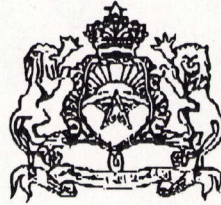


*Mission Permanente  
du Royaume du Maroc  
Genève*



البعثة الدائمة  
للمملكة المغربية  
جنيف

2476 MM

La Mission permanente du Royaume du Maroc auprès de l'Office des Nations Unies à Genève et des autres Organisations Internationales en Suisse présente ses compliments au Bureau du Haut Commissariat aux Droits de l'Homme, et en référence à sa correspondance n°RRDD/HRESI/Section Droits de l'Enfants, du 18 juin 2012, a l'honneur de lui faire parvenir, ci-joint, **les éléments de réponse du Royaume du Maroc sur la question du « droit à la santé des enfants »**, conformément à la résolution 19/37 du Conseil des Droits de l'Homme.

La Mission permanente du Royaume du Maroc auprès de l'Office des Nations Unies à Genève et des autres Organisations Internationales en Suisse saisit cette occasion pour renouveler au Bureau du Haut Commissariat aux Droits de l'Homme l'assurance de sa plus haute considération.



Genève, le 4 octobre 2012

**Bureau du Haut Commissariat aux  
Droits de l'Homme  
Palais des Nations, CH-1211 Genève 10.**

OHCHR REGISTRY

04 OCT 2012

Recipients: I. Guerras-D.

.....  
.....  
.....

**Royaume du Maroc**  
**Le Chef du Gouvernement**  
**Délégation Interministérielle aux Droits de l'Homme**

**Mise en œuvre de la résolution 19/37 du Conseil des Droits de l'Homme**  
**concernant les droits de l'enfant**  
**Le droit à la santé de l'enfant au Maroc**

**I- Cadre juridique régissant le droit de l'enfant à la santé :**

Le droit à la santé est un droit interdépendant et indissociable des autres droits économiques, sociaux, et culturels, notamment la nutrition, le logement, l'éducation, l'eau et l'assainissement et le travail.

• **La constitution :**

La Constitution marocaine adoptée le 1er juillet 2011 a accordé une attention particulière à la protection et la promotion des droits de l'enfant. Aussi, son article 32 réitère l'engagement de l'Etat à assurer « une égale protection juridique et une égale considération sociale et morale à tous les enfants, abstraction faite de leur situation familiale..... l'enseignement fondamental est un droit de l'enfant et une obligation de la famille et de l'Etat». L'article prévoit aussi la création d'un Conseil consultatif de la famille et de l'enfance (article 32).

L'article 20 de la Constitution édicte que le droit à la vie est le droit premier de tout être humain. Ce droit, tel que stipulé par la constitution, correspond à la lutte contre la mortalité infantile-juvénile, le droit à des soins médicaux, la lutte contre la maladie, le rétablissement de la santé, la fourniture d'eau potable et d'aliments sains et nutritif. Dans le même sens, l'article 31 souligne que l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits notamment :

- **Aux soins de santé ;**
- A la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat ;
- A une éducation moderne, accessible et de qualité ;
- A un logement décent ;
- A l'accès à l'eau et à un environnement sain ;
- Au développement durable.

• **Le code pénal:**

Le Gouvernement marocain déploie des efforts importants en matière de protection de l'enfance en général, et la lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants en particulier.

Sur le plan législatif, le Maroc a harmonisé sa législation avec les dispositions des conventions internationales régissant les droits de l'enfant et notamment le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants (Code pénal, Code de procédure pénale, Code du travail, Code de la famille, Code de la presse et de l'édition, loi relative aux conditions d'ouverture et de gestion des Etablissements de Protection Sociale).

En vertu du Code pénal, quiconque qui expose ou délaisse en un lieu solitaire, un enfant de moins de quinze ans ou un incapable, hors d'état de se protéger lui-même à raison de son état physique ou mental,

sa charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature.

Sont considérés comme membres de la famille à charge

- le (s) conjoint (s) de l'assuré;
- les enfants à la charge de l'assuré, âgés de 21 ans au plus;
- les enfants pris en charge conformément à la législation en vigueur

Aussi, l'article 6 du code mentionne que les enfants sont déclarés à l'organisme assureur du père lorsque les parents sont l'un et l'autre assurés en vertu des dispositions de la présente loi. Si la garde des enfants est confiée à une personne autre que la mère ou le père, les enfants conservent le bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire de base de l'un des parents assurés.

#### • Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) :

Le RAMED est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, concrétise les principes de l'égalité, de l'équité et de la solidarité dans l'accès aux soins des citoyens et renforce, en vertu de son article 116, le bénéfice de prestations du régime d'assistance médicale au profit de :

- des personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales;

- leur (s) conjoint (s) ;

- leurs enfants à charge, non salariés, âgés de 21 ans au plus et non couverts par une assurance maladie obligatoire de base. Cette limite d'âge peut être prorogée jusqu'à 26 ans en cas de poursuite des études dûment justifiée;

- leurs enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et permanente de se livrer à une activité rémunérée par suite d'incapacité physique ou mentale.

Dans le même sens, les enfants qui vivent sous le même toit que les personnes bénéficiaires citées ci-dessus, et qui se trouvent à leur charge effective, totale et permanente, sont, à condition d'en apporter la preuve, admis au bénéfice des prestations garanties au titre de l'assistance médicale (Art. 117).

#### • Le Code du travail :

Le code de travail renforce la protection des enfants à travers :

- La fixation de l'âge minimum du travail des enfants à 15 ans révolus (article 143).
- La réalisation d'un examen médical par l'inspection du travail afin de vérifier si le travail dont le mineur est chargé n'excède pas ses capacités ou ne convient pas à leur handicap (article 144).
- L'interdiction de confier, aux mineurs de moins de 18 ans, des travaux comportant des risques sur leur vie, leur santé ou leur moralité (exercices d'acrobaties de contorsion) (article 147).
- Le relèvement des amendes en cas de violation des législations régissant le travail des enfants (article 150).

D'autre part, en application de l'art 181 du Code de travail, et conformément aux directives contenues dans qui complète la Convention de l'OIT n°182 et sa Recommandation n°190 sur les pires formes du travail des enfants, le Gouvernement a révisé la liste des travaux dangereux portant atteinte à la santé et à la sécurité de l'enfant en situation de travail. Ainsi, une nouvelle liste comportant 33 types de travaux dangereux interdits aux enfants travailleurs âgés entre 15 et 18 ans (Décret n° 2.10.183 du 16 novembre 2010) a été adoptée. Cette liste a été publiée au B.O n° 5899 en langue arabe et en langue française au B.O n° 5906.

• La loi n° 16-98 relative au don, prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains prévoit, dans son article 11, qu'aucun prélèvement en vue d'une transplantation ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure.

est, pour ce seul fait, puni de l'emprisonnement d'un à trois ans. S'il est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie ou incapacité de plus de vingt jours, la peine est l'emprisonnement de deux à cinq ans (art. 459 et 461). Dans le même sens, toute personne qui excite, favorise ou facilite la débauche ou la prostitution des mineurs est punie d'emprisonnement de deux à dix ans et d'amende de 20.000 à 200.000 dirhams (Art. 497).

En outre, le proxénétisme sur mineur est puni d'emprisonnement de même durée, avec une amende plus lourde : 10.000 à 2.000.000 dirhams (Art. 498 et 499). Ces peines sont aggravées lorsqu'elles sont commises par des bandes criminelles (art. 499-1) ou ayant recours à la violence ou à la torture (art. 499-2). Ces peines s'appliquent même lorsque l'infraction a été accomplie hors du Royaume (Art. 500). Lorsque ces actes sont commis par une association de malfaiteurs, les peines passent à la réclusion de dix à vingt ans et l'amende de 100.000 à 3.000.000 dirhams (Art 499-1). La réclusion devient perpétuelle si les infractions sont commises par la torture ou la barbarie (Art. 499-2).

Par ailleurs L'article 501-1 du Code Pénal condamne les personnes morales coupables de débauche, de prostitution des mineurs ou de proxénétisme sur mineur. Il condamne également les personnes morales qui tiennent des établissements destinés à la débauche ou à la prostitution par sanction pécuniaire allant de 10.000 à 3.000.000 dirhams et des peines de réclusion.

D'autre part, Le Code pénal, consacre son article 503 – 2 à l'exploitation d'enfants de moins de dix-huit ans dans la pornographie

- **Le code la famille :**

Le Dahir n° 1-04-22 du 3 février 2004 portant promulgation de la loi n° 70-03 portant code de la famille notamment son article 54 stipule que le devoir d'assurer la protection des enfants et de veiller sur leur santé depuis la conception jusqu'à l'âge de majorité constitue l'un des devoirs des parents à l'égard de leurs enfants. Aussi, l'article 168 du code de la famille précise que les frais de logement de l'enfant soumis à la garde sont distincts de la pension alimentaire, de la rémunération due au titre de la garde et des autres frais. Le père doit assurer à ses enfants un logement ou s'acquitter du montant du loyer dudit logement. L'article 198 stipule que le père doit pourvoir à l'entretien de ses enfants jusqu'à leur majorité ou jusqu'à vingt-cinq ans révolus pour ceux qui poursuivent leurs études, et qu'il est tenu de continuer à assurer l'entretien de ses enfants handicapés et incapables de se procurer des ressources

- **La loi relative à la prise en charge des enfants abandonnés**

La loi relative à la prise en charge des enfants abandonnés promulguée par le Dahir n° 1-02-172 du 13 juin 2002 prévoit dans son article 2 que la Kafala est l'engagement de prendre en charge la protection, l'éducation et l'entretien d'un enfant abandonné au même titre que le ferait un père pour son enfant.

