

**Environnement socio-économique
de l'enfant**

Introduction

Au Maroc, comme partout ailleurs, les conditions d'évolution de l'enfance constituent un facteur essentiel du développement socio-économique futur du pays.

La nécessité d'approfondir la réflexion sur la situation des enfants découle de cette préoccupation et justifie le choix d'un tel thème pour cette étude. L'objectif d'une telle étude est de sensibiliser l'opinion publique en général et les intellectuels en particulier sur la priorité devant être accordée à l'enfance, et de mener une réflexion susceptible de fournir un éclairage analytique et un diagnostic de l'existant sur les rapports entre l'enfant et son vécu culturel et socio-économique.

En effet, l'environnement économique et social dans lequel évolue cette population vulnérable , exerce une influence certaine sur ses conditions de vie actuelles et détermine l'image de l'adulte de demain. Durant les années 80, le monde a été bouleversé par des crises économiques successives dont les répercussions ont été particulièrement néfastes pour les pays du sud. En effet, les mesures qui ont accompagné les politiques d'ajustement nécessaires au rétablissement des équilibres fondamentaux de certaines économies ont eu pour conséquences la réduction des dépenses consacrées aux efforts de développement et particulièrement celles allouées aux services sociaux tels que la santé, l'éducation, l'habitat ou encore l'environnement.

Les premiers touchés par cette récession furent les ménages les plus défavorisés et qui sont de grandes tailles en général. La dispersion de l'habitat en milieu rural dans les pays en développement qui rend problématique la diffusion de l'information auprès des paysans, entrave par la même les actions en faveur de ces derniers et fait comme premières victimes les enfants.

La population urbaine dans les pays du Tiers-Monde connaît une augmentation très rapide par suite de l'action conjuguée de deux facteurs: l'accroissement naturel et l'exode rural. La satisfaction en services sociaux de la population urbaine en général et de l'enfant en particulier rencontre beaucoup de difficultés. En outre, malgré la baisse de la fécondité enregistrée dans plusieurs pays du Tiers-Monde, l'accroissement démographique demeure élevé et entraîne le doublement de la population dans un laps de temps très réduit.

La forte croissance s'illustre par une base de la pyramide des âges très large mettant en évidence la part prépondérante des plus jeunes. Or, une telle augmentation exige de la part des responsables de multiplier les efforts pour subvenir aux besoins pressants mais surtout futurs de l'homme de demain en matière de scolarisation, de santé, d'habitat, de travail et de protection de ses droits. Au Maroc, exemple de pays du Sud, le nombre d'enfants est estimé aux environs de 10 millions vers la fin du siècle dont 6 millions résideront en milieu rural.

Pourtant malgré ce nombre et un contexte international peu favorable, le secteur social n'a pas été négligé. En effet, conscient que le véritable développement passe nécessairement par l'éducation de l'enfant, le Maroc considère l'éducation comme priorité nationale. la part des dépenses de l'Etat consacrée à l'enseignement est passé ainsi de 17% en 1980 à 25% en 1993.

Dans le domaine de la santé, le Gouvernement de SA MAJESTE le Roi s'est attaché à développer les soins de santé de base et les programmes visant la réduction de la mortalité infantile, l'espacement des naissances et l'amélioration de l'état nutritionnel des mères et des enfants. La mortalité infantile qui était de 150 ‰ en 1962 a enregistré une chute importante pour atteindre 55‰ actuellement.

Il est bien évident que le bien-être des enfants ne se limite pas à la seule satisfaction des besoins de base évoqués ci-dessus mais également de les occuper par des activités culturelles et éducatives et de les protéger contre la délinquance et les dangers qui les guettent de toute part.

Aussi, pour permettre à l'enfant un épanouissement physique et mental, un ensemble d'actions ont été entreprises par l'Etat dans le cadre du Plan d'Action National en faveur de l'enfant, élaboré en 1992. Elles consistent plus particulièrement à améliorer les indicateurs relatifs à l'enfant, améliorer ses conditions de vie dans les circonstances particulièrement difficiles, multiplier les structures visant l'épanouissement de l'enfance, tels que les jardins, les bibliothèques et les parcs pour enfants...

Pour assurer la protection des enfants et lutter contre la délinquance juvénile, des centres de sauvegarde se développent. Ils oeuvrent pour une rééducation adéquate des enfants perdus, en vue de les réintégrer dans la société.

Ce ne sont là que les principaux éléments que nous avons jugé utiles de retenir pour donner un aperçu global sur l'environnement social et économique dans lequel baignent les enfants du Maroc.

La présente étude sera menée dans ce contexte, elle tentera de cerner la situation des enfants au Maroc dans son rapport avec l'environnement socio-économique dans lequel ils vivent. Eu égard aux données disponibles, ce travail se propose d'exposer la situation des enfants dans différents domaines dont chacun donnera lieu à un chapitre distinct. Dans le premier chapitre, on se penchera sur la place des enfants dans le système scolaire marocain. L'analyse va porter sur la scolarisation, l'alphabétisation etc... Le second chapitre nous conduira quant à lui à analyser l'état de santé des enfants en abordant les causes de

décès d'enfants, les déterminants de la mortalité néonatale, post néonatale, infantile et juvénile. Ensuite, l'objet de la dernière partie est d'exposer la nutrition chez l'enfant pour déboucher sur le travail des enfants.

I- Place de l'enfant dans le système scolaire

L'éducation et la valorisation des ressources humaines ont constitué depuis l'indépendance du Maroc une des priorités de la politique de développement du pays et une préoccupation permanente des pouvoirs publics, en raison de l'importance de leurs enjeux. Des ressources importantes et des efforts considérables ont été mis en oeuvre afin de généraliser l'enseignement primaire à tous les enfants en âge de scolarisation, et d'améliorer l'enseignement secondaire et supérieur, et ce, au détriment d'autres secteurs économiques productifs.

Certes, des progrès incontestables ont été réalisés mais les résultats restent limités et en deçà des aspirations et des objectifs fixés par les différents plans de développement. La croissance rapide de la population a amené les pouvoirs publics à réviser les objectifs retenus en matière d'éducation et à réviser les moyens budgétaires alloués à ce secteur à partir du début des années 80.

En effet, malgré la progression régulière des effectifs de population scolarisée au fil des années, le taux de scolarisation dans le niveau primaire reste relativement bas comparé à l'objectif de généralisation de l'enseignement primaire à l'horizon 1995. Le taux de scolarisation atteint en 1993 est de l'ordre de 65,2%, avec des disparités importantes entre les femmes et les hommes et selon le milieu de résidence urbain et rural.

Les déperditions scolaires sont encore importantes. La durée moyenne de séjour au niveau primaire est de 8 ans au lieu de 5 ans, et le taux d'écoulement du primaire au secondaire reste faible étant donné que 60% des élèves du primaire n'accèdent pas au cycle secondaire.

Il est vrai que les acquis dans le domaine de l'éducation ont permis de relever le niveau du taux d'alphabétisation de la population âgée de 10 ans et plus (proportion des personnes âgées de 10 ans et plus sachant lire et écrire au moins une langue) en passant de 13% en 1960 à environ 45% en 1991⁽¹⁾. Ceci n'empêche pas que l'analphabétisme reste très répandu parmi les populations jeunes, ce qui entrave leur avenir et limite leur participation à l'effort de développement économique et social du pays.

De plus, en ce qui concerne l'aspect qualitatif de l'éducation, plusieurs études contestent la qualité de l'enseignement dispensé et soutiennent que les contenus des programmes développés ne correspondent pas aux niveaux souhaités.

Ceci dit, au cours des dernières années, il y a eu des tentatives d'amélioration du système éducatif en mettant en oeuvre d'importantes réformes quantitatives et qualitatives. Il s'agit, entre autres, de la révision continue des programmes, du réajustement de la durée des cycles d'études et de la mise en oeuvre du Plan d'Arabisation. Dans ce qui suit nous allons essayer de mettre en exergue la place de l'enfant dans ce système en procédant au diagnostic de sa situation.

Au Maroc, trois départements ministériels interviennent dans le processus d'éducation et d'enseignement. Il s'agit notamment du Ministère de l'Education Nationale, qui intervient dans toutes les structures formelles d'enseignement, du Ministère de la Formation

^{1/} Enquête Niveaux de vie des ménages 1990-91.

Professionnelle qui se charge du secteur de la formation professionnelle, et du Ministère des Affaires Sociales et de l'Artisanat qui s'occupe des aspects relatifs à l'alphabétisation.

Le système national d'éducation se compose de l'école publique accessible à toute la population scolarisable, et qui absorbe 95% de la population scolarisée, et de l'école privée composée essentiellement des institutions préscolaires, primaires et secondaires qui reçoit quant à elle 5% de la population scolarisée, et enfin d'un secteur d'enseignement relevant des missions étrangères dispensant un enseignement préscolaire, primaire et secondaire presque identique à celui pratiqué dans les pays d'origine. Mais l'effectif scolarisé dans ce dernier secteur ne dépasse pas 1% de l'effectif total.

