

► ETUDE

Estimatif d'ensemble et projections chiffrées sur les effectifs de MRE en situation de vulnérabilité dans la crise COVID-19

Evaluation du risque épidémiologique et de la
vulnérabilité socio-économique de la diaspora
marocaine en Europe

Novembre 2021



Copyright © Organisation internationale du Travail 2021

Première édition 2021

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole no 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel à rights@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Consultez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Ce rapport été rédigé par M. Jamal Bouoiyour sous la supervision technique des équipes de l'Organisation internationale du Travail.

Ce rapport ne constitue en aucun cas la position officielle de l'Union européenne, de l'OIT ou du Gouvernement marocain.

Estimatif d'ensemble et projections chiffrées sur les effectifs de MRE en situation de vulnérabilité dans la crise COVID-19

ISBN : 9789220392935

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs, et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

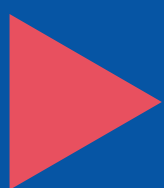
Pour toute information sur les publications et les produits numériques du Bureau international du Travail, consultez notre site Web www.ilo.org/publns.

Table des matières

Liste des tableaux	04
Résumé	05
Introduction générale	08
Chapitre 1. Santé de la population immigrée en Europe et politiques d'accès aux soins de santé, un bref état des lieux	13
1. Contexte	14
2. La santé des immigrés marocains à l'ère de la Covid-19	16
3. Les systèmes de sécurité sociale et la population immigrée	18
Chapitre 2. Emigrations des Marocains, que sait-on ?	21
1. Les données	22
2. Féminisation et vieillissement de la diaspora : une évolution dépendante du contexte	24
3. Des profils et des situations socio-économiques hétérogènes	26
Chapitre 3. Les conséquences directes de la Covid-19 sur la population immigrée	31
1. Les indicateurs sanitaires liés à la Covid-19	32
2. Dimensions économiques : une crise économique dont les incidences sont inégales	36
3. Brève analyse des caractéristiques des décès des Marocains en France	38
Chapitre 4. La dimension géographique de la fragilité sanitaire et socioéconomique des migrants marocains. L'analyse en composantes principales	42
1. Principe	43
2. Les données	43
3. Analyse du cas français	45
4. Les autres pays européens	49
5. Robustesse	54
6. Conclusion	56
Chapitre 5. Indice de vulnérabilité à la Covid-19	58
1. Introduction	59
2. Résultats	60
3. Eléments de conclusion	68
Chapitre 6. Conclusion générale et recommandations	70
Bibliographie	76
Annexe	78

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Effectifs de personnes nées au Maroc dans les principaux pays de destination de l'OCDE	23
Tableau 2 :	Répartition des immigrés marocains (personnes nées au Maroc) par âge dans une sélection de pays de l'OCDE ; population âgée de 15 ans et plus	25
Tableau 3 :	Immigrés par statut d'emploi des personnes nées au Maroc ou dans le pays de résidence	27
Tableau 4 :	Répartition par grands groupes de professions et par sexe des personnes nées au Maroc	28
Tableau 5 :	Répartition des immigrés par niveau d'éducation, pays de naissance : Maroc ; population âgée de 15 ans et plus	29
Tableau 6 :	Classement des régions les plus touchées par les décès hebdomadaires en 2020 dans les pays étudiés, chiffres des semaines 10-18, 2020 comparés à la moyenne de 2016- 2019	34
Tableau 7 :	Nombre de décès survenus en France des immigrés originaires du Maroc : 20 Départements les plus touchés en 2020 et 2019	39
Tableau 8 :	Tableau 8 . Évolution des décès par sexe et âge (%)	40
Tableau 9 :	Corrélations (Dimensions 1, 2 et 3)	46
Tableau 10 :	Corrélations, cas de la France	48
Tableau 11 :	Corrélations : Cas de l'Italie	50
Tableau 12 :	Corrélations, cas de l'Espagne	53
Tableau 13 :	Corrélations Dimension 1 et Dimension 2, cas de la France (Variable supplémentaire : Médiane du niveau de vie, Score 12)	55
Tableau 14 :	Corrélations, cas de la France (Variable supplémentaire : Part des ménages imposés, Score 13	55
Tableau 15 :	Indices de Vulnérabilité – France	61
Tableau 16 :	Indices de Vulnérabilité – Espagne	62
Tableau 17 :	Indices de vulnérabilité – Italie	64
Tableau 18 :	Indices de Vulnérabilité - Belgique	65
Tableau 19 :	Indices de Vulnérabilité – Allemagne	67



RÉSUMÉ

Le rapport cherche à explorer les liens entre immigration, inégalités socioéconomiques et santé dans les principaux pays d'accueil des Marocains à savoir la France, la Belgique, l'Italie, l'Espagne et l'Allemagne. Il vise aussi à analyser les conséquences de la pandémie de la Covid, sa gestion politique, et ses enjeux.

Les statistiques publiées régulièrement sur la pandémie dans ces pays sont en général muettes sur les infections et la mortalité des immigrés. L'hypothèse d'une vulnérabilité spécifique de cette population est favorisée essentiellement par le constat d'une plus forte hausse des décès en 2020 pour les personnes nées à l'étranger (notamment en Afrique et en Asie) en France, dans les territoires les plus concernés par l'immigration. Le rapport s'efforce de mettre en exergue les disparités locales et certains facteurs de risque susceptibles d'accroître la mortalité des immigrés.

Les données utilisées dans cette étude proviennent essentiellement des instituts de statistique des pays de résidence (recensement de la population et estimation de la population, enquêtes Emploi, etc.), d'Eurostat et de l'OCDE.

Du point de vue méthodologique, l'étude s'attache à relier la vulnérabilité des individus à celle de groupes humains et des milieux d'habitat, en identifiant les facteurs de vulnérabilité contextuels ou liés aux conditions de vie (approche territoriale). Les immigrés marocains les plus vulnérables à la crise sanitaire ont été identifiés en localisant les territoires les plus fragiles où ils résident. Des indicateurs statistiques ont été utilisés afin de calculer des indices territoriaux de vulnérabilité.

Les résultats de notre étude montrent que la crise sanitaire a été un révélateur de disparités sous-jacentes au niveau des différents territoires européens. Ces disparités touchent en particulier les minorités dont font partie les Marocains. L'étude montre aussi des différences entre les pays de résidence des Marocains, mais aussi au sein d'un même pays. Autrement dit, tous les Marocains ne sont pas logés à la même enseigne face à l'adversité.

Ces résultats révèlent que la vulnérabilité à la pandémie peut être liée à des facteurs environnementaux et sociaux (chômage/pauvreté, morbidités...) et à ceux liés aux conditions de vie et de travail (forte densité de la population, faiblesse du télétravail...). La concentration géographique des immigrés marocains dans des territoires vulnérables est un facteur explicatif de leur vulnérabilité. Mais on ne peut pas en conclure que, toutes choses égales par ailleurs, les inégalités liées à l'origine n'existent pas.

Les analyses empiriques effectuées ici doivent toutefois être considérées avec prudence car en l'absence de données d'enquêtes permettant de saisir avec davantage de finesse les effets de la crise sur les individus et de l'origine sur l'exposition au virus, elles vont servir à donner plutôt des ordres de grandeur. Cela n'empêche pas d'avoir des informations concordantes sur certains indicateurs explicatifs de la vulnérabilité des Marocains vivant en Europe.

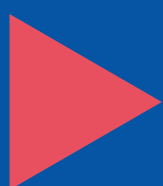
Le rapport propose quelques pistes de réflexion afin d'accompagner la population immigrée marocaine pour faire face à la crise sanitaire. Il dégage un certain nombre d'actions à mettre en œuvre :

A l'intention des autorités marocaines et de celles des pays d'accueil des Marocains, il serait souhaitable de :

- 1- Renforcer le système de collecte et de publication de données.
- 2- Améliorer les collaborations intra et extra-académiques (décideurs, médias, acteurs sociaux et citoyens) en lien avec les questions de l'emploi, de l'éducation, de la santé et du bien-être des migrants et de leur famille.
- 3- Créer plus de partenariats entre autorités marocaines et autorités locales des pays de destination des Marocains dans le but de promouvoir l'accès au travail, au logement, aux informations en matière de santé, aux formations linguistiques, etc.
- 4- Mettre en place des outils de suivi de l'intégration des immigrés dans les pays d'accueil.

A l'intention des autorités marocaines :

- 5- Elargir le champ d'action des consulats et augmenter l'offre de services consulaires (formations linguistiques, informations pratiques...).
- 6- Promouvoir une démarche visant à faciliter l'accès aux données sur les migrations issues des bases administratives (Ministère de l'Emploi, consulats, etc.) à des fins de recherche et de développement de politique migratoire.



INTRODUCTION GÉNÉRALE

La pandémie de Covid-19 a déclenché une crise économique d'une ampleur et d'une vitesse inédites. Les pays européens ont pris des mesures fortes, tant sur la plan économique et sociale que sanitaire dans le but de limiter le coût humain et social de cette crise. L'objectif a été aussi d'essayer, autant que faire se peut, de maintenir l'activité économique, tout en accélérant la reprise. Cela étant, la crise met en lumière de manière frappante les inégalités déjà existantes entre les populations d'origine et de niveau de vie différents. Elle risque même de les accentuer encore davantage.

En temps de crise, **les groupes les plus vulnérables tels que les migrants, les pauvres, et les femmes sont les plus impactés**. Si l'on considère, les immigrés tout particulièrement, on se rend compte qu'ils vivent une situation de vulnérabilité sociale et économique avant même le déclenchement de la crise. Les causes de cette vulnérabilité sont multiples. D'où l'intérêt de comprendre les facteurs de risques et de fragilité spécifiques à cette population. A titre d'exemple, les migrants cumulent des handicaps qui rendent difficile l'accès à un emploi stable, tels un moindre niveau de diplôme ou des lieux de résidence défavorables, même si les situations varient beaucoup d'un pays à un autre et au sein d'un même pays. Cette hétérogénéité est due à l'évolution de la conjoncture économique, à la nature des emplois occupés par les immigrés ainsi qu'aux caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe, la nationalité et la connaissance de la langue du pays d'accueil.

Il faut rappeler ici que dans certains pays européens, comme la France et l'Allemagne, **des prestations d'assurance-chômage ont été étendues pour permettre de limiter les répercussions de la pandémie de Covid-19 sur l'emploi**. D'une manière générale, les systèmes de sécurité sociale en Europe apportent aux individus une sécurité face à certains risques sociaux spécifiques comme le chômage, la maladie et l'invalidité. Cependant, il existe des différences d'un Etat européen à un autre entre les systèmes de sécurité sociale et les règles concernant l'accès à la sécurité sociale et aux soins de santé (en fonction de la durée de séjour, des périodes d'emploi, etc.). Ce qui engendre des disparités face à la crise entre les immigrés en fonction de leur pays de résidence.

Au sein même de ces pays, les conséquences de la crise sanitaire diffèrent. **Les inégalités sociales, territoriales ou entre les femmes et les hommes ont été mises en lumière avec la crise sanitaire, économique et sociale entraînée par la pandémie de la Covid-19**. En France, par exemple, ces inégalités se manifestent à travers la forte hausse de la mortalité liée à la crise sanitaire en mars-avril 2020 (par rapport à la même période en 2019 des personnes nées à l'étranger, + 54% pour les personnes nées au Maghreb, INSEE, 2020). Ceci est particulièrement flagrant en Seine-Saint-Denis, département le plus pauvre de France métropolitaine. Certains facteurs ont pu contribuer à cette hausse comme la concentration importante de la population dans les régions fortement touchées par la Covid-19, l'exercice plus fréquent de professions dont l'activité s'est poursuivie même pendant les périodes de confinement (les professions de santé et, de manière générale, celles assurant le fonctionnement de l'économie et de la société), et la pauvreté (souvent associée à un moins bon état de santé, ce qui augmente le risque de développer une forme grave de Covid-19, INSEE, 2020).

Si l'on se focalise maintenant sur les **immigrés marocains** au cours des deux dernières décennies, on observe des changements tant dans la répartition dans les pays de destination, que dans la structure démographique (sexe, âge et niveau éducatif) de cette population. Celle-ci reste cependant concentrée particulièrement dans les zones populaires à forte concentration de populations immigrées de chaque pays d'accueil. Cette concentration peut poser des difficultés particulières en termes d'accessibilité aux services publics et de disponibilité de logements. La pandémie de Covid-19 peut aussi rendre certains immigrés marocains plus ou moins vulnérables au choc pandémique. Cette vulnérabilité, liée à leur

exposition aux risques sanitaires et aux chocs économiques, dépend beaucoup de leur comportement et en amont des conditions socio-économiques. Elle est, au moins en partie, le produit des inégalités sociales qui façonnent l'exposition de différents groupes et conditionnent leur capacité à faire face aux chocs. Dans ce sens, le risque d'exposition au virus varie selon le milieu social et donc des facteurs comme le niveau de revenu, le niveau d'activité économique, ou l'accès limité aux services sanitaires. D'autres facteurs entrent en jeu aussi, notamment l'état de santé des personnes (associé à la prévalence des maladies comme l'obésité, le diabète et les maladies respiratoires chroniques). La vulnérabilité au virus a donc un caractère multidimensionnel, d'où la difficulté de la décrire de manière bien précise. Cette vulnérabilité vient s'ajouter aux effets des mesures de confinement et de distanciation sociale dans le contexte du Covid-19. Pour essayer de quantifier la vulnérabilité au choc pandémique, la prise en compte des caractéristiques socioéconomique liées aux conditions de vie et aux conditions sanitaires semble être l'approche la plus adaptée dans le contexte actuel.

En s'appuyant sur **les données des organismes de statistiques publics des principaux pays de destination**, cette étude essaie de rendre compte de la situation socio-économique et sanitaire des immigrés marocains dans leur pays d'installation, sans toutefois prétendre à l'exhaustivité, loin s'en faut. L'étude comprend cinq pays, à savoir la France, la Belgique, l'Italie, l'Espagne et l'Allemagne. Elle cherche donc à explorer les liens entre inégalités sociales, immigration et santé, tout en analysant les conséquences de la pandémie, sa gestion politique, et ses enjeux. Peu de données sont disponibles sur la situation sanitaire des Marocains en Europe. Par conséquent, nous avons cherché à regrouper, synthétiser, interpoler le maximum d'informations qui pourraient être mobilisées sur ce thème.

L'objectif principal de cette étude est de dresser un premier tableau des groupes particulièrement vulnérables face à la Covid-19 parmi les immigrés marocains et de pointer les facteurs de fragilité identifiés à partir de la littérature. Le recueil très détaillé des données permet de définir des groupes vulnérables en raison de leur caractéristiques (âge, sexe, secteur d'activité, etc.) mais aussi des territoires où se concentre cette vulnérabilité liée aux facteurs sociodémographiques, sanitaires ou à l'emploi. Ces facteurs clés sont susceptibles d'accentuer ou d'atténuer la vulnérabilité de la population immigrée dans la crise actuelle. Nous nous attachons ainsi à relier la vulnérabilité des individus à celle de groupes humains et des milieux d'habitat, en identifiant les facteurs de vulnérabilité contextuels ou liés aux conditions de vie (approche territoriale). Nous identifions les immigrés marocains les plus vulnérables à la crise sanitaire en localisant les territoires les plus vulnérables où ils résident. Pour cela nous calculons des indicateurs statistiques au niveau local pour identifier des situations de vulnérabilité dans certains espaces particuliers.

Il est à signaler que **les estimations que nous avons effectuées doivent être considérées avec beaucoup de prudence.** Elles vont servir à donner plutôt des ordres de grandeur, faute de données d'enquêtes servant à évaluer l'impact exact de la crise sur les individus. Les données proviennent essentiellement des instituts de statistique des pays de résidence (recensement de la population et estimation de la population, enquêtes Emploi, etc.). Les bases de données comprennent souvent des informations sur les caractéristiques démographiques (âge et genre), la situation sur le marché du travail (participation, profession ou secteur d'activité), niveau d'éducation atteint et lieu de naissance. Les statistiques sur les flux migratoires (entrées et sorties) d'origine marocaine fournissent aussi des informations utiles sur la répartition de la population immigrée marocaine dans chaque pays étudié et chaque région ou commune. Par ailleurs, nous disposons de données précises en France concernant les décès des personnes nées au Maroc.

Dans le **premier chapitre**, nous présentons d'abord, la littérature sur l'état de santé des populations immigrées en Europe en proposant une synthèse des travaux sur les facteurs de risque et de fragilité spécifiques à ces populations. Les principaux déterminants de la vulnérabilité des immigrés marocains aux conséquences de la pandémie de Covid-19 d'un point de vue sanitaire sont ensuite exposés. Nous passons en revue, enfin, quelques politiques et pratiques concernant l'accès des citoyens (étrangers ou non) aux systèmes de santé dans les pays d'accueil étudiés dans cette étude.

Dans le **chapitre 2**, nous proposons une analyse descriptive des tendances récentes de la migration marocaine, basée sur la connaissance, la plus exhaustive possible, de la répartition géographique des Marocains, leurs profils et leurs caractéristiques, dans la perspective d'appréhender la vulnérabilité de certains groupes d'entre eux à la crise économique et sociale déclenchée par la Covid-19.

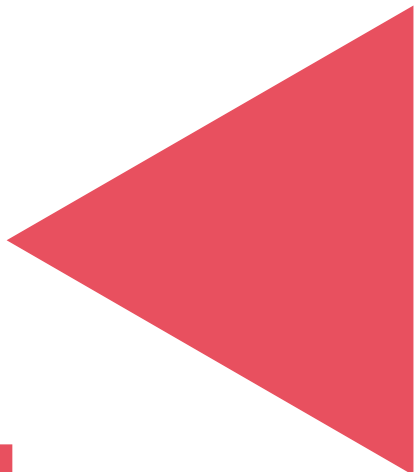
Le **chapitre 3** détaille les conséquences de la crise du Covid. Depuis le début de la pandémie, les institutions publiques européennes diffusent exceptionnellement des données et de nombreuses analyses préliminaires qui décrivent au mieux la conjoncture, l'évolution du marché du travail et les conditions de vie des nationaux et des personnes nées à l'étranger (statistiques de décès, de chômage localisé, etc.). Un éclairage est ainsi apporté sur les étrangers, sous l'angle des inégalités qui traversent ces pays. Ces ressources mobilisées ne concernent pas spécifiquement les migrants d'origine marocaine, d'où notre approche reliant les analyses et mesures des effets de la Covid aux données disponibles sur la population immigrée marocaine au niveau de chaque région/province, secteur d'activité, etc.

Dans le **chapitre 4**, l'analyse géographique et statistique est faite à l'aide de la méthode d'Analyse en Composantes Principales (ACP). Le but étant est de distinguer très clairement les grandes tendances de l'organisation spatiale des unités géographiques étudiées (région/province) et de rechercher leurs similitudes et les interrelations entre caractéristiques sociales, démographiques et indicateurs de santé (vieillesse de la population, immigration, pauvreté, richesse, morbidité, transmission du coronavirus, distanciation sociale, etc.).

La littérature scientifique évoque **trois facteurs qui renforcent les inégalités sociales de santé** lors des épidémies : les inégalités face au risque d'exposition, les différences de vulnérabilité face à la maladie et les écarts d'accès aux soins (le modèle de Blumenshine, 2008). Regroupés, ils peuvent être représentés spatialement ; ce qui fournit un indicateur permettant de mesurer la vulnérabilité à l'échelle locale ou régionale. Suivant cette logique, nous mobilisons dans le chapitre 5 des indicateurs statistiques locaux pour calculer un indice global de vulnérabilité de chaque territoire qui combine diverses dimensions de vulnérabilité. Plus cet indice est élevé, plus la vulnérabilité du territoire étudié (face à la pandémie) est élevée. Ces indices sont donc particulièrement intéressants pour traduire une situation complexe et multidimensionnelle.

Nous fournissons quelques éléments de conclusion, ainsi que des recommandations sur les actions à mener pour répondre aux problématiques liées à l'impact de la crise sur la population immigrée marocaine vivant en Europe.





CHAPITRE 1

Santé de la population
immigrée en Europe et
politiques d'accès aux
soins de santé, un bref
état des lieux



Encadré 1

Ce chapitre permet d'identifier les éléments suivants :

- ▶ La complexité des liens entre migrations et santé.
- ▶ Une partie importante de la littérature sur la santé de la population immigrée s'accorde à dire que la santé des migrants dépend d'un ensemble de facteurs liés à leur histoire individuelle (effet des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance), au processus de migration lui-même (l'existence d'un phénomène de sélection à la migration, qui explique le meilleur état de santé initial des immigrés, compensé à long terme par un effet délétère de la migration) et aux conditions de leur installation dans les pays d'accueil.
- ▶ Les différences de l'état de santé entre la population immigrée et la population native peuvent être liées aussi aux conditions d'accès à l'assistance sanitaire des étrangers et à leurs droits en matière de santé. Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques publiques adaptées visant l'accès de la population d'origine étrangère aux systèmes de santé.

1- Contexte

La littérature a permis de souligner la **spécificité des populations immigrées en matière d'état de santé** ainsi que l'existence d'inégalités de santé liées à l'immigration. Certains travaux mettent en exergue le rôle des facteurs, tels que la sélection liée à la migration, la situation sociale et économique des immigrés dans leur pays d'accueil, les barrières linguistiques, l'accès aux services de santé ou la durée de résidence qui exercent une influence importante sur l'état de santé des populations immigrées. Ils mettent en évidence aussi la diversité des situations en matière de santé selon le pays d'origine en partie liées au niveau de développement économique.

De nombreux travaux rapportent que les **immigrés qui naissent à l'étranger bénéficient de l'effet « immigration en bonne santé »**. Ce phénomène, connu sous le nom de « healthy migrant effect », indique que les personnes venant d'arriver dans un pays d'accueil sont en meilleure santé en moyenne que la population de leur pays d'origine. Les résultats de nombreuses études montrent que ces personnes affichent une mortalité plus faible que les personnes nées dans le pays d'accueil, mais qui varie sensiblement selon le sexe, l'âge et le pays de destination (Boulogne et al., 2012 ; Ikram et al., 2016¹). Ces écarts de santé entre population migrante et population native peuvent être attribués à plusieurs facteurs. Le premier, qualifié dans la littérature par le « salmon bias », suppose un retour au pays d'origine des migrants en fin de vie ou au moment de leur retraite qui ne sont pas pris en considération dans l'ensemble des décès des personnes migrantes. Un autre phénomène qui peut expliquer les faibles taux de mortalité chez les immigrés ou le différentiel de santé constaté en leur faveur est lié à **l'effet de sélection à la migration**. Seules les personnes ayant la motivation et les ressources, notamment une situation sanitaire supérieure à la moyenne de la population de leur pays d'origine, migrent². Des travaux récents établissent que des facteurs comme l'éducation et la situation socioéconomique sont déterminants pour l'état de santé des immigrés avant leur arrivée dans leur pays de résidence. En France, une récente étude de Ichou

¹ : En France, une étude récente (Boulogne et al., 2012) a montré que la mortalité des hommes nés à l'étranger était nettement inférieure à celle de la population masculine née dans ce pays. En particulier, les hommes nés en Asie, Amérique du nord et au Maroc présentaient la mortalité la plus faible par rapport à la population née en France (30%). L'image était plus contrastée pour les femmes. La mortalité est nettement plus faible pour les femmes nées au Maroc et dans certains pays asiatiques et africains, mais plus élevée pour les immigrées nées en Europe de l'Est (+16%) ou en Algérie (+4%).

² : L'effet de sélection à la migration semble plus marqué chez les hommes que chez les femmes en raison de la nature de l'immigration : le motif d'immigration liée au regroupement familial est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et moins sélectif contrairement à la migration pour raison de travail qui est déterminée par les politiques migratoires.

et Wallace (2019) a pu mesurer la sélection à la migration par le niveau d'instruction qui expliquerait l'effet de bonne santé chez les immigrés vivant en France. Cette étude souligne que les Nord-Africains immigrés en France ont été positivement sélectionnés sur le plan scolaire dans leur pays d'origine contrairement aux immigrants originaires d'Europe du Sud par exemple. De plus, elle souligne la diversité des situations au sein de la population immigrée : les personnes ayant immigré plus récemment (0 - 9 ans) se distinguant, par exemple, par une meilleure santé sur le plan des maladies chroniques (hommes et femmes) et sur le plan de la santé auto-évaluée (hommes seulement). C'est le cas des ressortissants de l'Afrique du Nord (en particulier les hommes et les personnes arrivées en dernier) qui bénéficiaient d'une meilleure santé que les natifs (nés en France). **La meilleure santé des immigrés ne dure cependant pas car dans le groupe installé depuis plus longtemps (10 ans et plus), les profils étaient comparables à ceux des natifs.** Ce résultat indique que la durée de séjour dans le pays d'accueil est un facteur explicatif de la santé des immigrés, partiellement sous l'influence du processus de l'« acculturation » qui suppose une convergence entre l'état de santé des immigrés et celui des natifs au fil du temps avec l'adaptation au mode de vie et à la culture d'accueil (hygiène alimentation, utilisation du système de santé, etc), particulièrement en fonction de l'origine sociale et du degré d'intégration dans le pays d'accueil. En d'autres termes, les immigrants sont sélectionnés pour leur bonne santé mais, à mesure que la population immigrée vieillit et que la population des descendants nées dans le pays d'accueil augmente, les écarts ethniques dans la mortalité, toutes causes confondues, sont susceptibles de changer (Scott et Timæus, 2013; Guillot et al., 2019).

En cohérence avec cette assertion, une étude récente de Guillot et al., (2019) a montré, en utilisant un échantillon national représentatif, une **forte surmortalité parmi les hommes de deuxième génération d'origine maghrébine** (Algérie, Maroc, et Tunisie) par rapport à la population de référence sans origine immigrée. Cette surmortalité n'était pas présente chez les hommes de deuxième génération d'origine d'Europe du Sud (Espagne, Italie, et Portugal) à milieu social et niveau d'éducation comparables, ni chez les hommes d'origine maghrébine de la première génération. Les conditions de vie et de travail des descendants d'immigrés maghrébins, qui font face à des situations compliquées, de manière récurrente et presque systématique, dans des domaines aussi divers que l'éducation, l'emploi et le logement (Athari et al, 2019; Brinbaum et al, 2016), ont également des répercussions en termes de santé.

D'autres travaux montrent, en effet, que **la population immigrée présente un état de santé extrêmement différent de ceux de la population native et qui se dégrade avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil.** Les résultats suggèrent, toutefois, des différences selon le sexe et le statut migratoire (Berchet et Jusot, 2010) ; ainsi par exemple, les inégalités de santé sont plus notables pour les migrants de première génération originaires d'Afrique du Nord. Outre la dimension génétique, un effet potentiel des habitudes de vie ou des comportements en matière de santé (tabac, alcool, alimentation, activité physique) apparaît liés à l'état de santé de la population immigrée. Ces comportements défavorables à la santé interagissent au cours de la vie avec d'autres déterminants économiques et sociaux défavorables même si tout au long de sa vie, l'individu peut agir pour préserver sa santé et ses capacités physiques et mentales. Selon cette étude exploratoire, les conditions socioéconomiques, moins favorables, auxquelles font plus souvent face les immigrés, dans leur pays d'accueil se combinant avec leur mauvaise hygiène de vie, semblent fragiliser l'état de santé des immigrés en particulier. Le fait d'être d'origine étrangère peut être source de difficultés d'accès au marché du travail ou aux soins dans le pays d'accueil. Les critères de régularité et de durée du séjour conditionnent aussi l'accès aux soins des migrants dans certains pays européens. En ce sens, le statut migratoire peut être un facteur déterminant de l'accès aux soins des migrants ou leur maintien à la marge du système de santé. Et de plus, ils ont tendance à être surreprésentés dans des emplois avec des conditions de travail plus pénibles. Il en résulte une mauvaise santé (Bollini et Siem, 1995) et une surexposition au risque d'accidents et de maladies professionnelles.

Par ailleurs, les facteurs sociaux comme le « conflit » de culture dans la première phase du contact avec les sociétés d'accueil, **l'isolement induit par la migration, la discrimination (réelle ou perçue) ou les difficultés d'intégration** sont aussi associés à une dégradation de l'état de santé des immigrés (Folland, 2007).

Finalement, certaines études suggèrent que **les immigrés semblent utiliser moins le système de santé que les natifs**, ce qui participe à la détérioration de leur état de santé. Cela pourrait s'expliquer par les barrières linguistiques, la moindre connaissance du système de santé (tests de dépistage, consultation des spécialistes, etc.),

le coût des soins laissés à la charge des patients et l'accès insuffisant à la protection sociale en raison du faible statut socio-économique des immigrés et leur moindre connaissance de leur droit en matière d'accès aux soins (Dourgnon et al., 2009, Dourgnon et al, 2012). Ces éléments peuvent expliquer le renoncement aux soins et des différences de consommation de ressources en santé entre groupes sociaux à état de santé donné. Les barrières liées à la disponibilité géographique de l'offre de santé (tels que le temps d'attente et la disponibilité) s'ajoutent aux autres difficultés déjà invoquées, pour expliquer les inégalités dans le recours aux soins des personnes indépendamment de leur origine ethnique (Allin et al., 2010). **En particulier, les groupes les plus défavorisés renoncent fréquemment aux soins** (Boisguérin et al 2010), et vivent plus souvent dans des zones où les densités médicales sont les plus faibles (Dourgnon et al, 2012). Ce phénomène d'inégalités est observé dans tous les pays, riches ou en développement. Bien évidemment, les écarts varient selon les pays. En Europe, des différences entre pays et à l'intérieur de chaque pays sont observées. Les personnes en bas de la hiérarchie sociale sont en moins bonne santé que celles qui sont en haut. Par exemple, dans les pays développés, l'espérance de vie d'un homme cadre est très supérieure à celle d'un homme ouvrier. Si l'on considère le cas de la France, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre. Chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure (Moquet, 2008).

En termes de **morbidité**, plusieurs études ont montré l'impact du niveau socio-économique et du pays d'origine sur la prévalence (le nombre de personnes atteintes par une maladie rapportée à la population) de certaines maladies chroniques comme le diabète en Europe (Vandenheede et al., 2012 ; Vandenheede et Deboosere 2009).

2- La santé des immigrés marocains à l'ère de la Covid-19

À travers cette section, nous cherchons à savoir dans quelle mesure la vulnérabilité au virus est conditionnée par des facteurs sanitaires ou socio-économiques, mais aussi par les indicateurs liés au pays d'origine. Les inégalités sociales de santé influencent certainement négativement ou positivement le vieillissement des individus et conditionnent leurs comportements de santé, mode de vie, mais aussi l'accès aux soins dans de nombreux pays européens.

Certains **facteurs de comorbidité** (ou co-occurrence de plusieurs maladies chroniques) sont identifiés dans les publications scientifiques comme associés au risque avéré d'hospitalisations ou de décès en cas d'infection par la Covid-19, comme le diabète et l'obésité. Ils sont aussi étroitement liés aux conditions socio-économiques, mais aussi au pays d'origine. Il est de plus en plus évident que l'état de santé des personnes (âgées ou non) avant la pandémie joue un rôle crucial. Bien que la comorbidité puisse toucher des personnes jeunes, sa prévalence augmente fortement avec l'âge. Il en résulte une très forte hausse de prévalence de plusieurs maladies chroniques avec le vieillissement de la population. Mais l'âge ne constitue pas le seul déterminant de la morbidité. Les statistiques de santé recueillies montrent une plus grande fréquence de morbidité observée chez les migrants. Les statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) montrent bien que la part des personnes déclarant une maladie chronique, notamment le diabète, est plus élevée parmi les personnes nées à l'étranger. C'est le cas notamment en France, Allemagne et Belgique (14,5%, 8,5%, 6% respectivement) contrairement à l'Espagne et l'Italie (3,7% et 4,1% respectivement). Dans ces pays européens, ces proportions atteignent, pour les personnes qui y sont nées, 9,9%, 7%, 5,2%, 7,3% et 6,9% respectivement.