- **Dahir portant loi n° 1-72-184 du 27 juillet 1972 relatif au régime de la sécurité sociale**

L'article 15 dudit Dahir, où l'enfant est mentionné quoique de manière indirecte, prévoit l'affiliation à la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS): «A l'immatriculation de leurs salariés et apprentis à la CNSS ; tout employeur affilié est tenu d'inscrire sur la carte de travail et le bulletin de paye de son personnel assujetti à la CNSS, le numéro d'immatriculation donné au travailleur par la CNSS »

- **Dahir n° 1-02-296 du 3 octobre 2002 portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.**

Le code de la couverture médicale de base est le texte qui détermine les modalités d'application du principe du droit à la santé aux citoyens marocains. Ainsi, dans son article 5, le code de la couverture médicale, l'assurance maladie obligatoire de base couvre, outre la personne assujettie à l'obligation d'assurance maladie de base au titre du régime dont elle relève, les membres de sa famille qui sont à

- L'arrêté du Ministre de la Santé n°2519-05 du 5 septembre 2005 fixant les conditions et les épisodes de suivi médical de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites (grossesse normale et grossesse à risque).
- L'arrêté du ministre de la santé n°2563-05 du 5 septembre 2005 fixant les mesures nécessaires au suivi médical de l'enfant dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base.
- Circulaire ministérielle n° 2008-1040 relative à la prise en charge intégrée médicale, psychosociale et légale des femmes et enfants victimes de violences (créations des cellules au sein des hôpitaux publics ayant pour mission d'assurer l'accueil, la prise en charge médicale de qualité, le soutien et le suivi des femmes et enfants victimes de violences)
- Circulaire ministérielle n° 162 du 17 décembre 2010 relative à la gratuité des certificats médico-légaux pour les femmes et enfants violentés.
- Circulaire sur la gratuité des accouchements (normales ou césariennes).
- Le transport sanitaire gratuit même pour celles qui ne disposent pas d'une couverture médicale à titre personnel ou en tant qu'ayant droit.
- Le règlement intérieur des hôpitaux comporte un ensemble de dispositions régissant les conditions d'admission et d'accès aux soins notamment

✓ Les conditions et les modalités générales de l'admission des patients mineurs (Art. 48) : l'admission d'un patient mineur a lieu dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'admission ordinaire à la demande du père, de la mère, du représentant légal ou, le cas échéant, du représentant de l'établissement qui héberge l'enfant.

La mère d'un patient mineur, particulièrement, de moins de 5 ans ou son représentant légal de sexe féminin, peut être autorisée à rester auprès de l'enfant pendant le séjour de ce dernier à l'hôpital.

Toutefois, la maman qui allaite doit obligatoirement être retenue auprès de son enfant. Si le patient mineur n'est pas accompagné de l'une des personnes citées ci-dessus, l'hôpital lui prodigue les soins médicalement requis par son état de santé et informe le représentant légal.

✓ Admission de mineurs dans les services pour adultes (Art. 49) : En dehors des hôpitaux d'enfants, les mineurs de moins de 12 ans ne peuvent être admis dans les services pour adultes, sauf si leur cas relève d'une discipline ou d'une technique qui n'est pas pratiquée dans les unités de soins de pédiatrie ou de chirurgie pédiatrique.

Dans ces conditions, le directeur de l'hôpital doit prendre toutes les mesures adéquates pour les séparer des adultes dans un lieu protégé permettant le bon déroulement du traitement.

✓ Scolarisation des mineurs hospitalisés (Art. 50) : Lorsqu'au moins cinq enfants en âge de scolarisation sont hospitalisés pour une maladie de moyenne ou longue durée, l'hôpital peut demander à l'Académie régionale de l'éducation et de la formation de mettre à sa disposition des enseignants en vue de leur dispenser l'enseignement adapté à leur niveau.

Les enseignants doivent être tenus informés des problèmes de scolarisation des enfants provisoirement éloignés du milieu scolaire normal. Ils sont également informés de l'obligation du respect des prescriptions du présent règlement et des consignes médicales à prendre en considération.

Durant leur période de service à l'hôpital, les enseignants ont droit au bénéfice des mesures de protection juridique et de protection contre les risques, prévues aux articles 98 et 99 ci-dessous, en

conformité avec la législation et la réglementation en vigueur et en concertation avec leur administration d'origine.