L'enseignement public marocain était basé initialement sur une structure formelle à trois niveaux, à savoir, le niveau primaire qui s'étale sur une durée de cinq ans, et le cycle secondaire d'une durée de 7 ans avec deux niveaux. Mais cette structure a été révisée par la réforme entamée depuis 1985, qui consiste en un enseignement fondamental d'une durée de 9 ans et d'un enseignement secondaire de 3 ans.

Avant d'entamer ces deux niveaux, nous allons tout d'abord nous intéresser à l'enseignement préscolaire pour apprécier le développement atteint dans ce domaine.

I.1- Enseignement préscolaire: prédominance de l'école coranique

Au Maroc, l'enseignement préscolaire est assuré par deux types d'institutions: une structure traditionnelle, à savoir, l'école coranique répandue aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et absorbant presque la totalité des enfants préscolarisés âgés de 3 à 6 ans, et une

structure moderne composée des jardins d'enfants et des écoles maternelles établis essentiellement en milieu urbain.

L'école coranique représente l'une des plus vieilles institutions d'éducation et d'enseignement au Maroc. Après la réforme dont elle a fait l'objet suite au discours royal du 9 octobre 1968, cette institution s'est vue attribuer à côté du Coran des enseignements relatifs à l'éducation civique et morale, à la langue arabe, à l'écriture, au calcul et aux jeux, de manière à assurer aux enfants une meilleure préparation à l'école primaire.

Quant à la place occupée par les écoles coraniques dans l'enseignement préscolaire, il y a lieu de noter leur prédominance quantitative puisque durant l'année 1992-93 elles ont accueilli presque 77% de l'ensemble des enfants préscolarisés, alors que la part qui revient à la structure moderne (jardins d'enfants et écoles maternelles) n'est que de 23% (tableau ci-dessous).

Tableau 1: Evolution des effectifs de l'enseignement préscolaire

	1980-81	1989-90	1992-93
Ecoles coraniques	563601	755438	599134
dont filles	136929	226070	150095
(%)	24,3	29,9	25,0
Préscolaire moderne	15946	32034	179909
dont filles	8168	15149	79599
(%)	51,2	47,3	44,2
Ensemble	579547	787472	779034
dont filles	145097	241219	229694
(%)	25,0	30,6	29,5

Source: Direction de la statistique, CERED, 1994 "Les données de base pour la construction du modèle INMA".

Néanmoins, l'effectif des enfants préscolarisés dans les écoles coraniques a connu une évolution vers la baisse entre les années scolaires

1989-90 et 1992-93, en passant de 755438 à 599134, et ceci, en faveur de l'effectif enregistré dans le préscolaire moderne. A titre indicatif, celui-ci a nettement progressé de 32034 à 179909 enfants durant la même période. Cette expansion remarquable de l'enseignement préscolaire moderne résulte essentiellement du regain de vitalité de l'initiative privée.

A ce niveau, il y a lieu de signaler que pour les écoles coraniques, peu de changements ont été introduits dans cette institution depuis le processus de réforme de 1968. L'état de ces écoles, les conditions dans lesquelles se passe l'enseignement, les méthodes pédagogiques en vigueur appellent à une rénovation totale de ce type d'enseignement principalement dans le milieu urbain et les grandes villes.

I.2- Enseignement fondamental

Jusqu'au milieu des années 80, le système d'enseignement marocain comprenait trois degrés: l'enseignement primaire de cinq années d'études et l'enseignement secondaire de sept années d'études comprenant deux cycles. Depuis 1985, le Maroc a mis en place une nouvelle réforme de l'enseignement qui s'est traduite par l'adoption d'un enseignement fondamental de neuf ans et un enseignement secondaire de trois ans. Ce nouveau système instauré se veut plus efficace et mieux adapté aux besoins du développement national.

Les textes officiels, la ratification des conventions et chartes régionales et internationales attestent l'attachement du Maroc au droit à l'éducation pour tous, en affirmant les mêmes droits pour les filles et pour les garçons. Toutefois, malgré le caractère obligatoire de l'enseignement et les efforts considérables de l'Etat en la matière, la

généralisation de la scolarisation des enfants de 7 ans qui constitue le principal objectif visé par la politique gouvernementale en matière d'éducation est encore loin d'être atteinte.

Les résultats de l'enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages (tableau 2, graphique 1) ont montré que le taux brut de scolarisation dans le premier cycle de l'enseignement fondamental des enfants âgés de 7 à 13 ans (rapport de l'effectif des enfants scolarisés dans le premier cycle sur la population du groupe d'âges 7-13 ans) s'élevait, en 1991 à 62,6%. L'accès au cycle fondamental de l'enseignement varie considérablement selon le milieu de résidence et le sexe. Selon le milieu de résidence, la campagne et la ville ne jouissent pas de façon équitable de cette scolarisation, puisque la différence est presque du simple au double: le taux de scolarisation n'est que de 44,1% en milieu rural contre 86,5% en milieu urbain. Les disparités selon le sexe, ne sont pas significatives dans les villes. Les taux bruts de scolarisation dans le cycle fondamental pour les filles sont très proches de ceux relatifs aux garçons, en milieu urbain, soient respectivement 84,7% contre 88,3%. Par contre, cette inégalité de la scolarisation par sexe persiste encore dans la campagne: en effet, le taux brut de scolarisation dans le cycle fondamental chez les garçons ruraux de 7-13 ans est estimé à 58,1% contre 30,4% pour les filles rurales.

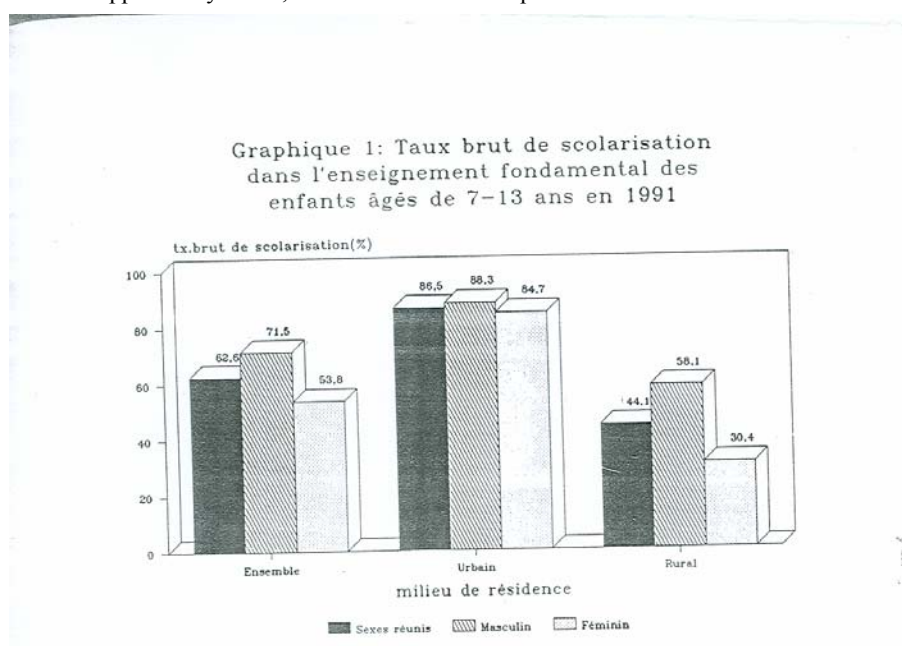
Le taux brut de scolarisation des enfants âgés de 14 à 16 ans s'établissait à 49,9% et celui du groupe d'âges 17-19 ans à 27,9%. Pour ce dernier groupe d'âges, l'effectif des scolarisés comprenait également des élèves de moins de 17 ans et plus de 19 ans. Si l'on ne tient pas compte de cette catégorie d'élèves, le taux net de scolarisation au secondaire ne sera en réalité que de 13,3%.

Tableau 2: Taux de scolarisation (%) dans l'enseignement fondamental des enfants âgés de 7-13 ans en 1991

Indicateur	Urbain	Rural	Ensemble
Tx brut de scolarisation			
7-13 ans	86,5	44,1	62,6
Masculin	88,3	58,1	71,5
Féminin	84,7	30,4	53,8
Tx net de scolarisation			
7-13 ans	80,6	40,9	58,2
Masculin	82,4	53,6	66,3
Féminin	78,7	28,3	50,0

Source: "Niveaux de vie des ménages 1990-91" Premiers résultats

Rapport de synthèse, Direction de la Statistique.



Cette même enquête révèle que sur l'ensemble des enfants de la tranche d'âges 7-14 ans, 32% ne sont pas scolarisés, et ils le sont à 50,6% à la campagne et 7,9% en ville. Les raisons de la non-scolarisation avancées par les parents de ces enfants sont diverses. La principale raison réside dans le manque de moyens financiers pour subvenir aux

frais d'études de leurs enfants (30,7% des enfants non scolarisés). Vient en seconde position l'attitude négative des parents envers l'école (14,3%), puis par ordre d'importance, le manque ou l'insuffisance d'écoles primaires dans la localité de résidence (14,3%), surtout en milieu rural (15,8% contre 1,9% en ville), l'éloignement de l'école (9,4%), la nécessité d'aider les parents dans leurs activités (8,2%), le désintéressement des enfants envers l'école (7,3%), et enfin les difficultés familiales (7,1%) etc...

Les raisons de non-scolarisation des enfants âgés de 7-14 ans avancées par les parents en distinguant le milieu urbain et rural sont mentionnées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3: Raisons de non-scolarisation (%) des enfants âgés de 7-14 ans selon le milieu de résidence en 1990-91

Raison	Urbain	Rural
Distance ou condition climatique	4,4	10,0
Manque d'écoles	1,9	15,8
Assistance des parents dans leurs activités	0,6	9,1
Manque de moyens financiers pour subvenir aux frais d'études	39,1	29,7
Désintéressement des enfants envers l'école	9,8	7,0
Attitude des parents envers l'école	3,7	15,6
Difficultés familiales	13,2	6,3
Autres raisons	27,3	6,5
Total	100,0	100,0

Source : Même source que le tableau précédent

Selon une autre source (Ministère de l'Education Nationale), deux millions d'enfants âgés de 7 à 15 ans, soit 40% de la population en âge de scolarité, ne sont pas inscrits à l'école. Les inscriptions dans le cycle fondamental ont atteint 82,5% en 1993 : 87% en milieu urbain et 74% en milieu rural. Ce taux brut de scolarisation est de 58% pour les filles en milieu rural et 92% en milieu urbain. Au niveau provincial, ce taux de scolarisation s'échelonne entre 58% et 100%. Vingt-deux provinces enregistrent un taux inférieur à la moyenne nationale. En milieu rural des provinces, ce taux varie entre 54% et 100%. Une trentaine de provinces sont en deçà de la moyenne nationale.

Sur le plan quantitatif, le nombre des nouveaux inscrits au niveau de l'enseignement fondamental est en nette progression. Celui-ci a atteint 539.742 élèves en 1993-94 contre 286.810 en 1975. Les enfants ruraux représentent 43,2% des nouveaux inscrits en 1975 et 54,7% en 1993-94. L'effectif de l'ensemble du premier cycle fondamental est également en progression. De 1.427.500 en 1975, il est passé à 3.002.337 en 1983, puis à 3.448.975 en 1993.

Tableau 4: Evolution des nouveaux inscrits au premier cycle de l'enseignement fondamental selon le milieu de résidence et le sexe

Année	1990-91		1991-92		1992-93		1993-94	
Milieu	Effec.	%	Effec.	%	effec.	%	Effec.	%
Urbain	233552		232696		265525		226198	
Féminin	111997	48	112281	48,3	126884	48	128401	57
Rural	212585		229457		252398		273544	
Féminin	73360	35	82010	35,7	91291	36	105124	38
Ensemble	446137		462153		517923		539742	
Féminin	185357	42	194291	42,1	218175	42	233525	43

Source: Ministère de l'Education Nationale, Division des Statistiques

En se référant aux données du tableau précédent on constate que les niveaux d'inscription des filles dans le premier cycle de l'enseignement fondamental sont beaucoup plus faibles que ceux enregistrés pour les garçons, notamment en milieu rural. Au niveau national, la proportion des filles a progressé légèrement de 41,5% en 1991 à 43,3% en 1993-94. Dans les villes, cette proportion a subi une progression nette en passant de 48% en 1991 à 57% en 1993-94. Quant à la campagne, celle-ci est en progression, bien qu'elle se situe à un niveau plus faible que celle des garçons. Toutefois, malgré cette évolution vers la hausse des inscriptions, la fréquentation de l'école par la fille rurale demeure comme on a pu le voir faible et préoccupante. Un des éléments explicatifs parmi d'autres semble être la faible présence de l'élément féminin parmi les instituteurs en milieu rural. Le pourcentage d'institutrices exerçant dans le rural ne dépasse pas 18,3% du total en 1989.

Le problème des déperditions et des redoublements scolaires dans l'enseignement fondamental se pose avec acuité notamment avant la réforme de 1985. Les taux d'abandon et de redoublement au premier cycle de cet enseignement se situent respectivement à 4,9% et 13,3%. Pour les filles, ces taux sont respectivement de 4,8% et 11,4%. Cependant, les taux d'abandon féminins sont plus élevés que ceux des garçons aux deux premières années de l'enseignement fondamental.

D'une manière générale les abandons et les redoublements sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. Ils sont également plus importants parmi la population féminine. En effet, l'amélioration des taux d'écoulement au premier cycle fondamental et l'accès au collège a légèrement profité aux filles. Leur proportion en septième année de l'enseignement fondamental est passée de 40,7% à 41% au cours de la période 1990-94.

Par ailleurs, le nombre d'élèves accueillis dans le second cycle de l'enseignement fondamental a légèrement augmenté de 805.868 élèves en 1991 pour atteindre 863.099 en 1993-94. Les filles représentent environ 41% de l'ensemble, et cette proportion reste presque stagnante durant toute cette période.

I.3- Enseignement secondaire

Avant la réforme éducative dont la mise en oeuvre a commencé à partir de l'année 1985-86, l'enseignement secondaire se composait de deux cycles: le premier cycle de quatre années d'études et le second cycle de trois années d'études. Avec les modifications introduites par la réforme, l'ensemble des 12 années de l'enseignement primaire et secondaire a été restructuré et réparti entre un enseignement fondamental d'une durée de 9 ans et un enseignement secondaire de 3 ans.

Concernant l'enseignement secondaire, les effectifs des élèves sont beaucoup moins nombreux. Ceci résulte en partie de la réforme de l'enseignement fondamental qui a augmenté les taux d'écoulement au sein de l'enseignement fondamental afin de prolonger la scolarité dans ce niveau pour un grand nombre d'élèves, tout en limitant en revanche l'accès au niveau secondaire.

Les déperditions scolaires dans le cycle secondaire sont également très importantes, notamment au niveau de la dernière année de ce cycle. Ainsi, à l'issue de cette année près de la moitié des élèves redoublent et un élève sur cinq sort du système scolaire.

A ce niveau, il convient de souligner que les déperditions scolaires, en particulier celles relatives au cycle secondaire, sont en partie récupérées et orientées vers la formation professionnelle depuis la mise en oeuvre de la réforme dont ce secteur a fait l'objet en 1984. Ainsi, le

nombre d'élèves inscrits actuellement dans les établissements de formation professionnelle s'élève à 123.000 dont 40% sont formés par l'office de la formation professionnelle et de la promotion du travail.

I.4- l'analphabétisme

La population non scolarisée comprend plusieurs catégories de personnes dont les plus importantes sont constituées par les analphabètes. On entend par analphabète, toute personne âgée de 10 ans et plus ne sachant ni lire ni écrire.

Actuellement, le phénomène d'analphabétisme demeure élevé au Maroc puisque une partie importante de la population en souffre. La source la plus récente dont on dispose, à savoir, l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages réalisée en 1990-91 a évalué à 55% le taux d'analphabétisme parmi la population âgée de 10 ans et plus. Ce phénomène est en régression nette au fil des années comme le montre le tableau 5. Entre 1960 et 1991, ce taux d'analphabétisme est passé de 87% à 55% occasionnant ainsi une diminution de 32% en l'espace de 30 ans.

Comme dans la plupart des pays en développement, le Maroc connaît des disparités en matière d'analphabétisme entre les sexes et les milieux de résidence. En effet, il est beaucoup plus répandu chez les femmes avec 68%, 49% et 87% respectivement pour le niveau national, le milieu urbain et le rural. Alors que les hommes enregistrent 40%, 24% et 55% respectivement pour chacun des niveaux précédents. La baisse de ce taux d'analphabétisme entre 1960 et 1991 a été plus rapide pour les hommes que pour les femmes.

Dans le contexte de notre étude, qui a pour objet l'enfant il serait plus intéressant d'analyser le phénomène d'analphabétisme par tranche d'âges. Ainsi, le tableau 6 et le graphique 2 montrent qu'en 1991 près du

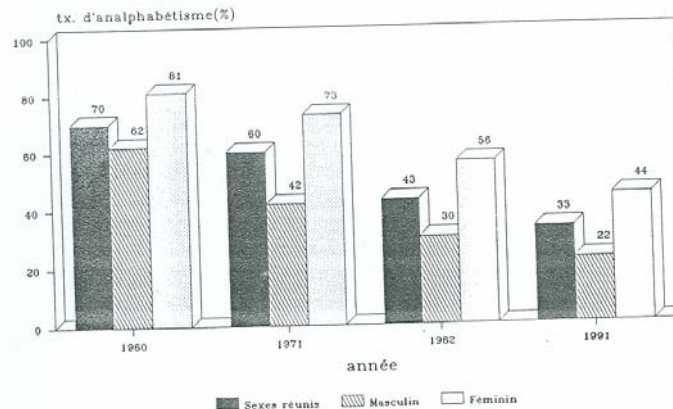
tiers de la population âgée de 10-14 ans est analphabète (33%). Dans la même tranche d'âge, la proportion de filles analphabètes se situe à 44% et celle des garçons à 22%. Ce tableau nous montre également que 38% des jeunes de 15 à 24 ans sont analphabètes en 1991. Il en est de même pour 52% des femmes de la même tranche d'âge. Pour le groupe d'âges 10-14 ans, la part des analphabètes a baissé de près de 37% entre 1960 et 1991 et de 46% pour le groupe d'âges 15-24 ans, alors qu'elle a stagné pour les personnes âgées de 60 ans et plus. L'ampleur de ce phénomène ne manque certainement pas d'avoir des répercussions négatives sur les divers secteurs socio-économiques, en plus, bien sur, du problème humain qu'il pose.

Tableau 5: Evolution des taux d'analphabétisme (%) selon l'âge et le sexe entre 1960 et 1991

Groupe d'âges	1960	1971	1982	1991
Les deux sexes	87	75	65	55
10-14	70	60	43	33
15-24	84	62	56	38
25-44	90	84	66	56
45-59	92	88	87	82
60 et+	94	92	92	93
Masculin	78	63	51	40
10-14	62	42	30	22
15-24	73	47	42	22
25-44	81	65	47	38
45-59	85	75	65	66
60 et+	89	84	81	86
Féminin	96	87	78	68
10-14	81	73	56	44
15-24	95	77	69	52
25-44	99	93	88	73
45-59	99	97	93	96
60 et+	100	97	98	99

Sources: - Recensement Général de la population et de l'Habitat de 1960, 1971 et 1982
 - Enquête sur les Niveaux de vie des ménages 1990-91

Graphique 2: Evolution des taux d'analphabétisme des enfants âgés de 10-14 ans de 1960 à 1991



II- Santé de l'enfant

L'étude de la mortalité permet de mieux appréhender la situation d'un pays, et tout particulièrement d'identifier les problèmes sanitaires et d'apprécier l'évolution de l'état de santé de sa population. La mortalité, qu'elle soit générale ou infantile, n'est pas en soi le problème de santé, mais avant tout un indicateur de développement socio-économique. Elle est la manifestation d'un phénomène plus large qui est la dégradation de l'état de santé.

Nous nous attacherons dans cette étude à analyser la mortalité des enfants et son évolution, à travers les enquêtes réalisées, qui renseigne beaucoup mieux que la mortalité générale sur l'état de santé de la population et le niveau de développement socioculturel du pays.

Cinq indicateurs seront utilisées pour aborder la mortalité des enfants dans cette étude. Il s'agit du quotient de mortalité néonatale (qNN) qui mesure la probabilité pour un nouveau né-vivant de décéder durant les 28 jours de sa vie; le quotient de mortalité post néonatale (qPNN), mesurant la probabilité de décéder entre l'âge de 28 jours et un an; le quotient de mortalité infantile (1q0) qui mesure la probabilité pour un nouveau né-vivant de décéder avant son premier anniversaire; le quotient de mortalité juvénile (4q1) qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre son cinquième anniversaire; et enfin le quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0) ou la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

II.1- La mortalité néonatale et post néonatale

Le tableau 6 ci-après présente l'évolution des quotients de mortalité néonatale et post néonatale par périodes de cinq ans précédant l'enquête nationale sur la population et la santé de 1992 (ENPS II). Il apparaît que la tendance est à la baisse et confirme l'évolution déjà enregistrée par la précédente enquête de 1987.

Durant la période la plus récente, à savoir, 1988-92, on constate que pour les enfants qui décèdent avant l'âge d'un an, la probabilité de mourir durant le premier mois est nettement supérieure à la probabilité de mourir entre le premier et le douzième mois. En effet, sur 1000 naissances, 31 enfants décèdent durant le premier mois, et sur 1000 enfants âgés d'un mois, 26 enfants meurent avant l'âge de un an.

Sur la période des vingt cinq années précédant l'enquête de 1992, ces quotients ont évolué à la baisse. Toutefois, le taux de décroissance le plus faible a été enregistré par la mortalité néonatale: de 51%0 pour la période 1968-72 elle est passée à 31%0 en 1988-92, soit une diminution

de 20 points. Tandis que la mortalité post néonatale a chuté de 73‰ à 26‰ durant la même période, soit une baisse de 47 points. C'est donc au niveau de la mortalité néonatale qu'il importe de centrer l'essentiel des efforts pour obtenir une diminution plus importante dans les années à venir.

Tableau 6: Evolution des quotients de mortalité néonatale et post néonatale (‰) au Maroc

Période	qNN	qPNN
1968-1972	51,3	73,1
1973-1977	46,4	66,0
1978-1982	39,9	48,8
1983-1987	36,5	32,4
1988-1992	31,4	25,9

Source: Enquête Nationale sur la Population et la santé (ENPS) 1992

II.2- La mortalité infantile et juvénile

Les quotients de mortalité infantile et juvénile, trop sensibles à l'état sanitaire et nutritionnel de la population, ont chuté progressivement depuis 1962 occasionnant, par effet induit l'augmentation de l'espérance de vie des marocains.

Le quotient de mortalité infantile qui se situait à 149 p. mille en 1962 est tombé à 75,7 p. mille en 1987, soit une diminution de près de 50%. Durant les quatre années avant l'enquête ENPS de 1992, ce quotient a été évalué à 57,4 p. mille (tableau 7); ce qui prouve l'extrême sensibilité de ce quotient aux efforts déployés dans le domaine de la santé de l'enfant et de la mère. On le sait, durant cette période fut

entreprise une grande campagne de vaccination en faveur de tous les enfants aux bas âges.

La mortalité juvénile a subi le même sort en passant de 75 p. mille en 1962 à 30,7 p. mille en 1987, puis à 20 p. mille aux environs de 1990. Additionnée à la mortalité à zéro an, on peut voir que près d'un enfant sur douze mourrait avant le 5^{ème} anniversaire en 1992, alors qu'en 1962 on comptait plus d'un enfant sur cinq.

Tableau 7: Evolution des quotients de mortalité infantile et juvénile de 1962 à 1992

Opération et année	1q0	4q1	5q0
EOM 1962	149	75	213
CERED 65-69	115	85	190
ONU 70-75	112	69	174
ONU 75-80	99	52	146
CERED 1980	91	52	140
ENDPR 1987	75,7	30,7	104
ENPS 1992 (*)	57,4	20,0	76

(*): (0-4) ans avant la date de référence de l'enquête.

Evidemment, la mortalité infantile et juvénile est encore relativement forte et inacceptable, mais la situation s'est tout de même beaucoup améliorée depuis le début des années soixante. Nous remarquons ainsi que l'enfant qui arrive à survivre durant le premier mois de sa vie a de fortes chances d'atteindre un an, et de voir ses chances augmenter encore plus pour atteindre l'âge de 5 ans, s'il arrive à surmonter le cap d'un an. Il en résulte que le problème consiste à augmenter les chances de survie de l'enfant durant le premier mois de sa vie moyennant une action à la fois au niveau de l'offre des soins, de la prévention (vaccination de la mère et du nourrisson), et des conditions de vie (hygiène, alimentation, éducation...) qui constituent un déterminant important de la mortalité des jeunes enfants.

II.3- Les causes de mortalité infantile et juvénile

D'après l'étude Nationale sur les causes et les circonstances de la mortalité infantile et juvénile 1988-89, les causes directes et immédiates de décès des jeunes enfants (graphique 3) diffèrent selon chaque type de mortalité et se présentent comme suit:

S'agissant de la mortalité néonatale, cette étude a montré que sur 100 enfants décédés au cours de la période néonatale, soit avant le 28^{ème} jour:

- 22% sont dus à un tétanos néonatal;
- 20% sont dus à des souffrances foetales;
- 20% sont dus à la prématurité;
- 9% sont dus à la pneumopathie;
- 8% à l'hypotrophie
- 3% à des suites de malformations congénitales;
- 3% à des maladies infectieuses;
- 2% à des diarrhées;
- 2% à des ictères;
- 1% à des hémorragies;
- 9% à des causes indéterminées.

En plus, la prématurité et l'hypotrophie étaient souvent des causes associées présentes dans 44% des cas de décès de ces enfants.

Pour ce qui est de la mortalité post néonatale, sur 100 enfants décédés durant la période du 29^{ème} jour à moins d'un an:

- 37% ont une maladie diarrhéique;
- 27% ont une maladie infectieuse;
- 19,2% ont une infection respiratoire;

- 4% ont une malformation congénitale.

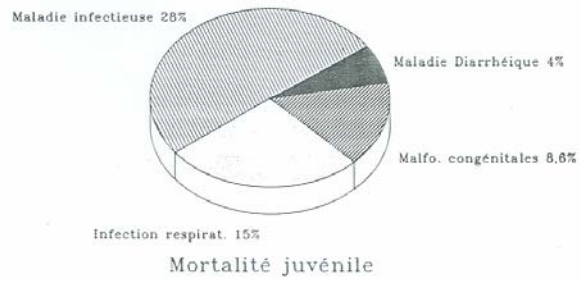
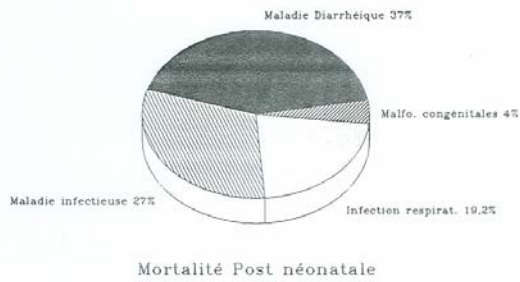
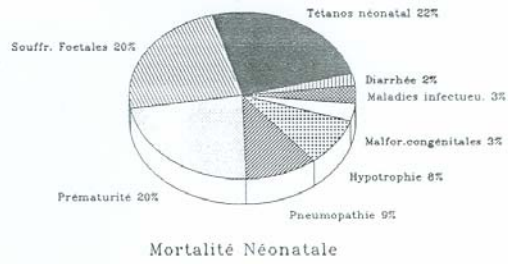
Quant à la mortalité juvénile, sur 100 enfants décédés entre l'âge de 1 an et moins de 5 ans:

- 28% ont une maladie infectieuse;
- 15% ont une maladie respiratoire;
- 8,6% ont une malformation congénitale;
- 4% ont une maladie diarrhéique.

Ajoutons que l'étude en question, révèle un état de malnutrition associé pour au moins 22% des décès infanto-juvéniles. En effet, tout le monde s'accorde pour dire que la malnutrition est importante, en particulier, dans les couches sociales les plus déshéritées, et par conséquent, traduit des conditions de vie favorables à la mortalité infantile et juvénile.

En considérant la dichotomie urbain rural, on peut dire que ces causes immédiates sont à peu près identiques. Les enfants à cet âge ont la même façon de mourir. Pour les causes associées, par contre, la malnutrition est beaucoup plus fréquente en zones rurales qu'en milieu urbain et notamment dans certaines provinces du sud et du nord.

Graphique 3: Les causes de mortalité infantile et juvénile



II.4- Les déterminants de la mortalité infantile et juvénile

La mortalité infantile et juvénile est une résultante des interactions entre un certain nombre de facteurs socio-démographiques. En effet, les causes de mortalité s'enracinent dans le comportement procréateur de la femme, le niveau de vie...etc. Toutes les études concernant la mortalité des jeunes enfants, s'accordent sur le fait que la survie des jeunes enfants pendant les quatre premières semaines de la vie dépend surtout des facteurs endogènes, comme la santé de la mère, ainsi que d'un certain nombre de malformations congénitales, telles que le tétanos et la pneumonie néonatale et qu'à partir du premier mois, la santé de l'enfant est confrontée aux conditions du milieu extérieur: insalubrité, infections respiratoires ou alimentaires et que "l'influence du niveau de vie est particulièrement importante parmi les nourrissons et les enfants à cause de la précarité de leurs capacités de résistance."(A. Palloni, 1981).

L'effet de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement peut englober "une vaste gamme de variables sanitaires y compris la morbidité et la mortalité causée par la diarrhée, l'état nutritionnel, les infections oculaires et cutanées, le recours à l'immunisation et l'utilisation d'autres services de santé publique" (J. Briscoe et al, 1987).

La mortalité est liée à la pauvreté, qui se manifeste par des conditions matérielles déplorables, une alimentation déséquilibrée, l'absence des règles d'hygiène, des traitements de maladies et une nutrition inadéquats, et sur le plan social, par des services médicaux et un niveau d'éducation insuffisants.

Dans cette section on présentera quelques variables démographiques et socio-économiques en relation avec la mortalité infantile et juvénile.

II.4.1- Les variables démographiques

Les relations entre la fécondité et la mortalité infantile sont assez complexes. En effet, si la liaison existe son interprétation est toutefois délicate. Ces deux phénomènes sont liés entre eux, mais sans que l'on puisse affirmer, à coup sûr, lequel est cause et lequel est conséquence. Il a été déjà montré qu'une fécondité élevée peut s'expliquer par une forte mortalité infantile. Cette fécondité élevée étant liée à la nécessité de reproduire la cellule familiale (valorisation du garçon ...) et elle est donc associée à un espacement court entre les naissances. Or, un espacement des naissances qui ne serait pas suffisamment long, disons de 2 ans au minimum, induirait des effets négatifs sur la santé de la mère et donc sur la grossesse à venir et sur l'alimentation de l'enfant en bas âge, diminuant par là même ses chances de survie. En plus, des naissances rapprochées peuvent provoquer le sevrage précoce de l'enfant précédent.

De son côté, une fécondité basse peut se traduire par une diminution de la mortalité infantile et juvénile. Dans ce sens, la baisse de la fécondité serait donc une réponse à la diminution antérieure de la mortalité infantile et juvénile. Dans ces conditions, la femme va adopter un nouveau comportement procréateur de façon à espacer davantage ses naissances, ce qui engendre une réduction du risque de mortalité à la fois infantile et maternelle.

En 1962, l'indice synthétique de fécondité culminait au niveau de 7 enfants par femme. Aussitôt, avec le déclenchement de la seconde phase de la transition démographique, cet indice a commencé à chuter d'abord lentement entre 1962 et 1980, puis à un rythme très accéléré entre 1980 et 1992: 5,9 contre 4,2 enfants en moyenne (tableau 8, graphique 4).

Tableau 8: Evolution de l'indice synthétique de fécondité de 1962 à 1992

Opération et année	ISF
EOM 1962	6,96
CAP 1966	6,21
ENFPF 1975-79	5,91
RGPH 1982	5,52
ENPS 1981-83	5,24
ENPS 1984-87	4,58
ENDPR 1987	4,46
ENPS 1992	4,20

EOM : Enquête à objectifs multiples

CAP : Enquête Connaissance Attitude et Pratique de la planification familiale

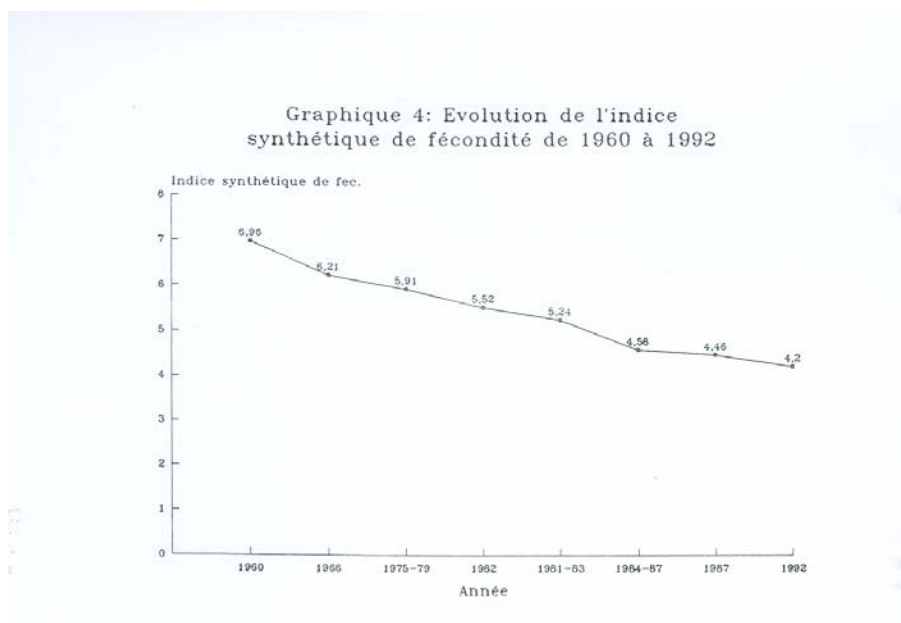
ENFPF: Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

ENPS : Enquête Nationale de la Population et Santé

ENDPR: Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés

Graphique 4: Evolution de l'indice synthétique de fécondité de 1960 à 1992



Il y a plusieurs facteurs sous-jacents à cette évolution. Les plus importants sont incontestablement le recul de l'âge au premier mariage et l'utilisation de plus en plus importante des moyens contraceptifs. La scolarisation de la femme, son insertion dans la vie active et l'amélioration de son statut sont autant d'éléments explicatifs de cette baisse, mais ils sont de moindre importance.

Toutefois, il convient de préciser que durant toute la première période de cette deuxième phase de transition démographique, le gros de la baisse enregistrée par la fécondité est dû principalement au recul de l'âge moyen au premier mariage. Celui-ci est passé de 17,3 ans en 1960 à 19,5 ans en 1971, puis à 22,2 ans en 1982. Durant la même période, la proportion des femmes ayant eu recours à la pratique contraceptive après avoir été négligeable au début des années 60 est passée à 19% en 1980. A partir de cette année, l'usage des contraceptifs s'est intensifié en devenant le fait de 25% des femmes mariées en 1983, 36% en 1987 et 41,5% en 1992. C'est dire en définitif que l'âge des femmes au premier

mariage n'est plus le seul déterminant du niveau de fécondité, quoiqu'il continue à augmenter: 24 ans en 1987.

Les données disponibles en matière de fécondité et de mortalité infantile et juvénile ne permettent pas de définir avec précision la relation existant entre ces deux phénomènes ni d'établir le sens de la causalité. Néanmoins, les données provenant de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS) de 1992, se rapportant à la période de 10 ans précédant l'enquête, permettent de mettre en lumière la corrélation qui existe entre la mortalité infantile et juvénile et le comportement procréateur de la femme appréhendé à travers la durée de l'intervalle intergénérisique, l'âge de la mère à la naissance et le rang de la naissance (tableau 9).

Tableau 9: La mortalité infantile et juvénile (%0) selon la durée de l'intervalle intergénérisique, l'âge de la mère à la naissance et le rang de la naissance pour la période de 10 ans avant l'ENPS 1992

Caractéristiques	qMN	qPNN (pour mille)	1q0	4q1	5q0
Intervalle avec la naissance précédente					
moins de 2 ans	56,6	47,2	03,8	31,0	131,6
2-3 ans	22,4	24,1	46,5	21,3	66,8
4 ans et+	19,3	12,3	31,6	14,0	45,1
Age de la mère à la naissance					
- de 20 ans	65,2	42,1	107,3	19,8	125,0
20-29 ans	32,5	26,6	59,1	22,0	79,8
30-39 ans	29,2	29,3	58,5	22,9	80,0
40-49 ans	29,1	32,8	61,9	24,7	85,1
Rang de la naissance					
1	41,9	28,5	70,3	17,3	86,4
2-3	31,0	28,1	59,0	25,1	82,6
4-6	27,7	24,7	52,5	23,5	74,7
7 et +	41,2	38,5	79,8	19,3	97,6

Source : ENPS II 1992 pour la période de 10 ans précédant l'enquête.

Il ressort du tableau 9 que la durée de l'intervalle intergénérisique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus sur les niveaux de mortalité des enfants. En effet, plus élevé est cet intervalle plus faible est cette mortalité. Les intervalles très courts entraînent une mortalité infantile de 104%0, soit plus de trois fois supérieure à celle des enfants nés 48 mois ou plus après la naissance précédente. Ainsi, pour un intervalle de moins de deux ans, sur 1000 naissances, 104 enfants décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire, alors que dans l'intervalle de 4 ans ou plus, sur 1000 naissances 32 seulement décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire.

Un autre constat très important relatif à l'effet de l'intervalle intergénéral porte sur la mortalité néonatale. Le quotient de mortalité néonatale est presque trois fois plus élevé chez les enfants dont l'intervalle est inférieur à deux ans par rapport à ceux dont l'intervalle est de 4 ans ou plus.

Concernant l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, on constate que les naissances précoces ou tardives constituent aussi un facteur important de la mortalité infantile et juvénile. Les risques de décéder chez les enfants issus des mères âgées de moins de 20 ans sont très élevés relativement à ceux issus des mères âgées de plus de 20 ans. En effet, le risque de décéder en période prénatale est près de 2 fois plus élevé chez un enfant né d'une femme de moins de 20 ans (65%) par rapport à celui né d'une femme de 20-29 ans (33%). Ces risques de mortalité diminuent avec l'âge jusqu'à 40 ans, puis commencent à remonter.

Le tableau 9 suggère également que la première naissance présente toujours des risques importants de mortalité infantile et juvénile. On constate que pour tous les types de mortalité, les quotients baissent lorsque le rang de la naissance augmente, puis augmentent de nouveau après le septième enfant. Ainsi, à titre d'exemple, le quotient de mortalité infantile passe selon les modalités retenues de 70% à 53% pour remonter à 80%.

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met donc en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces et/ou tardives, des rangs de naissances élevés et des intervalles intergénéral courts.

II.4.2- Les conditions socio-économiques

En se référant aux données du tableau 10, on constate que la mortalité des jeunes enfants par milieu de résidence est en faveur du milieu urbain. En effet, pour tous les types de mortalité, les quotients sont plus élevés en milieu rural, en particulier, pour la mortalité juvénile (4q1) dont le taux en milieu rural (30,7%) est 4 fois supérieur à celui qui prévaut en milieu urbain (7,2%). Cet écart toujours important existant dans les niveaux de mortalité entre les milieux urbain et rural s'explique en partie par la concentration des équipements éducatifs et sanitaires, des médecins privés dans les villes et par la grande disparité des niveaux de vie entre les deux milieux.

Tableau 10: Mortalité des jeunes enfants selon le milieu de résidence pour la période de 10 ans précédant l'ENPS 1992

Milieu de résidence	qMN	qPNN (pour mille)	1q0	4q1	5q0
Urbain	29,9	22,0	51,9	7,2	58,7
Rural	36,2	33,1	69,3	30,7	97,8
Ensemble	34,0	29,2	63,1	22,1	83,9

Source: ENPS II 1992 pour la période de 10 ans précédant l'enquête

Autrement dit, les progrès en matière de réduction de la mortalité infantile et juvénile ont été surtout obtenus en milieu urbain qui a bénéficié d'une offre plus importante de soins sanitaires relativement au milieu rural. A cet égard, la mortalité infantile et juvénile est en corrélation avec les caractéristiques relatives aux soins prénatals et à l'assistance à l'accouchement. Les données de l'ENPS II de 1992 relatives à la période de 10 ans précédant l'enquête (tableau 11) ont montré que les quotients de mortalité des enfants dont la mère n'a fait aucune visite médicale lors de la grossesse, et n'a pas reçu d'assistance par un

personnel médical lors de l'accouchement sont toujours plus élevés par rapport à ceux des enfants dont la mère en a bénéficié. Dans ces conditions, l'enfant court un risque de décéder de 71%0 avant l'âge d'un an et de 94%0 entre la naissance et le cinquième anniversaire contre respectivement, 33%0 et 36%0 pour un enfant dont la mère a bénéficié de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement.

Tableau 11: Mortalité des jeunes enfants selon quelques caractéristiques sanitaires pour la période de 10 ans précédant l'ENPS 1992

Soins prénatals et assistance à l'accouchement	qMN	qPNN	1q0 (pour mille)	4q1	5q0
Aucun des deux	32,9	37,6	70,5	24,6	93,4
L'un ou l'autre	33,7	18,3	52,0	13,3	64,6
Les deux	25,5	7,5	33,0	3,0	35,9
Ensemble	34,0	29,2	63,1	22,1	83,9

Source: ENPS II 1992 pour la période de 10 ans précédant l'enquête

Ce constat, montre clairement que les conditions socio-économiques des mères, à savoir, l'instruction, l'alphabétisation, et l'urbanisation constituent un facteur déterminant de la mortalité infantile et juvénile. En effet, les femmes qui accèdent le plus aux services de soins prénatals et qui sont les plus nombreuses à accoucher dans les services de santé sont celles qui sont plus instruites. Et comme le montre le tableau 12, les enfants des mères sans instruction ont une probabilité de décéder supérieure à celle des mères ayant un niveau d'instruction. Cette probabilité est de 4 fois supérieure au niveau de la mortalité infanto-juvénile (5q0), de presque 16 fois au niveau de la mortalité juvénile (4q1) et à peine 2,6 fois au niveau de la mortalité néonatale (qNN) relativement aux femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 12: Mortalité des jeunes enfants selon le niveau d'instruction de la mère pour la période de 10 ans précédant l'ENPS 1992

Niveau d'instruction de la mère	qMN	qPNN	1q0	4q1	5q0
	(pour mille)				
Aucun	35,9	31,8	67,7	25,3	91,3
Primaire	31,7	21,4	53,2	7,4	60,2
Secondaire ou +	13,8	7,0	20,9	1,6	22,4
Ensemble	34,0	29,2	63,1	22,1	83,9

Source: ENPS II 1992 pour la période de 10 ans précédant l'enquête

Les constats établis à travers les aspects évoqués ici confirment les résultats qui ont été avancés dans l'étude réalisée par le CERED en 1989 portant sur, "la Mortalité des jeunes enfants selon l'usage du système de santé et les caractéristiques du milieu matériel", et qui a montré les relations qui existent entre la mortalité infantile et juvénile et certaines variables qui tiennent à la santé. Cette analyse procède selon le milieu de résidence, et considère les variables suivantes: la consultation prénatale, le secteur de la première consultation (privé ou public), le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté à l'accouchement. Cette étude a révélé donc qu'en milieu urbain, les variables sanitaires ont un effet direct sur la mortalité néonatale. Une femme ayant eu une consultation prénatale en secteur public et ayant accouché en milieu surveillé court moins le risque de perdre son enfant dans les 28 premiers jours de la vie. Quant au milieu rural, l'étude a révélé la faible fréquentation de la consultation prénatale qui d'après les chiffres n'a aucun impact positif sur la mortalité néonatale.

Selon une autre étude plus ancienne réalisée par le CERED en 1982-83 sur les déterminants de la mortalité infantile, les caractéristiques sanitaires telles que la densité paramédicale, la couverture hospitalière et

la couverture vaccinale, infléchissent légèrement la mortalité infantile en milieu urbain, mais seraient sans effet en milieu rural. Les analyses de régression multiple menées en milieu urbain, ont identifié la densité médicale (nombre de médecins pour 1000 habitants) comme facteur de réduction de la mortalité infantile.