Plusieurs études internationales ont mis en évidence une **prévalence et une incidence plus élevées du diabète** dans les populations socio-économiquement les plus défavorisées. Toutefois, les habitudes alimentaires, le recours aux soins, les facteurs culturels et/ou génétiques ne peuvent pas être écartés, bien que certains d'entre eux soient également liés au niveau socio-économique mais également au pays d'origine. Les populations migrantes allient souvent une situation socio-économique défavorisée, un recours aux soins parfois moins satisfaisant et pour certaines un risque génétique élevé de développer des maladies comme le diabète (Santé publique France, 2011). Le risque de diabète semble souvent nettement supérieur à celui de la population autochtone. Reste la prédisposition héréditaire peut évoluer vers le diabète qui résulte de l'interaction entre la génétique et les facteurs environnementaux et / ou liés au mode de vie tels que le surpoids ou l'obésité, la sédentarité, l'alimentation, le

stress et le tabagisme. Cette interaction semble plus marquée chez les femmes en générale en France et elle y est particulièrement plus forte chez les femmes que chez les hommes d'origine maghrébine (Fosse et Fagot-Campagna, 2012)³. Le surpoids et l'obésité sont des déterminants de nombreuses maladies chroniques (notamment du diabète, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires comme l'apnée du sommeil et de certains cancers). Ils sont aussi fortement associés au niveau socioéconomique plus modeste.

En **France**, par exemple, les enquêtes de santé réalisées montrent bien que la prévalence du diabète était plus élevée chez les personnes d'origine maghrébine, par rapport à celles d'origine française (Fosse et Fagot-Campagna, 2012). Ces différences étaient davantage chez les femmes que chez les hommes. Particulièrement, le risque de diabète est environ deux fois plus élevé chez les femmes originaires d'un pays du Maghreb que chez les femmes originaires de France, à niveau socio-économique, niveau d'obésité et âge équivalents (Santé publique France, 2011). Ce constat est valable dans d'autres pays européens. En **Belgique**, par exemple, chez les 35 à 74 ans, la prévalence du diabète de type 2 est plus élevée chez les Belges d'origine turque et marocaine par rapport à ceux d'origine belge (Vandenheede et Deboosere, 2009). Chez les hommes d'origine belge, la prévalence s'élève à 5% alors que chez ceux d'origine turque et marocaine, elle atteint 5,8% et 6,5% respectivement. A l'opposé, 4,3%, 18,7% et 11,9% des femmes d'origine belge, turque et marocaine souffrent respectivement du diabète. Chez les hommes, les différences de prévalence du diabète sont fortement réduites lorsque les facteurs de risque comme le manque d'activité physique et le niveau d'éducation sont contrôlés (c'est-à-dire si la comparaison est faite « toutes choses égales par ailleurs »). Chez les femmes, les différences restent élevées, même si elles se réduisent après avoir contrôlé les facteurs liés à l'obésité et au niveau d'éducation. Une autre étude, quant à elle, s'est intéressée à la mortalité par diabète en Belgique au sein de la population immigrée (Deboosere et Gadeyne, 2005) et a trouvé un taux élevé de surmortalité par le diabète chez les femmes marocaines vivant en Belgique âgées entre 25 à 54 ans.

Comme déjà décrit précédemment, **l'état de santé semble différer selon le pays de naissance**, indépendamment des conditions socio-économiques actuelles des immigrés. Quelque rares travaux ont permis de souligner la spécificité des immigrées en termes de prévalence et de mortalité par les maladies (transmissibles ou non), en partie liée au niveau économique, sanitaire et d'éducation de leur pays d'origine (Vandenheede et al. 2012 ; Boulogne et al. 2012) qui peut continuer d'affecter leur santé (de manière positive ou négative) même longtemps après leur arrivée dans le pays d'accueil. Ces indicateurs de santé relatifs au diabète sont généralement plus élevés, en particulier pour les migrants originaires d'Afrique du Nord, de la Caraïbes, de l'Asie du Sud et des pays en développement (Vandenheede et al. 2012).

Si l'on considère le **cas particulier du Maroc**, il semblerait que le pays connaisse un changement profond dans son profil épidémiologique avec une charge croissante de morbidité due aux maladies non transmissibles responsables actuellement d'environ 75% des décès (dont les plus fréquentes le cancer et les maladies métaboliques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires qui représentent 40% des principales causes de décès). Les traumatismes (accidents de la route, empoisonnements, violence, etc) représentent 7% de la mortalité et le reste des décès (18%) est attribuable aux maladies transmissibles, aux affections maternelles, périnatales et nutritionnelles (OMS, 2018). La prévalence estimée de l'hypertension artérielle est relativement élevée à 32,4%. Cette maladie et le diabète restent plus fréquentes chez les femmes plus que les hommes. D'autres facteurs de risque communs de pathologie chroniques comprennent l'obésité et une glycémie à jeun élevée de 16,4% et 9,9%, respectivement. Au Maroc, selon les estimations de l'OMS, le taux de prévalence du diabète dans la population adulte est de 12,4 %⁴. La fréquence des affections chroniques augmente progressivement avec l'âge surtout à partir de la tranche des 65 ans

3 : Cette étude, en se basant sur les données de l'Enquête décennale santé 2002-2003, laisse suggérer une influence génétique plus forte ou une forme différente de diabète : les personnes d'origine maghrébine auraient un risque plus élevé de développer un diabète à un niveau de corpulence plus faible par rapport à la population d'origine française. Il existe, de plus, un moins bon suivi de la maladie lié à un niveau socioéconomique plus faible, recours moins fréquent aux médecins généralistes mais un taux d'hospitalisation (quel que soit le motif) identique à celui des personnes originaires de France.

4 : Selon les résultats de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2018, la prévalence du diabète, estimée sur la base des déclarations recueillies au moment de l'enquête, est de 4,8%. Les tranches d'âge de 50-59 ans et de 60 ans et plus enregistrent des prévalences respectivement de 13,4% et de 20%. Chez les moins de 30 ans la prévalence est inférieure à 1% et pour les 30 à 49 ans, elle est de 5,9%. L'hypertension artérielle augmente avec l'âge passant de 0,1% pour les 10-19 ans à 34% pour les 60 ans et plus. L'association de l'hypertension avec le diabète a été déclarée dans 45,3% des cas et avec les maladies cardiovasculaires dans 54,9% des cas. Notons que les informations sont auto-déclarées et peuvent donc refléter des perceptions individuelles de la santé qui peuvent différer de l'état de santé réel.

et plus. Ces chiffres sont cohérents avec ceux donnés dans certaines études françaises, par exemple, portant sur les populations d'origine maghrébine. En Italie aussi, les principales causes de mortalité des Marocains en 2018, par ordre de nombre total de décès, ont trait à trois grandes catégories de maladies : les cancers (des voies respiratoires, colorectal, de l'estomac, du sein) ; les maladies cardiovasculaires et les traumatismes (surtout accidents de la route et suicide). Viennent ensuite les affections respiratoires, digestives et néonatales.

3- Les systèmes de sécurité sociale et la population immigrée

Dans cette section, nous avons décidé de nous pencher sur les systèmes de sécurité sociale dans les pays européens objets de l'étude. Il s'agit d'analyser les **conditions d'accès à l'assistance sanitaire des étrangers et à leurs droits en matière de santé**. En Europe, ces systèmes de santé et les systèmes de protection sociale en général, étaient en crise avant même la survenance de la pandémie liée à la Covid-19. Pour tenter d'endiguer la « première vague » épidémique, les autorités publiques ont, dans la majorité des pays européens, misé sur des restrictions sociales et économiques, mais aussi sur l'universalisation de l'accès aux soins primaires et au vaccin contre le virus. Cela vient du fait que les règles concernant l'accès à la sécurité sociale et aux soins de santé sont très disparates. En fait, le mécanisme de redistribution assure « pour toute personne », la couverture de diverses charges : charges de famille, frais de santé, de formation ou encore liés à la perte d'autonomie physique ou mentale. Mais l'universalité du droit n'exclut pas des politiques particularistes.

Pour les migrants, par exemple, tous les pays européens exigent que les ressortissants de pays tiers soient titulaires d'un **titre de séjour** valide afin de bénéficier des différentes prestations de sécurité sociale comme les prestations de maladies et d'invalidité, les pensions de vieillesse et les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Mais, le type de titre de séjour, - de longue durée ou à durée limitée (comme le permis de séjour à durée déterminée détenus par les salariés) -, et le niveau de revenu conditionnent l'accès à certaines prestations sociales.

D'importantes inégalités persistent, tant entre les pays européens qu'au sein de ceux-ci en matière d'accès aux soins de santé. En effet, dans ces pays la grande majorité de la population est couverte par les systèmes de santé et une large partie des dépenses de santé sont à la charge des États et des assurances. Malgré cela, le taux d'accès n'est pas le même et les dépenses à charge des ménages sont non négligeables et peuvent constituer un frein potentiel à l'accès aux soins et conduire certains d'entre eux à y renoncer⁵. Les ménages doivent s'acquitter, dans certains cas, d'une partie non négligeable des coûts des soins. Les Espagnols et les Italiens paient en moyenne 23% alors que la moyenne européenne se situe à 16 % (19% en Belgique). En France et en Allemagne, le reste à charge (le montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire) est relativement faible (13% et 9% respectivement, DREES, 2019). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est donc celui où le reste à charge individuel est moins important, mais demeure en tête des pays de l'OCDE en termes de dépenses qui relèvent des soins de longue durée qui pèsent beaucoup dans le reste à charge. En même temps, on estime, qu'un tiers des personnes éligibles seraient privées d'un accès à une complémentaire santé ou d'une aide pour la financer.

Bien que la couverture médicale soit très importante dans ces pays, certaines personnes peuvent renoncer aux soins pour des raisons financières, mais aussi de distance ou de temps d'attente. Ces derniers facteurs, non financiers, sont liés aux difficultés d'accès ou de maintien dans les soins comme l'accessibilité géographique des soins (offre de soins et sa répartition). La **complexité des démarches administratives** et les caractéristiques des populations

⁵ : En Italie, les soins de base comprennent des soins gratuits (comme les soins de médecine générale, les soins de pédiatrie, les soins liés à la maternité, l'hospitalisation, la prescription de médicaments). Les autres prestations (consultations de spécialistes, soins dentaires, cures thermales, prothèses, examens de laboratoire, soins orthopédiques) ne sont que partiellement prises en charge par les centres de santé. L'importance de cette prise en charge dépend particulièrement des revenus des patients résidents dans le pays ou d'une maladie chronique. Voir Le système de santé italien (cleiss.fr)

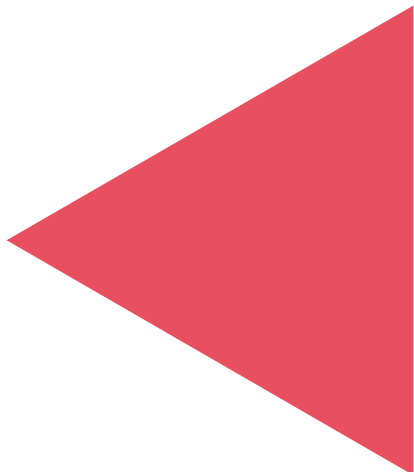
(âge, sexe, populations défavorisées au plan économique et social, personnes souffrant des maladies chroniques, nationalité, etc) déterminent, de manière plus ou moins forte, le renoncement aux soins.

En **Italie** comme en **Espagne**, la décentralisation régionale du système de santé a constitué une orientation majeure de ces dernières décennies. Cette décentralisation a eu des avantages (en termes de coûts, qualité, sécurité et efficacité), mais l'amélioration n'a pas été uniforme sur le territoire national. Elle a lentement dévié de sa trajectoire en allant à l'encontre des principes d'égalité entre usagers et d'universalité (Diurni, 2016), surtout depuis la crise financière de 2008 et les politiques d'austérité dans les deux pays qui ont modifié le caractère universel (et gratuit) des systèmes de santé italien et espagnol lorsqu'il s'agit par exemple des étrangers. En Espagne, les étrangers qui peuvent être, pour diverses raisons, en situation irrégulière temporairement, doivent souscrire à une assurance payante. En revanche, en Italie les étrangers extracommunautaires qui sont dans cette situation ont droit à une assistance sanitaire gratuite même restreinte. Les autorités locales attribuent, en effet, aux étrangers sur demande un code appelé STP (*Straniero temporaneamente presente*), qui certifie l'état d'étranger temporairement présent sur le territoire italien pour une durée de 6 mois renouvelable. Grâce à ce dispositif, les immigrés irréguliers⁶ bénéficient d'un accès aux services essentiels et urgents de santé (hôpital, services préventifs et de maternité, etc.) avec les mêmes conditions que les citoyens italiens s'ils n'ont pas les ressources financières suffisantes. Mais chaque région peut définir ses propres règles et pratiques ; ce qui impacte l'accès des étrangers à ce dispositif (comme la gratuité des consultations chez les généralistes ou les pédiatres dans la région de Torentino ou l'admission d'immigrés irréguliers dans des chirurgies ambulatoires « dédiés » en Campania ect, Falge et Ruzza, 2016). Pour pouvoir bénéficier de ce code, les étrangers doivent se déclarer auprès des autorités régionales compétentes ou de l'administration d'un hôpital.

En réalité, en Italie et en Espagne, **l'autonomie des régions en matière de santé a creusé les inégalités** entre les régions en termes d'accès, de qualité de soin et de coût des services sanitaires et donc d'inégalité entre citoyens (Diurni, 2016). Ces inégalités se font particulièrement sentir à l'heure de la crise de la Covid-19 en entraînant des disparités sensibles de service rendu à la population, et l'absence de solidarité entre territoires et de mutualisation des moyens, particulièrement en Italie. Les nouveaux cas de Covid-19 détectés quotidiennement ont augmenté en 2021 dans les régions du Sud -du Mezzogiorno- du pays font craindre le pire car ces régions sont les plus pauvres et les moins loties en matière de structures sanitaires. Ces régions ont été épargnées par la Covid-19 auparavant grâce aux mesures de « distanciation sociale » qui les ont préservés de la contagion.

6 : En France, les migrants en situation irrégulière vivant depuis plus de trois mois sur le territoire bénéficient du dispositif de l'aide médicale de l'État (AME) sous condition de revenus





CHAPITRE 2

Emigrations des
Marocains, que
sait-on ?



Encadré 2

Pour caractériser la population marocaine installée en Europe nous retiendrons les traits les plus saillants, à savoir :

- ▶ C'est une population qui croît de manière régulière. Elle est concentrée principalement dans trois pays de résidence à savoir la France, l'Espagne et l'Italie.
- ▶ C'est une population qui vieillit, malgré la dynamique migratoire. Cependant, la situation est différente selon les pays d'accueil. Aussi, la proportion de femmes dans les flux d'émigration est-elle croissante, conséquence du regroupement familial. L'émigration professionnelle demeure le parent pauvre de cette dynamique.
- ▶ Les Marocains connaissent traditionnellement des difficultés d'insertion dans le marché du travail eu égard aux européens de naissance. Leur taux d'emploi demeure faible et ils occupent des emplois peu qualifiés. Il existe cependant des différences entre la France (immigration ancienne et taux de qualification- relativement- fort) d'une part, et l'Espagne et l'Italie d'autre part (taux d'emploi faible, professions peu qualifiées). Mais une tendance de long terme à l'augmentation des taux d'activité est observée dans plusieurs pays, accentuée par le vieillissement de la population.
- ▶ Il existe une concentration des Marocains dans certains secteurs d'activité.

1- Les données

Le **nombre des Marocains résidant à l'étranger a connu une forte augmentation depuis le début des années 60** avec des rythmes dépendants, essentiellement mais pas exclusivement, des politiques migratoires des pays d'accueil. Cependant, les conditions socio-économiques qui prévalent au Maroc ont joué, et continuent de jouer, un rôle important dans le volume et la régularité de l'immigration marocaines (contestations et troubles politiques dans les années soixante et soixante-dix, conditions de vie, conjoncture économique dépendante des aléas climatiques, poursuite des études à l'étranger...).

Cette forte augmentation s'est accompagnée de **changements importants en termes de composition, ainsi que de pays de destination**. Les statistiques produites par l'OCDE conduisent à confirmer que l'UE est le principal pôle d'attraction des migrants d'origine marocaine au sein de l'OCDE. Le classement des principaux pays de destination des Marocains dans la zone OCDE est resté inchangé au cours des deux dernières décennies. Les pays européens accueillent, en effet, plus de 80% de tous les migrants résidant dans cette zone (tableau 1). La France reste la principale destination des Marocains même si cette prédominance a tendance à se tasser depuis les années 90 avec plus de diversification des pays d'accueil. L'ancienne puissance coloniale accueille chaque année en moyenne 20 000 marocains, soit environ 20% des nouveaux arrivants nés au Maroc, ainsi qu'environ un tiers des Marocains légalement installés dans les pays de l'OCDE. L'Espagne est deuxième avec une part de 25% de l'effectif total des personnes nées au Maroc, l'Italie arrive en troisième position. La stabilité apparente des flux en provenance du Maroc et à destination de la France contraste avec la forte augmentation des flux à destination de l'Espagne, qui était la première destination de ces flux entre 2000/01 et 2008/09 et depuis 2015. Le choix de la France s'explique largement par le partage de la langue et par la présence d'une forte diaspora.

Mais la taille de la population immigrée marocaine en Europe est considérablement plus élevée que ce que les données de l'OCDE indiquent. D'un côté, l'estimation de la population installée dans les pays du sud de l'Europe serait impossible car une partie non négligeable de cette population est installée irrégulièrement dans ces pays. De l'autre, ces données ne distinguent pas la population née à l'étranger qui comprend des étrangers et des nationaux par acquisition de la citoyenneté de leur pays d'accueil. Quoiqu'il en soit, si l'on s'en tient au seul critère de pays de naissance, la population née au Maroc dans les principaux pays européens d'accueil était estimée en 2019 à un peu plus de 2 700 000. Pour ces raisons, et pour d'autres, notamment la

plus grande variabilité dans la qualité des données dans le temps et entre les pays, il est difficile d'estimer l'ampleur exacte des migrations en provenance du Maroc et à destination de l'Europe.

Nous utilisons la **base de données sur les immigrés dans les pays de l'OCDE (DIOC)** qui compile des statistiques sur les migrants par pays de naissance mises à jour tous les cinq ans depuis 2000/01. Ces données couvrent les effectifs d'immigrés par âge, sexe et niveau d'éducation, mais également des variables comme la durée de séjour, le statut dans l'emploi et la profession. Le pays de naissance est utilisé comme indicateur de l'origine ou de l'appartenance ethnique des migrants. En fonction des pays, ces données proviennent des recensements et des enquêtes emploi. Par conséquent, lorsque la source est une enquête sur la population active, et en raison de la taille limitée de l'échantillon, des données peuvent manquer.

Les pays européens se basent sur les **données de recensement ou d'enquête sur la population active** pour évaluer les effectifs de population immigrée alors que d'autres pays disposent d'un registre de population ou des permis de résidence. Tant les recensements que les enquêtes peuvent sous-estimer le nombre des immigrés, notamment lorsque ces derniers ne souhaitent pas remplir les fiches de recensement ou lorsqu'ils ne vivent pas dans des ménages privés (les enquêtes sur les forces de travail ne couvrent généralement pas des lieux de vie des immigrés comme, par exemple, les centres d'accueil et les foyers pour immigrés).

Les caractéristiques de la population immigrée marocaine dépendent de **deux facteurs : l'histoire des flux migratoires, et la mise en œuvre des politiques d'immigration sélectives** qui a transformé radicalement la composition de ces flux. Le poids de l'histoire de l'immigration se traduit par une grande inertie dans la répartition spatiale des Marocains dans les pays européens qu'au sein de ceux-ci mais au-delà de cette tendance de fond, les données récentes soulignent l'importance constante de la dimension familiale dans ces migrations vers l'Europe. En Italie, le véritable changement des dernières décennies tient dans les raisons de migration : depuis 2011, les flux annuels de migrants marocains à destination de ce pays sont essentiellement pour des raisons familiales alors que le motif de départ des migrants était auparavant principalement lié au travail. En raison de ce changement dans le type des flux migratoires, le profil démographique des Marocains récents diffère considérablement par rapport à celui des flux entrants avant 2010/11. La migration familiale, avec une résidence souvent permanente et une forte présence de membres de la famille, pose un certain nombre de challenges pour les pays européens dans des domaines importants tels que l'éducation, le logement, l'emploi et la santé des immigrés et des descendants d'immigrés.

Toutefois, même si les **durées de séjour à l'étranger restent très variables**, y compris parmi les personnes vivant dans un même pays, les personnes qui résident en France et en Belgique vont avoir des durées de migration en général beaucoup plus longues, alors que dans les autres pays européens les temps de séjour sont plus courts. Dans ces pays où l'immigration marocaine y est ancienne, les descendants d'immigrés marocains sont plus nombreux ; plus 964 000 personnes en France en 2019, 73% sont âgées de moins de 30 ans (chiffre INSEE).

Tableau 1. Effectifs de personnes nées au Maroc dans les principaux pays de destination de l'OCDE

Année	2005/06	2010/11	2015/16	2019
France	846 901	895 618	953 542	
Espagne	605 961	766 966	699 881	752 159
Italie	..	414 472	424 080	446 693
Belgique	147 937	189 116	20 8071	221 280
Pays-Bas	168 626	167 731	168 588	170 507
Allemagne	89 000	89 000	90 000	130 000
États-Unis	53 165	63 910	74 435	79 409
Canada	39 055	56 280	..	..
Royaume-Uni	16 000	18 000	27 000	18 000 (1)

Source : OCDE database. (1) chiffre de 2018

2- Féminisation et vieillissement de la diaspora : une évolution dépendante du contexte

Les caractéristiques des immigrés en provenance du Maroc (comme l'âge, le sexe, le niveau d'éducation) varient en fonction des **pays de résidence** : plus de jeunes en Italie et en Espagne, avec un niveau bas d'éducation comparé à la France (base de données de l'OCDE). En particulier, la distribution par âge et sexe diffère d'un pays d'accueil à l'autre : les femmes étaient plus nombreuses parmi les personnes arrivées en Belgique et en France (un peu plus de 50% des flux en provenance du Maroc) au cours des 10 dernières années contrairement à l'Allemagne et l'Espagne (35% et 45% respectivement). On peut interpréter ce phénomène de féminisation croissante de l'immigration marocaine comme une conséquence du regroupement familial ou un processus de prise d'autonomie féminine dans le projet migratoire, mais aussi comme le résultat du développement de filières d'émigration vers des secteurs d'activité particuliers tels que les services à la personne, la santé et l'agriculture saisonnière.

Le **cas de l'Italie** est très intéressant. Selon les données de l'institut national de statistique italien (ISTAT), avant 2010-2011, les flux de migrants originaires du Maroc et à destination de l'Italie étaient essentiellement composés d'hommes et de jeunes. Ces différences se sont atténuées ensuite. Depuis 2015, ces flux migratoires ont eu tendance à se féminiser : les femmes marocaines représentent un peu plus de 50% des arrivées. Aussi, la grande majorité des hommes migrent pour des raisons familiales (73% à 78%). Autrement dit, **les hommes qui se rendent aujourd'hui en Italie le font, non pas pour trouver du travail, mais pour rejoindre leurs familles**. Notons ici que le regroupement familial est parfois un prétexte pour une migration de travail, suite aux restrictions politiques sur les flux d'immigration. Aussi, depuis 2014-2015, les mineurs représentaient un tiers des arrivées (moins de 20% avant cette date), et le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a atteint le niveau le plus élevé des 15 dernières années, ils représentaient en moyenne 10%. Par ailleurs, depuis 2014, au moins 65% de femmes ont un permis de résidence long séjour et la part de ces permis détenus par des femmes n'a pas changé depuis 2010/11 autour de 44% des permis (les années pour lesquelles les données sont disponibles). L'augmentation de l'immigration féminine par le regroupement familial explique ce changement avec seulement 21% des femmes âgées de 15 ans et plus résidant plus de 10 ans en Italie (chiffres OCDE).

Dans les pays étudiés, les **personnes nées au Maroc constituent une population jeune et les personnes âgées de 60 ans ou plus sont très minoritaires**, particulièrement en Italie. Comme l'indique le tableau 2, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus originaires du Maroc est estimé à 9,2% en France, 6,5% en Belgique, 6,5% en Espagne et à 2,2% en Italie. Mais l'augmentation du nombre des immigrés plus âgés s'est faite à un rythme plus rapide que celui de la population plus jeune. Comme l'illustre le cas de la France, les changements de composition par âge sont importants et rapides : entre 2009 et 2019, la part des 60 ans ou plus est augmenté de 7,2 points alors que la part des moins de 30 ans a baissé de 5,9 points (chiffre INSEE 2019). Les personnes âgées, de plus en plus présentes dans les flux d'immigration récents, sont de moins en moins dans une logique de retour. Cette évolution pose bien évidemment des enjeux démographiques et socio-économiques, notamment en termes d'adaptation des structures d'accueil pour ces personnes âgées et des politiques de santé et de sécurité sociale.

On peut également supposer que le processus de **vieillesse** entraîne une fragilisation de l'état de santé des individus avec les changements physiologiques qui y sont associés, la baisse de la fonction immunitaire et la multimorbidité. Dans le contexte actuel de la pandémie, les personnes âgées ont un risque plus élevé de tomber gravement malade de la Covid-19, ils sont plus susceptibles de souffrir de ses complications les plus graves.

Tableau 2. Répartition des immigrés marocains (personnes nées au Maroc) par âge dans une sélection de pays de l'OCDE ; population âgée de 15 ans et plus

Age	15-24 ans			25-64 ans			65+ ans			Total		
	Ci- toyens du pays de rési- dence	Ci- toyens d'un autre pays	Total	Ci- toyens du pays de rési- dence	Ci- toyens d'un autre pays	Total	Ci- toyens du pays de rési- dence	Ci- toyens d'un autre pays	Total	Ci- toyens du pays de rési- dence	Ci- toyens d'un autre pays	Total
Pays de résidence												
Belgique	3 438	8 323	11 761	42 792	51 730	94 522	1 739	5 675	7 414	47 969	65 728	11 369
France	16 580	64 896	81 476	257 043	284 388	541 431	43 566	19 811	63 377	317 189	369 095	68 628
Allemagne						52 770						52 770
Italie	466	25 025	25 491	4 657	104 408	109 065	637	2 465	3 102	5 760	131 898	13 765
Espagne	3 060	50 460	53 520	63 180	143 800	206 980	14 000	4 000	18 000	80 240	198 260	27 850
OCDE - Total	33 095	170 371	204 315	463 312	675 298	1 149 403	65 039	34 698	100 232	561 446	880 367	145 395

Source : Base de données sur les immigrés dans les pays de l'OCDE (DIOC). La dernière mise à jour de ces données date de 2015/16.

3- Des profils et des situations socio-économiques hétérogènes

L'ensemble des Marocains vivant dans les pays objet de notre étude est **surreprésenté aux âges actifs**. Mais, les difficultés d'accès à l'emploi pour les immigrés demeurent à des niveaux élevés. On constate dans les pays de résidence, un fort taux de chômage parmi les immigrés nés au Maroc et, pour ceux qui ont un emploi, un niveau de salaire plus faible (pas toujours en rapport avec leur niveau de qualification ou de diplôme). Des difficultés qui dépendent cependant des pays et des secteurs d'activité. En France, par exemple, les immigrés, indépendamment de leur origine ethnique, ont une forte exposition au chômage et aux chocs conjoncturels (comme les crises économiques). D'une manière générale, **les personnes originaires du Maghreb, d'Afrique subsaharienne et de Turquie connaissent les situations professionnelles les plus défavorables**, avec un risque plus élevé de chômage, des emplois plus précaires ou moins bien rémunérés (Athari et al, 2019). En 2019, seuls 51% des actifs nés au Maroc ont un emploi. 36,2% sont ouvriers (qualifiés ou non), 30,5% employés et 13,5% cadres, alors que 11,5% occupent des professions intermédiaires et 8,3% sont agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (données de l'INSEE). Il en résulte que les immigrés marocains actifs occupent majoritairement des postes d'employés et d'ouvriers.

A titre comparatif, les immigrés marocains sont insuffisamment insérés économiquement, particulièrement en Belgique, en France et en Espagne du fait de leur **forte exposition au chômage** : 34%, 25% et 17,6% respectivement. Les statistiques collectées par l'OCDE ajoutent un degré de complexité à ce tableau. Des véritables inégalités d'emploi et de chômage entre immigrés et natifs existent (tableau 3). Les immigrés originaires du Maroc se caractérisent aussi par la part très importante des inactifs surtout parmi les femmes immigrées. Leur vulnérabilité dans l'emploi, comme pour bon nombre d'immigrés, est élevée car ils sont plus souvent ouvriers et occupent majoritairement des postes d'ouvriers non qualifiés (au moins un tiers des actifs occupés en Belgique et en Espagne, tableau 4). Les femmes immigrées nées au Maroc occupent majoritairement des postes d'employées non qualifiées (en particulier dans les services aux particuliers) et d'ouvrières non qualifiées (minimum 40% des actives en Belgique, France, Espagne et Italie).

En Europe, l'accès plus restreint au marché du travail des citoyens de pays tiers comparés aux citoyens européens peut être à l'origine de la part importante des ressortissants étrangers âgés de 18 ans ou plus exposés **au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale**. Or, comme décrit auparavant, les effets des conditions économiques défavorables sur l'état de santé (maladie et décès) sont bien documentés.

Tableau 3. Immigrés par statut d'emploi des personnes nées au Maroc ou dans le pays de résidence

Pays de naissance	Maroc						Natifs				
	Belgique	France	Allemagne	Italie	Espagne	OCDE	Belgique	France	Allemagne	Italie	Espagne
Pays de résidence											
Total	113 697	686 284	42 060	137 658	278 500	1 494 413	7 471 702	42 468 179	55 009 288	46 871 625	32 930 060
En emploi	36 543	309 603	19 790	81 251	150 980	723 144	3 561 751	20 638 421	29 541 275	19 935 648	13 995 480
Inactive	44 659	271 918	22 270	44 142	95 340	579 028	3 260 767	19 034 622	23 008 188	24 346 612	16 673 520
Chômeurs	19 013	104 763	0	12 265	32 180	178 562	373 522	2 795 136	2 459 825	2 589 365	2 261 060
Situation d'activité non connue	13 482	..	..	..	..	13 679	..	..	..	..	..

Notes :

- **Les personnes en emploi** sont définies comme toutes les personnes en âge de travailler qui, durant une courte période de référence, étaient engagées dans toute activité visant à produire des biens ou à fournir des services en échange d'une rémunération ou d'un profit.
- **Les personnes au chômage** sont définies comme toutes les personnes en âge de travailler qui n'étaient pas en emploi, avaient effectué des activités de recherche d'emploi durant une période récente spécifiée, et étaient actuellement disponibles pour l'emploi si la possibilité d'occuper un poste de travail existait.
- **Taux de chômage** : Rapport entre la population au chômage et la main-d'œuvre. Le concept de main- d'œuvre (anciennement appelé population active) fait référence à l'offre de travail du moment pour la production de biens et de services en échange d'une rémunération ou d'un profit. La somme des personnes en emploi (anciennement appelé population active occupée) et au chômage égale la main-d'œuvre.

Tableau 4. Répartition par grands groupes de professions et par sexe des personnes nées au Maroc

Pays de résidence	Belgique			France			Italie			Espagne		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Haut fonctionnaire, cadres de direction et gérants	935	..	935	19 370	6 692	26 062	5 148	515	5 663	5 420	1 480	6 900
Professions intellectuelles et scientifiques	682	..	682	25 370	12 355	37 725	2 349	331	2 680	3 760	2 840	6 600
Professions intermédiaires	..	..	..	22 545	19 875	42 420	4 856	1 115	5 971	4 380	2 280	6 660
Employés de type administratif	1 322	..	1 322	8 002	18 756	26 758	921	933	1 854	3 200	3 200	6 400
Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs	2 545	1 126	3 671	11 920	22 396	34 316	5 665	2 423	8 088	11 640	7 560	19 200
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche	851	..	851	14 591	1 621	16 212	1 410	188	1 598	6 240	640	6 880
Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat	4 658	..	4 658	42 387	2 638	45 025	19 040	1 456	20 496	28 140	2 320	30 460
Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage	3 931	..	3 931	33 540	3 649	37 189	8 761	701	9 462	10 060	2 360	12 420
Professions élémentaires	6 163	1 982	8 145	20 595	20 967	41 562	19 766	5 664	25 430	43 480	11 260	54 740
Professions militaires	..	..	..	2 072	139	2 211	9	..	9	560	80	640
Total	21 087	3 108	24 195	200 392	109 088	309 480	67 925	13 326	81 251	116 880	34 020	150 900

Source : DIOC, 2020

Comme le montre le tableau 5, en France, la part des immigrés ayant un niveau d'éducation élevé atteint 17% de l'effectif total, autour de 10% en Belgique et en Espagne, et 5% en Italie. Cependant, le niveau élevé du diplôme ne signifie pas moins de chômage car cela dépend des obstacles que les immigrés rencontrent sur le marché du travail (capital social insuffisant, problèmes de reconnaissance des diplômes étrangers, acquisition de la nationalité, discrimination, etc.). Ainsi, selon l'observatoire des inégalités, plus d'un emploi sur cinq, soit 5,4 millions de postes de travail, demeurent inaccessibles aux étrangers non européens en France. Une grande partie des emplois dits « de souveraineté » (défense, impôts, police, diplomatie, etc.) restent totalement fermés aux étrangers, même européens. L'acquisition de la nationalité est donc un autre facteur d'intégration économique. En outre, la maîtrise imparfaite de la langue du pays de résidence peut constituer une difficulté supplémentaire pour occuper certains emplois. Ce sont parmi les obstacles à franchir par les immigrés pour obtenir un emploi et qui soit en adéquation avec leurs compétences.

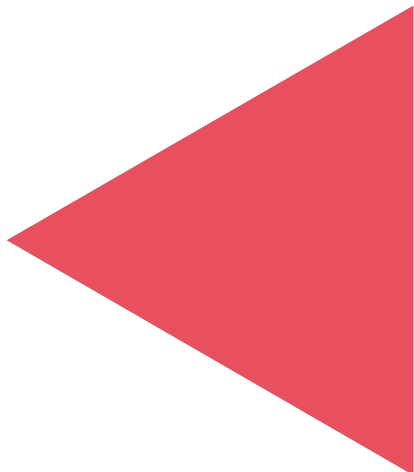
Tableau 5. Répartition des immigrés par niveau d'éducation, pays de naissance : Maroc ; population âgée de 15 ans et plus

Niveau Education	ISCED 0/1/2			ISCED 3/4			ISCED 5/6			Niveau non indiqué		
Sexe	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Belgique	30 747	30 562	61 309	12 416	7 946	20 362	8 151	3 521	11 672	11 607	8 747	20 354
France	191 894	185 948	377 842	104 219	87 403	191 622	66 542	50 278	116 820	..	..	..
Allemagne	16 780	18 100	34 880	12 580	5 310	17 890	..	..	..	..	..	..
Italie	65 493	39 951	105 444	16 012	8 872	24 884	4 782	2 548	7 330	..	..	..
Espagne	135 100	82 280	217 380	19 020	13 320	32 340	16 300	10 660	26 960	1 440	380	1 820
OCDE - Total	501 753	418 109	919 862	200 481	147 720	348 201	125 284	84 152	209 436	15 495	11 998	27 493

Notes : Niveau primaire : ISCED 0/1/2. Niveau intermédiaire : ISCED 3/4. Niveau avancé 1 : ISCED 5A/5B. Niveau avancé 2 : ISCED 6. Source : DIOC, 2020

D'une manière générale, les immigrés en Europe rencontrent souvent des difficultés liées à la maîtrise de la langue, la reconnaissance des qualifications étrangères ou les barrières administratives relatives à la nationalité, et qui jouent sur leur position sur le marché du travail. Outre l'éducation ou les qualifications, les disparités de taux d'activité ou de chômage proviennent en partie de différences structurelles entre les groupes comme la zone de résidence qui diffèrent d'un groupe à l'autre





CHAPITRE 3

Les conséquences
directes de la
Covid-19 sur la
population immigrée



Encadré 3

- ▶ La répartition spatiale du nombre de cas et de décès lié au virus recensé dans les pays étudiés montre que les immigrés marocains se concentrent, souvent, dans les régions les plus touchées par la pandémie de la Covid-19.
- ▶ Les Marocains sont présents dans des activités qui sont généralement incompatibles avec le télétravail (prépondérance des ouvriers et employés peu qualifiés), mais en même temps ces catégories professionnelles sont ceux qui ont fréquemment bénéficié des indemnités du chômage partiel lié à la Covid (entre 60% et 80% du salaire de référence dans les pays étudiés).
- ▶ Les aides apportées par les Etats européens aux secteurs les plus touchés par la pandémie ont permis de limiter les licenciements, le risque de faillite liée à la crise et la perte de revenu des salariés, du moins à court terme.
- ▶ Une attention particulière a été portée sur la France, compte tenu de la disponibilité de données sur les décès des personnes nées à l'étranger (INSEE).

1- Les indicateurs sanitaires liés à la Covid-19

Selon l'OMS, l'Europe représente une proportion importante de la charge mondiale de morbidité et de mortalité liées au Covid (environ 20% des nouveaux décès et de nouveaux cas en 2020). La majorité des décès dans le continent sont survenues dans les pays principalement touchés par la Covid-19, à savoir l'Italie, l'Espagne et la France. Il existe, toutefois, d'énormes différences entre ces pays et entre les régions au sein de chaque pays en termes de coût de la crise sanitaire sur les sociétés et les économies et de mesures mises en œuvre pour limiter l'impact de la pandémie.

1.1. Indicateurs nationaux

Il y a bien une chose qui rassemble tous ces pays : **les mesures sanitaires sont prises très tôt pour limiter les contacts sociaux et éviter la propagation de l'épidémie**. Mais, les tendances sont manifestement bien différentes au sein de ces pays. Les données territoriales montrent des indicateurs d'hospitalisation liée à la Covid-19, et de surmortalité associée plus élevés dans certaines régions (ex : taux de décès dus au virus souvent deux à trois fois plus élevé dans ces régions que la moyenne des années précédentes). En d'autres termes, ces données montrent comment dans des régions, comme le nord de l'Italie, le centre de l'Espagne (y compris Madrid), l'est de la France et la région parisienne, l'augmentation du nombre de décès était et reste particulièrement significative. Ces régions sont souvent des secteurs sanitaires importants en termes d'offre de soins de santé, et comme plaques tournantes pour le tourisme, le déplacement des populations et les activités commerciales. Ces zones géographiques sont aussi les plus peuplées en comportant des agglomérations urbaines très denses. Depuis le début de la crise sanitaire, l'importance de la densité de population dans la propagation du virus a été soulignée par les spécialistes. Ce problème renvoie au risque d'exposition au virus liée aux conditions de logement. On est en présence ici d'une logique liée au taux d'occupation des logements par des individus plus exposés à la contagion.

Si la majorité des personnes infectées par le virus finissent par se rétablir, une **minorité d'entre elles développent une maladie plus grave** (environ 10 % des cas) nécessitant une hospitalisation et certains patients succomberont à la maladie. Ce sont les personnes âgées et les personnes souffrant d'affections préexistantes comme les maladies cardiaques, le diabète, les affections respiratoires et le cancer qui ont un risque sensiblement accru de tomber gravement malades à la suite d'une infection par la Covid-19.

En effet, les personnes âgées sont les plus exposées au risque de la Covid-19. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées atteintes ou non par des maladies chroniques ne cesse de croître. Mais dans les régions défavorisées l'apparition plus précoce de la multimorbidité peut survenir très tôt. Comme décrit précédemment, certains facteurs de comorbidité associés à la Covid-19, comme le diabète et l'hypertension par exemple, étaient très liés aux conditions socio-économiques et au pays de naissance. Les effets des inégalités territoriales sont, en effet, bien documentés. L'analyse des données françaises sur la prévalence des maladies chroniques (essentiellement diabète) a permis d'identifier de fortes disparités géographiques : les prévalences les plus fortes étaient constatées dans des départements économiquement moins favorisés comme les départements du Nord et la Seine- Saint-Denis.

Les **données d'Eurostat** montrent qu'en comparant les décès en 2020 avec la moyenne 2016- 2019 dans les régions et les pays européens analysés ici, deux vagues distinctes sont mise en évidence. La première vague va de la semaine 11 (9-15 mars) - lorsque le nombre de décès commence à dépasser la moyenne des quatre années précédentes - à la semaine 20 (17-23 mai), tandis que la deuxième vague commence pendant l'été et devient plus évidente après la semaine 41 (11-17 octobre). Cette hausse de décès s'est poursuivie en début d'année 2021.

En **Italie**, les données officielles montrent que l'âge moyen des patients décédés d'une infection par la Covid-19 est de 81 ans (médiane 83). Les femmes étaient 42 191 (43,9%). Les données émanant d'un échantillon de personnes décédées à l'hôpital (nécessitant une hospitalisation) montrent que 3,1% de personnes décédées sont sans comorbidités, 11,9% avec une seule comorbidité, 18,5% avec 2 et 66,6% avec 3 ou plus⁷. En France, l'étude de l'INSEE révèle que la hausse de la mortalité en mars-avril 2020 par rapport à la même période en 2019 et 2018 a touché particulièrement les plus âgés, les personnes nées à l'étranger, en Afrique ou en Asie, et les communes les plus pauvres. La hausse a été plus forte dans certains territoires (INSEE, 2020).

En effet, des **différences considérables existent au sein de chaque pays européen et d'une région à l'autre**. Dans le tableau 6, les décès des semaines 10 à 18 (du 2 mars au 3 mai 2020) sont comparés aux mêmes semaines en 2016-2019. Ces données régionales montrent comment dans certaines régions, comme le nord de l'Italie, le centre de l'Espagne (y compris Madrid), l'est de la France et la région parisienne, l'augmentation du nombre de décès est particulièrement importante et donc des disparités régionales en termes de surmortalité liée au virus au cours des semaines du printemps.

⁷ : Voir le rapport produit par le SARS-CoV-2 Surveillance Group intitulé « Characteristics of SARS- CoV-2 patients dying in Italy Report based on available data on March 1st, 2021 ».

Tableau 6. Classement des régions les plus touchées par les décès hebdomadaires en 2020 dans les pays étudiés, chiffres des semaines 2020 ,18-10 comparés à la moyenne de 2019 -2016

Espagne	2016-19	2020	Italie	2016-19	2020
Comunidad de Madrid	890	2 774	Lombardia	1 880	4 850
Cataluña	1 242	2 540	Piemonte	1 005	1 673
Andalucía	1 374	1 550	Emilia- Romagna	961	1 584
Castilla y León	561	1 069	Veneto	948	1 210
Comunitat Valenciana	851	1 048	Lazio	1 124	1 197
Castilla-la Mancha	376	946	Sicilia	1 063	1 116
Galicia	634	679	Campania	1 066	1 113
País Vasco	412	602	Toscana	846	1 000
Aragón	263	383	Puglia	767	897
Canarias	304	325	Liguria	416	675
Extremadura	225	310	Marche	338	487
Principado de Asturias	252	301	Calabria	400	440
Región de Murcia	217	237	Sardegna	331	373
Comunidad Foral de Navarra	109	186	Abruzzo	293	343
Illes Balears	162	177	Friuli-Venezia Giulia	285	335

Allemagne	2016-19	2020	Belgique	2016-19	2020
Nordrhein- Westfalen	4 159	4 282	Prov. Antwerpen	345	436
Bayern	2 628	2 940	Prov. Hainaut	290	427
Baden- Württemberg	2 162	2 397	Prov. Oost- Vlaanderen	292	375
Niedersachsen	1 897	1 952	Prov. Liège	230	351
Hessen	1 314	1 352	Prov. West- Vlaanderen	258	334
Sachsen	1 099	1 106	Prov. Vlaams- Brabant	202	285
Rheinland-Pfalz	953	957	Prov. Limburg	153	258
Berlin	694	710	Prov. Namur	100	139
Schleswig- Holstein	709	694	Prov. Brabant wallon	70	90
Brandenburg	642	682	Prov. Luxembourg	51	71

Italie	2016-19	2020
Paris	335	564
Nord	451	534
Bouches-du- Rhône	364	441
Hauts-de-Seine	197	402
Rhône	280	394
Val-de-Marne	181	360
Seine-Saint- Denis	148	323
Moselle	198	312
Pas-de-Calais	277	311
Bas-Rhin	185	302
Haut-Rhin	130	287
Gironde	281	287
Val-d'Oise	142	280
Seine-Maritime	248	279
Yvelines	159	271

Source: Eurostat (demo_r_mwk3_t), 2016 - 2020

1.2. Cas des immigrés marocains

L'information chiffrée sur le nombre de décès liés au virus ne manque pas. Mais **celle relative aux étrangers ou immigrés est presque inexistante**.

Les données publiques italiennes suggèrent qu'il existe des différences dans l'impact de la pandémie de la Covid-19 sur les citoyens italiens et étrangers durant la première vague du printemps 2020. En particulier, les infections chez les citoyens étrangers ont été diagnostiquées moins rapidement (la courbe d'infection a un retard de 8-10 jours par rapport aux citoyens italiens), lorsque la maladie était plus avancée et les symptômes plus sévères. Il y avait également un risque accru de décès chez les patients originaires des pays à faible indice de développement humain (IDH) par rapport aux patients italiens, bien que cette différence n'ait pas été observée dans les cas nécessitant une hospitalisation. En général, **il semble que le risque d'hospitalisation, de soins intensifs et de décès augmentait à mesure que l'IDH du pays d'origine diminuait** (Istituto Superiore di Sanità, 2021)⁸. D'après cette étude, ces résultats s'expliquent en partie par le fait qu'une prescription médicale (faite par un médecin généraliste) est nécessaire pour bénéficier de soins spécialisés à l'hôpital ; laquelle prescription nécessitant une déclaration officielle des patients dans les registres de santé, sans oublier les éventuelles obligations de paiement (en particulier le montant de la part restant à charge du patient). Quel que soit le statut migratoire du patient (régulier ou non), ces raisons administratives et financières et les autres barrières « informelles » (linguistiques, culturelles et sociales) entravent l'accès rapide aux services de santé, conduisant probablement à un diagnostic tardif. Dans le contexte du Covid, les citoyens étrangers peuvent également avoir retardé leur diagnostic d'infection par la Covid-19 par

⁸ : Etude publiée dans the February issue of the European Journal of Public Health « Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system », disponible sur Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system | European Journal of Public Health | Oxford Academic (oup.com)

crainte de perte de leurs revenus et activités économiques avec les mesures d'isolement ou de la quarantaine. Ce qui explique, d'après l'étude, en partie, la baisse moins prononcée de l'incidence observée après le début des mesures de confinement chez les ressortissants non italiens par rapport aux ressortissants italiens et l'hypothèse de la circulation du virus dans la communauté étrangère plus élevée surtout si les non italiens ont été diagnostiqués tardivement et n'ont pas été rapidement isolés à un stade précoce de la maladie.

La répartition spatiale des nombres de cas et de décès liés au virus recensés dans les pays étudiés montre que, souvent, c'est **dans les régions les plus touchées par ce problème où se concentrent les immigrés marocains**. L'analyse empirique proposée dans les prochains chapitres apportera un éclairage sur ce constat.

Notons d'ores et déjà qu'en ce qui concerne la répartition de la population immigrée marocaine, la géographie régionale est le reflet, en grande partie, de l'histoire de l'immigration marocaine en Europe et du rôle économique joué, hier comme aujourd'hui, par certaines régions et certaines agglomérations. Dans les pays européens étudiés ici, les **immigrés d'origine marocaine sont concentrés surtout dans les régions les plus riches et productives** de ces pays. Ce n'est probablement pas un hasard : elles font partie des régions qui ont le plus besoin de main d'œuvre étrangère.

La **population d'immigrés marocains résidant en France est très hétérogène sur le plan de la localisation géographique**, actuellement environ 30 % d'entre eux vivent dans la région parisienne (Saint-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Paris, Yvelines, Val-d'Oise, Essonne) et 17% dans le sud du pays (Hérault, Gard, Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Alpes Maritimes). Le Nord- Pas-de-Calais et le Rhône figurent aussi parmi les principales régions d'accueil.

S'agissant de **l'Italie**, la proportion d'immigrés marocains est très variable d'une région ou province à l'autre, elle varie en 2019 entre 1% et 22%. La première province étant Lombardia (Nord-ouest) avec 22% suivie par la province Emilia-Romagna (Nord-est) avec 14% puis Piemonte (Nord-ouest) et Veneto (Nord-est) avec 13% et 11% d'immigrés respectivement.

En **Espagne**, les étrangers d'origine marocaine sont aussi très inégalement répartis sur le territoire et se concentrent dans un petit nombre de régions, en l'occurrence Cataluña (28% du total), Andalucía (17%), Murcia (11%), Valenciana (10%) et Madrid (10%).

De même, selon l'office belge de statistique, Statbel⁹, la **nationalité d'origine la plus fréquente en Belgique au 1er janvier 2020 était la nationalité marocaine**. C'est bien dans les communes bruxelloises que l'on compte le plus grand nombre de personnes d'origine marocaine. En Allemagne, cinq régions concentrent plus de 80 % des étrangers ayant la nationalité marocaine (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Bayern, Baden-Württemberg et Rheinland-Pfalz).

2- Dimensions économiques : une crise économique dont les incidences sont inégales

La **migration professionnelle est le deuxième motif de la migration en Europe et concerne 33% des immigrés marocains de l'Union Européenne** (OCDE, 2017). Par conséquent, ils peuvent être particulièrement vulnérables dans le contexte actuel. Même si les conséquences économiques de la Covid-19 ont affecté certains secteurs professionnels plus que d'autres, de fortes disparités sont enregistrées en termes de présence d'immigrés dans les secteurs durement touchés par la crise et/ou ne pouvant déplacer leurs activités à domicile. Des divergences entre pays et entre groupes d'immigrés (jeunes, contrat de travail temporaire, niveau de qualification, etc) existent aussi. Les données disponibles apportent quelques détails sur les postes occupés par les immigrés marocains dans les différents pays étudiés.

⁹ : Origine | Statbel (fgov.be)

Sans qu'il soit possible d'en estimer l'ampleur, la crise sanitaire est un choc majeur pour les économies européennes, elle aura pour effet une augmentation du chômage des immigrés car ils étaient plus exposés au chômage que les natifs avant même la crise, mais aussi du fait de la part importante des ouvriers et d'employés immigrés peu qualifiés¹⁰ (les catégories professionnelles les plus touchées par les différentes crises économiques). D'après les données de l'OCDE (DIOC), les immigrés originaires du Maroc sont surreprésentés parmi les ouvriers de l'industrie (42% en Italie, 16% en France, 12,6% en Espagne) contrairement aux autres secteurs d'activité comme le bâtiment (22% en Espagne, 15% en Italie, 8% en France) ou l'agriculture (20% en Espagne, 7% en Italie, 5% en France). Ils sont donc **présents dans des activités qui sont généralement incompatibles avec le télétravail**. Il faut aussi préciser qu'ils ont fréquemment bénéficié des indemnités du chômage partiel lié à la Covid (entre 60% et 80% du salaire de référence en Allemagne, Belgique, Espagne, France et Italie).

Il est à noter ici **l'importance du travail saisonnier ou temporaire** dans ces secteurs. Les femmes immigrées sont majoritairement faiblement qualifiées et employées dans les services aux particuliers et ceux liés à la santé, mais restent vulnérables à la crise à cause, en partie, de leur surreprésentation en général parmi les détenteurs de contrat temporaire. De ce fait, elles courent toujours un plus grand risque d'être exclues du marché du travail (OCDE, 2020). Aussi, dans ces secteurs où les femmes sont surreprésentées, les emplois sont peu rémunérés et le travail a dû être maintenu sur place pendant les confinements. Dès lors que le télétravail n'est pas possible, la présence au travail augmente les risques d'être contaminé à la Covid-19 (en plus des trajets domicile-travail).

Ce risque lié à l'intégration sur le marché de travail des immigrés est, toutefois, à relativiser, et ce pour plusieurs raisons. D'abord, la progression de l'emploi dans certains secteurs, notamment ceux qui sont sensibles à la crise et parfois l'augmentation des heures supplémentaires qui nécessiterait des recrutements dans ces secteurs (pour combler les besoins de main d'œuvre). Ensuite, même si l'industrie a été très affectée par les perturbations des chaînes d'approvisionnement en 2020 et la mise à l'arrêt partielle ou totale d'activités durant les périodes de confinement, elle n'en reste pas moins qu'elle demeure structurellement sensible à la conjoncture nationale et mondiale. Une reprise rapide de l'activité économique dans les pays européens est très probable d'après les projections de croissance mondiale pour 2021. Le secteur du bâtiment reprend peu à peu du poil de la bête et une montée en puissance de l'activité est observée depuis plusieurs mois.

De plus, **l'ajustement de l'emploi dans l'agriculture au cours de l'année 2020 s'est opéré par le recours au recrutement des immigrés**. L'Italie qui s'est retrouvée coincée à cause des différents confinements, n'a eu d'autres choix que de régulariser les étrangers en situation irrégulière. Elle a suivi une approche sectorielle dans cette régularisation en privilégiant les secteurs de l'agriculture et l'élevage, la pêche, les soins de longue durée et le travail domestique. Toutefois, les employés dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, le premier secteur touché par les mesures prises pour lutter contre la pandémie de la Covid-19, ont subi un arrêt total de leurs activités. Le démarrage des activités touristiques est, par définition, trop lent. La reprise dépendra des dispositifs de soutien aux entreprises mais aussi, d'autres variables comme le comportement des voyageurs à la faveur de la crise, les restrictions de voyage, l'importance du tourisme interne, etc. Plus d'un an après le début de la crise, la situation continue d'évoluer, et l'avenir reste incertain. Le secteur emploie 9% des personnes nées au Maroc et résidant en France, 8% en Espagne et 5% en Italie.

Enfin, les aides apportées par les différents Etats européens aux secteurs les plus touchés, dans le but de limiter les licenciements et la perte de revenu des salariés, atténuent les conséquences négatives de la crise pour les immigrés marocains. Mais ces éléments favorables, combinés aux facteurs de risque que nous avons soulevés précédemment, jouent dans des sens opposés ; tant et si bien que tout pronostic serait, dès lors, plus qu'hasardeux.

Certes, l'encouragement du télétravail et le dispositif d'activité partielle ont permis de limiter l'impact de la baisse d'activité sur l'emploi, au moins à court terme, mais les évolutions futures de l'emploi résulteront, en grande partie,

¹⁰ : D'une manière générale, la concentration des immigrés dans certains métiers ou secteurs varie considérablement d'un pays de résidence à l'autre. En France, par exemple, les femmes immigrées sont souvent employées dans les services (marchand et non marchands comme le secteur de la santé et de l'action sociale). A l'inverse, les hommes sont concentrés dans la construction, les services marchands (comme les transports) ou encore dans l'industrie (enquête emploi 2019).

des décisions de recrutement des employeurs (non renouvellement des emplois, report...) face à l'incertitude de la situation sanitaire et économique. Certes l'UE a mis en place un plan de relance sans précédent (750 milliards d'Euro) pour faire face aux répercussions sociales et économiques de la pandémie. Cependant, sa mise en œuvre se heurte d'une part aux réticences d'un certain nombre de pays (qui considèrent qu'il est très favorable aux « cigales » du Sud), et d'autre part, à la lenteur de sa mise en œuvre.

D'une manière générale, les effets économiques de la crise diffèrent à l'intérieur des pays et entre les groupes d'individus. Une récente étude d'Eurostat montre que, dans l'UE, **les travailleurs avec un faible revenu sont plus susceptibles de perdre leur travail ou être licencié à cause de la crise sanitaire**. Les travailleurs les plus touchés par cette crise tels que les jeunes peu qualifiés, les travailleurs des secteurs de l'hébergement et de l'alimentation sont souvent surreprésentés dans ce groupe de travailleurs à faible revenu¹¹. Selon cette étude, les pertes de revenus sont fortement concentrées dans ces sous-groupes vulnérables. Les baisses les plus importantes dues aux pertes d'emplois dans l'UE sont observées pour les travailleurs temporaires et les jeunes employés (âgés de 16 à 24 ans). La perte de revenu estimée est deux fois plus élevée pour les jeunes travailleurs (16-24 ans) que pour les adultes travailleurs (25-65 ans). Les femmes seront probablement plus touchées, principalement en raison de leur surreprésentation dans les secteurs touchés.

Les dernières données disponibles indiquent qu'en Italie, le nombre de chômeurs d'origine étrangère a baissé en 2020 par rapport à 2019 (comme c'est le cas de l'ensemble des Italiens), sauf dans les régions du Sud (Mezzogiorno) où ce nombre a stagné pour les étrangers et baissé pour les Italiens.

En parallèle, en Espagne le nombre d'actifs d'origine étrangère (hors européens et sud-américains) a baissé en passant de 584 900 personnes en 2019 à 557 000 en 2020. Dans le secteur industriel, il est passé de 62 200 personnes à 67 100, dans le bâtiment de 44 000 à 39 600, et dans le secteur des services de 395 200 à 364 200, alors que le secteur agricole a vu ce chiffre augmenter en passant de 83 600 personnes à 86 100 (84 800 en 2018). Pour les Espagnols ce nombre est passé de 16 705 400 personnes en 2019 à 16 185 000 en 2020 (de 608 200 à 589 100 en agriculture, de 2 458 400 à 2 381 600 en industrie, de 1 024 600 à 985 800 dans le bâtiment, et de 12 614 300 à 12 228 500 dans les services). Notons que **la première place du classement des étrangers extra-communautaires revient au Maroc, selon l'Observatoire permanent de l'immigration avec environ un tiers des étrangers résidents en Espagne ont la nationalité marocaine** dans les années 2011-2020 (750 531 sur un total de 2 264 504 étrangers originaires de pays extra-communautaires en 2020 contre 642 625 personnes originaires d'Amérique Latine par exemple).

3- Brève analyse des caractéristiques des décès des Marocains en France

Nous proposons ici **d'analyser la surmortalité des Marocains** observée, toutes causes confondues, sur l'ensemble de l'année 2020 par rapport aux années précédentes (2019, 2018 et 2017) en France métropolitaine. Les données d'état civil collectées pour ce pays donnent des informations sociodémographiques sur les personnes décédées qui sont nées au Maroc, particulièrement le département de résidence, le sexe, la date de naissance et la ville de naissance. Ces données permettront de prendre en compte les disparités géographiques et démographiques de mortalité liée au virus et de décrire les différences observées dans la répartition et l'évolution des décès pendant la pandémie entre les différents départements.

Un travail minutieux, basé sur une analyse des noms et prénoms- a été effectué afin de traiter la base de données relative aux décès (INSEE) et de **mesurer la surmortalité des personnes nées au Maroc**. Nous résumons une partie de ces résultats dans les tableaux 7 et 8. Le tableau 7 donne une idée précise sur la répartition de décès des

¹¹ : Voir COVID-19 labour effects across the income distribution - Statistics Explained (europa.eu)

personnes originaires du Maroc dans les départements les plus touchés en 2020 et 2019, tout en rendant compte de l'hétérogénéité spatiale de la mortalité. Parmi les départements aux plus forts excédents de mortalité en 2020, on retrouve les départements de la région parisienne, le Nord, le Gard ou les Bouches-du- Rhône.

Le taux de mortalité des personnes nées au Maroc entre 2019 et 2020 est de 23%. Il est largement supérieur au taux de mortalité observé en France, sans distinction de l'origine ou du lieu de naissance (8,5%). Si l'on considère maintenant les personnes non marocaines nées au Maroc, ce chiffre passe à 9,6%, c'est-à-dire qu'il est proche de celui des personnes nées en France (7,7%). En revanche, le taux de mortalité des Marocains nés au Maroc est de...37,5% (contre 3,6% entre 2018 et 2019). C'est un chiffre effrayant.

En tout état de cause, nous allons dans la suite de ce travail (chapitres 4 et 5) essayer de donner quelques éléments d'explication, tout en étudiant les autres pays européens concernés par la présente étude.

Tableau 7. Nombre de décès survenus en France des immigrés originaires du Maroc : 20 Départements les plus touchés en 2020 et 2019

2020			2019		
Département		Total	Département		Total
75	Paris	373	75	Paris	280
93	Seine-Saint-Denis	283	93	Seine-Saint-Denis	204
92	Hauts-de-Seine	267	92	Hauts-de-Seine	187
59	Nord	262	59	Nord	172
34	Hérault	205	34	Hérault	156
78	Yvelines	200	95	Val-d'Oise	120
13	Bouches-du-Rhône	192	13	Bouches-du-Rhône	119
95	Val-d'Oise	178	78	Yvelines	108
94	Val-de-Marne	164	94	Val-de-Marne	108
30	Gard	141	84	Vaucluse	107
84	Vaucluse	130	69	Rhône	106
33	Gironde	113	31	Haute-Garonne	83
31	Haute-Garonne	106	30	Gard	79
67	Bas-Rhin	106	33	Gironde	76
69	Rhône	102	91	Essonne	76
91	Essonne	100	67	Bas-Rhin	75
6	Alpes-Maritimes	98	6	Alpes-Maritimes	71
60	Oise	76	45	Loiret	54
57	Moselle	75	60	Oise	53
42	Loire	74	76	Seine-Maritime	52

Source : INSEE, 2019-2020

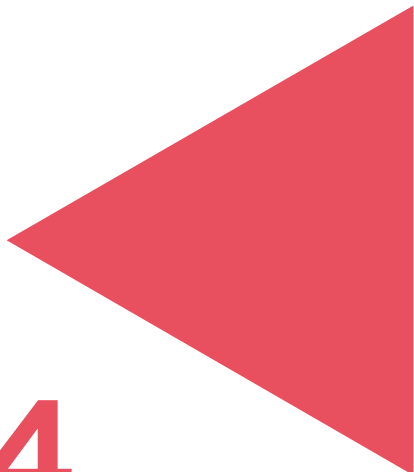
Le tableau 8 distingue les décès des personnes nées au Maroc par sexe et groupes d'âges. La distinction de la classe d'âge nous permet de lier l'évolution des décès aux facteurs démographiques. Ainsi, les données mettent en évidence une hausse particulièrement forte des décès entre 2019 et 2020 de personnes âgées de 65 ans et plus, et ce pour les deux sexes. De manière générale, la différence de surmortalité entre les personnes nées à l'étranger et celles nées en France en 2020 paraît si fulgurante qu'elle mérite d'être analysée en détail dans des travaux futurs.

Tableau 8 . Évolution des décès par sexe et âge (%)

Catégories	Nbre de décès 2020			Evolution 2019- 2020			Evolution 2018- 2019			Evolution 2017- 2018		
	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total
0-24 ans	4	26	30	-20	0	-3,22	-16,7	30	19,23	- 45,45	-9,09	-21,2
25-49 ans	109	201	310	13,54	-1,95	3	-18	-3,3	-8,51	23,16	18,43	20,07
50-64 ans	313	451	764	23,71	17,14	19,74	-10,3	-2,53	-5,76	17,01	5,9	10,26
65-74 ans	398	1043	1441	36,77	42,1	40,58	23,3	0,68	6,21	-6,72	6,26	2,77
75-84 ans	460	1137	1597	55,93	48,04	50,23	-2,32	3,09	1,53	7,09	12,03	10,55
85+ ans	263	534	797	49,43	49,58	49,53	14,28	33,7	26,6	1,99	12,66	8,5
Total	1547	3392	4939	38,62	37,05	37,53	1,73	4,51	3,63	6,19	9,52	8,45

Source : INSEE, 2018 - 2020





CHAPITRE 4

La dimension géographique
de la fragilité sanitaire
et socioéconomique
des migrants marocains



Encadré 4

- L'analyse territoriale est révélatrice de mécanismes cumulatifs de difficultés qui expliquent la surmortalité apparue dans certains territoires pendant le pic de la pandémie.
- Les lignes de fracture dans chaque pays européen, qui se sont révélées au moment de la crise de la Covid-19, sont loin d'être nouvelles. De plus, les modalités de diffusion du virus révèlent en premier les territoires les plus connectés et les mieux insérés dans la mondialisation mais qui sont les plus affectés par la déferlante pandémie. Les mesures de distanciation sociale ont préservé de la contagion les régions de moindre capacité à répondre à la crise sanitaire.
- L'analyse par départements (ou provinces ou régions selon les pays) montre l'urgence de traiter le problème de la forte concentration des immigrés dans des zones défavorisées qui cumulent les problèmes de chômage, d'exiguïté de logement, du manque d'infrastructure hospitalière...

1- Principe

L'**analyse en composantes principales (ACP)** est un outil qui permet de compresser les données et de les synthétiser. Elle est utile dans le cas où l'on dispose d'une somme importante de données quantitatives à traiter. Elle est différente de l'analyse structurelle qui se base sur une théorie (économique, sociologique...). On peut considérer qu'il s'agit d'une première étape qui permet de fixer les idées mais qui peut être suffisante dans certains cas car les données ne permettent pas de fixer un cadre analytique cohérent du fait de l'entremêlement inextricable des problématiques, des données, des événements... Cette méthode nous est parue tout à fait adaptée à notre cas où nous cherchons, en effet, les similitudes et les interrelations entre caractéristiques économiques, sociales, démographiques et indicateurs de santé (immigration, rente, richesse, pauvreté, inégalité, morbidité, transmission du virus, distanciation sociale, vieillesse de la population...) dans des unités géographiques. Cette approche exclut, de facto, toute analyse en termes de régression ou de causalité. Il s'agit alors de dresser un tableau de bord, dans lequel une conjonction de facteurs joue le rôle de « marqueur » de la vulnérabilité des immigrés marocains.

L'ACP est donc une analyse factorielle en ce sens qu'elle fournit des facteurs qu'on appelle aussi des axes principaux (ou des dimensions latentes). Ces derniers sont des combinaisons linéaires de variables brutes et hiérarchisées, qui ont pour caractéristique principale leur indépendance les unes des autres.

Notre analyse portera sur cinq pays à savoir l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France et l'Italie. Etant donné les différences importantes au niveau de la qualité des données, une attention particulière sera donnée à la France.

2- Les données

Il est nécessaire d'établir **une méthode de mesure commune à toutes les variables individuelles considérées**. Il peut s'agir d'un score par exemple. Ce choix méthodologique basé sur la technique des scores est primordial pour assurer une hiérarchisation des données.

Nous calculons des scores de vulnérabilité par unité territoriale. Deux manières de calculer ces scores :

Un premier groupe de score (*vul₁*) pour lequel une valeur élevée de la variable étudiée indique une vulnérabilité faible (exemple nombre de lits d'hôpitaux). Il est calculé en faisant la différence entre la variable étudiée (x_i) et sa valeur maximale (x_{max}) qu'on divise par la différence entre la valeur maximale (x_{max}) et la valeur minimale (x_{min}).

$$vul_1 = \frac{x_i - x_{max}}{x_{max} - x_{min}}$$

Un deuxième groupe de score (vul_2) pour lequel une valeur élevée de la variable étudiée indique une vulnérabilité forte (exemple nombre de touristes). Il est calculé en faisant la différence entre la variable étudiée (x_i) et sa valeur minimale (x_{min}) qu'on divise par la différence entre la valeur maximale (x_{max}) et la valeur minimale (x_{min}).

$$vul_2 = \frac{x_i - x_{min}}{x_{max} - x_{min}}$$

Ces scores mesurent les principaux indicateurs de fragilité face au choc du coronavirus. Nous avons décidé de traiter des entités géographiques à un niveau fin de désagrégation, c'est-à-dire au niveau des départements en France, et au niveau des provinces en Belgique et des régions en Allemagne, Italie et Espagne.

Le Tableau A1 (dans l'Annexe A) résume la définition des différentes variables utilisées pour calculer les scores utilisés dans le présent chapitre et dans le suivant. Pour repérer, grâce à la méthode d'ACP, les zones où se produit un cumul d'inégalités, nous considérons les variables suivantes (en fonction de leur disponibilité dans les pays étudiés afin de garder un minimum de cohérence): la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population (Score 1), le nombre de médecins pour 100 000 habitants (Score 2), un indicateur mesurant l'état de santé de la population (à savoir la part des maladies de longue durée dans la population départementale pour la France et l'Espagne et le nombre de lits d'hôpitaux pour les autres pays étudiés) (Score 3), le nombre de lits d'hôtels (Score 4), le taux de chômage en 2019 (Score 5), la densité de la population (Score 6), l'évolution de la fréquentation des lieux de travail durant le premier confinement (Score 7), l'évolution de la fréquentation des lieux publics comme les parcs (Score 8), le PIB par habitant (Score 9) et la pauvreté en 2019 (Score 10). Nous les complétons par deux variables mesurant les inégalités pour la partie robustesse des résultats.

Nous mesurons la contraction dans la mobilité comme une approximation de l'exposition au virus. D'après les données de géolocalisation produites par Google (« Google mobility »), les tendances de mobilité associées au travail, au commerce de détail et aux déplacements dans les parcs et autres lieux publics ont connu une contraction soudaine de plus de 50% en France, et en Italie pendant le confinement du printemps 2020 (mars-mai) comparées aux valeurs de référence (en l'occurrence la valeur médiane constatée pour la période du 3 janvier au 6 février 2020). Dans ce contexte, nous étudions la répartition géographique des chocs de mobilité, afin d'identifier les conditions économiques des zones les plus et les moins touchées. Ainsi, l'analyse de la corrélation entre ces variables montre que la mobilité associée au travail a chuté dans les zones ayant un PIB par habitant élevé mais augmenté là où les inégalités mesurées par le taux de pauvreté sont les plus fortes. Cela peut refléter les fortes disparités régionales au sein des pays étudiés en termes de possibilités de télétravail.

Les restrictions de déplacement en Belgique, Allemagne, Italie, Espagne et France ont été plus ou moins sévères dès le début de la pandémie avec les mesures de confinement qui ont été imposées dès mars 2020 dans tous ces pays. L'Italie est le premier pays européen à avoir adopté un confinement national dès le 10 mars, suivi par l'Espagne le 14 mars, la France le 17 mars, la Belgique le 18 mars. Dernier de ces cinq principaux pays européens à avoir instauré le confinement le 22 mars, l'Allemagne est aussi le moins strict.

La densité de la population est prise en compte car dans les lieux densément peuplés, le virus risque de se diffuser compte tenu de l'étroite proximité des habitants. On considère généralement que plus le nombre de personnes circulant dans un territoire restreint est important, plus le risque de contact est grand ; ce qui expose ces personnes à un risque de transmission du coronavirus. Certains auteurs (Jacques Levy, par exemple) pensent le contraire. Si nous considérons Madrid par exemple, elle a certes connu un taux de contagion (et de décès) important, mais ce sont les zones périphériques de la capitale qui ont été massivement touchées. Au-delà de la polémique qui dépasse largement notre recherche, nous considérons que la densité est plutôt un indicateur pertinent.

Aussi, dans de nombreuses villes, le tourisme est un secteur crucial qui soutient l'emploi dans le domaine touristique, et dans le commerce, les transports et autres secteurs d'activité.

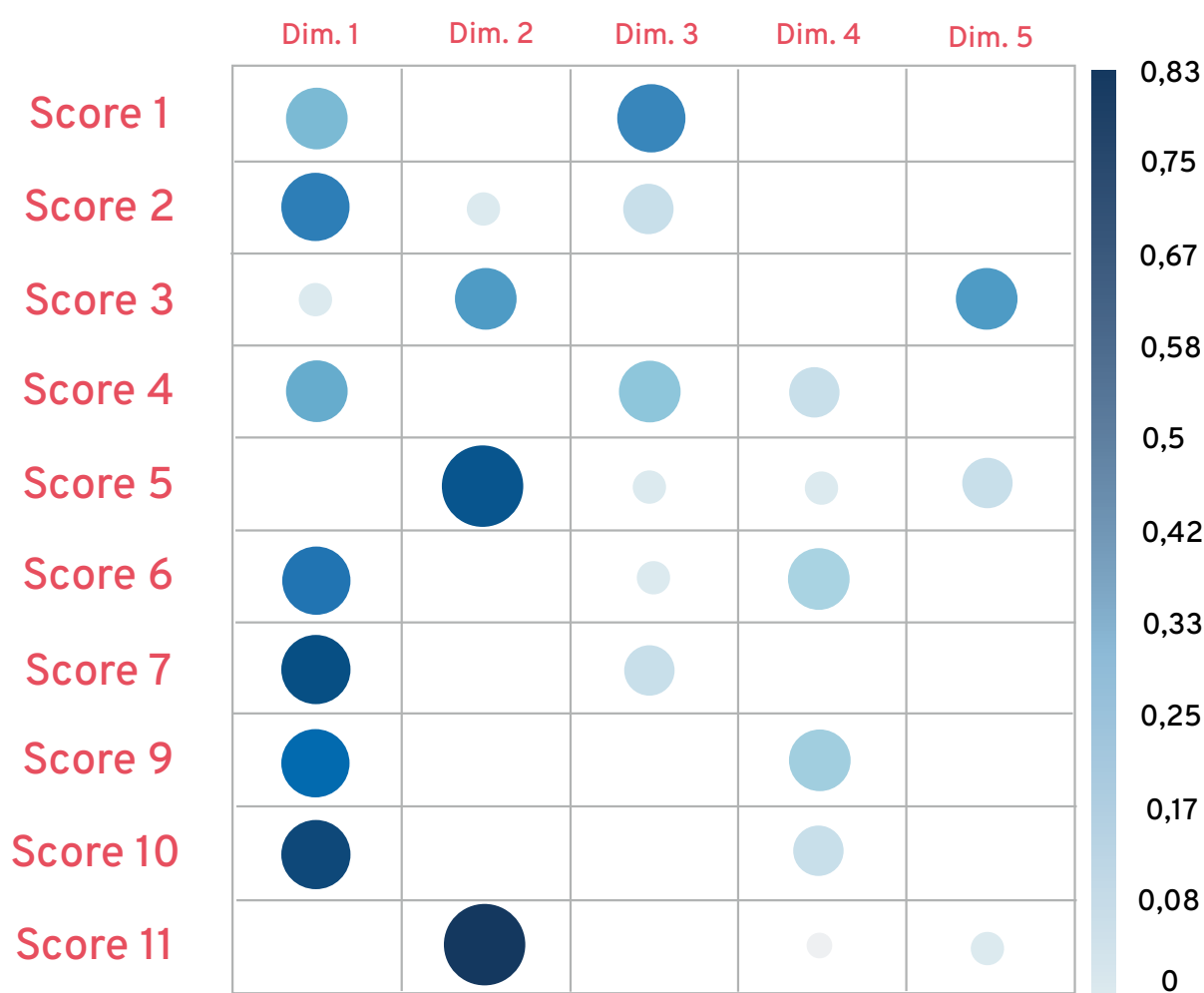
3- Analyse du cas français

Nous allons nous intéresser aux 96 départements de France métropolitaine dans un premier temps et appliquer l'ACP en utilisant les dix scores définis à l'échelle de chaque département. Dans les analyses qui suivent, nous utilisons l'ensemble de notre base de données qui inclut tous les départements, puis nous excluons le département de Paris. L'idée repose sur le fait que ce dernier constitue un pôle d'attraction fort sur tous les aspects (économique, politique, industriel, touristique, sanitaire...), sa prise en considération dans l'étude peut biaiser les résultats et cacher les détails que nous souhaitons mettre, justement, en exergue.

1.3. L'ensemble de la population

Lors de l'utilisation de l'ACP, il est souvent souhaitable de commencer par vérifier l'existence de corrélations entre les variables étudiées ainsi que les dimensions trouvées. Comme le montre la Figure 1, il existe des corrélations fortes, surtout dans les trois premières dimensions.

Figure 1. Corrélations entre les scores et les dimensions (Plus la boule est grande et foncée, plus importante est la corrélation)



Le choix des composantes principales ou dimensions se fait en tenant compte de deux critères. Le premier est appelé critère de Kaiser, c'est-à-dire qu'on ne sélectionne que les axes dont l'inertie est supérieure à l'inertie moyenne ou tout simplement les axes dont les valeurs propres sont supérieures à 1 ($I/p=1$). Le second est le critère du coude, c'est-à-dire que graphiquement, on sélectionne les axes avant le décrochement. Nous allons suivre le choix de décision de Kaiser et garder 3 axes qui synthétisent 76% de l'information (proche de 80%). On pourrait même en prendre 4 dimensions, mais ceci ne nous amène pas des informations pertinentes.

Le choix du nombre d'axes étant tranché, on peut calculer les corrélations de Pearson pour interpréter les axes. Comme l'indique la Figure 1, la variable 1 (score 1) qui correspond au PIB (proxy de la richesse d'un département) présente une corrélation forte (0,88) suivie de la variable 07 (score 07) qui correspond à la mobilité liée au travail avec une corrélation de (0,87), et ainsi de suite. Pour le classement, on considère les corrélations en valeur absolue.

En tout cas, comme on peut le remarquer dans le Tableau 9, le premier axe principal oppose les départements les plus dynamiques (en bleu) -avec un PIB fort, une surpopulation importante, un nombre élevé de médecins et un nombre élevé d'hôtels- aux départements les plus fragiles (en rouge) – se caractérisant par une proportion des personnes âgées importante, un niveau de fréquentation importante des lieux de travail malgré le confinement et par des signes de relâchement de la population observés durant ces mesures de restriction (mesuré par une baisse moins importante de la fréquentation des lieux publics comme les parcs). On retrouve ici l'impact disproportionné des mesures de confinement pour les populations mal logées qui ont cherché à maintenir leur accès aux lieux publics.

Si maintenant on considère l'axe 2 (Tableau 9), on s'aperçoit qu'il regroupe les personnes les plus en difficulté des points de vue économique (pauvreté, chômage) et sanitaire (morbidity). L'axe 3, quant à lui, oppose les départements qui se caractérisent par une forte présence de personnes âgées, d'une infrastructure hôtelière importante à ceux dont le chômage est omniprésent (même si la corrélation est faible dans ce dernier cas). On remarque, in fine, que ce 3ème axe n'amène pas d'information supplémentaire pertinente. Il est donc préférable de porter l'analyse exclusivement sur les deux premiers axes.

Tableau 9. Corrélations (Dimensions 2, 1 et 3)

Dim 1	Corrélation	P-value	Dim 2	Corrélation	P-value	Dim 3	Corrélation	P-value
Score 11	0,91216	0,0000	Score 11	0,91303	0,0000	Score 1	0,74384	0,0000
Score 5	0,88044	0,0000	Score 5	0,86607	0,0000	Score 4	0,55306	0,0000
Score 3	0,66389	0,0000	Score 3	0,67864	0,0000	Score 7	0,39151	0,0000
Score 2	0,24608	0,0162	Score 2	0,20261	0,0477	Score 2	0,29773	0,0032
						Score 6	0,21463	0,0357
						Score 5	-0,2061	0,0439

L'étape suivante va consister à projeter les vecteurs sur les dimensions 1 et 2 et analyser les différentes corrélations et leurs correspondances via les coordonnées des départements. En effet, l'explication concrète de l'ensemble des résultats obtenus précédemment va être effectuée à l'aide du cercle de corrélation afin de voir comment les anciennes variables (les scores) sont liées aux nouvelles (les dimensions). En projetant orthogonalement les vecteurs sur la dimension 1 (Figure C1 dans l'Annexe C), on constate l'existence de corrélations positives avec les indicateurs du dynamisme et d'opulence (PIB fort, surpopulation, nombre important de médecins et d'hôtels) et des corrélations négatives avec des indicateurs de fragilité (liés à l'âge de la population, son exposition au virus due à la

nécessité de travailler hors du domicile et à la fréquentation des lieux publics comme les parcs). Les départements dont les coordonnées les plus élevées sur cette première dimension sont les plus riches matériellement ou les plus dynamiques. On trouve en particulier Paris (Figure C2), les Hauts-de-Seine (92), le Val-de-Marne (94) et le Rhône (69). Les départements qui ont des coordonnées négatives les plus fortes sont plus fragiles. Il s'agit des Vosges (88), de la Dordogne (24), de l'Ardèche (07), de la Haute-Saône (70) ...En faisant le même exercice pour la dimension 2, on retrouve les résultats qui vont dans le même sens que les précédents, à savoir les scores 11 (les personnes les plus pauvres), suivi du score 5 (celles qui sont au chômage) et enfin le score 3 (celles qui ont un taux de morbidité important). Ceci correspond aux départements 93 (Seine-Saint-Denis), 66 (Pyrénées-Orientales), 84 (Vaucluse), 13 (Bouches-du-Rhône), 11 (Aude), 30 (Gard)....

Etant donné que Paris est un grand pôle d'attraction, il nous a semblé pertinent d'effectuer des analyses supplémentaires en ôtant la capitale. L'idée sous-jacente est que les résultats qu'on vient d'obtenir peuvent être biaisés à cause de sa présence dans notre échantillon. D'ailleurs, la Figure C2 confirme nos craintes car on remarque bien que Paris, dont les coordonnées sont 13,4 en abscisse et 11,16 en ordonnée, est largement excentrée (point aberrant). Mais les résultats de cet exercice montrent que l'inclusion de Paris ou non (Annexe B) ne remet pas en cause nos résultats.

En conclusion de cette section, **la dimension 1 nous fournit une illustration de la fracture française** qui oppose les zones dynamiques, où les personnes bénéficient majoritairement du télétravail, travaillant dans de grandes agglomérations pourvues d'infrastructures hôtelières et sanitaires importantes aux zones où les personnes sont obligées de travailler hors domicile malgré les risques liés à la pandémie. Ces départements sont aussi ceux où la proportion des personnes âgées est la plus importante.

La **dimension 2 met en exergue les zones les plus en difficulté qui comptent relativement beaucoup de pauvres, de chômeurs et de personnes ayant des pathologies** (obésité, diabète), ce qui correspond aux personnes exposées à un sur-risque de développer des formes graves du Covid.

Il est important maintenant de lier ces résultats à la surmortalité des immigrés marocains en France.

3.2. Les immigrés marocains

De manière générale et sans distinction de nationalité, il y a des départements dans lesquels la pandémie de Covid-19 a particulièrement affecté les décès, comme le département du Gard (30). En effet, ce dernier a un taux de surmortalité de 44% entre 2019 et 2020. Ce taux est d'autant plus impressionnant qu'entre 2018 et 2019, il était négatif (-42%). Il correspond à la dimension 2 (pauvreté, chômage et morbidité), comme indiqué dans le tableau 9. Dans cette même dimension, on trouve les départements du Bouches-du-Rhône (13) avec un taux de surmortalité de 38% entre 2019 et 2020, suivi du Nord (59) avec un taux de 34%, le Bas-Rhin (67) avec un taux de 29%, la Seine-Saint-Denis (93) avec un taux de 28%, l'Hérault (34) avec un taux de 24%, puis le Vaucluse (84) avec un taux de 18%.

Maintenant, si l'on considère la dimension 1, on a des **résultats plutôt contre-intuitifs**. En effet, on trouve des taux importants de surmortalité dans des départements plutôt dynamiques, riches, denses et avec un nombre de médecins importants. On peut citer les Yvelines (78) avec un taux de 46% entre 2019 et 2020, suivi de Val-d'Oise (95) avec un taux de 33%, des Hauts-de-Seine (92) avec un taux de 28% ou encore de Paris (75) avec un taux de 25%.

Pour aller plus loin, nous allons nous focaliser sur les départements où le nombre de Marocains est important (supérieur à 1% de la population immigrée marocaine). On retient, en fait, 41 principaux départements d'accueil sur les 95. Ce sont pratiquement les mêmes départements où le nombre des décès marocains est important (voire le chapitre précédant pour les détails de ces décès par département). On a retenu Paris dans nos estimations, étant donné et comme on l'a noté précédemment, que les résultats –avec ou sans ce département– ne changent pas fondamentalement.

Dans le Tableau 10, on a les deux premières dimensions. Les résultats ne changent pas de manière importante, malgré le fait de passer de 96 départements à une quarantaine. Comme précédemment, la première dimension oppose les départements les plus dynamiques, avec un PIB fort, une densité de population importante, un nombre important de médecins et un nombre élevé d'hôtels, aux départements les plus fragiles (en rouge) qui se caractérisent par une baisse de la fréquentation des lieux de travail et des lieux publics dans une proportion moindre par rapport à la valeur calculée juste avant le confinement. On peut y ajouter aussi les départements qui ont pour caractéristiques un plus grand nombre de personnes âgées et un niveau de chômage non négligeable, même si les corrélations ne sont pas assez fortes (-0,47 et -0,43 respectivement).

Tableau 10. Corrélations, cas de la France

Dim 1	Corrélation	P-value	Dim 2	Corrélation	P-value
Score 10	0,90681	0,0000	Score 11	0,87174	0,0000
Score 6	0,85080	0,0000	Score 5	0,76273	0,0000
Score 2	0,70346	0,0000	Score 3	0,65909	0,0000
Score 4	0,68051	0,0000	Score 2	0,37269	0,0164
Score 5	-0,42661	0,0054			
Score 1	-0,47021	0,0019			
Score 9	-0,81492	0,0000			
Score 7	-0,84861	0,0000			

La dimension 2 regroupe les départements pauvres, où le chômage est important et où la morbidité atteint des seuils critiques. Le cercle des corrélations (Figure C3) illustre nos propos avec l'opposition entre les deux sous-ensembles départementaux pour la dimension 1 et décline la dimension 2. Dans les départements dynamiques (Figure C4), on trouve Paris (75) avec un taux de mortalité des personnes nées au Maroc de + 31% entre 2019 et 2020 (contre une baisse de 1% entre 2018 et 2019), les Hauts-de-Seine (92) avec un taux de + 43% entre 2019 et 2020 (contre une baisse de 2,6% une année auparavant), le Rhône (69) - qui figure parmi les rares départements où le nombre de décès de cette population a plutôt diminué (-4%) -, et le Val-de-Marne (94) qui a connu une hausse de 32% contre 8% une année auparavant. On a là la conjonction d'une multitude de problématiques typiques d'une forte vulnérabilité tant sur le plan économique (chômage, mobilité liée au travail) que sanitaire (personnes âgées, morbidité) et social (pauvreté, mobilité liée à la fréquentation des lieux publics comme les parcs). Si l'on ventile les départements par le niveau de corrélation, le département du Vaucluse (84) arrive en premier, suivi des départements Pyrénées-Orientales (66), Gard (30), Lot-et-Garonne (47), Hérault (34), Nord (59), Var (83), Pas-de-Calais (62), Creuse (23), Loire (42), Tarn-et-Garonne (82), Seine-Saint-Denis (93), Alpes-Maritimes (06) et Haute Saône (70).

Il nous semble important d'aller plus loin dans l'analyse et refaire le même exercice qu'on a effectué pour les seuls Marocains, en analysant notamment les départements caractérisés par une surmortalité des personnes nées en France très importante. L'idée est de les comparer avec les départements où il y a une surmortalité importante des Marocains (personnes nées au Maroc). Le résultat¹² est que les mêmes causes engendrent les mêmes effets. **Qu'on soit d'origine étrangère ou non, le fait de vivre dans des départements à problèmes implique un taux de mortalité élevé.** Certes, les résultats montrent une petite différence quand on considère les départements où vivent majoritairement les personnes nées au Maroc et ceux où vivent les Français de naissance, mais elle n'est pas flagrante. Ceci met en exergue la spatialité des inégalités.

¹² : Résultats non reportés ici pour ne pas alourdir la présentation

Mais on ne peut pas en conclure que, toutes choses étant égales par ailleurs, les différences selon l'origine ne sont pas si flagrantes, enchevêtrées qu'elles sont avec les autres formes d'inégalités : celles relatives aux territoires, qui s'appliquent à toute la population quelle que soit son origine, et d'autres formes d'inégalités (notamment, celles relatives aux conditions socio-économiques ou de travail).

La question d'intégration des immigrés et de leurs descendants dans ce pays reste d'actualité ; c'est une condition indispensable pour la cohésion sociale et la croissance inclusive. Les indicateurs utilisés par l'OCDE¹³ pour mesurer cette intégration (i.e, la capacité des immigrés à obtenir les mêmes résultats sociaux et économiques que les personnes nées dans le pays compte tenue de leurs caractéristiques) montrent qu'il reste du chemin à parcourir pour parvenir à la pleine intégration économique et sociale des immigrés en Europe notamment de ceux originaires des pays hors UE.

4- Les autres pays européens

On a choisi deux pays pour compléter cette étude utilisant l'ACP. Il s'agit de l'Italie et de l'Espagne. Ce choix repose sur le fait que, d'une part, en dehors de la France l'essentiel des marocains résidant à l'étranger se trouvent dans ces deux pays. Et d'autre part, la France, l'Espagne et l'Italie sont les 3 pays appartenant à l'Union européenne qui ont connu une hausse importante du nombre de cas Covid et du nombre de décès.

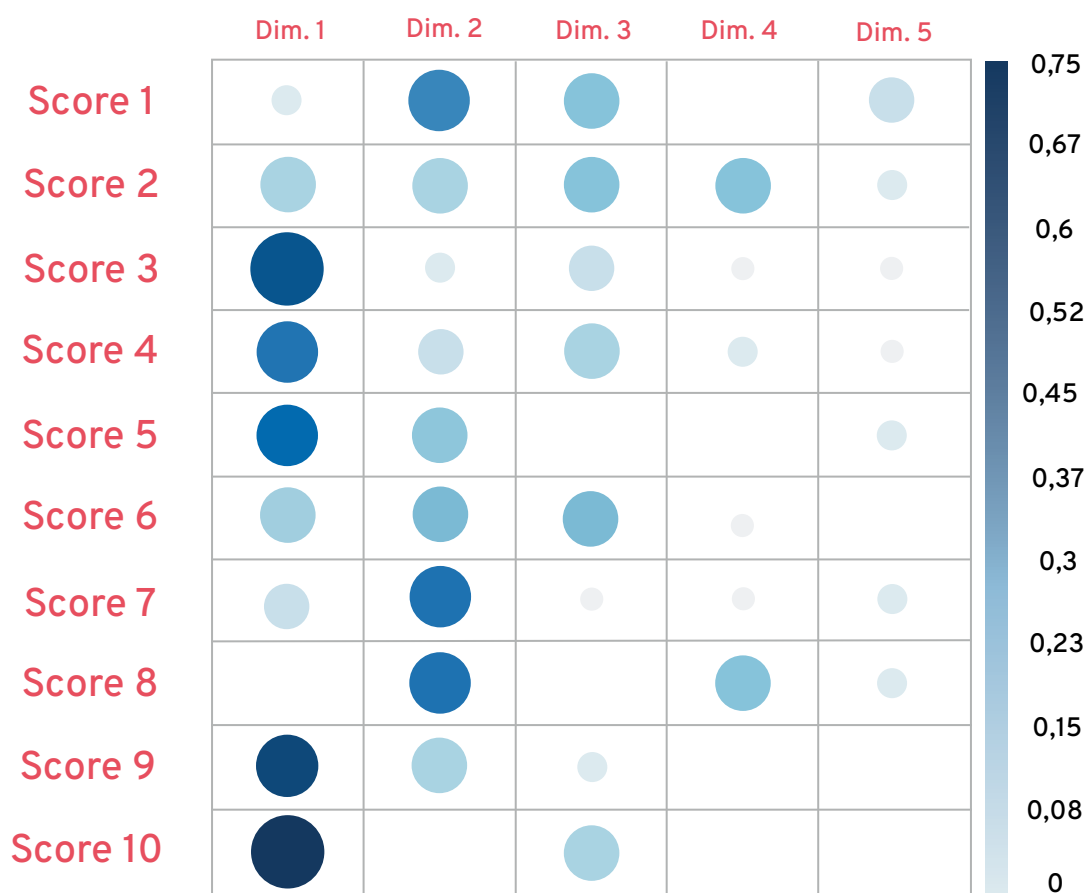
4.1. L'Italie

Pour les scores pris en considérations (en fonction de la disponibilité des données), on dispose de : Score 1 (Part de la population âgée de plus de 75 ans), Score 2 (Nombre de médecins pour 100 000), Score 3 (Nombre de lits d'hôpitaux), Score 4 (Nombre de lits d'Hôtels), Score 5 (taux de chômage), Score 6 (Densité), Score 7 (mobilité travail), Score 8 (mobilité parcs), Score 09 (PIB par hab) et Score 10 (Pauvreté).

Comme le montre la Figure 2, les quatre premières dimensions exhibent des corrélations assez importantes. Mais comme précédemment, nous allons retenir les deux premières dimensions car, d'une part, elles fournissent suffisamment d'information et d'autre part, pour éviter d'alourdir la présentation inutilement. Dans le détail, la Figure 2 fournit les corrélations pour chaque dimension. Considérons la dimension 1, le score 10 (pauvreté) est la variable qui a la corrélation (en valeur absolue) la plus importante (0,87), suivi du score 9 (PIB), puis le score 3 (nombre de lits d'hospitalisation), vient après le score 5 (niveau de chômage), le score 4 (nombre d'hôtels) et enfin le score 06 (densité) avec une corrélation relativement faible (-0,47). Notons que le premier axe explique 38% de l'inertie, le deuxième 28%, le troisième 15%, le quatrième 7% et ainsi de suite.

¹³ : OCDE Trouver ses marques 2018 ; plus d'info : <https://doi.org/10.1787/9789264309234-fr>

Figure 2. Corrélations et dimensions, cas de l'Italie (Plus la boule est grande et foncée, plus Importante est la corrélation)



En complément de Figure 2, le Tableau 11 renseigne de manière détaillée les corrélations variables dimensions, avec leur niveau de significativité (P-values). On y remarque que le score 09 -qui correspond au PIB – exhibe une corrélation forte (0,83), suivie du score 03 - qui correspond au nombre d'hôpitaux (0,82) – et le score 04, - c'est-à-dire le nombre d'hôtels (0,74)-. Le premier axe, regroupe des régions dynamiques, et les oppose aux régions relativement pauvres (score 10), denses (score 06) et dans lesquelles les taux de chômage sont élevés (score 05). L'axe 2 fait apparaître très nettement la division entre, d'une part, les zones où vit une part prépondérante des ouvriers et employés présents dans des activités qui sont généralement incompatibles avec le télétravail et des personnes âgées et des personnes ne respectant pas le confinement (mobilité parcs), et d'autre part, les zones qui sont à la fois denses et relativement riches (la corrélation est relativement faible, -0,44) mais ont un chômage élevé.

Tableau 11 : Corrélations : Cas de l'Italie

Dim 1	Corrélation	P-value	Dim 2	Corrélation	P-value
Score 9	0.83337	0,0000	Score 7	0.76281	0,0000
Score 3	0.81920	0,0000	Score 8	0.74850	0,0000
Score 4	0.74153	0,0001	Score 1	0.70852	0,0003
Score 6	-0.4780	0,0283	Score 9	-0.44204	0,0448
Score 5	-0.7732	0,0000	Score 5	-0.51108	0,0178
Score 10	-0.8659	0,0000	Score 6	-0.57617	0,0062

Le cercles de corrélations (Figure C5) montre bien cette opposition entre les deux sous-ensembles régionaux pour la dimension 1. Il en est de même pour la dimension 2. Dans les régions dynamiques ou riches (Figure C6), on trouve la Vallée d'Aoste. Cette région est parmi celles où le nombre de décès, entre mars 2020 et janvier 2021, est parmi les plus faibles. Avec un taux de 0,3% (part des décès par rapport au total), elle est classée avant dernière. On trouve aussi des régions comme Bolzano et Trento avec des taux de 1% et de 1,1% respectivement. On voit bien que c'est dans les régions riches où il y a moins de décès. Par opposition, on trouve les régions en fragilité (chômage, surpopulation, pauvreté) qui exhibent des taux très élevés. Il s'agit tout particulièrement de la Sicile (part des décès 3,9%), de Campania (4,4%), de Puglia (3,6%), de la Lazio (5,5%) et de la Lombardie (31,2%). C'est cette dernière qui a la part la plus importante.

La dimension 2 oppose aussi deux groupes de régions. Mais cette opposition paraît, pour le moins que l'on puisse dire, peu claire. D'ailleurs, la notion de densité de population est problématique. Elle peut être le signe d'un dynamisme car si des individus se regroupent, c'est parce qu'il existe des opportunités de faire des affaires et de créer de la richesse ; mais elle peut être aussi le reflet d'une accumulation de problème si la plupart de personnes qui résident dans de telles régions sont pauvres ou au chômage. Autrement dit, on doit faire montre de beaucoup de précaution quand on analyse la précarité au niveau d'entités géographiques différentes car il y a un entremêlement de facteurs qui peut nous induire en erreur. En tous cas, on trouve d'une part des régions comme Umbria (part des décès sur le total des décès égale à 0,9%), Friuli-Venezia-Giulia (2,4%), Sardaigne (1,1), Basilicata (0,3%) et Molise (0,1%). Comme on peut le remarquer, il existe un mélange de régions avec des parts de décès (sur le total) qui sont faibles et d'autres avec des parts relativement élevées. D'autre part, on a des régions comme Lazio (5,5), Lombardie (31,2) et Campania (4,4%).

Qu'en est-il des Marocains ?

Les Marocains résidant en Italie se concentrent dans un certain nombre de régions bien précis. En effet, quatre régions regroupent plus de 60% des étrangers d'origine marocaine (au premier janvier 2020). Il s'agit de la Lombardie (22% du total), suivie d'Emilia-Romagne (15%), vient ensuite le Piémonte (13%) et enfin Veneto (11%). C'est dans ces mêmes régions, et suivant presque le même ordre, que le nombre total de décès en Italie est le plus important (62%). Si l'on rajoute les régions Lazio, Toscane, Campania, Sicile, Liguria, et Puglia, on arrive à 86% de Marocains qui résident dans les dix régions précitées. Là aussi cette répartition épouse celle des régions (avec à peine un petit changement dans l'ordre) où on accumule le nombre de décès les plus importants dans toute l'Italie (88%).

Comme pour le cas de la France, les résultats montrent une petite différence quand on considère les départements où vivent majoritairement les personnes originaires au Maroc et ceux où vivent les indigènes, mais elle n'est pas flagrante. Dès lors, un constat sans appel s'impose avec une logique implacable ; les Marocains résidant en Italie sont concentrés dans les régions qui accumulent une foultitude de problèmes. Et où le nombre de décès causés par la pandémie de la Covid-19 est le plus important.

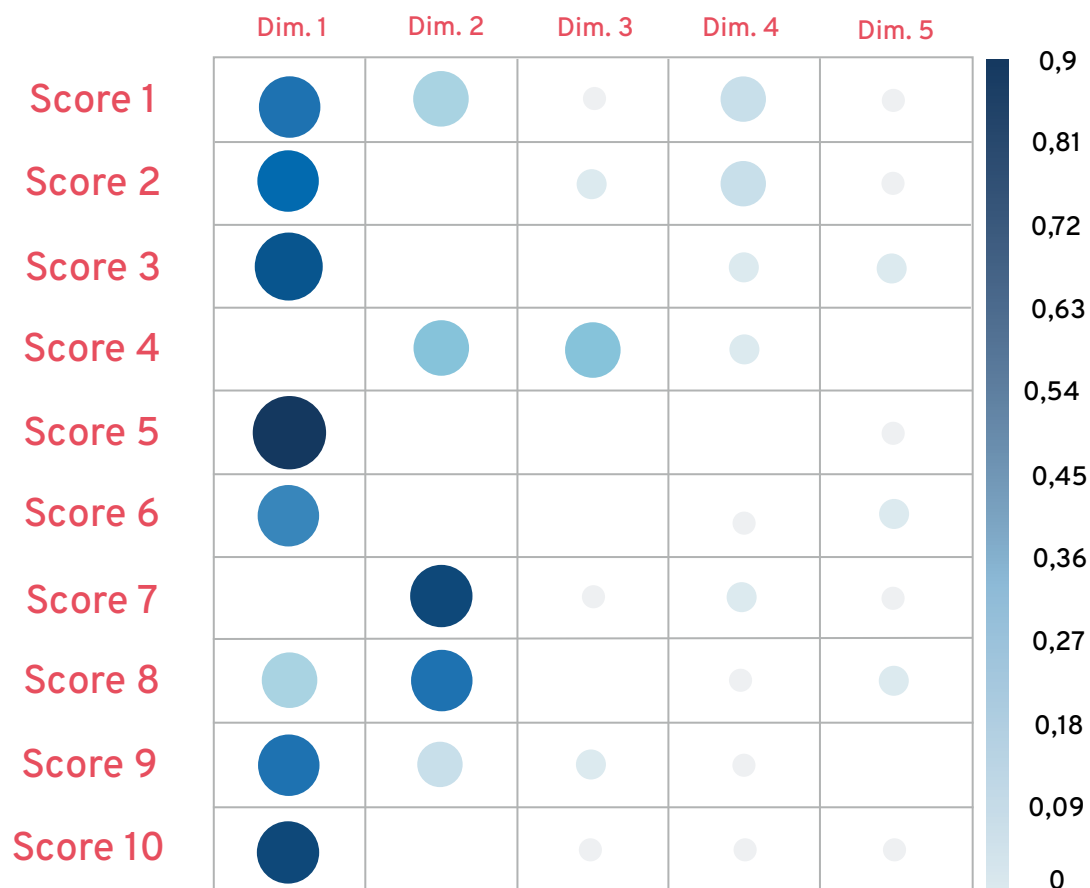
Ces résultats doivent être cependant nuancés, car la communauté marocaine installée en Italie n'est pas celle qui a connu le plus de cas Covid en cette année 2020. En effet, avec un taux de 0,7 pour 1000 résidents, on est bien loin des Péruviens (8,1%) des Roumains ou des Équatoriens (4,2%).

4.2. L'Espagne

Pour les scores pris en considération, qui peuvent changer d'un pays à un autre en fonction de la disponibilité des données, ils se présentent comme suit : Score 1 (Part de la population âgée de plus de 65 ans), Score 2 (Médecins pour 100 000), Score 3 (Morbidity), Score 4 (Nombre de touristes), Score 5 (taux de chômage), Score 6 (Densité), Score 7 (Mobilité travail), Score 8 (Mobilité parcs), Score 09 (PIB) et Score 10 (Pauvreté).

La Figure 3 présente les corrélations en fonction des dimensions. On remarque par exemple que les deux premières dimensions captent l'essentiel des corrélations. Si on considère la dimension 1, on remarque que c'est le score 05 qui a la corrélation la plus forte en valeur absolue (-0,95), suivi du score 10 avec une corrélation de -0,92, puis le score 3 avec 0,89 et ainsi de suite. Si on regarde maintenant la dimension 2, les scores 7 et 8 ont les corrélations les plus élevées, suivi du score 4 et du score 9.

Figure 3. Corrélations et dimensions, cas de l'Espagne (Plus la boule est grande et foncée, plus Importante est la corrélation)



Contrairement aux autres cas (à savoir la France et l'Italie), on a ici un pouvoir explicatif important – qui dépasse les 50% – pour la dimension 1. La dimension 2 explique 23% de la variance et les autres dimensions ont un pouvoir explicatif inférieur à 10%. Autrement dit, on peut largement se contenter des deux premières dimensions pour expliquer ce qui se passe en Espagne. Le Tableau 12 détaille les résultats des corrélations. Et comme précédemment, nous allons analyser dans ce qui suit la signification de chaque dimension. Ainsi, la première dimension oppose deux sous-ensembles de régions. On a, d'une part, les régions riches et qui se caractérisent par la présence de personnes âgées et d'un nombre de médecins important, mais aussi, et paradoxalement, ont un taux de morbidité important. D'autre part, les régions pauvres, avec un taux de chômage conséquent et une forte densité de population. On peut dire qu'il s'agit de régions fragiles ou vulnérables.

Tableau 12. Corrélations, cas de l'Espagne

Dimension1	Corrélation	P-value	Dimension 2	Corrélation	P-value
Score 3	0,88670	0,0000	Score 7	0,92408	0,0000
Score 2	0,85163	0,0000	Score 8	0,71894	0,0005
Score 1	0,76522	0,0001	Score 9	-0,48863	0,0338
Score 9	0,76108	0,0001	Score 4	-0,67282	0,0016
Score 8	0,54844	0,0150			
Score 6	-0,74069	0,0002			
Score 10	-0,9197	0,0000			
Score 5	-0,94989	0,0000			

Si on s'intéresse maintenant au deuxième axe, il oppose les régions dynamiques se caractérisant par un PIB élevé et un nombre de touristes élevé, aux régions qui comptent relativement beaucoup d'ouvriers ou employés (« forcés » de continuer de se rendre au travail pendant le confinement) et ont connu relativement une baisse moins importante des déplacements vers les lieux publics pendant le confinement (score 8).

La Figure C7 illustre la projection orthogonale des axes 1 et 2 et permet aussi de situer les régions et les caractéristiques qui lui sont associés. Cette illustration va donc être complétée par la Figure C8 qui indique les coordonnées de chaque région en fonction de la combinaison correspondant aux axes 1 et 2. Ainsi, les régions les plus dynamiques regroupent-elles la Catalogne, la Castille de Léon, l'Aragon, la Galice, les Asturies, la Cantabria et la capitale Madrid. Ce résultat est à nuancer, comme on l'a indiqué précédemment, car on retrouve aussi une fragilité importante dans ce sous-groupe régional, à savoir une morbidité importante. A l'opposé, on trouve des régions, pauvres, denses avec un chômage endémique (scores 05, 10 et 06). Il s'agit, d'après nos estimations, particulièrement de Ceuta et Melilla, et dans une moindre mesure (avec des corrélations moyennes) de Castila-La Mancha, des Canaries et de Valence. On trouve, enfin, dans cette même catégorie (mais cette fois avec des corrélations relativement faibles) les régions de l'Extremadura et de Murcie.

Concernant l'axe 2, on a signalé précédemment qu'il oppose des régions riches et touristiques (Pays Basque, Navarre et la Roja) aux régions ayant connu une chute de fréquentation des lieux publics ou de travail relativement moins importante (l'Andalousie).

Qu'en est-il des Marocains ?

Comme dans les autres pays, en Espagne les Marocains se concentrent dans quelques régions bien connues. En effet, cinq régions accaparent à elles seules environ 76% des marocains installés en Espagne en 2019. Il s'agit de la Catalogne (28%), l'Andalousie (18%), Murcia (11%), Valence 10% et Madrid (9%).

Les résultats montrent que les Marocains sont concentrés dans des régions dynamiques et riches (comme la Catalogne ou Madrid), dans des régions pauvres comme l'Andalousie (scores 7 et 8) ou denses comme Murcia, dans les régions où il existe une proportion importante des non télétravailleurs (Valence).

La conclusion de cette partie concernant l'Espagne ne peut être qu'ambiguë dans la mesure où on trouve des régions riches et dynamiques et d'autres pauvres avec des taux de chômage élevés.

5- Robustesse

La robustesse est une étape importante pour tester la validité des résultats. L'idée ici est de vérifier si nos résultats sont sensibles à l'ajout d'autres variables, au changement de l'échantillon ou encore à la mobilisation d'autres méthodes d'estimation. Dans le cadre de cette étude, il est difficile d'envisager l'utilisation d'autres méthodes d'estimation, tant nos données sont limitées. On le dit et on le répète, nos résultats sont limités car on ne dispose pas, malheureusement, de données d'enquêtes servant à évaluer l'impact de la crise sur les individus et les populations vulnérables qui auraient pu donner à cette étude une autre dimension et d'autres horizons. Mais les choses sont ainsi faites, on a fait, comme on dit vulgairement, avec les moyens du bord. « A l'impossible nul n'est tenu ».

Nous avons déjà vérifié si nos estimations (et donc nos conclusions) sont sensibles à l'ajout ou l'élimination d'un certain nombre d'observations, en l'occurrence, des départements. En effet, ce genre d'exercice ne peut être effectué que dans le cas français, car nous disposons d'assez d'observations (96 départements), ce qui nous donne la possibilité d'en supprimer certains (en donnant évidemment les raisons de ce choix). C'est ce que nous avons déjà effectué, d'abord, en éliminant Paris de nos estimations. On a considéré que ce département est assez riche et dynamique, par rapport à d'autres départements désertiques, et qu'il peut donc constituer un biais dans nos estimations. Ces derniers se caractérisent par un nombre d'habitants faible, une économie peu dynamique, un chômage endémique et aussi un taux de pauvreté relativement important. Il s'agit de ce qu'on appelle communément la France périphérique. On peut penser à des départements comme l'Aude ou la Creuse par exemple, bref tous les départements les moins connectés et insérés dans la mondialisation.

Comme on l'a vu précédemment, le fait de ne pas prendre en considération Paris dans nos estimations n'a pas changé fondamentalement nos résultats. Certes, il existe ici et là quelques corrélations (dans les axes 1 et 2) qui se sont renforcées et d'autres qui se sont affaiblies, mais le changement n'est pas assez significatif, de sorte qu'on peut affirmer aisément que nos résultats sont robustes à l'élimination de ce département.

On a effectué, ensuite, le même exercice en nous concentrant sur les 41 départements où le nombre de résidents marocains (et donc le nombre de décès) est important. Ce qui revient à dire qu'on a changé la taille de l'échantillon. Là aussi, nos estimations sont demeurées assez vigoureuses.

Nous avons, enfin, retenu les mêmes 41 départements sans distinguer la nationalité des décès, ou du moins leur lieu de naissance. Cette ultime tentative n'a pas, non plus, érodé nos résultats. En conclusion on peut affirmer que le changement de la taille de l'échantillon ne remet pas en cause nos résultats, et c'est plutôt un point positif.

La deuxième manière de tester la robustesse de nos résultats consiste en l'ajout de certaines variables pertinentes. En effet, nous avons complété notre analyse en prenant en compte une dimension fondamentale, à savoir l'inégalité des revenus. Ainsi, on a rajouté alternativement la médiane du niveau de vie (score 12) et la part des ménages fiscaux imposés (score 13). Certes, et comme on pouvait s'attendre, ces deux variables sont significatives, mais elles ne chamboulent pas non plus nos conclusions comme on peut le montrer les Tableaux 13 et 14. On a associé aussi les résultats des pourcentages d'explication de la variance ainsi que les projections orthogonales des axes 1 et 2 (Figure C9). Si on considère la dimension 1, elle oppose les départements les plus dynamiques (en bleu) -avec un PIB fort, une moindre inégalité, une forte densité, un nombre élevé de médecins et un nombre important d'hôtels- aux départements les plus fragiles (en rouge) – qui ont la particularité d'avoir une proportion assez importante des personnes âgées, et ayant connu une chute de fréquentation des lieux publics ou de travail relativement moins importante pendant le confinement.

Tableau 13. Corrélations Dimension 1 et Dimension 2, cas de la France (Variable supplémentaire : Médiane du niveau de vie, Score 12)

Dimension 1	Corrélation	P-value	Dimension 2	Corrélation	P-value
Score 10	0,89011	0,0000	Score 11	0,90553	0,0000
Score 12	0,83956	0,0000	Score 5	0,82793	0,0000
Score 6	0,76238	0,0000	Score 3	0,60750	0,0000
Score 2	0,71565	0,0000	Score 2	0,33503	0,0008
Score 4	0,60172	0,0000	Score 6	0,26184	0,0099
Score 11	-0,2190	0,0320	Score 4	0,20106	0,0495
Score 5	-0,2534	0,0127	Score 12	-0,40893	0,0000
Score 3	-0,27860	0,0059			
Score 1	-0,60217	0,0000			
Score 9	-0,79763	0,0000			
Score 7	-0,86827	0,0000			

Certes, les corrélations changent, mais de façon marginale. De même, on peut remarquer que le nuage des points des corrélations (Figure C9) est moins dispersé. Globalement, la prise en considération des variables relatives aux inégalités améliore sensiblement la qualité de nos résultats ; ce qui est, au demeurant, tout à fait intuitif.

Tableau 14. Corrélations, cas de la France (Variable supplémentaire : Part des ménages imposés, Score 13)

Dimension 1	Corrélation	P-value	Dimension 2	Corrélation	P-value
Score 10	0,88047	0,0000	Score 11	0,90562	0,0000
Score 13	0,85645	0,0000	Score 5	0,83585	0,0000
Score 6	0,75746	0,0000	Score 3	0,62742	0,0000
Score 2	0,71102	0,0000	Score 2	0,31644	0,0016
Score 4	0,59651	0,0000	Score 6	0,23989	0,0186
Score 5	-0,21090	0,0391	Score 13	-0,28842	0,0043
Score 3	-0,24394	0,0166			
Score 1	-0,63586	0,0000			
Score 9	-0,80890	0,0000			
Score 7	-0,89545	0,0000			

6- Conclusion

Nous avons utilisé dans ce chapitre la méthode d'ACP qui possède, comme on l'a précisé dès le début, un certain nombre de caractéristiques importantes, mais demeure limitée dans le sens où nous restons dans le domaine de la corrélation et on ne peut pas passer à l'autre étape, ô combien fondamentale, à savoir la causalité. Ceci étant dit, nos résultats ont le mérite de la cohérence et donnent quelques idées sur la fragilité et la vulnérabilité de la population immigrée marocaine. De même, ils sont robustes à la taille de l'échantillon et à l'ajout de variables supplémentaires.

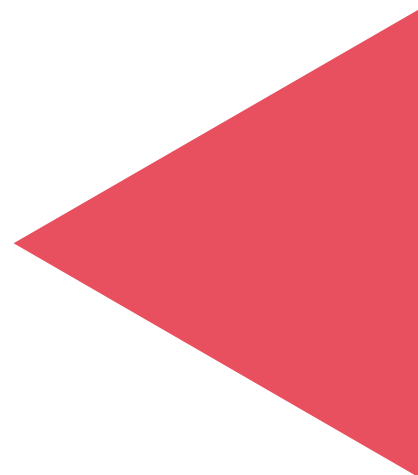
Les résultats montrent dans le **cas français** l'existence d'une **dichotomie, somme toute classique, opposant les territoires dynamiques, denses et dotés d'infrastructures importantes et de personnels de santé, aux zones qui comptent relativement beaucoup de personnes âgées ou des personnes à la base de l'échelle sociale** pour qui le télétravail a souvent été impossible, et qui se caractérisent donc par une mobilité quotidienne qui s'est maintenue malgré les mesures de restriction. La présence de Paris dans l'analyse appuie sur les traits de la fracture entre ces deux France (des corrélations plus grandes).

La dimension 2 met en exergue les **personnes les plus en difficulté, à savoir les pauvres, les chômeurs et les personnes ayant des pathologies** (obésité, diabète), ce qui veut dire les personnes exposées à un **fort risque de développer des formes graves du virus**. L'ajout de la variable relative aux inégalités va dans le même sens.

Si on considère maintenant **l'Espagne et l'Italie, on retrouve globalement le même schéma**. A savoir l'opposition entre les territoires qui, de manière générale, profitent de la mondialisation (riches, dynamiques, dotés d'infrastructures hospitalières performantes et/ou d'infrastructures hôtelière denses) et les régions les moins insérées dans la mondialisation, les laissés pour compte.

Il faut remarquer que ces éléments dépendent du pays hôte. La **France se singularise par un secteur social important et donc les personnes fragiles arrivent à remonter la pente plus facilement que dans d'autres pays européens comme l'Espagne et l'Italie**. De même, les Marocains résidents dans ces deux pays ont un niveau d'instruction faible (par rapport à ceux installés en France par exemple). De ce fait, ils font face à plus de problèmes d'insertion. Dans la même veine, les descendants des Marocains installés en France commencent à avoir des postes de responsabilité dans des domaines divers (politique, économique...) et la tendance est plutôt positif, même si les effets prendront un peu de temps pour émerger. En revanche, c'est dans les nouveaux pays d'immigration, que sont l'Espagne et l'Italie, que des efforts doivent en priorité être fournis pour lutter contre leur vulnérabilité.





CHAPITRE 5

Indice de vulnérabilité à la Covid-19



Encadré 4

- ▶ En distinguant quatre grands « ensembles » de facteurs qui peuvent contribuer à expliquer la vulnérabilité liée à la Covid-19 sur un territoire, nous concevons un indicateur territorialisé de ladite vulnérabilité dans les zones où se concentrent les immigrés marocains.
- ▶ Ces « grands ensembles » correspondent à des déterminants de la vulnérabilité de plusieurs natures : démographiques, économiques, environnementaux, sociaux, sanitaires et épidémiologiques, indicateurs souvent pointés par les experts dans les analyses nationales et internationales.
- ▶ Les éléments liés au contexte économique, démographique et social interviennent comme facteurs explicatifs de la vulnérabilité au-delà de ceux liés aux caractéristiques individuelles non examinées dans cette étude. Leur prise en compte aurait permis d'affiner les résultats obtenus.

1- Introduction

Pour analyser les différentes vulnérabilités sociales dans le contexte de la crise sanitaire, nous proposons une méthodologie originale basée sur une approche territoriale, qui met en exergue les spécificités des territoires dans lesquels résident les immigrés marocains dans les pays européens étudiés.

Cette démarche vise à apprécier la situation des immigrés marocains en intégrant à la fois les risques auxquels leurs lieux de résidence sont confrontés, mais également les ressources dont ils disposent pour y faire face. La méthode permet d'agrèger une dizaine d'indicateurs individuels (ou de scores définis dans le précédent chapitre) pour obtenir un indice composite de la vulnérabilité. Le choix d'indicateurs pertinents nécessite de s'appuyer sur la littérature scientifique. Mais il est nécessairement subjectif et peut poser la question de la solidité de l'indice composite.

Les indicateurs retenus ici mesurent les inégalités face au risque d'exposition au virus, les différences de vulnérabilité face à la maladie et les écarts d'accès aux soins. Regroupés, ils peuvent être représentés spatialement, ce qui nous permettra de calculer **un indicateur permettant de mesurer la vulnérabilité à l'échelle locale ou régionale**. Nous serons ainsi dans la capacité de calculer un indice composite de vulnérabilité qui combine des dimensions diverses de la vulnérabilité d'un territoire donné. Plus cet indice est élevé, plus la vulnérabilité de ce territoire à la crise est élevée.

Cet indice correspond à la moyenne des scores de quatre groupes de déterminants de la vulnérabilité à savoir :

- 1- Un score portant sur la qualité et l'accès aux soins ;
- 2- Un score mesurant la vulnérabilité économique à la crise actuelle ;
- 3- Un score couvrant la vulnérabilité qui résulte des facteurs environnementaux et sociaux ;
- 4- Un score mesurant le risque épidémiologique et évaluant l'efficacité des mesures de confinement et des restrictions mises en place dans les pays étudiés pour limiter l'expansion de la pandémie. Il est obtenu à l'aide des indices de mobilité produits par Google (« Google mobility ») et qui donnent les tendances de déplacement au fil du temps par zone géographique, mais aussi par catégorie de lieux (les lieux de travail ou de résidence par exemple). Ces déplacements représentent un risque épidémiologique élevé. Certains actifs sont exposés au risque de contamination du fait de leurs activités et ont continué à effectuer des déplacements pour travailler lorsque le maintien de l'activité sur site est obligatoire.

L'ACP nous a permis, dans un premier temps, de faire émerger certaines corrélations fortes et certaines combinaisons de variables locales robustes pour en dégager l'essentiel, à savoir les grands types de scores spatiaux.

En détails, les quatre scores globaux sont :

- ▶ **Premier groupe de scores** : les communes vulnérables du point de vue sanitaire mesuré par la capacité du système de santé à faire face à la crise sanitaire à l'aide de trois indicateurs : i) la part de la population âgée de 65ans et plus (75 ans et plus pour la France uniquement), ii) le nombre de lits d'hôpitaux (ou le taux de morbidité pour certains pays, voir tableau A.1 dans l'Annexe A pour la disponibilité des variables par pays), iii) le nombre de médecins par habitant.
- ▶ **Deuxième groupe de scores** : Les communes les plus vulnérables économiquement à la crise actuelle sont les plus dépendantes du tourisme, ou dont les industries sont très sensibles aux inputs venant de l'étranger (chaîne de valeur mondiale). C'est pour cette raison qu'on considère ici l'indicateur relatif au nombre de nuits dans les hôtels et autres formes d'hébergement en 2019 (ou celui indiquant le nombre de lits d'hôtels) pour mesurer la capacité hôtelière au niveau de chaque province ou région et l'indicateur mesurant la richesse de la région (ou département), à savoir le PIB. Le troisième indicateur de la vulnérabilité économique est le taux de chômage.
- ▶ **Troisième groupe de scores** : cet ensemble porte sur le niveau de vulnérabilité des communes liée aux facteurs environnementaux et sociaux. Il intègre l'indicateur mesurant la densité de la population. Comme discuté précédemment, on considère généralement que la densité est plutôt un élément qui augmente la vulnérabilité. C'est d'ailleurs ce qui ressort de notre analyse basée sur la méthode de l'ACP. Toujours dans le domaine de la vulnérabilité sociale, on retient aussi un indicateur mesurant la pauvreté et un « proxy » des inégalités de niveau de vie.
- ▶ **Quatrième groupe de scores** : Il s'intéresse tout particulièrement aux communes dont la vulnérabilité est en relation avec la difficulté de respecter les règles de distanciation sociale. On pense aux ouvriers qui ont continué à travailler pendant le confinement, le télétravail étant incompatible avec leurs activités. On y ajoute les personnes qui continuent à se déplacer malgré les mesures imposées par les différents gouvernements européens. Plus clairement, on pense ici aux personnes qui ne croient pas à l'existence du virus ou aux populations mal logées qui ont continué à fréquenter les lieux publics. Comme « proxies » de ces deux variables, on a considéré Google Mobilité travail et Google Mobilité parcs.

2- Résultats

2.1. Cas de la France

Il nous a paru nécessaire de nous concentrer sur les dix premiers départements dans lesquels on trouve l'essentiel de la communauté marocaine. Il s'agit de Seine-Saint-Denis (93), Hauts-de-Seine (92), Paris (75), Hérault (34), Nord (59), Yvelines (78), Val-d'Oise (95), Bouches-du-Rhône (13), Vaucluse (84) et Val-de-Marne (94).

Les résultats obtenus sont tout à fait intuitifs et, somme toute, logiques. Le Tableau 15 résume les résultats liés aux différentes vulnérabilités. Si l'on considère la vulnérabilité globale, on se rend compte que c'est le département de Seine-Saint-Denis (93) qui s'illustre en se classant premier avec un score global de 0,69. En deuxième rang on trouve le Vaucluse (84), et en troisième position on a les Bouches-du-Rhône (13). Paris ferme la marche avec un score de 0,2 (dernier des dix départements pris en compte).

Si l'on veut détailler ces résultats, la Seine-Saint-Denis est première dans la catégorie de la vulnérabilité sociale qui tient compte de la surpopulation, de la pauvreté et des inégalités de niveau de vie. Ce même département se classe deuxième concernant la vulnérabilité épidémiologique (avec un score=0,67) et troisième tant pour la vulnérabilité économique (score=0,53) que pour la vulnérabilité sanitaire (score=0,5). Le Vaucluse, qui se classe en seconde position pour l'indice globale, prend la première place tant pour la vulnérabilité épidémiologique (score=0,75) que sanitaire (score=0,61). Tandis que le département des Bouches-du-Rhône, classé troisième pour le score global, se distingue par sa deuxième place au niveau de la vulnérabilité sanitaire (score=0,57), sa cinquième pour la vulnérabilité économique, sa sixième place pour les vulnérabilités sociale et épidémiologique (Graphique 1). Les indicateurs mesurant les différentes vulnérabilités facilitent la lecture des résultats mais aussi le repérage des différences entre les territoires dans lesquels se concentrent les immigrés marocains dans les pays étudiés.

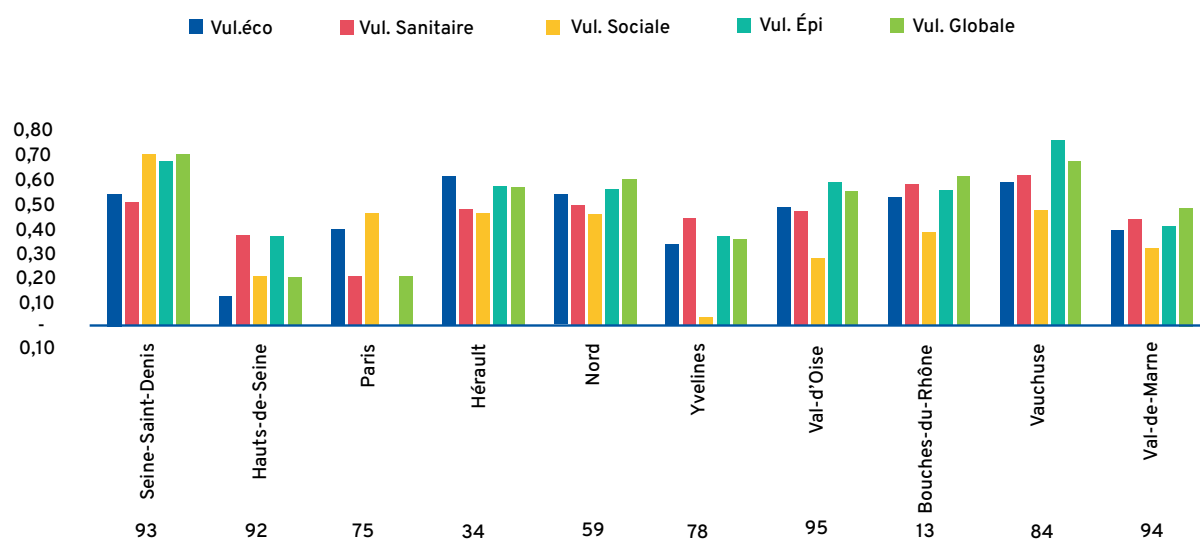
Tableau 15. Indices de Vulnérabilité – France

	Composants/Calcul	Min	Max	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	10 ^{ème}
Vulnérabilité sanitaire	- Personnes âgées - Nombre médecins - Morbidité	0,2	0,9	0,61 [84]	0,57 [13]	0,5 [93]	0,20 [75]
Vulnérabilité économique	- Touriste - Chômage - PIB/hab	0,12	0,71	0,61 [34]	0,58 [84]	0,53 [93]	0,12 [92]
Vulnérabilité sociale	- Densité - Pauvreté - Inégalité	0,03	0,69	0,69 [93]	0,47 [84]	0,45 [34] [59]	0,03 [78]
Vulnérabilité épidémiologique	- Google Mobilité travail - Google Mobilité Parcs	0,01	1	0,75 [84]	0,67 [93]	0,58 [95]	0,01 [75]
Vulnérabilité globale	Moyenne des 4 vulnérabilités	0,19	0,79	0,69 [93]	0,67 [84]	0,60 [13]	0,19 [75]

[] représente le code de chaque département. 13) Bouches-du-Rhône, 34) Hérault, 59) Nord, 75) Paris, 78) Yvelines, 84) Vaucluse, 92) Hauts-de-Seine, 93) Seine-Saint-Denis, 95) Val-d'Oise

On trouve donc que la communauté marocaine se concentre dans des départements où il existe une concomitance de problèmes économiques, sociaux, sanitaires et épidémiologiques. Mais il serait malhonnête de passer sous silence la présence de cette communauté dans d'autres départements plus riches et dynamiques tels que Paris ou les Hauts-de-Seine.

Graphique 1: Vulnérabilité dans les principaux départements français de résidence des Marocains en 2020



2.2. Cas de l'Espagne

Comme dans le cas de la France, nous n'allons pas retenir l'ensemble des régions, mais seulement celles où le nombre de ressortissants marocains est important. Il s'agit de la Catalogne (28%), l'Andalousie (18%), Murcia (11%), Valence 10% et Madrid (9%).

Le Tableau 16 nous donne un **premier aperçu sur les résultats des différentes vulnérabilités**. L'indice global de vulnérabilité place l'Andalousie au premier rang, avec un score de 0,60. L'Andalousie est classée première dans deux cas de vulnérabilité (économique et sociale). En se référant à la vulnérabilité globale, on trouve en deuxième position Murcia. Dans les détails, cette région est classée première si on tient compte de la vulnérabilité épidémiologique (avec le score maximum qui est égal à 1), deuxième la vulnérabilité sociale (score=0,34) et troisième pour la vulnérabilité sanitaire (score=0,51). L'indice de la vulnérabilité globale place en troisième position Valence. Dans les détails, cette région est deuxième en termes de vulnérabilités sanitaire (score=0,60) et économique (score=0,51), et troisième pour ce qui a trait aux vulnérabilités épidémiologique (score=0,53) et sociale (score=0,29). Comme pour la capitale française, Madrid est la région qui a le taux de vulnérabilité le plus faible, quel que soit le score (y compris pour le score global). Le Graphique 2 illustre l'ampleur de ces différences. Il faut préciser ici que sur l'ensemble des régions espagnoles, c'est l'enclave de Melilla qui a le score le plus important (0,79), en termes de vulnérabilité globale.

Cette classification des différentes vulnérabilités ne sort pas des schémas classiques qu'on a évoqués dans les chapitres précédents. A savoir une **concentration des ressortissants marocains dans des régions fortement vulnérables au virus qui se caractérisent par une pauvreté importante, des inégalités flagrantes et un chômage endémique**. Dans ces territoires où se concentre aussi une part importante des populations étrangères, les immigrés sont en première ligne dans les secteurs qui « font tourner » la machine économique (restauration, services hospitaliers, services de sécurité...). Mais les Marocains s'installent aussi dans les régions européennes riches. Autant le premier choix ne semble pas logique, même si des facteurs objectifs peuvent l'expliquer (par exemple le coût de la vie) ; le second peut paraître intuitif favorisé, entre autre, par les conditions économiques favorables même si les statistiques montrent qu'ils y vivent plus souvent dans les zones populaires à forte concentration des populations immigrées ou d'origine immigrée.

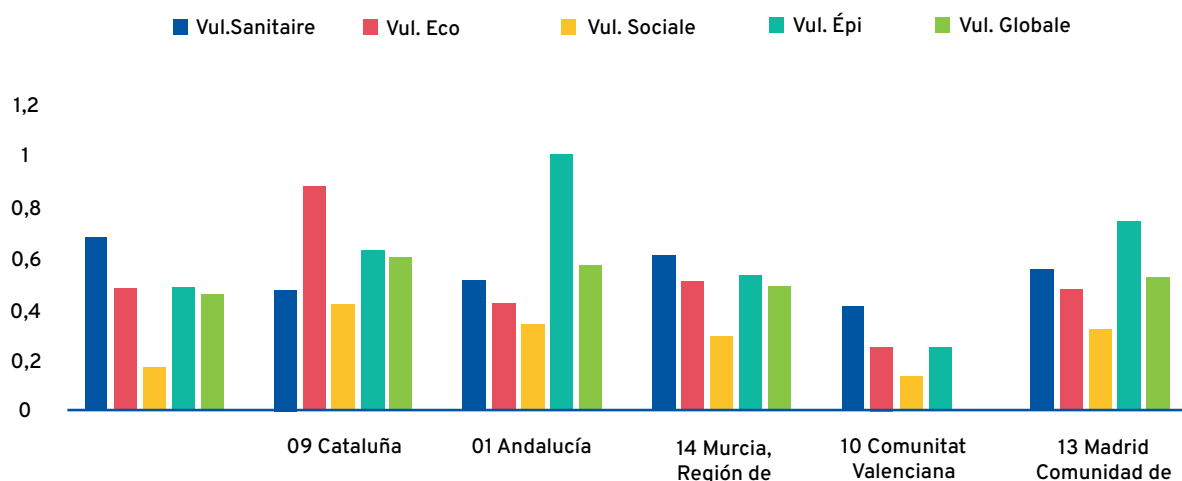
Tableau 16. Indices de Vulnérabilité – Espagne

	Composants/Calcul	Min	Max	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	10 ^{ème}
Vulnérabilité sanitaire	▶ Personnes âgées ▶ Nombre médecins ▶ Morbidité	0,35	0,78	0,67 [09]	0,60 [10]	0,51 [14]	0,40 [13]
Vulnérabilité économique	▶ Touriste ▶ Chômage ▶ PIB/hab	0,09	0,87	0,87 [01]	0,51 [10]	0,48 [09]	0,24 [13]
Vulnérabilité sociale	▶ Densité ▶ Pauvreté ▶ Inégalité	0,02	0,95	0,42 [01]	0,34 [14]	0,29 [10]	0,14 [13]
Vulnérabilité épidémiologique	▶ Google Mobilité travail ▶ Google Mobilité Parcs	0,24	1	1 [14]	0,63 [01]	0,53 [10]	0,25 [13]
Vulnérabilité globale	Moyenne des 4 vulnérabilités	0,19	0,79	0,60 [01]	0,57 [14]	0,48 [10]	0,26 [13]

[] représente les codes des régions. 01) Andalucía, 09) Cataluña, 10) Comunitat Valenciana, 13) Madrid, 14) Murcia.

Le Graphique 2 illustre de manière plus détaillée les différentes vulnérabilités.

Graphique 2: Vulnérabilité dans les principales régions espagnoles de résidence des Marocains en 2020



2.3. Cas de l'Italie

Dix régions attirent 86% des Marocains résidant en Italie. C'est la Lombardie qui caracole en tête avec 22% du total. Viennent ensuite les régions Emilia-Romagna (15%), Piemonte (13%), Veneto (11%), Toscane (7%), et Campanie (5%). Les régions de Ligurie, Latium (incluant la capitale Rome), Calabre, et Sicile accueillent un peu plus de 3% des Marocains. Nous allons donc tenir compte des dix premières régions dans notre analyse qui couvrent le maximum de la population sur territoire italien (86%).

Comparé aux autres pays analysés précédemment, l'Italie ne déroge pas à la règle, à savoir c'est la **capitale qui a le score de vulnérabilité globale le plus faible**. Et ce pour les mêmes raisons. En revanche, la région qui est la plus vulnérable est la **Calabre**. Si elle est classée troisième en termes de vulnérabilité sociale (score=0,68), elle occupe la première place s'agissant de la vulnérabilité sanitaire (score=0,63). Toujours dans le cadre de la vulnérabilité globale, la Sicile prend la seconde position avec un score de 0,57. Si l'on détaille ce résultat, on trouve que cette région se classe deuxième pour ce type de vulnérabilité (sociale avec un score de 0,79 et économique avec un score de 0,62). La Campanie prend la troisième position toujours dans le cadre de la vulnérabilité globale (score=0,56).

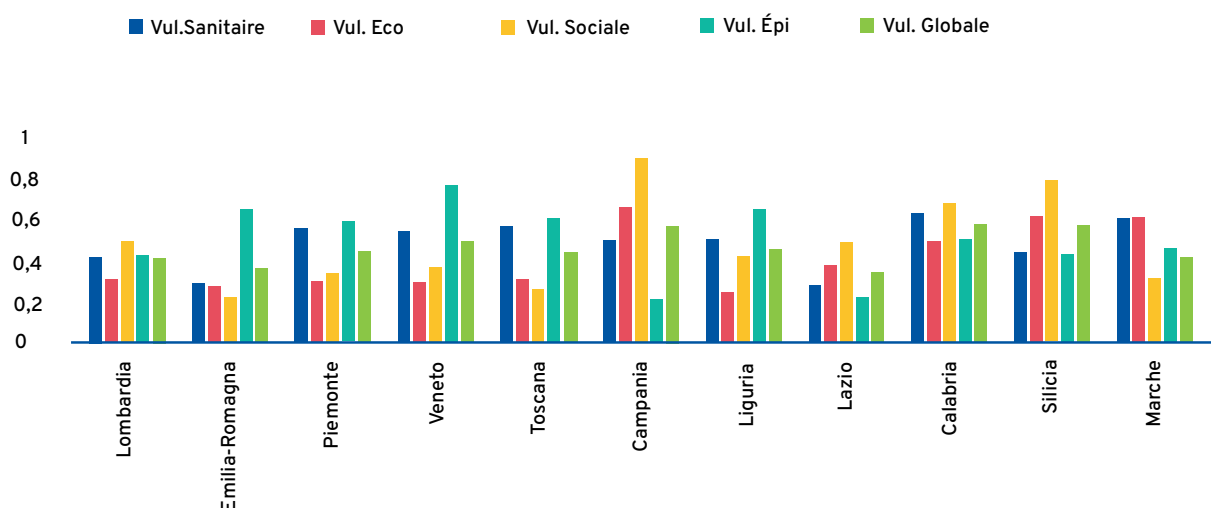
En revanche, la dichotomie dont on a parlé (régions pauvres versus régions riches) tout au long de cette recherche reste de mise. Et on peut la considérer comme une règle. **Les Marocains résidant à l'étranger choisissent soit des régions pauvres – où ils peuvent s'intégrer facilement du fait des coûts de la vie et de l'effet du réseau (présence de personnes de la même communauté) -, soit des régions riches**. Cette dichotomie doit être considérée avec soin, car il fait penser à une certaine théorie de diversification du portefeuille sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Tableau 17. Indices de vulnérabilité – Italie

	Composants/Calcul	Min	Max	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	10 ^{ème}
Vulnérabilité sanitaire	▶ Personnes âgées ▶ Nombre médecins ▶ Morbidité	0,28	0,67	0,63 [18]	0,60 [11]	0,57 [09]	0,28 [12]
Vulnérabilité économique	▶ Touriste ▶ Chômage ▶ PIB/hab	0,22	0,66	0,66 [15]	0,62 [19]	0,48 [09]	0,5 [18]
Vulnérabilité sociale	▶ Densité ▶ Pauvreté ▶ Inégalité	0,03	0,90	0,9 [15]	0,79 [19]	0,68 [18]	0,23 [08]
Vulnérabilité épidémiologique	▶ Google Mobilité travail ▶ Google Mobilité Parcs	0,22	1	0,77 [05]	0,66 [08]	0,60 [09]	0,22 [15]
Vulnérabilité globale	Moyenne des 4 vulnérabilités	0,34	0,59	0,58 [18]	0,57 [19]	0,56 [15]	0,35 [12]

[] représente les codes des régions. Liste des régions italiennes : 1) Piedmont, 2) Vallée d'Aoste, 3) Lombardie, 4) Trentin-Haut-Adige, 5) Vénétie, 6) Frioul-Vénétie Julienne, 7) Ligurie, 8) Émilie-Romagne, 9) Toscane, 10) Ombrie, 11) Marche, 12) Latium (Lazio), 13) Abruzzes, 14) Molise, 15) Campanie, 16) Pouilles, 17) Basilicate, 18) Calabre, 19) Sicile, 20) Sardaigne.

Graphique 3: Vulnérabilité dans les principales régions italiennes de résidence des Marocains en 2020



2.4. Cas de la Belgique

Comme pour les autres pays étudiés auparavant, nous allons considérer les principales provinces de concentration des Marocains résidant en Belgique. Les cinq premières provinces accueillent 84% du total des Marocains (données du recensement de la population de 2011). Ils sont 43% à vivre dans la région de Bruxelles-Capitale, c'est dire l'importance de cette région dans l'analyse. Elle est suivie des provinces Anvers (16%), Liège (11%), Hainaut (9%) et Brabant flamand (6%).

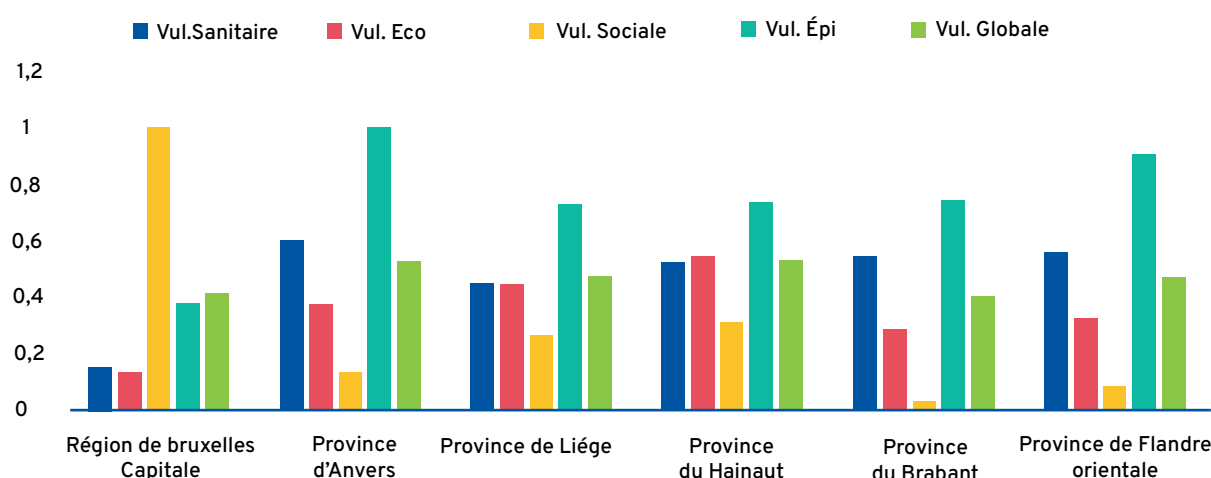
On voit bien **le pouvoir d'attraction qu'exercent certaines capitales européennes sur la diaspora marocaine**. Et on peut imaginer le rôle que peut jouer cette diaspora dans la vie économique, politique et sociale de ces pays. Au niveau des recommandations, il y a un focus qui doit être mis en avant pour lancer des pistes de réflexion sur ce rôle en Belgique en général, mais aussi dans les autres capitales européennes. Les réseaux diasporiques peuvent être un levier important pour coordonner les opérations d'intégration de la population marocaine dans ces pays, de partage d'information et du savoir-faire mais aussi de lobbying en faveur du Maroc. La Belgique est dans ce cas plus avancé que des pays comme l'Espagne et l'Allemagne. En tous cas, en analysant la vulnérabilité des Marocains vivant dans ce pays on se rend compte effectivement que la Capitale a un rôle clé à jouer dans les questions liées aux migrations. Comme le montre le Tableau 18, la capitale Bruxelles et sa région (01) est à la tête au niveau de tous les classements sauf pour la vulnérabilité sociale. En d'autres termes, il s'agit de la région la moins vulnérable quel que soit le critère considéré. Il faut préciser d'emblée que le critère relatif à la vulnérabilité sociale est moins pertinent dans le cas de la Belgique car il nous manque un troisième score, très important, à savoir celui relatif aux inégalités, par manque de données (voir Tableau 18). Une autre remarque non moins intéressante concerne les disparités entre les territoires belges. Prenons par exemple la variabilité au niveau de la vulnérabilité globale, on remarque que l'écart entre la valeur minimale (0,40) et la valeur maximale (0,55) est très faible eu égard aux autres pays déjà analysés. On peut dire que ceci montre une certaine cohésion au sein des territoires (provinces) de ce pays.

Tableau 18. Indices de Vulnérabilité - Belgique

	Composants/Calcul	Min	Max	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	10 ^{ème}
Vulnérabilité sanitaire	- Personnes âgées - Nombre médecins - Morbidité	0,14	0,68	0,68 [07]	0,62 [11]	0,60 [02]	0,14 [01]
Vulnérabilité économique	- Touriste - Chômage - PIB/hab	0,13	0,54	0,54 [04]	0,49 [08]	0,48 [09]	0,13 [01]
Vulnérabilité sociale	- Densité - Pauvreté - Inégalité	0,03	1	1 [01]	0,30 [04]	0,26 [03]	0,03 [05]
Vulnérabilité épidémiologique	- Google Mobilité travail - Google Mobilité Parcs	0,38	1	0,93 [10]	0,91 [06]	0,89 [08]	0,38 [01]
Vulnérabilité globale	Moyenne des 4 vulnérabilités	0,40	0,55	0,55 [07]	0,53 [02]	0,50 [10]	0,40 [05] 0,41 [01]

Notes : Pour faciliter la lecture du tableau, on a classé les régions et provinces belges en fonction du nombre de Marocains qui y résident. Ainsi, Bruxelles-Capitale aura le code 01), la province d'Anvers 02), la province de Liège 03), la province de Hainaut 04), Brabant flamand 05) et ainsi de suite.

Graphique 4: Vulnérabilité dans les principales régions/provinces belges de résidence des Marocains en 2020



2.5. Cas de l'Allemagne

Selon les données fournies par l'office allemand de la statistique (Destatis), plus de 98 % des étrangers ayant la nationalité marocaine vivent dans dix régions ou Landers: Rhénanie-Du- Nord-Westphalie (48%), Hesse (25%), Bavière (6%), Bade-Wurtemberg (5%), Rhénanie- Palatinat (4%), Bade-Wurtemberg (3%), Berlin (2%), Saxe 2%, Hambourg (1%), Schleswig- Holstein (1%) et Sarre (1%).

Comme on peut le remarquer dans le Tableau 19, c'est la **région du Saxe (13) qui se classe première en ce qui concerne la vulnérabilité globale**. En effet, avec un score de 0,79, elle est la région allemande la plus vulnérable. Plus précisément, cette région se classe première au niveau de la vulnérabilité épidémiologique, avec un score de 0,99, deuxième lorsqu'il s'agit de la vulnérabilité sanitaire et troisième pour la vulnérabilité sociale. A l'opposé de cette région, on trouve Berlin avec un score de vulnérabilité globale de 0,37. Au-delà de ces deux régions opposées, ce qui nous intéresse aussi c'est la région de Rhénanie-Du-Nord-Westphalie (05) qui regroupe presque la moitié des Marocains. Avec un score global de 0,63, cette région se classe aussi parmi les régions les plus vulnérables (son indice est toujours supérieur à la médiane, sauf pour la vulnérabilité épidémiologique).

Il est à préciser qu'il faut considérer les scores de la vulnérabilité sociale avec beaucoup de précaution car on ne dispose pas de données sur la variable pauvreté (voir tableau 19).

La deuxième région qui nous intéresse est celle de Hesse (02). 25 % des étrangers d'origine marocaine y sont présents. Elle est classée quatrième au niveau de la vulnérabilité épidémiologique avec un score de 0,71. Pour les autres vulnérabilités, y compris globale, ses scores se situent dans le haut de la fourchette, c'est-à-dire entre 0,55 et 0,62.

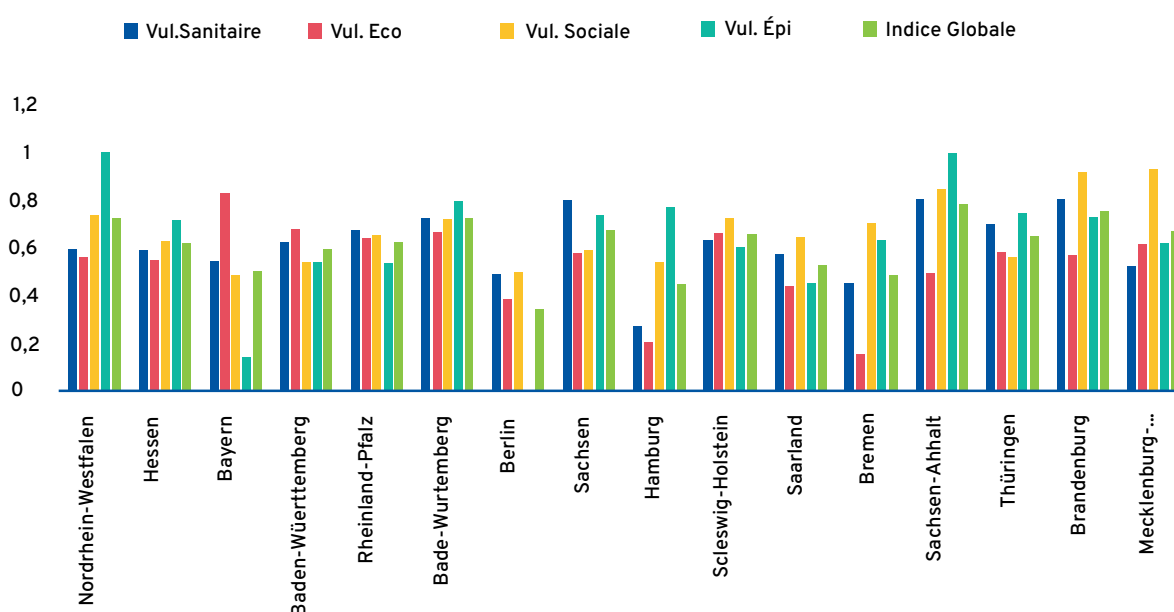
Tableau 19. Indices de Vulnérabilité – Allemagne

	Composants/Calcul	Min	Max	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	10 ^{ème}
Vulnérabilité sanitaire	- Personnes âgées - Nombre médecins - Morbidité	0,27	0,80	0,80 [15]	0,79 [13]	0,78 [80]	0,27 [09]
Vulnérabilité économique	- Touriste - Chômage - PIB/hab	0,15	0,83	0,83 [03]	0,68 [04]	0,67 [06]	0,15 [12]
Vulnérabilité sociale	- Densité - Pauvreté - Inégalité	0,48	0,93	0,93 [16]	0,72 [15]	0,72 [13]	0,48 [03]
Vulnérabilité épidémiologique	- Google Mobilité travail - Google Mobilité Parcs	0,001	0,99	0,99 [13]	0,98 [01]	0,80 [06]	0,001 [07]
Vulnérabilité globale	Moyenne des 4 vulnérabilités	0,79	0,35	0,79 [13]	0,76 [15]	0,73 [06]	0,34 [07]

Notes : Pour faciliter la lecture du tableau, on a classé les régions et provinces allemandes en fonction du nombre de Marocains qui y résident. Ainsi, Rhénanie-Du-Nord-Westphalie aura le code 01, Hesse 02), Bavière 03), Bade-Wurtemberg 04), Rhénanie-Palatinat 05), Bade-Wurtemberg 06), Berlin 07), Saxe 08), Hambourg 09), Schleswig-Holstein 10), Sarre 11), Brême 12), Saxe-Anhalt 13), Thüringen 14), Brandenburg 15), Mecklenburg-Vorpommern 16).

Le Graphique 5 donne un aperçu plus détaillé sur les différentes vulnérabilités.

Graphique 5: Vulnérabilité dans les principales régions allemandes de résidence des marocains en 2020



3- Éléments de conclusion

Il n'est pas aisé de comparer les résultats relatifs aux vulnérabilités dans les différents pays concernés par l'étude. Et pour cause, les échelles ne sont pas les mêmes ; autrement dit, le niveau de désagrégation est différent d'un pays à un autre. Au niveau de la France, on a utilisé les départements alors qu'au niveau de la Belgique, on a raisonné au niveau des provinces (y compris le cas particulier de la région de Bruxelles). Au niveau de l'Italie et de l'Espagne, on a plutôt des régions assez autonomes même si les mécanismes de l'autonomie varient d'un pays à un autre. En tout état de cause, plus l'entité territoriale est petite, plus est grande la possibilité de tirer des conclusions intéressantes (si évidemment les données le permettent).

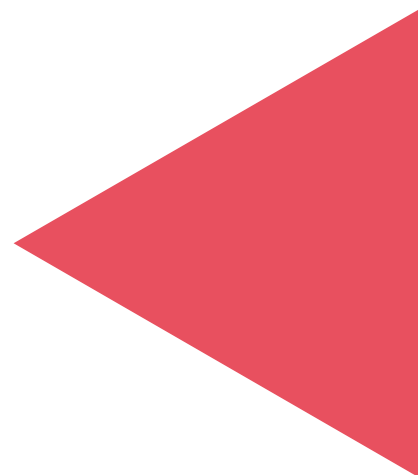
Premier constat dans pratiquement tous les pays concernés par l'étude, **les ressortissants marocains se concentrent dans les capitales politiques ou les régions prospères (comme Paris, Barcelone, Bruxelles, et Milan)**. Ce choix paraît rationnel, car ces régions sont dotées du plus fort poids économique (sont aussi celle des principaux pôles universitaires). De même, c'est dans ces régions où les réseaux diasporiques sont les plus intenses, les plus dynamiques et aident les migrants marocains à s'installer et à s'intégrer dans de telles agglomérations. Ceci n'empêche cependant pas l'émergence de poches de vulnérabilité qui se sont accentuées à la faveur de l'émergence de la pandémie de la Covid. On peut songer par exemple au département français de Seine-Saint-Denis où justement les réseaux diasporiques sont dynamiques et où les différentes vulnérabilités (épidémique, économique, sanitaire et sociale) sont les plus prégnantes.

Deuxième constat, **les ressortissants marocains s'installent aussi dans des régions périphériques aux alentours de grandes agglomérations et parfois dans des territoires agricoles, loin des grandes métropoles**. Dans ces endroits, les loyers sont peu chers, les services publics (notamment les services de soins) peu présents et le peu d'opportunité de travail se concentre dans le domaine agricole. Là aussi, les vulnérabilités sanitaire et sociale peuvent exister. Et c'est souvent dans ces zones les plus défavorisées que la pandémie peut devenir hors de contrôle.

Que ça soit dans un cas (grandes agglomérations) ou dans un autre (la périphérie proche ou lointaine), la vulnérabilité est bel et bien présente, avec évidemment des nuances d'un pays à un autre, d'une région (au sein du même pays) à une autre et d'un département à un autre.

L'intérêt de cette recherche est justement de **mettre le doigt de manière détaillée sur les poches de vulnérabilités**, dont les causes et les conséquences sont multiples et variées.





CHAPITRE 6

Conclusion générale et recommandations



Une population non homogène et complexe

Il est utile de rappeler d'emblée et avant d'aller plus loin dans l'analyse que les immigrés marocains présents en Europe sont **loin de former une population homogène**. Ils connaissent une diversité d'histoires migratoires et de profils socio-démographiques. On ne peut donc pas parler réellement d'« une communauté » marocaine. Les critères géographiques (dissémination d'un groupe de personnes dans l'espace mondial à partir d'un pays originel) ne sont pas suffisants pour constituer une communauté. Il en est de même du critère ethnique ou historique, il ne se suffit pas en lui-même. Il est prudent, en effet, de rajouter à ces différents critères une vision d'ensemble de l'histoire des appartenances (Calafat et Goldblum, 2012), « un univers de connexions réticulaires et des processus d'identification partagés par l'ensemble des membres du groupe, sans oublier de prendre en considération les expériences vécues par les individus se réclamant de ces agglomérations » (Bouoiyour et Lahlou, 2021). Ce constat est important, car il évite les généralisations abusives et les conclusions hâtives. C'est dans cet état d'esprit que nous souhaitons proposer un ensemble de recommandations nuancées, détaillées et contextualisées.

Des changements profonds dans les caractéristiques de cette population se sont produits durant les dernières décennies. Ils sont liés à différents facteurs économiques, politiques mais aussi sociétaux qui se sont produits dans les pays de destination, mais aussi au Maroc. Dans ce sens, la problématique de la santé des Marocains installés à l'étranger doit être abordée avec une attention particulière. La recherche dans ce domaine doit tenir compte, en effet, des vagues d'immigration, qui sont par définition changeantes, et des évolutions qui traversent les pays d'accueil.

Notre recherche révèle **l'importance d'étudier les inégalités liées à la migration en Europe, de manière fine et détaillée**. Il serait souhaitable pour les responsables politiques de les prendre en considération dans l'élaboration des politiques visant la population immigrée marocaine, tout en ciblant les groupes de migrants les plus vulnérables. La prudence est de mise, mais on peut tirer un certain nombre d'enseignements sur la population marocaine en Europe et ses caractéristiques.

Dynamiques socio-démographiques et répartition spatiale

Il faut d'abord souligner que, si les logiques sociales et familiales expliquent les évolutions de la répartition spatiale et l'ancienneté de l'implantation marocaine, celle-ci est elle-même un reflet des changements économiques et sociétaux produits dans les pays d'accueil. Ainsi, on assiste depuis une quarantaine d'années à de grandes mutations tant sur le plan économique que social qui se traduisent par une recomposition généralisée des territoires, des richesses et des hommes (Vemerén, 2021). Par voie de conséquence, une concentration sans précédent de classes aisées et des activités lucratives dans des territoires délimités et bien localisés a vu le jour. Les mondialisés – une élite maîtrisant ce que Bauman appelle « l'art de la vie liquide » – sont en opposition avec les enracinées (aux territoires). Les ressortissants marocains se concentrent justement autour de ces territoires dynamiques, ces grandes agglomérations européennes où s'accumule l'essentiel de la richesse et de la croissance économique du pays (Paris, Barcelone, Bruxelles, Milan, Berlin...). On peut raisonnablement faire l'hypothèse que d'autres facteurs d'attraction de ces zones existent (création d'entreprise, effet de réseaux, implantation d'associations, émergence de lobbying, principaux pôles universitaires...). Cependant, tout n'est pas aussi simple, car c'est dans ces agglomérations riches, dynamique et ouvertes, où les plus aisés côtoient les plus modestes et des poches de pauvreté importantes et des inégalités flagrantes peuvent, dans certains cas, remettre en cause la cohésion sociale du pays. Certes, il existe ici et là quelques exemples de réussite de Marocains qu'il faut signaler et encourager, mais ils manquent de visibilité, d'autant que **c'est dans les communes périurbaines ceinturant les métropoles européennes que les problèmes s'accumulent pour les immigrés extra-européens avec notamment un taux de chômage important, des logements exigus, et la prolifération des activités informelles.**

En même temps, les zones d'attraction des Marocains sont aussi celles les moins dynamiques, plutôt pauvres et quelques fois désertiques, loin de tout service public. Si on prend comme exemple le cas de la France, d'aucuns parlent de la « France périphérique » (Christophe Guilly). Il s'agit en fait des populations qui n'ont pas trouvé leur place dans les grandes métropoles « mondialisées » et gentrifiées et qui ont migré vers le rural et le périurbain. Les activités qui y existent sont souvent liées à l'agriculture, connue pour proposer du travail peu qualifié et, son corollaire, des salaires faibles. Dans cette deuxième catégorie on trouve des départements comme le Gard, le Nord, l'Hérault ou l'Aude. Dans ces départements la main-d'œuvre marocaine est bel et bien présente ; elle est même indispensable car les autochtones délaissent ces emplois plus précaires ou moins bien rémunérés. Si on prend le cas de l'Italie, on peut penser à la Sicile et en Espagne à la région d'Andalousie par exemple.

Ensuite, nous devons tenir compte des évolutions récentes de l'immigration marocaine avec la **croissance du niveau d'éducation des nouveaux arrivants** et la **féminisation des flux d'entrée**. Les jeunes marocains qui émigrent aujourd'hui ne viennent pas dans des conditions aussi favorables que leurs aînés qui ont migré lors des trente glorieuses. La problématique migratoire n'a pas la même signification pour les premières générations (les «Chibanis» d'aujourd'hui) que les nouvelles qui, d'une part, ont une connaissance assez détaillée de leur pays d'accueil, et d'autre part n'ont pas toujours un projet de retour définitif au Maroc.

Enfin, on note que les travaux scientifiques montrent que la population immigrée marocaine, comme d'ailleurs pour bon nombre d'immigrés non originaires d'Europe, présente un **état de santé différent de ceux de la population native**. Qui plus est, il se dégrade avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil. Les résultats suggèrent, toutefois, des différences selon le genre, la génération de migrants et le pays d'accueil. D'une manière générale, des disparités liées à la morbidité, à l'âge ou aux variables sociales (CSP, niveau d'instruction, couverture maladie, etc.) sont à considérer lors de l'analyse de l'état de santé des migrants et particulièrement leur vulnérabilité à la Covid-19. Il y a donc une grande diversité mais aussi des similitudes liées, par exemple, au fait qu'ils sont plus présents dans certaines régions et exercent certaines professions bien spécifiques. Ils doivent, par ailleurs, faire face à des vulnérabilités plus nombreuses résultant, entre autre, de leur exposition à des conditions de travail plus précaires, et leur état de santé parfois plus fragile. Les caractéristiques individuelles des migrants ne suffisent pas à elles seules pour expliquer l'état de santé de cette population et des taux de mortalité. L'importance des autres déterminants les impactant significativement (comme l'accès aux services de santé et les autres facteurs socioéconomiques locaux) est démontrée par la littérature. On peut d'ailleurs noter des **différences importantes entre les pays d'accueil des Marocains** : le système de protection sociale n'est pas le même et donc les soupapes de sécurité en cas de crise majeure comparable à celle liée à la Covid sont différentes, les dynamiques économiques sont distinctes et l'histoire de l'immigration est différente.

A cela, il faut ajouter le niveau d'autonomie des régions qui est aussi variable d'un pays à un autre. En effet, dans certains pays, il existe une vraie autonomie qui est bien ancrée dans l'histoire de la nation (comme en Espagne et en Allemagne) et dans d'autres (comme en France) les régions ont des prérogatives limitées (gestion des lycées, de quelques projets d'aménagement des territoires). Dans les premiers, la décentralisation poussée du système de santé, par exemple, a eu des avantages (en termes de coûts, qualité, sécurité et efficacité), mais l'amélioration n'a pas été uniforme sur le territoire national. Dans ces pays aussi, **le cadre d'accès des étrangers aux prestations de sécurité sociale comme les soins de santé est instauré au niveau local**.

L'insuffisance et les limites des données

La dernière leçon à tirer est plus un plaidoyer qu'une conclusion à proprement parler. Le **renforcement du système de collecte et de publication de données est une condition préalable à l'élaboration des réponses plus efficaces fondées sur des données fiables et complètes, à travers la conduite d'études.**

Nous avons analysé dans cette étude les données relatives aux caractéristiques des immigrés marocains basées sur le seul critère de pays de naissance considéré par les autorités des pays de résidence, ce qui demeure, en l'occurrence, fort insuffisant. En effet, on ne décrit que partiellement la population immigrée marocaine en Europe et on omet ceux qui sont nés dans les pays d'accueil. Dans ce sens, la population née à l'étranger englobe ce que l'on peut appeler la première génération de migrants. Or, les différentes générations de migrants sont sensiblement différentes en termes de caractéristiques (sociodémographiques et économiques). De même, la population d'origine étrangère comporte aussi bien des étrangers que des nationaux. Or le fait d'acquérir la nationalité du pays d'accueil peut changer les conditions de vie des étrangers même si cela ne supprime pas les problèmes qu'ils rencontrent (comme l'exclusion ou le racisme).

Il paraît en effet souhaitable que des efforts soient fournis en matière de collecte et de production de données relatives à la population marocaine à l'étranger ; il importe d'estimer cette population et de produire des données fiables, par exemple, en travaillant avec les communautés locales par le biais d'enquêtes et de consultations permanentes. Cela passe par l'intermédiaire de collaborations autour de questionnements sur les modalités d'accès et de collectes de données sur les terrains enquêtés par exemple.

Synthèse des résultats de l'étude et recommandations principales

Les conclusions de notre étude exploratrice révèlent que **l'immigration marocaine est faite de travailleurs et travailleuses très sensibles à la conjoncture économique**. Dans le contexte actuel, leur situation pourrait s'aggraver par les conditions défavorables déjà existantes en termes d'emploi, de santé, et de logement. Selon les pays d'accueil, ils tendent à être **surreprésentés dans des emplois à faible revenu et dans les secteurs touchés par la crise de la Covid**. A titre d'exemple, en Espagne, les procédures relatives au recrutement collectifs des travailleurs saisonniers dans les pays d'origine ont été suspendues pour l'année 2020. Ce qui a impacté le recrutement des saisonniers marocains dans l'agriculture. Il est par ailleurs intéressant de souligner que la crise sanitaire a eu aussi des effets positifs sur certaines activités économiques des migrants. Ainsi, en Italie, une politique de régularisation des travailleurs a été adoptée dès le début de la crise afin de faire face à la hausse de la demande dans certains secteurs qui ont continué leurs activités malgré les différents confinements, notamment les secteurs de l'agriculture ou encore des services à la personne. Cependant, les premiers résultats de cette campagne paraissent on ne peut plus mitigés.

Dans le contexte du Covid, les immigrés semblent cumuler d'autres faiblesses liées à la difficulté d'accès à l'information pour être au courant des consignes sanitaires, et ce en raison, entre autres, de la non-maitrise de la langue de leur pays d'accueil comme c'est le cas en Espagne et en Italie où l'organisation de l'intégration linguistique des étrangers n'est pas définie au niveau national mais local. En effet, la formation des nouveaux arrivants à la langue du pays d'accueil est assurée au niveau de la région, ce qui peut engendrer des disparités entre les migrants en fonction de leurs régions de résidence. En même temps, si l'on regarde de manière scrupuleuse les statistiques des immigrés en provenance du Maroc, on se rend compte que **leur niveau d'éducation varie considérablement en fonction des pays de destination**. Ils sont plus jeunes quand ils arrivent en Italie et en Espagne, mais avec un faible niveau d'éducation comparé à la France. Et si environ un tiers des Marocains résident en France, l'Espagne et l'Italie en accueillent 40% (données de l'OCDE).

La crise actuelle a confirmé le **caractère central de la question de la santé et de la protection sociale et a aussi accentué la nécessité des collaborations intra et extra-académiques (décideurs, médias, acteurs sociaux et citoyens)** en lien avec cette problématique. L'étude ne doit pas conduire à gommer la complexité d'une situation de crise où les acteurs et les organisations subissent et s'activent à la fois mais il est nécessaire d'aller plus loin. Au regard de l'ampleur du sujet et de la diversité des thèmes liés aux vulnérabilités, les efforts doivent pouvoir être adaptés à plusieurs échelles (nationale / régionale / locale), tout en tenant compte d'indicateurs de vulnérabilité étudiés dans ce rapport.

Dans le même ordre d'idées, le **recours à des associations de migrants**, qui viennent en aide à la communauté marocaine installée en Europe et qui ont montré leur sérieux et leur expertise dans ce domaine, peut aider les pouvoirs publics marocains à cibler les populations vulnérables. Ces acteurs ont un rôle clef à jouer pour appuyer les acteurs étatiques (consulats par exemple) à cet égard. Cela est dû à leur proximité avec les migrants, et en particulier avec les plus vulnérables et marginalisés d'entre eux. Ces acteurs peuvent, par exemple, aider les migrants à défendre leurs droits et à éclairer et prendre en compte leurs difficultés, inquiétudes et besoins. A cause de la barrière de la langue, de nombreux immigrés marocains font face à un manque d'informations et de connaissance de leur droit en matière de santé et des pratiques administratives décidées localement. La crise actuelle aura aussi des répercussions d'ordre psychologique sur les personnes comme les traumatismes permanents. Sur ce point, **les associations pourront jouer un rôle primordial dans l'écoute des immigrés et le soutien psychosocial pour ceux souffrant d'un traumatisme** ; elles peuvent aussi soutenir ceux souhaitant avoir une aide ou un conseil (par exemple, pour trouver des nouvelles opportunités de travail dans d'autres régions).

Certes le gouvernement marocain a mis en place certains mécanismes d'aide aux associations intervenant auprès des migrants, mais les résultats n'ont pas été toujours au rendez-vous, et ce dans tous les pays de résidence des Marocains. Ces associations se heurtent en effet à un manque de savoir-faire et de ressources financières et humaines.

Il est aussi intéressant de noter que la crise actuelle peut provoquer un phénomène d'émigration interrégionale surtout dans les pays du Sud de l'Europe. On a déjà assisté à ce phénomène à la faveur de la crise mondiale de 2008. **Les autorités peuvent instaurer des mécanismes de partage d'information, via les consulats, sur le marché du travail, et les besoins de telle ou telle régions en matière de main-d'œuvre. Plus concrètement, nous proposons la création d'une plateforme de partage d'information où toutes les informations relatives aux conditions d'entrées et de séjour dans des régions européennes soient disponibles.** Aussi, il serait tout à fait possible de créer des « **Indices de tension régionaux** »¹⁴ dans toute l'Europe pour identifier les métiers qui manquent dans ces régions. Ce travail se fait de manière informelle, par le truchement d'associations et de réseaux diasporiques, mais il demeure à ce stade insuffisant. Il serait temps de le professionnaliser.

Un dernier élément nous semble important. Il s'agit de la **coordination entre la diaspora scientifique de haut niveau, bien intégrée dans les pays hôte, et le reste de la population immigrée marocaine**. Il est navrant de constater qu'il n'existe pratiquement pas de lien entre les deux. Les autorités marocaines ont un rôle à jouer pour briser les barrières et trouver des sujets d'intérêt commun. Chaque congrégation a un rôle à jouer dans l'édification d'une communauté marocaine à l'étranger dynamique, moderne et ouverte. Ceci peut aussi jouer dans la cohésion sociale dans les pays d'accueil de ces migrants.

Sur la base des grandes lignes fournies par notre rapport, il serait judicieux que les autorités marocaines procèdent à la **publication régulière d'un bulletin d'information**. Ce dernier peut, par exemple, informer les populations

14 : Un indice de tension régional est le rapport entre l'offre et la demande d'un métier au niveau d'une région. S'il est supérieur à 1, la région est sous tension.

immigrées de l'évolution de la situation économique et des opportunités d'affaire dans les pays d'accueil. Il peut aussi contenir des informations sur les associations d'aide aux immigrés (insertion, logement, apprentissage de la langue...). D'autres thématiques peuvent être abordées comme celles en lien avec le système de santé et de protection sociale. Cette publication régulière peut être l'opportunité de coopération entre les ONG et les autorités du pays d'accueil et du pays d'origine. Le but final étant l'amélioration des conditions d'intégration des immigrés et leur réussite. Ladite publication peut être menée par une institution universitaire en partenariat avec le HCP et/ou le MdCMRE.

Recommandations complémentaires :

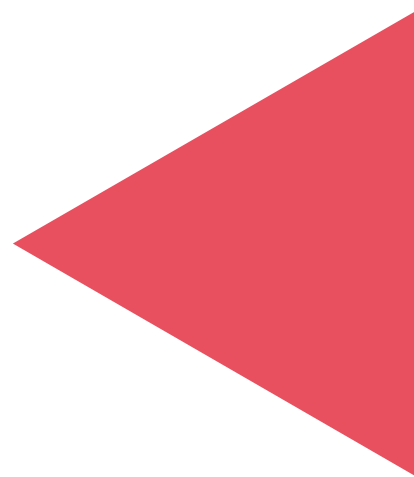
Pour être le plus exhaustif possible, nous proposons ci-après un certain nombre de mesures susceptibles d'améliorer les conditions de vie des Marocains.

- ▶ **Elargir l'accès aux services consulaires** et leur utilisation dans les pays de résidence, en investissant notamment dans l'infrastructure et le personnel pour faire augmenter l'offre et la demande de services (formations linguistiques, informations pratiques...).
- ▶ Veiller à ce que les immigrés et, en particulier ceux les moins éduqués, soient **informés des lois et réglementations nationales ainsi que de leurs droits en matière de travail, santé et logement**.
- ▶ Promouvoir **l'application effective des accords entre le Maroc et les pays d'accueil**, y compris ceux relatifs à la santé, aux conditions de travail des travailleurs temporaires et à la sécurité sociale.
- ▶ Renforcer les **processus d'autonomisation et d'organisation des acteurs locaux** dans les pays d'accueil.
- ▶ Développer des **partenariats entre autorités marocaines et autorités locales des pays de destination** des Marocains dans le but de promouvoir l'accès au travail ou à la certification des qualifications. Des sessions des langues et des meurs des pays hôte paraissent indispensables pour accélérer l'intégration des nouveaux arrivants. Les associations et les réseaux diasporiques peuvent aider à réaliser cet objectif.
- ▶ Il serait également intéressant **d'explorer et d'évaluer la façon dont les Marocains sont impliqués ou pas dans ces initiatives d'accompagnement**.
- ▶ Réaliser des **travaux de recherche** (à l'échelle nationale et locale) **sur les tendances en matière de santé**.

Bibliographie

- ▶ Allin S., Grignon M. and J. Le Grand. 2010. "Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada: What are the Equity Implications?", *Social Science and Medicine*, 70: 465-472
- ▶ Erika Athari, Yaël Brinbaum, Jérôme Lê (2019). Emploi, chômage, revenus du travail - Le rôle des origines dans la persistance des inégalités d'emploi et de salaire. Insee Références
- ▶ Berchet Caroline, Jusot Florence, « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France [1]. Une analyse selon le genre et l'origine », *Revue économique*, 2010/6 (Vol. 61), p. 1075-1098. DOI : 10.3917/reco.616.1075. URL : <https://www.cairn.info/revue-economique-2010-6-page-1075.htm>
- ▶ Bouoiyour J. et Lahlou M., (2021). (Sous la direction), « Mobilisation des compétences marocaines à l'étranger, un état des lieux », International Centre for Migration Policy Development (ICMPD) Vienne.
- ▶ Brinbaum, Y., Primon, J.-L., and Meurs, D. (2016). Situation sur le marché du travail: Statuts d'activité, accès à l'emploi et discrimination. In: Beauchemin, C., Hamel, C., and Simon, P. (eds.). *Trajectoires et origines: Enquête sur la diversité des populations en France*. Paris: INED: 203-232.
- ▶ Blumenshine P., Reingold A., Egerter S., Mockenhaupt R., Braveman P., Marks J. (2008) Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective,
- ▶ Bollini P, Siem H. (1995), "No real progress towards equity : health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", *Social Science and Medicine*, 41, 6 : 819-28.
- ▶ Roxane Boulogne Eric Jougla Yves Breem Anton E. Kunst Grégoire Rey Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004-2007), *Social Science & Medicine*.
- ▶ Calafat G. et Goldblum S., (2012), "Diaspora(s): liens, historicité, échelles", *Tracés, Revue des Sciences Humaines*.
- ▶ Deboosere P et Gadeyne S 2005. Adult Migrant Mortality Advantage in Belgium: Evidence using Census and Register Data. *Population* 60 (5-6): 655-98.
- ▶ Diurni, Amalia. « Les systèmes de santé en Italie et en Espagne », *Les Tribunes de la santé*, vol. 51, no. 2, 2016, pp. 23-36
- ▶ Dourgnon, P., Jusot, F., Sermet, C., & Silva, J. (2009). Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'économie de la santé* n° 146 - Septembre 2009
- ▶ Dourgnon, P, Jusot, F et Fantin, R (2012). « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique/Public economics*, 28-29, 123-147.
- ▶ DREES (2020). Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge. Les dépenses de santé en 2019 > édition 2020
- ▶ Moquet Marie-José (2008). Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La santé de l'homme* 2008; 397 : pp. 17-19

- ▶ Folland S. [2007], « Does “community social capital” contribute to population health? », *Social Science and Medicine*, 64 (11), p. 2342-2354.
- ▶ Christiane Falge, Carlo Ruzza (2012). *Migrants and Health: Political and Institutional Responses to Cultural Diversity in Health Systems* (Routledge Global Health Series)
- ▶ Fosse, S., and A. Fagot-Campagna (2012), 'Prévalence du diabète, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France métropolitaine', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 17 janvier 2012 (2-3- 4): 35-36.
- ▶ Ikram, U.Z., Mackenbach, J.P., Harding, S. et al. All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. *Eur J Epidemiol* 31, 655–665 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0083-9> INSEE 2020. Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire: un bilan du premier confinement. France, portrait social, édition 2020 - Insee Références
- ▶ Guillot, Khlal, Wallace (2019). Adult mortality among second-generation immigrants in France: Results from a nationally representative record linkage study. *Demographic Research: Volume 40, Article 54*
- ▶ OCDE. Perspectives des migrations internationales 2020
- ▶ OCDE. 2017. « Les talents à l'étranger: une revue des émigrés marocains ». Paris: OCDE
- ▶ OMS (2018). Country cooperation strategy at a glance. Morocco. GHO | Key Country Indicators | Complete data set - Data from 2004 to 2017 (who.int)
- ▶ Santé publique France (2011). Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennales santé 2002- 2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. 1er novembre 2011. URL : <https://urlz.fr/ cScy>
- ▶ Scott, A.P. and Timæus, I.M. (2013). Mortality differentials 1991–2005 by self-reported ethnicity: Findings from the ONS Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67(9): 743–750. doi:10.1136/jech-2012- 202265.
- ▶ Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I, Agyemang CO, Harding S, Juel K, Rafnsson SB, Regidor E, Rey G, Rosato M, Mackenbach JP, Kunst AE. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *European Journal of Epidemiology* 2012; 27(2):109- 17
- ▶ Vandenheede, H., Deboosere, P. Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin. *Arch Public Health* 67, 62 (2009). <https://doi.org/10.1186/0778-7367-67-2-62>



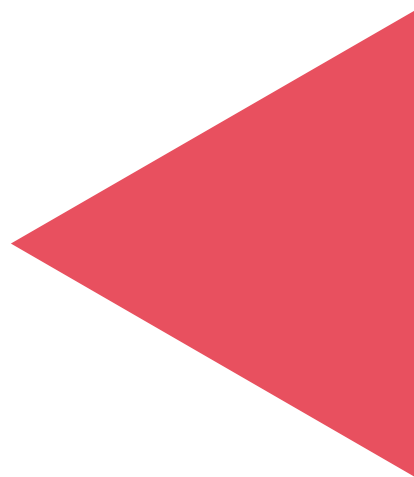
ANNEXE A



Tableau A.1. Définition, disponibilité par pays et source des variables

Libellé	Définition	France	Espagne	Italie	Belgique	Allemagne	Source
Score 1	Part de la population âgées de 65ans et plus	x	x	x	x	x	Instituts nationaux de statistique
Score 2	Nombre de médecins par 100 000 habitants	x	x	x	x	x	
Score 3	► Nombre de lits dans les hôpitaux ► Ou part des personnes atteintes de maladies chroniques par 1000 habitants	x	x	x	x	x	
Score 4	Poids du secteur du tourisme mesuré par le nombre de nuits dans les hôtels par 1000 habitants et autres formes d'hébergement en 2019 ou le nombre de chambres dans les hôtels	x	x	x	x	x	Instituts nationaux de statistique
Score 5	Taux de chômage en 2019	x	x	x	x	x	
Score 6	Densité de population mesurée par le nombre de personnes par m2	x	x	x	x	x	Eurostat
Score 7	Indicateur d'exposition des actifs: les actifs doivent se déplacer pour travailler (pas de télétravail compatible avec leur travail) malgré le confinement du printemps 2020	x	x	x	x	x	Google Maps
Score 8	Indicateur mesurant la fréquentation des lieux publics comme les parcs durant le premier confinement	x	x	x	x	x	Google Maps
Score 9	PIB par habitant en 2019	x	x	x	x	x	Eurostat
Score 10	Taux de pauvreté en 2019	x	x	x	x	x	Eurostat
Score 11	Médiane du niveau de vie	x					INSEE
Score 12	Part des ménages fiscaux imposés	x					INSEE

Notes : Les instituts nationaux de statistique sont l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) pour la France, StatBel pour la Belgique, Instituto Nacional de Estadística pour l'Espagne, Instituto Nazionale di Statistica (ISTAT) pour l'Italie et Federal Statistical Office pour l'Allemagne.



ANNEXE B

L'ACP, tous les
départements en
excluant Paris



On va suivre la même démarche que précédemment, à savoir on commence par examiner les corrélations entre les variables choisies dans notre étude en même temps que les dimensions trouvées. La Figure B1, nous fournit les premiers éléments d'analyse et confirme là aussi l'existence de corrélations assez importantes.

Figure B1. Corrélations et dimensions, cas de la France (Plus la boule est grande et foncée, plus importante est la corrélation)

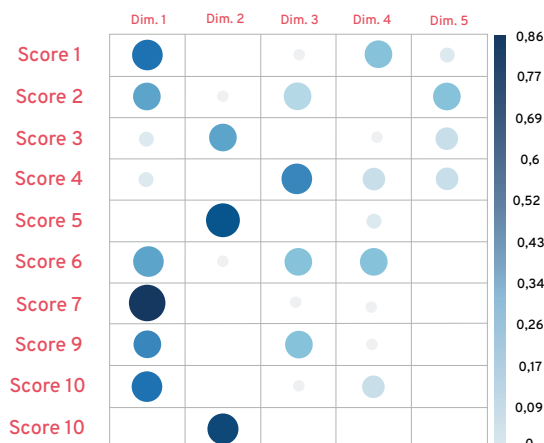
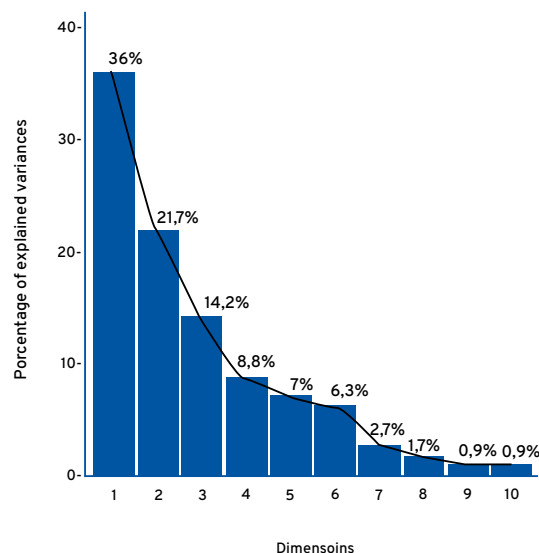


Figure B2. Pourcentage d'explication de la variance



La Figure B2 nous indique que la première dimension explique 36% (contre 43% précédemment) de l'inertie, la deuxième 22% (contre 21%) la troisième 14% (contre 12%) et la quatrième 9% (contre 8%), de sorte que leur somme nous fournit 81% de l'explication de la variance. Nous remarquons qu'il existe des différences entre les deux estimations (avec et sans Paris), mais elles ne sont pas flagrantes. De sorte que le résultat global ne change que marginalement, comme on va le voir dans ce qui suit.

Nous prenons la décision de ne considérer que les trois premières dimensions (72% de la variance), la quatrième n'amène pas de résultat pertinent.

Dans la Figure B1, les plus fortes corrélations (en valeur absolue) dans la dimension 1 sont dans l'ordre le score 07 - mobilité due au travail ($\text{corr}=0,92$) -, suivi des score 10 - PIB ($\text{corr}=0,83$) - et score 09 - mobilité due aux visites des parcs ($\text{corr}=0,78$) -, et ainsi de suite. Cette première dimension oppose les personnes les plus fragiles économiquement (celles qui continuent à travailler malgré le confinement ou celles qui ne respectent pas les gestes barrières) ou physiquement (les personnes âgées), à celles qui habitent dans des entités géographiques dynamiques (riches, denses et qui se caractérisent par la présence d'un nombre important de médecins).

On peut remarquer dans le Tableau B1 que la première dimension oppose des entités géographiques différentes. Les premières sont caractérisées par une fragilité importante (départements en rouge). Autrement dit, il s'agit de ceux dont les habitants sont dans l'obligation de travailler (ils ne peuvent pas, par exemple, recourir au télétravail) ou ceux qui continuent de fréquenter les lieux publics pendant le confinement ou encore les personnes vulnérables à cause de leur âge avancé.

Il est intéressant de comparer les résultats de ce tableau à ceux du tableau 9 du chapitre 4 qui comprennent le département de Paris. Si au niveau de l'intensité des corrélations, de l'ordre des scores ainsi que le sens des relations on remarque des changements (on remarque aussi le score 04 relatif à la présence d'une infrastructure hôtelière importante qui paraît quand on ajoute Paris, ce qui est tout à fait logique), les conclusions demeurent cependant les mêmes. Autrement dit, cette première dimension oppose les plus faibles (personnes âgées et ouvriers) aux plus riches (cadres vivant dans des territoires dynamiques denses et pourvus d'un nombre important de médecins).

Tableau B1. Corrélations (Dim 1 et Dim 2)

Dimension 1	Corrélation	P-value	Dimension 2	Corrélation	P-value
Score 7	0,92643	0,0000	Score 11	0,91216	0,0000
Score 9	0,77957	0,0000	Score 5	0,88044	0,0000
Score 1	0,72104	0,0000	Score 3	0,66389	0,0000
Score 3	0,23380	0,0226	Score 2	0,24608	0,0162
Score 4	-0,31898	0,0016			
Score 2	-0,55923	0,0000			
Score 6	-0,65934	0,0000			
Score 10	-0,83175	0,0000			

Considérons maintenant la dimension 2, on s'aperçoit qu'elle regroupe, comme dans le Tableau 9, les zones les plus en difficulté économiquement (pauvreté, chômage) et sanitaire (niveau de la santé). Ces trois éléments sont d'ailleurs corrélés entre eux.

Le cercle des corrélations (Figure B3) illustre la projection orthogonale des vecteurs sur la dimension 1. Il montre l'existence de corrélations fortes et positives avec les indicateurs de la fragilité, à savoir la mobilité due au travail (score 07), la mobilité liée à la fréquentation des parcs (score 09) et la présence de personnes âgées (score 01). La même Figure illustre aussi la présence de corrélations négatives (moins fortes que les premières) avec les scores liés à la richesse ; il s'agit d'entités dynamiques (score 10), denses (score 06) et avec un nombre de médecins important.

Sur cette première dimension, on trouve les départements dont les coordonnées les plus élevées sont les plus fragiles (Figure B4). Il s'agit de la Dordogne (24), de l'Orne (61), de l'Ardèche (07), des Vosges (88), de la Haute Loire (43), de Saône et Loire (71) ... On retrouve suffisamment de départements qu'on a déjà remarqués dans la section comprenant tous les départements y compris Paris. A l'opposé, on récupère les départements les plus dynamiques ; à savoir les Hauts-de-Seine (92), le Val-de-Marne (94), le Rhône (69), Haute-Garonne (31). Là aussi certains départements trouvés précédemment se retrouvent ici.

En conclusion, l'inclusion de Paris (ou non) ne remet pas en cause nos résultats, à savoir l'existence d'une dichotomie, somme tout classique, opposant des territoires dynamiques, denses et pourvus d'infrastructures importantes (hôtels, médecins) et des zones peu dynamiques démographiquement de la France périphériques. La présence de Paris dans l'analyse appuie tout de même sur les traits de la fracture entre ces deux France (des corrélations plus grandes).

Figure B3. Graphique de corrélations (Scores))

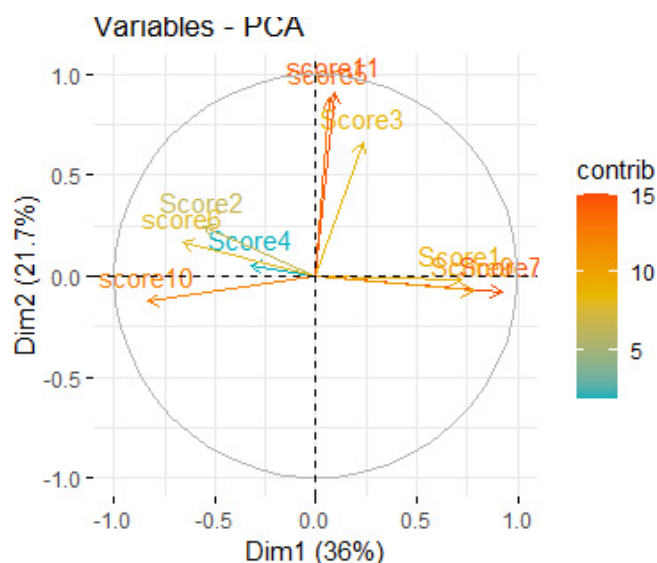
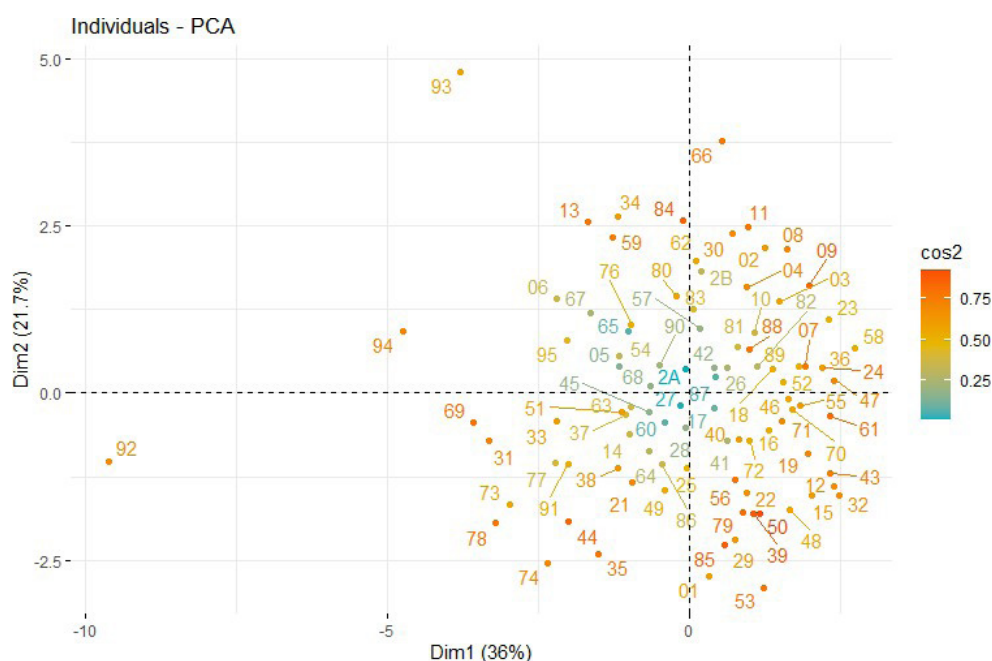
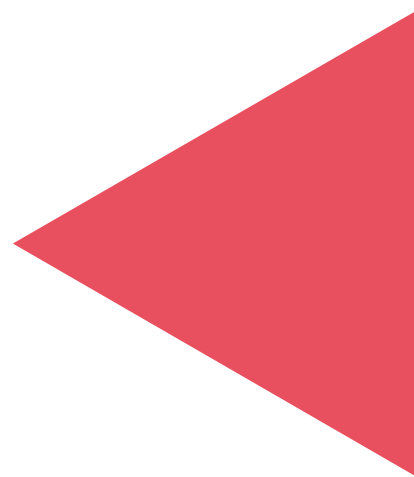


Figure B4. Graphique de corrélations (Départements)



En reprenant le même exercice pour la dimension 2, on retrouve les résultats précédents (Figure B3), à savoir les scores 11 (les personnes les plus pauvres), suivi du score 5 (celles qui sont au chômage) et enfin le score 3 (celles qui ont un taux de morbidité important). Ceci correspond (Figure B4), dans l'ordre, aux départements 13 (Bouches-du-Rhône), 84 (Vaucluse), 59 (Nord), 11 (Aude), 30 (Gard), 93 (Seine-Saint-Denis), 66 (Pyrénées-Orientales) ... Ces résultats vont dans le même sens que ceux avec la prise en considération de Paris dans nos estimations à quelques exceptions près.

La dimension 4 n'apporte pas du nouveau aux résultats déjà trouvés et ne remettent pas non plus en cause les conclusions précédentes. Elle oppose les départements touristiques avec une présence importante de médecins aux départements denses et avec une mobilité parcs relativement importante.

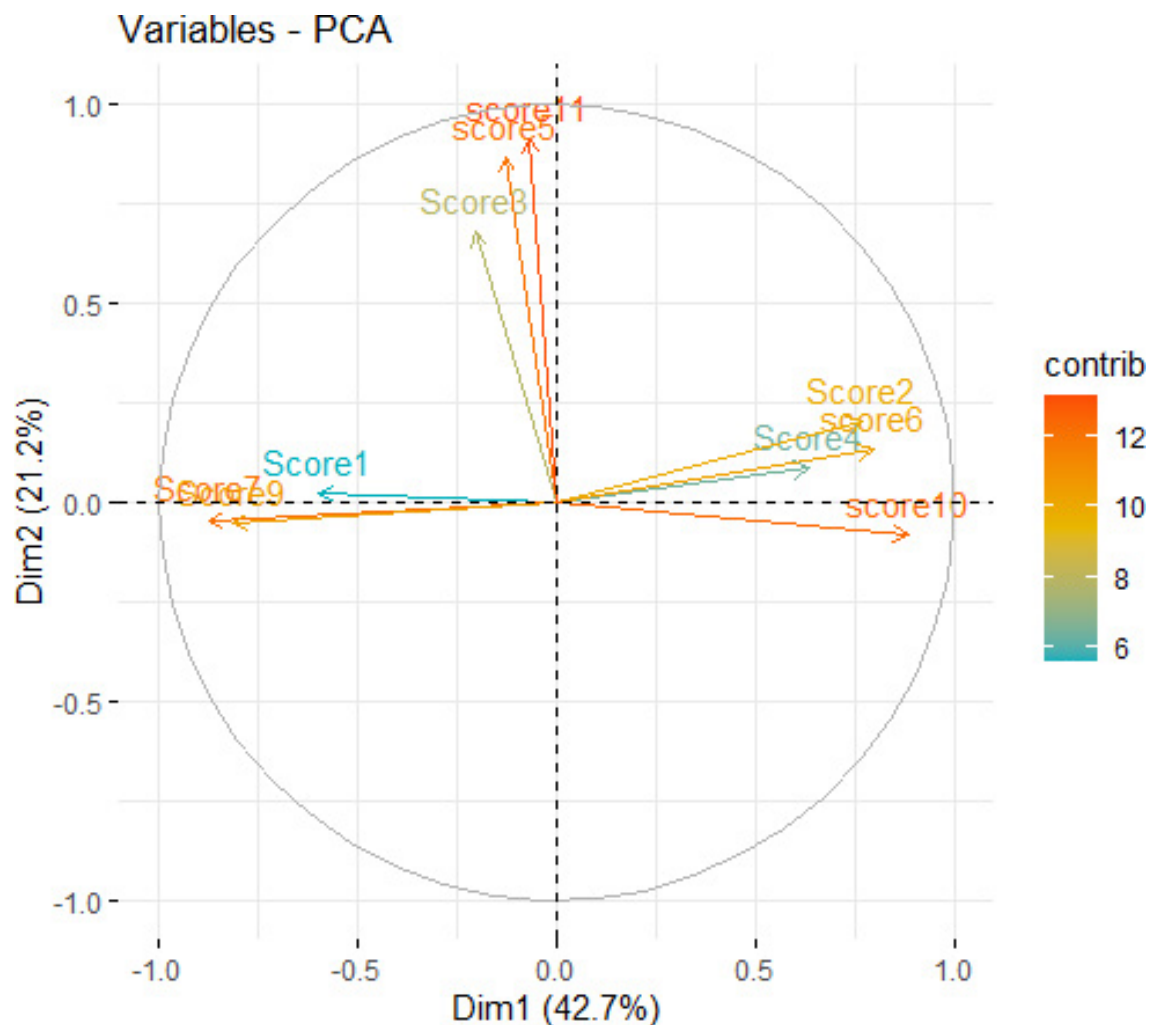


ANNEXE C

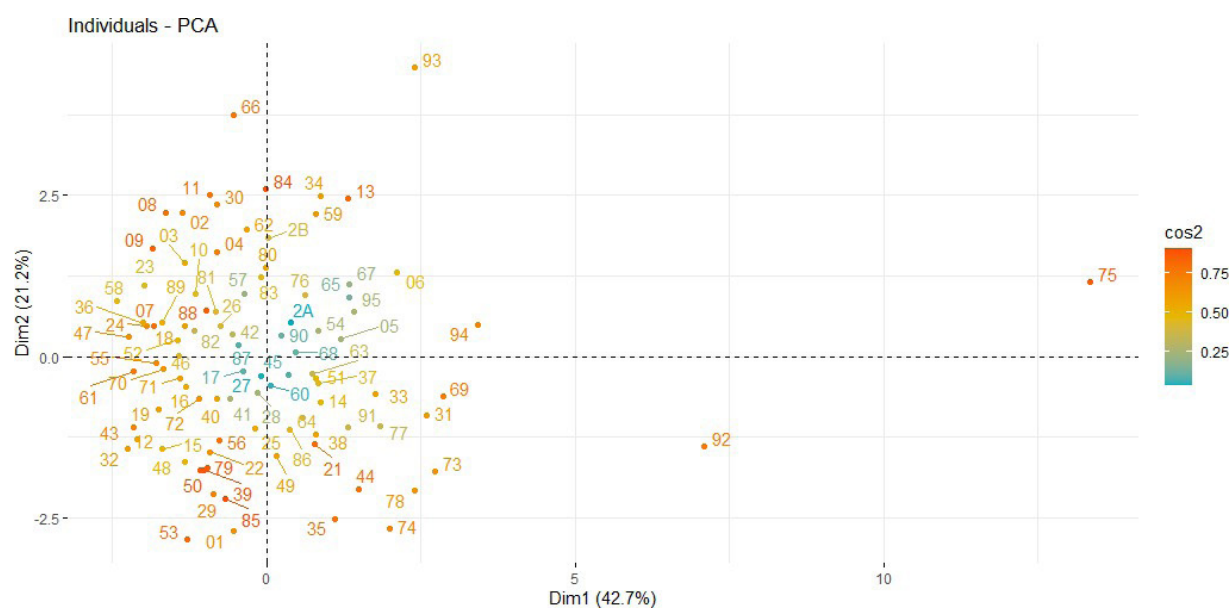
Graphiques de corrélations



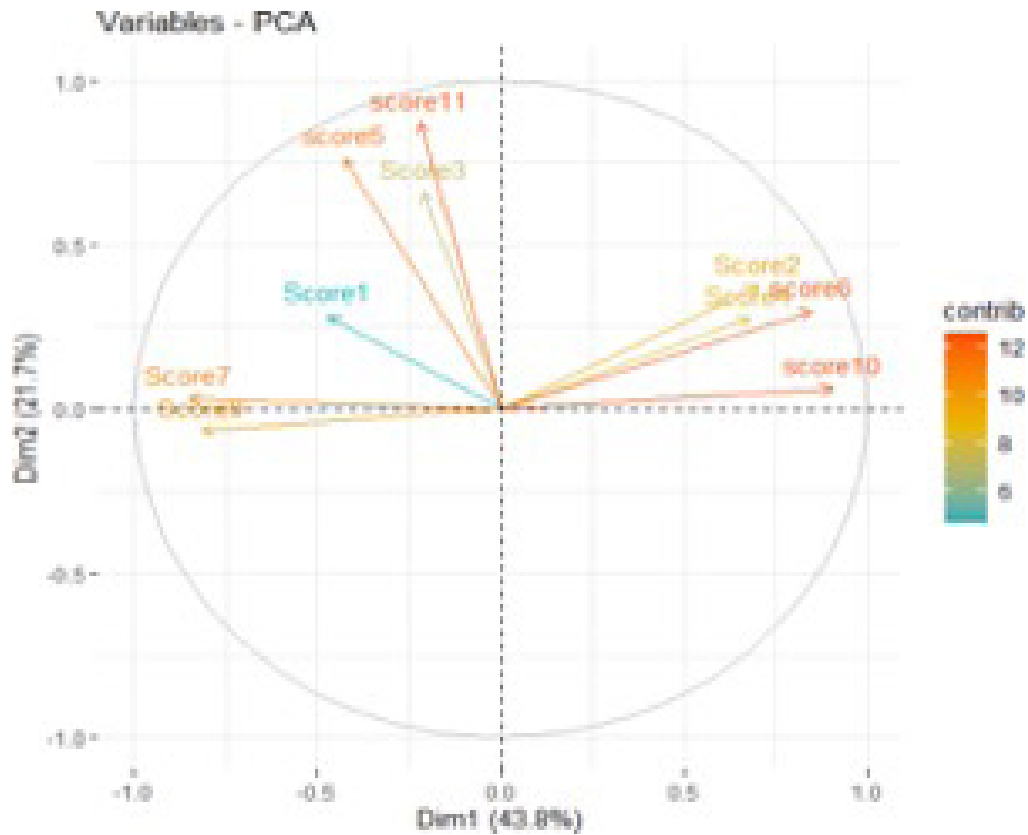
C1. Graphique de corrélations entre les scores et les dimensions 1 et 2, France



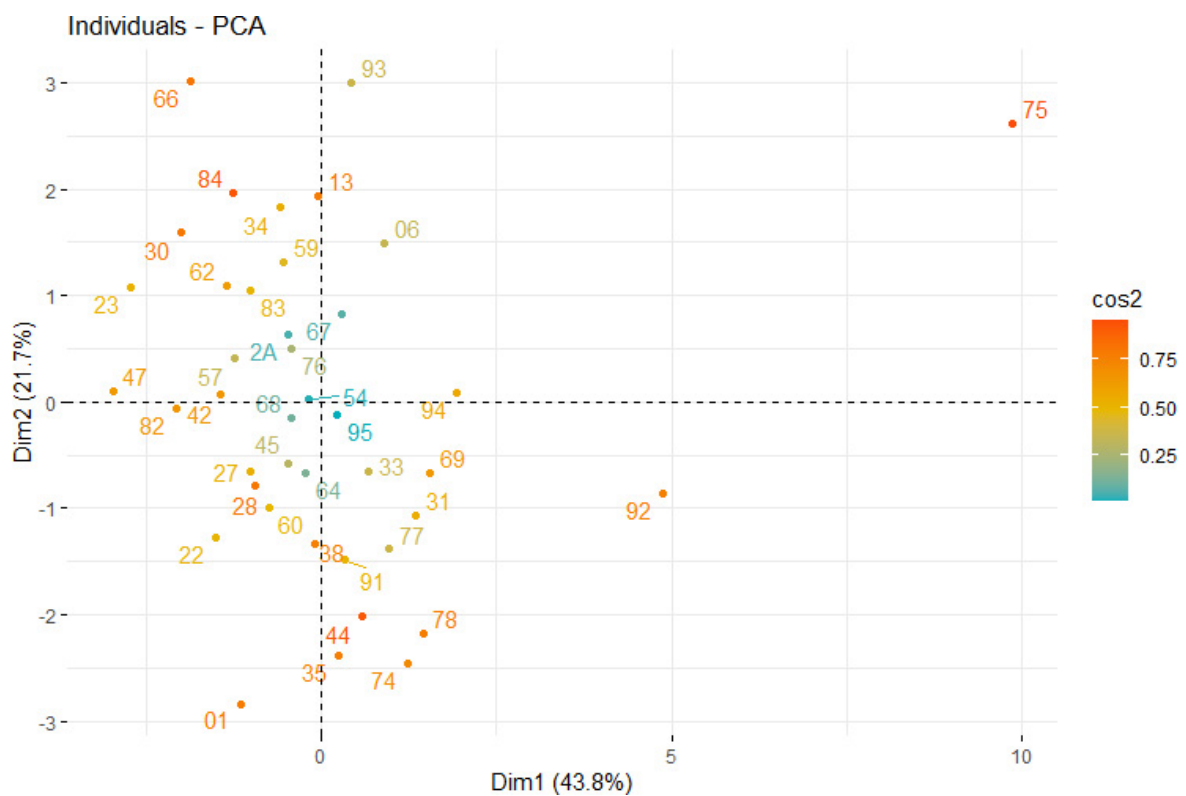
C2. Graphique de corrélations (Départements), France



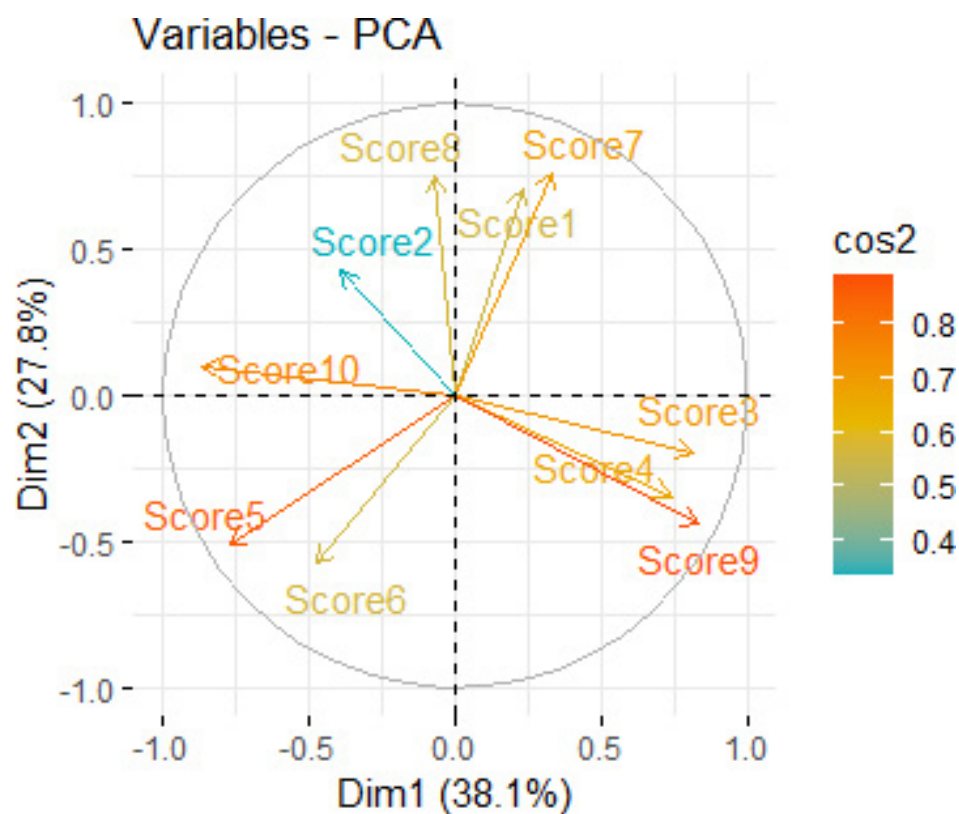
C3. Graphique de corrélations (Scores), France



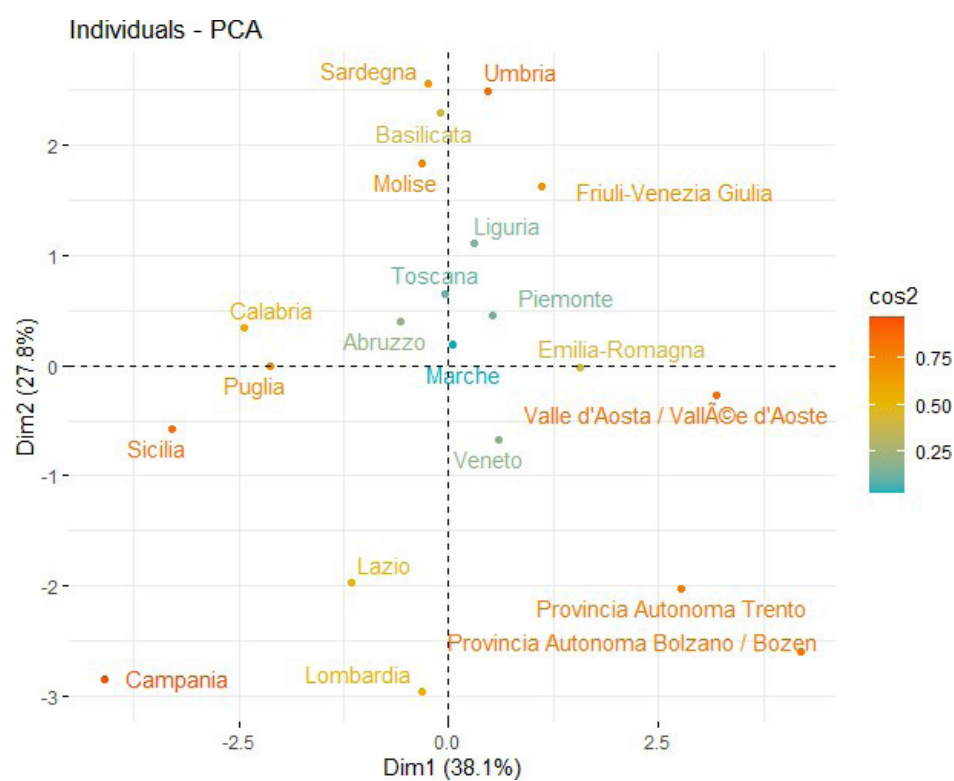
C4. Graphique de corrélations (Départements), France



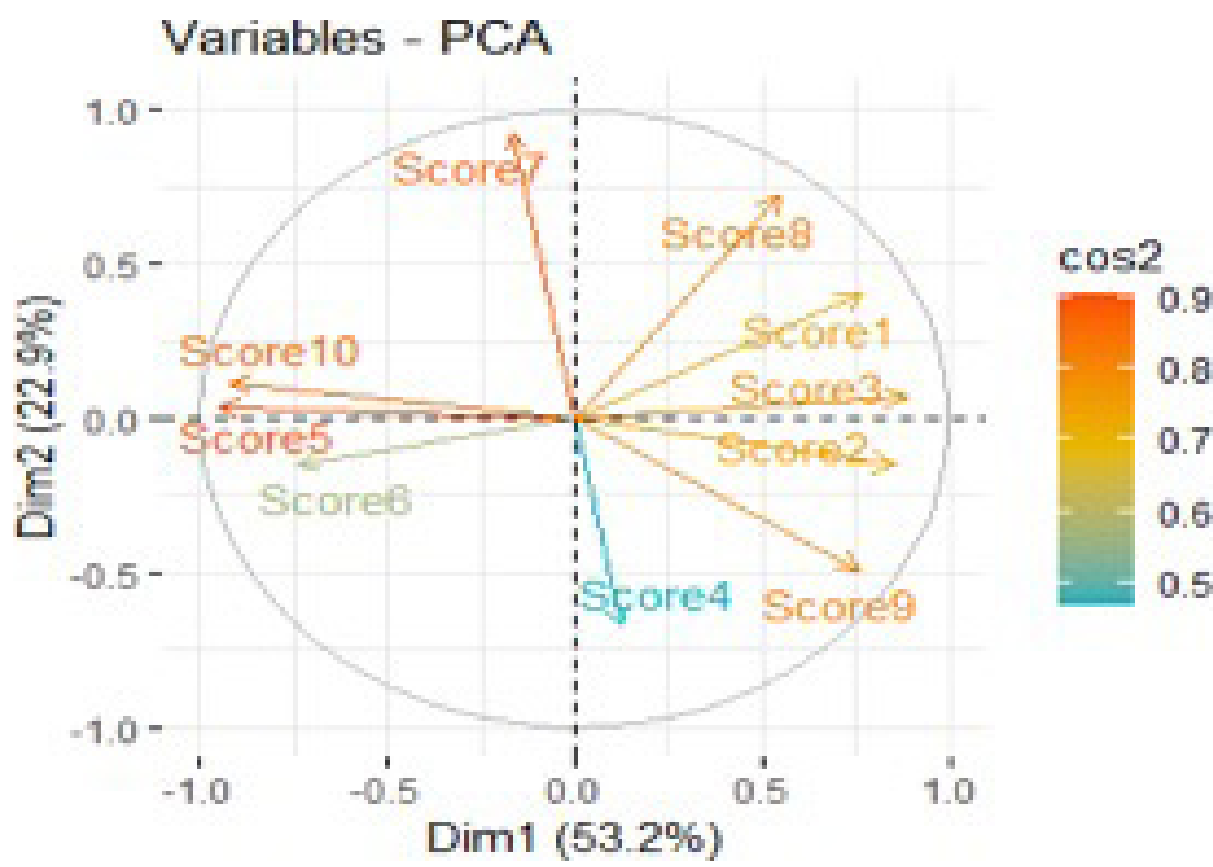
C5. Graphique de corrélations (Scores), Italie



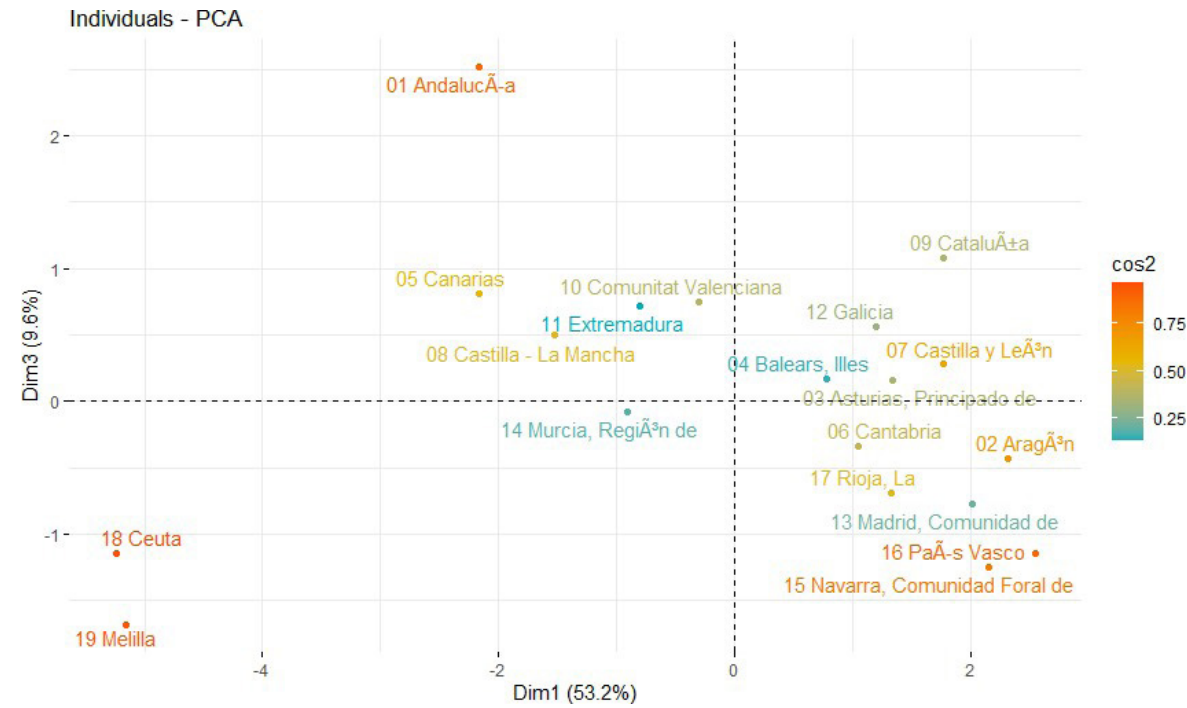
C6. Graphique de corrélations (Régions), Italie



C7. Graphique de corrélations (Scores), Espagne

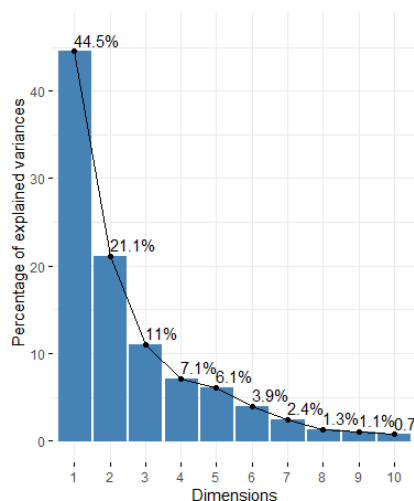


C8. Graphique de corrélations (Régions), Espagne

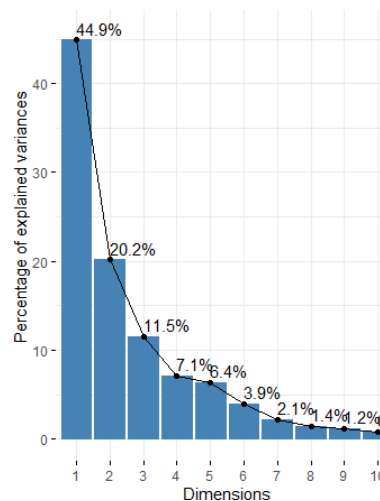


C9. Pourcentage d'explication, corrélation, incluant les Scores 12 et 13

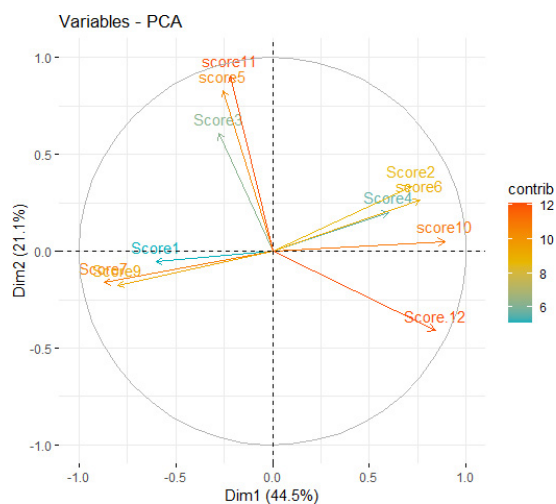
Pourcentage d'explication incluant le Score 12



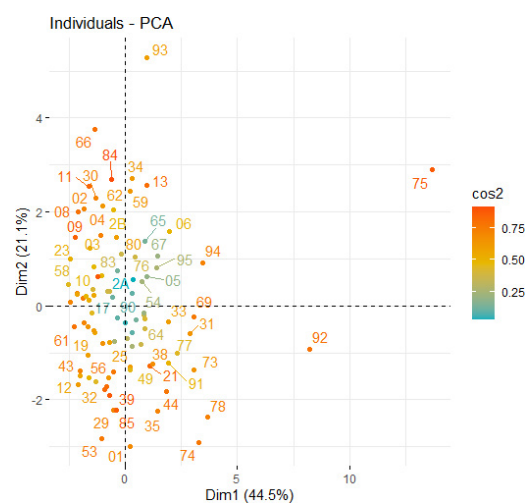
Pourcentage d'explication incluant Score 13



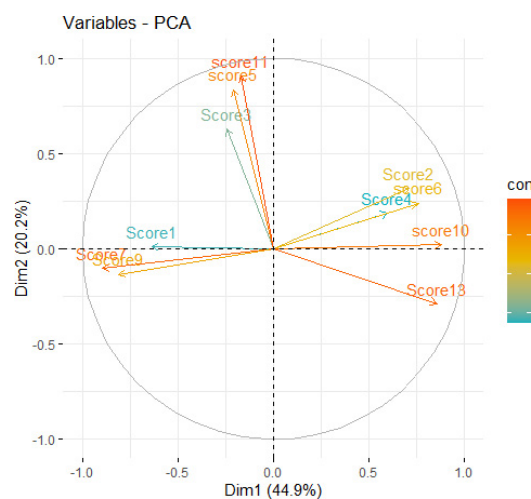
Corrélations des Scores incluant Score 12



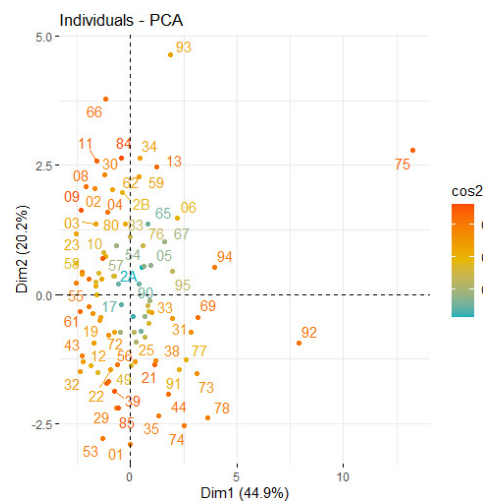
Corrélations des départements incluant Score 12



Corrélations des scores incluant Score 13



Corrélations des départements incluant Score 13





www.ilo.org



Ce programme est financé par
l'Union européenne



Organisation
internationale
du Travail



THAMM

● Towards a Holistic Approach to Labour Migration Governance and Labour Mobility in North Africa