Lorsqu'un enseignant manque à ses obligations professionnelles d'enseignement, ou qu'il agisse de façon gênant soit le déroulement du traitement, soit le fonctionnement du service, le médecin chef du département ou du service établi à ce sujet un rapport motivé, qu'il adresse au directeur de l'hôpital. Le directeur de l'hôpital doit demander des explications écrites à l'enseignant. Il peut également diligenter une enquête et adresser un rappel à l'ordre à l'enseignant, en cas de véracité des faits qui lui sont reprochés.

Le directeur peut, en outre et s'il le juge nécessaire, transmettre à l'académie régionale de l'éducation et de la formation, sous couvert du délégué du ministère de la santé à la préfecture ou la province concernée, l'original du dossier disciplinaire assorti de son avis. Le directeur doit conserver une copie du dossier disciplinaire.

✓ **Sortie pour fin de traitement (Art 73) :** La sortie des patients mineurs ne peut être effectuée qu'entre les mains du représentant légal ou de la personne qui a accompagné l'enfant lors de son admission ou de toute autre personne autorisée par les parents à cet effet, à la condition d'apporter les justifications nécessaires.

## **II- Stratégie et programmes d'action en matière de santé de l'enfant et défis rencontrés**

Selon les dernières données recueillies par l'enquête sur la population et la santé familiale 2003-2004, les taux de mortalité maternelle et infantile restent, malgré des avancées, relativement élevés par rapport à certains pays à niveau de développement similaire. Cela a poussé le Ministère de la Santé à revoir sa stratégie à travers l'élaboration et la mise en œuvre du « plan d'action santé 2008-2012 ».

Au niveau de la santé maternelle, grâce au Programme National de Planification Familiale instauré et mis en œuvre par le Ministère de la Santé, l'Indice Synthétique de Fécondité a atteint 2,19 par femme en 2010 avec une nette différence entre le milieu urbain (1,8) et le milieu rural (2,7) selon l'enquête nationale démographique. La prévalence contraceptive est passée de 42% en 1992 à 63% en 2004.

L'Enquête sur la Population et la Santé Familiale, effectuée en 2003-2004, a révélé aussi des progrès en matière de soins prénatals et d'accouchement en milieu surveillé. Ainsi, pour près des deux tiers des naissances, la mère a consulté, au moins une fois, un professionnel de santé et a accouché en milieu surveillé contre seulement la moitié des naissances en 1997. Des disparités persistent encore selon le milieu de résidence (85% en milieu urbain contre 48% en milieu rural pour les consultations prénatales et 40% pour l'assistance à l'accouchement) ainsi que par niveau d'instruction (94% des femmes ayant le niveau du secondaire ou plus, accouchent en milieu surveillé contre 49% qui sont sans instruction). Le taux de mortalité maternelle est passé de 227 décès pour 100 000 naissances vivantes dans la période de 1993-2003 à 112 pour l'année 2010(HCP, 2009/10).

Dans le domaine de la santé infantile, les programmes verticaux « monovalents » de santé ont permis de réaliser des progrès significatifs avec la réduction du taux de la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) de 138 à 47 puis à 36,3 pour mille naissances vivantes entre 1980 (date de mise en place des programmes) et 2004 (date de la dernière enquête sur la santé familiale) et 2010 (Enquête Nationale Démographique 2009-10). Ces programmes ont porté sur la vaccination et s'inscrivent dans le Programme National d'Immunisation, la Lutte contre les Maladies de Carence, la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et la Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës. Aussi, en 2006, grâce au Programme National d'Immunisation, 95% des enfants marocains ayant un an ont été vaccinés contre les six maladies principales évitables par la vaccination (Voir graphique 7 en Annexe 10).

Le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques a contribué à réduire sur toute la période concernée la mortalité parmi les enfants de moins de un an de 47 % et de 69 % dans la période juvénile

(de 12 mois à 59 mois) et à faire reculer au deuxième rang l'implication de ces maladies dans la mortalité des moins de 5 ans.

La diminution de la mortalité par malnutrition a, elle aussi, été significative, de 49% en période néonatale et de 75 % en période juvénile. Par ailleurs, grâce aux activités entreprises en matière de surveillance de la croissance et de lutte contre la malnutrition, le retard de croissance (symptôme de malnutrition chronique) a baissé chez les enfants de moins de cinq ans, entre 1997 et 2004, de 28% à 18% et la prévalence de l'insuffisance pondérale a été réduite de moitié passant de 20% à 10,2%. Des efforts doivent être encore déployés pour lutter contre la carence en micronutriments qui reste assez répandue : 22 % des enfants en âge scolaire (6 à 12 ans) présentent un goitre, l'anémie par carence en fer touche enceintes. La carence en Vitamine A est observée chez 41% des enfants de 6 mois à 6 ans. L'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois n'est pratiqué que dans 15% des cas (Enquête MICS-2006).

#### **1. