urbain et de 91‰ en milieu rural. La mortalité infantile rurale était ainsi presque 1,4 fois plus élevée que la mortalité infantile urbaine. Les résultats de l'ENSME de 1997 indiquent que la surmortalité infantile rurale (rapport entre la mortalité infantile en milieu rural et la mortalité infantile en milieu urbain) s'est accentuée. La mortalité infantile rurale (46,1 ‰) est près de deux fois supérieure à la mortalité infantile urbaine (23,8 ‰). Les résultats de ces enquêtes indiquent ainsi que la mortalité infantile a baissé de 64 % en milieu urbain et de 49 % en milieu rural. Cette tendance à l'accentuation des écarts de mortalité entre milieux de résidence peut également être constatée à partir de l'évolution des quotients de mortalité infanto-juvénile. Selon l'ENPS-I de 1987, ce quotient était de 81,4‰ en milieu urbain et de 137,3 ‰ en milieu rural. La surmortalité infanto-juvénile rurale était alors de près de 1,7. Selon l'ENSME 1997, ce quotient est passé à 29,9 ‰ et 61,1 ‰ respectivement en milieu urbain et en milieu rural. La baisse de ce quotient entre les deux enquêtes est de plus de 63 % en milieu urbain et de plus de 55 % en milieu rural. Quant à la mortalité maternelle, sa baisse a été très importante entre les périodes 1985-91 (ENPS-II) et 1992-97 (ENSME 1997) en passant de 332 à 228 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Cette évolution est essentiellement un phénomène urbain puisque la mortalité maternelle urbaine a baissé de plus de 50 % passant de 284 à 125 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes tandis qu'elle ne baissait que de 15 % en milieu rural passant de 362 à 307 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La surmortalité maternelle rurale a ainsi considérablement augmenté entre les deux périodes considérées passant de près de 1,3 à près de 2,5.

Outre les écarts de mortalité entre milieux de résidence, il y a également d'importants écarts régionaux. Selon l'ENPS-II, le quotient de mortalité infantile variait de 48,9 ‰ dans la région de Centre-Sud à 77,3 ‰ dans le Nord-Ouest. Le quotient de mortalité infanto-juvénile variait quant à lui de 60,4 ‰ dans la région Centre à 110,7 ‰ dans le Sud. Le découpage régional retenu pour l'ENSME 1997 est différent de celui de l'ENPS-II ; on ne peut donc effectuer de comparaisons directes dans les évolutions régionales. On peut cependant noter que le quotient de mortalité infantile variait, selon cette enquête, de 15,2 ‰ pour la région du Grand Casablanca à 57,7 ‰ pour la région de Meknès-Tafilalet. Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle variait de 19,4 ‰ dans la région du Grand Casablanca à 68,5‰ dans la région

de Tadla-Azilal. Ces variations régionales sont en partie liées au caractère plus ou moins urbanisé de chacune des régions considérées.

Le milieu urbain apparaît donc comme le principal bénéficiaire des progrès réalisés en matière de baisse de la mortalité. Cf. Tableau 1.

**Tableau 1 : Evolution des mortalités infantile, infanto-juvénile et maternelle au Maroc entre deux enquêtes**

	Mortalité infantile (en ‰)		Mortalité infanto-juvénile (en ‰)		Mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)	
	ENPS-I 1977-1986	ENSME 1997 1992-1997	ENPS-I 1977-1986	ENSME 1997 1992-97	ENPS-II 1982-1991	ENSME 1997 1992-1997
<b>Milieu urbain (1)</b>	66,1	23,8	81,4	29,9	284	125
<b>Milieu rural (2)</b>	91	46,1	137,3	61,1	362	307
<b>Ensemble</b>	82,4	36,6	118	45,8	332	228
<b>(2)/(1)</b>	1,37	1,93	1,7	2,04	1,27	2,45

Sources : ENPS I : données reprise de CERED, 1997, p. 58 à 59 ; ENPS II 1992 et ENSME 1997 : Ministère de la Santé, Rabat.

En Tunisie, on peut aussi constater, comme pour le Maroc, une tendance à la persistance, et même à l'accentuation, des disparités internes en termes de mortalité infantile et infanto-juvénile. Cf. Tableau 2.

Selon les résultats de l'EDS de 1988 (Waltisperger et al., 2001), la mortalité infantile en milieu rural était, sur la période 1978-87, de 64,1 ‰ en milieu rural et de 49,9 ‰ en milieu urbain ; la surmortalité infantile rurale était alors de 1,3. Cette même enquête indique que les écarts entre régions sont encore plus forts que les écarts entre milieux de résidence. Le niveau de mortalité infantile le plus bas concernait la région de Tunis (39,6 ‰) et le plus élevé la région Sud (75,4 ‰). Les régions du Nord Ouest et du Centre Ouest affichaient pour leur part des niveaux de mortalité infantile supérieurs au niveau prévalant en milieu rural (toutes régions confondues) avec des quotients de mortalité infantile respectivement égaux à 66,6 et 68 ‰.

L'ETSME de 1995<sup>9</sup> révèle pour sa part que sur la période 1990-94 l'écart relatif entre les deux milieux de résidence s'est accentué : la mortalité infantile apparaît ainsi plus de deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : 50,4 ‰ contre 22,3 ‰.

L'accentuation de l'écart relatif entre les deux milieux apparaît également à travers l'évolution des quotients de mortalité infanto-juvénile. Pour la période 1978-87, la

<sup>9</sup> Cf. Chekir et Vallin, 2001, Tableau 9 p. 132.

surmortalité infanto-juvénile rurale était de 1,4 : elle s'élevait alors à 88 ‰ en milieu rural et à 62,2 ‰ en milieu urbain. L'ETSME de 1995 fait apparaître, pour la période 1990-94, une surmortalité infanto-juvénile rurale de 2,31 : 62,7 ‰ en milieu rural contre 27,1 ‰ en milieu urbain.

**Tableau 2 : Evolution des mortalités infantile et infanto-juvénile en Tunisie entre deux enquêtes**

	Mortalité infantile (en ‰)		Mortalité infanto-juvénile (en ‰)	
	EDS 1988 1978-1987	ETSME 1995 1990-1994	EDS 1988 1978-1987	ETSME 1995 1990-1994
<b>Milieu urbain (1)</b>	49,9	22,3	62,2	27,1
<b>Milieu rural (2)</b>	64,1	50,4	88	62,7
<b>Ensemble</b>		35,3		43,6
<b>(2)/(1)</b>	1,3	2,3	1,4	2,31

Sources : EDS 1988 (Aloui et al., 1989) repris de Waltisperger et al., 2001 ; ETSME (ONFP, 1998) : données reprises de Chekir et Vallin, 2001.

Nous venons de décrire l'accentuation des écarts relatifs de mortalité entre milieux de résidence au Maroc et en Tunisie. Ce constat constitue un premier indice de la détérioration relative de la situation socio-économique du monde rural par rapport au monde urbain dans chacun de ces pays. On pourrait alors s'attendre à ce que les différentiels de fécondité entre milieux de résidence persistent ou même s'accroissent. Or, la réalité est tout autre.

## II.2. Fécondité : vers une réduction des écarts internes

Au Maroc et en Tunisie, les comportements en matière de reproduction sont sur la voie d'un fort rapprochement, notamment entre villes et campagnes. Cf. Tableau 3. En une dizaine d'années (du milieu des années 80 au milieu des années 90), le différentiel de fécondité entre milieux de résidence est passé de 2,7 à 1,8 enfants par femme au Maroc et de 1,9 à 1,1 enfants par femme en Tunisie. Les différentiels de fécondité sont plus réduits que par le passé selon une grille d'analyse retenant la distinction milieu rural/milieu urbain mais aussi selon une analyse en termes de régions pour la Tunisie et en termes de niveaux d'instruction des femmes pour chacun des deux pays.

La transition féconde marocaine n'a pas connu le même rythme ni le même calendrier suivant le milieu de résidence considéré. La baisse de la fécondité a été plus précoce et plus intense en milieu urbain. Au milieu des années 70, le différentiel de fécondité

entre les deux milieux de résidence était de 2,64 enfants par femme. Les ISF urbain et rural étaient alors respectivement de 4,3 et 7,02 enfants par femme. Au début des années 90 (ENPS II), le différentiel de fécondité entre villes et campagnes a atteint 3 enfants par femme : l'ISF urbain était de 2,54 enfants par femme et l'ISF rural de 5,54 enfants par femme. Depuis lors, ce différentiel a nettement diminué pour se situer, durant la seconde moitié des années 90, à 1,7 enfants par femme. La fécondité urbaine a poursuivi son déclin pour atteindre 2,3 enfants par femme. La fécondité rurale a connu pour sa part une diminution accélérée lui permettant d'atteindre 4 enfants par femme (ENVM, 1998/99).

Les résultats de l'ENSME 1997 fournissent des niveaux de fécondité ventilés par région. Cependant, le découpage régional utilisé étant différent de celui des enquêtes précédentes, on ne peut faire de comparaisons directes quant à l'évolution des écarts régionaux entre différentes périodes. On peut cependant noter que l'ISF varie de 2,1 enfants par femme dans la région du Grand Casablanca (une des zones les plus urbanisées du pays) à 3,8 enfants par femme dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate.

En Tunisie, les comportements féconds sont sur la voie de l'uniformisation sur l'ensemble du territoire (Waltisperger et al, 2001, p. 84). En moins d'une quinzaine d'années, les écarts entre femmes rurales et femmes urbaines se sont considérablement réduits. Au début des années 80, le différentiel de fécondité entre les deux milieux de résidence était de près de 2 enfants par femme : l'ISF urbain était de 4,11 enfants par femme et l'ISF rural de 6,03 enfants par femme. Vers le milieu des années 90, ce différentiel n'était plus que de 1,1 enfants par femme : l'ISF urbain était alors de 2,6 enfants par femme et l'ISF rural de 3,7 enfants par femme. Entre ces deux périodes, le différentiel de fécondité avait atteint 2,27 enfants par femme (sur la période 1985-87, l'ISF urbain était de 3,41 enfants par femme et l'ISF rural était encore élevé se situant à 5,68 enfants par femme).

Les disparités de fécondité entre les différentes régions tunisiennes ont également diminué. En 1982-84, l'ISF le plus élevé concernait la région du Centre-Ouest et se situait à 6,37 enfants par femme ; l'ISF le plus bas se situait alors à 3,74 enfants par femme et concernait la région de Tunis. Le différentiel régional maximal était alors de 2,6 enfants par femme. En 1994-95, ce différentiel n'était plus que de 1,9 enfants par femme : l'ISF de la région de Tunis était alors de 2,2 enfants par femme et celui de la région du Centre-Ouest de 4,1 enfants par femme.



**Tableau 3 : Rapprochement des niveaux de fécondité des femmes urbaines et rurales au Maroc et en Tunisie**

	MAROC		TUNISIE	
	ENPS I 1987 1985	ENSME 1997 1995	1982-84	1994-95
<b>Milieu urbain (1)</b>	3,17	2,3	4,11	2,6
<b>Milieu rural (2)</b>	5,86	4,1	6,03	3,7
<b>Ensemble</b>	4,84	3,1	4,87	3
<b>(2)-(1)</b>	2,69	1,8	1,92	1,1

Sources : - Maroc : ENPS I : données reprises de CERED, 1997 ; ENSME 1997.

- Tunisie : ETSME (ONFP, 1998) : données reprises de Waltisperger et al., 2001, p. 84.

La réduction des écarts de fécondité au sein de chacun des pays ici étudiés peut être analysée, comme nous l'avons vu, sur la base d'un critère socio-territorial d'appartenance à tel ou tel milieu de résidence. Cette réduction est également perceptible sur la base d'un critère socio-économique fondamental pour notre problématique : le niveau d'instruction féminine. L'écart de fécondité entre les femmes sans instruction et les femmes de niveau secondaire et plus est plus faible au milieu des années 90 qu'il ne l'était à la fin des années 70.

Au Maroc, l'ISF des femmes sans aucun niveau d'instruction est passé de 6,36 enfants par femme en 1977 à 3,7 enfants par femme en 1995. L'ISF des femmes de niveau secondaire et plus était de 4,15 enfants par femme en 1977. En 1995, l'ISF des femmes de niveau secondaire était de 1,9 enfants par femme et celui des femmes de niveau supérieur de 1,6 enfants par femme. En Tunisie, l'ISF des femmes sans aucun niveau d'instruction est passé de 5,52 (ETF 1978) à 3,99 enfants par femme (ETSME 1995). Entre ces deux enquêtes, l'ISF des femmes de niveau secondaire et plus est passé pour sa part de 2,87 à 1,96 enfants par femme. Le différentiel de fécondité entre ces deux catégories de femmes a ainsi diminué passant, en Tunisie, de 2,65 à 2 enfants par femme.

L'analyse des évolutions démographiques internes au Maroc et en Tunisie permet notamment de constater un double mouvement de persistance (voire d'accentuation) des écarts relatifs de mortalité entre milieux de résidence et de rapprochement progressif des comportements féconds. Alors que les évolutions en matière de fécondité pourraient faire penser qu'un rapprochement des conditions socio-économiques entre milieux de résidence est en cours, les évolutions constatées en termes de mortalité (des jeunes enfants notamment) suggèrent la tendance inverse. Ces dernières fournissent une première indication de la

situation socio-économique de plus en plus défavorisée dans laquelle se trouve le milieu rural par rapport au milieu urbain.

Cette situation peut apparaître paradoxale au regard des explications traditionnelles de la transition démographique. La considération de diverses disparités socio-économiques va renforcer l'atypie des situations constatées.

### **III. Disparités socio-économiques internes : vers une relecture du cadre explicatif de la transition féconde**

Le paradoxe révélé par l'analyse des évolutions démographiques internes est renforcé dès lors que l'on considère diverses disparités socio-économiques persistant au sein de chacun des pays. Mais, ces mêmes disparités se transforment en facteurs explicatifs lorsqu'une approche alternative de la transition démographique est retenue. Une telle approche considère que la crise socio-économique et la pauvreté peuvent elles aussi favoriser la baisse de la fécondité dans les pays en développement.

#### **III.1. Exemples de disparités socio-économiques persistantes**

A partir de données relatives à l'instruction des femmes, à l'accès aux soins et à la pauvreté (dans ses multiples dimensions), il apparaît indubitable que les théories de la modernisation ne peuvent expliquer l'intégralité de la baisse de la fécondité tant au Maroc qu'en Tunisie.

##### **a) *Instruction des femmes***

Parmi les facteurs explicatifs traditionnels de la baisse de la fécondité, la montée de l'instruction féminine est parmi ceux qui sont le plus souvent évoqués. Or, en termes d'accès à l'instruction, les femmes et les filles rurales constituent la catégorie de la population la plus défavorisée tant au Maroc qu'en Tunisie.

Le taux d'analphabétisme féminin en milieu rural marocain reste élevé : 83 % selon l'ENVM 1998/99. Il n'a ainsi régressé que de 16 points par rapport à son niveau de 1960 date à laquelle il s'élevait à 99 %. La déconnexion entre évolutions urbaine et rurale est ici très nette : le taux d'analphabétisme féminin en milieu urbain a en effet pratiquement diminué de moitié passant de 88 % en 1960 à 45,5 % en 1998. L'écart d'alphabétisation entre femmes urbaines et rurales risque de perdurer encore de nombreuses années en raison des écarts actuels de scolarisation entre filles rurales et filles urbaines. En effet, malgré les progrès

réalisés, le taux net de scolarisation des filles rurales de 7 à 12 ans<sup>10</sup> est inférieur de plus de 36 points à celui des filles urbaines : 47 contre 83,4 %. La situation relativement défavorisée des filles rurales apparaît encore plus lorsque l'on considère le taux net de scolarisation des filles de 13 à 15 ans<sup>11</sup> : ce taux n'est que de 8,1 % en milieu rural contre 46,6 % en milieu urbain.

En Tunisie, les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1994 indiquent que le taux d'analphabétisme féminin était près de deux fois plus fort en milieu non communal qu'en milieu communal : 60 % contre 31,2 %. Le taux de scolarisation des filles rurales tunisiennes est inférieur à celui des filles urbaines mais l'écart entre les deux milieux est ici moins fort qu'il ne l'est au Maroc : le taux de scolarisation de la population féminine âgée de 6 à 14 ans est de 91,9 % en milieu communal et de 71 % en milieu non communal. Au Maroc, le taux net de scolarisation des filles rurales de 7 à 12 ans représentait, en 1998, 56 % du taux urbain correspondant ; celui des filles rurales de 13 à 15 ans représentait pour sa part 17 % du taux urbain correspondant. En Tunisie, le taux de scolarisation des filles rurales de 6-14 ans représentait, en 1994, 77 % du taux urbain correspondant.

#### **b) Santé**

Les disparités dans l'accès aux soins constituent une seconde dimension illustrant la situation défavorisée dans laquelle se trouvent les ruraux marocains par rapport aux urbains. Ces disparités sont notamment mises en évidence par différents aspects relatifs à la santé de la reproduction. Il en va ainsi de la proportion d'accouchements en milieu surveillé qui est beaucoup plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural. L'accouchement à domicile apparaît ainsi comme un phénomène essentiellement rural. Entre l'ENPS II (1992) et l'ENSME 1997, la proportion d'accouchements à domicile est passée de 41,1 à 24,5 % en milieu urbain. En milieu rural, cette proportion était, et reste, nettement plus élevée : 87,3 % selon l'ENPS II et 73,4 % selon l'ENSME. L'accès aux soins prénatals révèle lui aussi de fortes disparités : selon l'ENSME, 63,8 % des femmes rurales n'ont eu aucune consultation prénatale alors que cette situation ne concerne que 22,4 % des femmes urbaines.

L'offre de soins peut être appréhendée par la densité médicale. En Tunisie, l'inégale répartition géographique du personnel médical a été fortement réduite, notamment durant la décennie 80 (Chekir et Vallin, 2001). Des disparités demeurent cependant : la densité

---

<sup>10</sup> Dans le premier cycle de l'enseignement fondamental.

<sup>11</sup> Dans le deuxième cycle de l'enseignement fondamental.

médicale variait, en 1995, de 509 habitants par médecin dans le gouvernorat de Tunis à 3439 dans le gouvernorat de Kasserine. Le rapport entre extrêmes était donc de près de 1 à 7.

### c) *Pauvreté et développement humain*

Bien qu'aucun des deux milieux ne constitue une entité homogène, une analyse socio-économique fondée sur la distinction milieu rural/milieu urbain fait apparaître, dans le cas du Maroc, des disparités fortes (Sajoux Ben Seddik, 2001, p. 66 à 107).

La pauvreté monétaire apparaît ainsi plus forte dans les campagnes que dans les villes. Selon l'ENVM 1998/99, le taux de pauvreté est, en milieu rural, plus de deux fois plus élevé qu'en milieu urbain : 27,2 % contre 12 %. La dimension rurale de la pauvreté ne doit pas occulter le fait qu'il existe également des poches régionales de pauvreté<sup>12</sup>.

La pauvreté est multidimensionnelle et ne doit pas être abordée uniquement en termes monétaires. Des indicateurs comme l'IDH et l'IPH-1 peuvent fournir des indications relatives à certaines formes de pauvreté. Selon le Rapport National sur le Développement Humain 1998-1999, le déficit national en développement humain est imputable aux zones rurales à hauteur de 67,1 %. Ce rapport donne des estimations de l'IDH et de l'IPH-1 pour chacun des deux milieux de résidence. Ces estimations indiquent que l'IDH 1997 est 1,6 fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (0,729 contre 0,448). Derrière l'IDH 1997 national (0,589) se cache ainsi une forte disparité rurale-urbaine. L'IDH atteint, en milieu urbain, un niveau correspondant à celui des pays situés à la tête du groupe « Pays à développement humain moyen » mais, en milieu rural, son niveau correspond à celui d'un pays relevant du groupe « Pays à faible développement humain ». Les estimations de l'IPH-1 1997 par milieu de résidence révèlent quant à elles que la pauvreté humaine concerne un peu moins du quart de la population urbaine tandis qu'elle concerne plus de la moitié de la population rurale.

En Tunisie, il pourrait être plus pertinent d'analyser les disparités socio-économiques sur la base d'un découpage régional plutôt que sur la base de l'appartenance à tel ou tel milieu de résidence. Mais les disparités régionales sont pour partie liées aux différences de degré d'urbanisation. Une opposition apparaît en effet entre régions littorales et régions intérieures à la fois en termes de densité de population et d'urbanisation.

---

<sup>12</sup> Pour une étude spatiale détaillée, on pourra se référer à « Dimension spatiale et régionale de la pauvreté : identification des poches de la pauvreté », *Analyse du profil et de la dynamique de la pauvreté : un fondement de l'atténuation des dénuements*, Direction de la Statistique, 2001, p. 54-62.

A titre d'exemple, le District de Tunis et le Centre-Est, régions les plus urbanisées du pays (leurs taux d'urbanisation sont respectivement de 92 et 70 % pour l'année 1994 ; Sethom, 2001) se distinguent des autres régions du pays avec une dépense moyenne par personne et par an supérieure à 1200 D (Oueslati, 2001) en 1995. Les régions du Nord-Ouest et du Centre-Ouest affichent pour leur part les niveaux de dépenses les plus faibles (respectivement 677 et 586 D). Par ailleurs, la part des pauvres dans ces deux dernières régions était, en 1990, plus élevée que la moyenne nationale (6,7 %) ; elle était de 10,2 % dans le Nord-Ouest et de 10,3 % dans le Centre-Ouest. Ces deux régions regroupaient alors plus de 45 % du total des populations défavorisées (Layeb, 2001).

Les transitions démographiques marocaine et tunisienne peuvent apparaître, prises dans leur globalité, en accord avec les théories de la modernisation. La baisse de la fécondité a été concomitante d'une urbanisation croissante, d'une élévation du niveau d'instruction moyen (des femmes en particulier), de notables progrès dans le domaine de la santé... Mais dès lors que l'on met en perspective les évolutions démographiques internes et les disparités socio-économiques persistant au sein de chacun de ces pays, le cadre explicatif apporté par les théories de la modernisation apparaît insuffisant. Un nouvel angle d'approche doit être adopté.

### III.2. La nécessaire prise en compte d'une approche alternative de la transition féconde : quelles implications ?

Pour rendre compte de la baisse de la fécondité en milieu rural marocain (Sajoux Ben Seddik, 2001) ou dans une région défavorisée comme le Nord-Ouest de la Tunisie (Gastineau, Sandron, 2000), le recours à une approche alternative de la transition féconde s'avère nécessaire. Ce type d'approche repose sur l'idée selon laquelle la fécondité baisse sous l'influence d'un malthusianisme induit par des conditions de vie précaires (Cosio-Zavala, 2000). La naissance de nombreux enfants supplémentaires est alors perçue par les couples comme mettant en danger la survie immédiate de leur famille.

Des transitions fécondes atypiques, se démarquant fortement du schéma traditionnel liant fécondité et développement par une relation inverse, ont été étudiées dans des contextes culturels et géographiques très divers : en Afrique sub-saharienne (Boserup, 1985), en Amérique Latine (Cosio-Zavala, 1996), dans les pays arabes (Courbage, 1994), en Asie (Adnan, 1997 ; Attané, 2000)... On assiste à une relecture des théories de la transition

démographique mettant en évidence le rôle de la pauvreté ou de la crise économique dans la baisse de la fécondité (Vimard, 1997).