III- Nutrition chez l'enfant

Comme il a été déjà signalé auparavant, la malnutrition est associée dans 22% des cas de décès d'enfants de moins de 5 ans. C'est donc souvent un facteur favorisant la mortalité infantile, dans la mesure où il traduit les conditions socio-économiques dans lesquelles vit l'enfant. Il s'agit dans cette section d'évaluer l'ampleur de ce problème en utilisant les données de l'ENPS II de 1992 et de l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages de 1990-91.

Les indicateurs nutritionnels utilisés sont basés sur la mesure de la taille et du poids qui constituent les outils d'évaluation anthropométrique employés dans les enquêtes socio-démographiques. La malnutrition se manifeste par un retard de croissance, une maigreur et une insuffisance pondérale qui peuvent être respectivement mesurés par les trois indicateurs suivants: «Taille-pour-âge», "Taille-pour-poids" et "Poids-pour-âge".

Pour ce qui est de l'indicateur "Taille-pour-âge", mesurant les effets à long terme de la sous-nutrition (déficience alimentaire) sur l'enfant dont la taille serait inférieure par rapport à son âge, la méthode utilisée pour évaluer l'état nutritionnel d'une population consiste à confronter les indicateurs nutritionnels estimés aux valeurs afférentes à une population de référence recommandée par l'OMS, à savoir, celle établie par le Centre National des Statistiques de Santé (NCHS) des Etats Unies. Ainsi, tout enfant qui se situe à moins de deux écarts-type en

dessous de la médiane "Taille-pour-âge" de cette population de référence est considéré comme atteint de sous-nutrition chronique, et à moins de trois écarts-type atteint de sous-nutrition chronique sévère.

En se référant aux données de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé de 1992, on constate que presque un enfant sur quatre, soit 23% des enfants souffrent de retard de croissance ou de sous-nutrition chronique dont 8% de sous-nutrition chronique sévère. Les enfants ruraux sont plus touchés (27,7%) que les enfants urbains (13,1%). Les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction souffrent plus de sous-nutrition chronique (26%) dont 9,3% de sous-nutrition chronique sévère, que les enfants dont la mère a un niveau du secondaire ou plus: 6,1% dont 1,9% de sous-nutrition chronique sévère.

L'indice poids-pour-taille mesure l'état nutritionnel actuel. Le poids est une variable qui dépend de l'alimentation quotidienne mais aussi des maladies comme la diarrhée etc...L'enfant souffre de sous-nutrition aiguë si son poids-pour-taille est en deçà de deux écarts-type par rapport à la médiane de la population de référence, et de sous nutrition aiguë sévère en deçà de trois écarts-type.

Sous cet angle, rares sont les enfants de moins de 5 ans qui souffrent de sous-nutrition aiguë (à peine 2,3%) ou de sous-nutrition aiguë sévère (0,4%). Ces taux ont diminué par rapport à 1987 : 2,9% et 0,6% respectivement.

L'indice poids-pour-âge permet à la fois de tenir compte de l'état nutritionnel passé de l'enfant (déficience alimentaire et retard de croissance) et de l'état actuel. C'est l'indice le plus utilisé par les services de santé car il indique le statut nutritionnel général.

L'insuffisance pondérale (moins de 2 écarts-type de la médiane poids-pour-âge de la population de référence) touche 9% des enfants de moins de 5 ans, dont 1,8% d'insuffisance pondérale sévère (moins de 3 écarts-type).

On remarque un net progrès par rapport à 1987 où un enfant sur cinq souffrait d'une insuffisance pondérale contre un enfant sur 8 en 1992 (tableau 13).

Comme on pouvait s'y attendre, le milieu rural est 4 fois plus touché que le milieu urbain (12% contre 3,3%), et les enfants issus d'une femme sans instruction sont 5 fois plus touchés que ceux issus d'une femme ayant le niveau de l'enseignement secondaire ou plus (10,5% contre 2,4%).

Tableau 13: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant selon l'indice

	1987	1992		
	Ensemble	Ensemble	Urbain	Rural
Retard de croissance (Taille/âge)	28,2	22,6	10,6	27,7
Dénutrition (Poids/taille)	2,9	2,3	1,9	2,4
Malnutrition générale (p/âge)	20	9	3,3	12

La malnutrition touche principalement les pauvres. L'Enquête Nationale sur les Niveaux de vie des Ménages de 1990-91 révèle que les enfants des pauvres souffrent 3 fois plus d'arrêt de croissance que ceux des riches, 4 fois plus de dénutrition et 6 fois plus de malnutrition générale.

Le tableau 14 ci-dessous confirme ceci en indiquant le pourcentage d'enfants âgés de 4 ans ou moins dont les mensurations anthropométriques sont inférieures de 2 écarts-type par rapport à la

médiane caractérisant la population de référence selon le niveau des dépenses.

La malnutrition se manifeste par des maladies dont la plus importante est la diarrhée. Cette dernière reste la première cause de morbidité et de mortalité infanto-juvénile, et cela malgré la baisse entre les deux enquêtes sur la population et la santé de 1987 et 1992 de la part des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la diarrhée au cours des 24 heures qui ont précédé chaque enquête, part qui passe de 17,6% en 1987 à 6% en 1992.

Conscient de la gravité de cette maladie qui constitue la première cause de décès postnatale et juvénile, le Ministère de la Santé Publique a intensifié la lutte contre les maladies diarrhéiques en l'inscrivant dans le cadre des programmes de protection de la santé de l'enfant et de la mère.

Tableau 14: Incidence de la malnutrition au Maroc selon le niveau des dépenses

	Total	1 et 2 quintile	9 et 10 quintile
Arrêt de croissance			
Total	28,3	37,9	11,4
Urbain	16,7	28,9	6,9
Rural	34,4	40,3	27
Dénutrition			
Total	8,1	11,4	8,9
Urbain	5,1	7,2	5,3
Rural	9,4	13,1	6,6
Malnutrition générale			
Total	15	23,3	3,7
Urbain	8,1	15	4,6
Rural	18,7	25,6	13,8

Source: Analyse de la situation des femmes et des enfants au Maroc.

1 et 2 quintile :une dépense moyenne par tête et par an de 0 à 1500 DH et de 1501 à 2000 DH.

9 et 10 quintile :une dépense moyenne par tête et par an de 6501 à 8500 DH et plus de 8500 DH.

IV- Le travail des enfants

Plusieurs textes de lois affirment la protection de l'enfant vis à vis de toutes les formes d'exploitation. La législation marocaine interdit le travail des enfants de moins de 12 ans et le réglemente sévèrement entre 12 et 16 ans, en précisant et en codifiant la nature du travail à accomplir, les lieux de travail, les horaires, le salaire etc...

Ces lois protègent en effet l'enfant de tout travail susceptible de mettre en danger sa santé, son éducation et son développement. La déclaration des droits de l'enfant stipule que l'enfant ne doit être admis à l'emploi avant d'avoir un âge minimum approprié, il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuit à sa santé ou à son éducation ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

Toutefois, ces textes ne sont pas respectés. Les statistiques indiquent qu'une proportion non négligeable d'enfants se trouve impliquée très tôt dans des problèmes d'emploi.

Ainsi, d'après le recensement de 1982, les enfants actifs occupés âgés de 5 à 9 ans étaient estimés à 46.230, ceux de 10-15 ans étaient estimés à 367.782. Au total, la proportion de la population active de moins de 15 ans était estimée à 7,8% en 1982.

L'enquête nationale sur l'emploi en milieu urbain de 1992 a estimé à 73.684 les enfants âgés de moins de 15 ans qui sont actifs occupés dont 47.933 sont des garçons, soit une proportion de 65%. Le taux d'activité du groupe d'âges 7-14 ans était estimé à 1,9% en 1991 et de 1,7% en 1992. Selon le sexe celui-ci est de 2,4% et 2,2% pour les garçons contre 1,4% et 1,2% pour les filles respectivement pour les années 1991 et 1992.

La même enquête a évalué en milieu urbain en 1993 la population active occupée âgée de moins de 15 ans à 68.193 enfants, dont 47.613 sont des garçons, soit une proportion de 69,8%. Le taux d'activité de ce groupe d'âge était de 1,6%.

Au niveau du milieu rural, l'enquête sur l'emploi en milieu rural de 1986-87 a montré que les enfants de moins de 15 ans représentent 13,3% de la population active rurale. Le taux d'activité du groupe 7-14 ans était de 26,7% : 31% pour les filles et 22,6% pour les garçons. La nécessité économique oblige certains parents à recourir à la force de travail de leurs enfants, soit comme aides familiaux, soit comme ouvriers, soit en incitant leurs filles à l'émigration pour travailler dans des familles citadines en tant que domestiques.

L'étude de la répartition des enfants actifs occupés salariés âgés de moins de 15 ans selon la branche d'activité économique sur la base des données de l'enquête sur l'emploi en milieu urbain en 1992 permet de dégager plusieurs enseignements. Ainsi, on relève la nette prépondérance de ces enfants dans le secteur des services avec un total de 15.434 enfants, se répartissant entre 1.160 cas dans le commerce, 363 dans la réparation, 361 dans les autres services, et enfin 13.550 dans les services personnels et domestiques. En effet, les services domestiques occupent la majorité des petites filles actives. C'est un secteur florissant en milieu urbain. Le secteur de l'industrie se place en deuxième position en engageant 6.260 enfants se répartissant entre le textile et cuir (5.147), l'alimentaire (413), et les autres industries (700 enfants). En effet certains parents quoique pauvres préfèrent placer leurs enfants dans des ateliers d'apprentissage pour acquérir un métier. Il s'agit en général, de la menuiserie et de la mécanique pour les garçons et des ateliers de confection de tapis et de couture pour les filles. Enfin le secteur de l'agriculture, forêt et pêche engage 635 enfants.