Un constat s'impose. Les difficultés socio-économiques auxquelles doivent faire face certaines catégories des populations marocaine et tunisienne (comme c'est le cas, par exemple, pour une grande partie des ruraux au Maroc) n'ont pas constitué un obstacle à la baisse de la fécondité de ces populations et l'ont, à l'inverse, favorisée. Au-delà de ce constat, il convient de s'interroger sur les implications économiques et sociales d'un tel type de transition démographique. Outre les interrogations que l'on peut avoir quant à l'éventuelle fragilité de ce processus, on ne peut que noter qu'une telle relation révèle l'étendue et l'intensité de diverses difficultés socio-économiques et inégalités. Or le risque de voir certaines difficultés socio-économiques persister ou s'étendre à de nouvelles franges de la population n'est pas à exclure, notamment dans le cadre de l'intégration euro-méditerranéenne. La réalisation de ces transitions fécondes atypiques a certes eu le mérite d'alléger la pression démographique pesant sur les économies marocaine et tunisienne. Mais, n'étant pas liées à l'amélioration du capital humain, elles ne favorisent pas l'augmentation du revenu global. Dans ce type de transition, la baisse de la fécondité n'est pas accompagnée de tous les progrès sociaux et économiques garants de l'amélioration des conditions de vie et partant de l'augmentation du bien-être de l'ensemble des populations. Or ces éléments sont à ne pas négliger dans toute analyse relative aux conditions de réussite de l'intégration euro-méditerranéenne. Car au-delà des écarts de développement prévalant entre les deux rives de la Méditerranée, les écarts de développement persistant au sein de différentes régions des pays du Sud peuvent rendre plus difficile l'adaptation des populations les plus défavorisées à la nouvelle donne euro-méditerranéenne.

\*\*\*\*\*

Les transitions fécondes marocaine et tunisienne relèvent de deux cadres explicatifs différents. Dans leurs aspects globaux, ces transitions apparaissent concomitantes de la poursuite du processus de développement. Le modèle traditionnel de la transition démographique peut donc être observé. Cependant, la baisse de la fécondité qui s'est produite dans certaines franges défavorisées de la population doit être analysée sur la base d'une approche alternative de la transition féconde. Cette approche met en évidence l'influence des difficultés socio-économiques et de leur intensité dans le processus de déclin de la fécondité. L'allègement de la pression démographique induit par ce type de transition ne doit pas

occulter le fait que la pauvreté a été un moteur de la baisse de la fécondité. Il apparaît important de veiller à ce que les évolutions économiques et territoriales qui seront entraînées (ou accélérées) par l'instauration progressive de la ZLEM ne viennent pas renforcer les inégalités déjà existantes ni accroître de manière trop importante la vulnérabilité socio-économique dans laquelle se trouve une partie de la population.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADNAN S., 1997, « Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue : Aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh », in Chasteland, J-C. et Chesnais, J-C. (eds), *La population du monde. Enjeux et problèmes.*, coll. Travaux et Documents, Cahier n°139, Paris, PUF, INED, p. 41-77.
- ATTANE I., 2000, « Au Bangladesh, une transition inespérée », *Population et Sociétés*, n°357, mai, Paris, INED, 4 p.
- ATTANE Isabelle, COURBAGE Youssef et al., 2001, *La démographie en Méditerranée – Situation et Projections*, Les Fascicules du Plan Bleu 11, Economica, 249 p.
- AYAD M., JEMAI H., 2001, « Les déterminants de la fécondité », in Jacques Vallin et Thérèse Locoh (dir.), *Population et Développement en Tunisie, La métamorphose*, Tunis, Cérès éditions, p. 171-201.
- BOSERUP E., 1985, « Economic and Demographic interrelations in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 11, 3, p.383-397.
- CERED, 1997, *Situation et perspectives démographiques du Maroc*, Direction de la Statistique, Rabat, 315 p.
- CHEKIR et VALLIN, 2001, « Les déterminants de la santé et de la baisse de la mortalité », in Jacques Vallin et Thérèse Locoh (dir.), *Population et Développement en Tunisie, La métamorphose*, Tunis, Cérès éditions, 113-142.
- COURBAGE Y., 1994, « Evolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, n°3, p. 725-750.
- COSIO-ZAVALA M. E., 1996, « Malthusianisme de la pauvreté au Mexique », *Populations. L'état des connaissances*, coordonné par Leridon H., INED, Editions La Découverte, p. 255-256.
- COSIO-ZAVALA M. E., 2001, « Baisse de la fécondité, développement humain et politiques de population », in Alain Lery et Patrice Vimard (coord.), *Population et développement: Les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, Les Documents et Manuels du CEPED n°12, Paris, Ceped, p. 59-67.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 2000, *Enquête Nationale sur les niveaux de vie des Ménages 1998/99. Premiers résultats.*, Ministère de la Prévision Economique et du Plan, Rabat, 246p.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 2001, *Analyse du profil et de la dynamique de la pauvreté : un fondement de l'atténuation des dénuements*, Ministère de la Prévision Economique et du Plan, Rabat, 221 p.

- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, 1997, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1994. Caractéristiques d'éducation.*, Tunis.
- LAYEB M., 2001, « Disparités sociales et programmes de lutte contre la pauvreté », in Jacques Vallin et Thérèse Locoh (dir.), *Population et Développement en Tunisie, La métamorphose*, Tunis, Cérès éditions, p.495-512.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1993, *Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS II) 1992*, Rabat, 281 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, 1999, *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant 1997*, Direction de la planification et des ressources financières, Service des études et de l'information sanitaire, Rabat, Maroc, 333 p.
- OUESLATI A., 2001, « L'évolution de la consommation des ménages », in Jacques Vallin et Thérèse Locoh (dir.), *Population et Développement en Tunisie, La métamorphose*, Tunis, Cérès éditions, p. 445-463.
- PNUD/MAROC, *Rapport National sur le Développement Humain - 1997*, Secrétariat d'Etat à la Population et PNUD, Rabat, 127 p.
- PNUD/MAROC, *Rapport National sur le Développement Humain – 1998-1999*, Ministère de la Prévision Economique et du Plan et PNUD, 97 p.
- PNUD/Tunisie. Ministère du Développement Economique, *Rapport National sur le Développement Humain en Tunisie – 1999*, 107 p.
- SAJOUX BEN SEDDIK M., 2001, *Développement rural et transition démographique. Le cas du Maroc.*, Thèse pour le doctorat en Sciences Economiques, Université de Pau et des Pays de l'Adour, septembre, 356 p.
- SETHOM H, 2001, « Répartition spatiale de la population et urbanisation », in Jacques Vallin et Thérèse Locoh (dir.), *Population et Développement en Tunisie, La métamorphose*, Tunis, Cérès éditions, p. 277-294.
- VALLIN J., 1971, «La nuptialité en Tunisie », *Population*, vol. 26, mars, n°spécial « Le Maghreb », p. 250-266.
- VIMARD P., 1997, *Transitions démographique et familiale – Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, Documents de recherche, n°3, Equipe de recherche Transition de la fécondité et Santé de la reproduction, ORSTOM, Paris, 31 p.
- VIMARD P., 2002, « Pauvretés, crises et population », in Yves Charbit (dir.), *Le monde en développement. Démographie et enjeux socio-économiques*, Les études de la Documentation Française, p. 43-73.
- WALTISPERGER D., VALLIN J., BEN MRAD A., 2001, « La dynamique naturelle de la population depuis l'Indépendance », in Jacques Vallin et Thérèse Locoh (dir.), *Population et Développement en Tunisie, La métamorphose*, Tunis, Cérès éditions, p. 53-88.



### **ABREVIATIONS UTILISEES**

EDS : Enquête Démographique et de Santé.

ENFPF : Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale, Maroc, 1979-80.

ENPS I : Enquête Nationale sur la planification familiale, la fécondité et la Santé de la Population, Maroc, 1987.

ENPS II : Enquête Nationale sur la Population et la Santé, Maroc, 1992.

ENSME : Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant, Maroc, 1997.

ENVM : Enquête Nationale sur les niveaux de Vie des Ménages.

ETF : Enquête Tunisienne sur la Fécondité.

ETSME : Enquête Tunisienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant.

ONFP : Office National de la Famille et la Population.