En définitif, plus de trente années après l'indépendance, la politique de l'enseignement au Maroc n'est pas arrivée à une scolarisation totale de la population en âge d'entrer à l'école. Le système d'enseignement s'est implanté dans certaines régions plus que dans d'autres, il touche également plus de garçons que de filles. L'augmentation en chiffres des petites filles scolarisées n'est pas le signe d'une évolution effective de l'instruction. Le système d'enseignement exprime davantage la progression lente des effectifs féminins accédant à l'enseignement, voire leur régression en milieu rural.

En effet, les résultats de l'enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages ont montré que le taux brut de scolarisation dans le premier cycle de l'enseignement fondamental des enfants âgés de 7 à 13 ans s'élevait, en 1991 à 62,6%. L'accès au cycle fondamental de l'enseignement varie considérablement selon le milieu de résidence et le sexe. Selon le milieu de résidence, la campagne et la ville ne jouissent pas de façon équitable de cette scolarisation, puisque la différence est presque du simple au double : le taux de scolarisation n'est que de 44,1% en milieu rural contre 86,5% en milieu urbain. Les disparités selon le sexe, ne sont pas significatives dans les villes. Les taux bruts de scolarisation dans le cycle fondamental pour les filles sont très proches de ceux relatifs aux garçons, en milieu urbain, soient respectivement 84,7% contre 88,3%. Par contre, cette inégalité de la scolarisation par sexe persiste encore dans la campagne: en effet, le taux de scolarisation dans le cycle fondamental chez les garçons ruraux de 7-13 ans est estimé à 58,1% contre 30,4% pour les filles rurales. Malgré l'évolution vers la hausse des inscriptions, la fréquentation de l'école par la fille rurale demeure, comme on a pu le voir, faible et préoccupante.

Par ailleurs, le phénomène d'analphabétisme demeure élevé au Maroc puisque une partie importante de la population en souffre. La

source la plus récente dont on dispose, à savoir, l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages réalisée en 1991 a évalué à 33% le taux d'analphabétisme parmi la population âgée de 10-14 ans. Dans la même tranche d'âge, la proportion de filles analphabètes se situe à 44% et celle des garçons à 22%.

L'enseignement est considéré comme l'une des pierres angulaires du développement économique et social. Les changements économiques, technologiques, sociaux et culturels imposent une généralisation de l'enseignement et une réadaptation continue du système éducatif. Beaucoup d'études et de recherches menées attestent de l'importance de l'instruction, particulièrement des femmes. En effet, les femmes ayant atteint un niveau d'instruction adoptent des attitudes nouvelles et notamment à l'égard de la fécondité, de la nutrition et l'éducation de l'enfant. D'autant plus que la mortalité infantile et juvénile ne touche que faiblement leur progéniture, leur revenu s'améliore et leur productivité augmente.

Dans cette étude nous nous sommes attaché également à examiner l'état de santé des enfants à travers l'analyse de la mortalité des enfants et son évolution à travers les enquêtes réalisées qui renseigne beaucoup mieux que la mortalité générale sur l'état de santé de la population et le niveau de développement socioculturel du pays.

Ainsi, durant la période 1988-92, on constate que pour les enfants qui décèdent avant l'âge d'un an, la probabilité de mourir durant le premier mois (la mortalité néonatale) est nettement supérieure à la probabilité de mourir entre le premier et le douzième mois (la mortalité post néonatale). En effet, sur 1000 naissances, 31 enfants décèdent durant le premier mois, et sur 1000 enfants âgés d'un mois, 26 enfants meurent avant l'âge d'un an. Sur la période des vingt cinq années

précédant l'enquête de 1992, ces quotients ont évolué à la baisse. Toutefois, le taux de décroissance le plus faible a été enregistré par la mortalité néonatale: de 51‰ pour la période 1968-72 elle est passée à 31‰ en 1988-92, soit une diminution de 20 points.

Le quotient de mortalité infantile qui se situait à 149 p. mille en 1962 est tombé à 75,7 p. mille en 1987, soit une diminution de près de 50%. Durant les quatre années avant l'enquête ENPS de 1992, ce quotient a été évalué à 57,4 p. mille. La mortalité juvénile a subi le même sort en passant de 75 p. mille en 1962 à 30,7 p. mille en 1987, puis à 20 p. mille aux environs de 1990.

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met donc en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces et/ou tardives, des rangs de naissances élevés et des intervalles intergénésiques courts. Par ailleurs, les conditions socio-économiques des mères, à savoir, l'instruction, l'alphabétisation, et l'urbanisation constituent un facteur déterminant de la mortalité infantile et juvénile. En effet, les femmes qui accèdent le plus aux services de soins prénatals et qui sont les plus nombreuses à accoucher dans les services de santé sont celles qui sont plus instruites. Selon une autre étude réalisée par le CERED auparavant sur les déterminants de la mortalité infantile, les caractéristiques sanitaires telles que la densité paramédicale, la couverture hospitalière et la couverture vaccinale, infléchissent légèrement la mortalité infantile en milieu urbain, mais seraient sans effet en milieu rural.

En ce qui concerne le troisième volet de cette étude, à savoir la nutrition chez les enfants les données de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé de 1992 révèlent que presque un enfant sur quatre, soit 23% des enfants souffrent de retard de croissance ou de sous-

nutrition chronique dont 8% de sous-nutrition chronique sévère. Les enfants ruraux sont plus touchés (27,7%) que les enfants urbains (13,1%). Les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction souffrent plus de sous-nutrition chronique (26%) dont 9,3% de sous-nutrition chronique sévère que les enfants dont la mère a un niveau du secondaire ou plus: 6,1% dont 1,9% de sous-nutrition chronique sévère.

L'indice poids-pour-âge permettant à la fois de tenir compte de l'état nutritionnel passé de l'enfant (déficience alimentaire et retard de croissance) et de l'état actuel, et qui est l'indice le plus utilisé par les services de santé pour indiquer le statut nutritionnel général révèle que l'insuffisance pondérale (à moins de 2 écarts-type de la médiane poids-pour-âge de la population de référence) touche 9% des enfants de moins de 5 ans dont 1,8% d'insuffisance pondérale sévère (à moins de 3 écarts-type). On remarque un net progrès par rapport à 1987 où un enfant sur cinq souffrait d'une insuffisance pondérale contre un enfant sur 11 en 1992.

Comme on pouvait s'y attendre, le milieu rural est 4 fois plus touché que le milieu urbain (12% contre 3,3%), et les enfants issus d'une femme sans instruction sont 5 fois plus touchés que ceux issus d'une femme ayant le niveau d'enseignement secondaire ou plus (10,5% contre 2,4%).

Enfin, pour ce qui est du travail des enfants l'enquête nationale sur l'emploi en milieu urbain de 1992 a recensé 73.684 enfants âgés de moins de 15 ans en tant qu'actifs occupés dont 47.933 sont des garçons, soit une proportion de 65%. Le taux d'activité du groupe d'âges 7-14 ans était estimé à 1,9% en 1991 et de 1,7% en 1992. Selon le sexe celui-ci est de 2,4% et 2,2% pour les garçons contre 1,4% et 1,2% pour les filles respectivement pour les années 1991 et 1992. Au niveau du milieu rural,

l'enquête sur l'emploi en milieu rural de 1986-87 a montré que les enfants de moins de 15 ans représentent 13,3% de la population active rurale. Le taux d'activité du groupe 7-14 ans était de 26,7%, de 31% pour les filles et de 22,6% pour les garçons.

L'étude de la répartition des enfants actifs occupés salariés âgés de moins de 15 ans selon la branche d'activité économique en 1992 révèle la nette prépondérance de ces enfants dans le secteur des services avec un total de 15.434 enfants, se répartissant entre 1.160 cas dans le commerce, 363 dans la réparation, 361 dans les autres services, et enfin 13.550 dans les services personnels et domestiques. Le secteur de l'industrie se place en deuxième position en engageant 6.260 enfants se répartissant entre le textile et cuire (5.147), l'alimentaire (413), et les autres industries (700 enfants). Enfin, le secteur de l'agriculture, forêt et pêche engage 635 enfants.

En termes clairs, améliorer la qualité des soins de santé, apporter une aide nutritionnelle, modifier les méthodes de l'éducation et le contenu des programmes de l'enseignement sont les premières conditions pour introduire des changements dans la situation des enfants au Maroc. Or, ces conditions demeurent insuffisantes si parallèlement les structures sociales et mentales n'évoluent pas. Pour préparer les enfants à devenir efficaces et dynamiques dans le développement économique et social, il faudrait une intervention de grande envergure de la part de l'Etat et une action intense auprès des éducateurs et des parents.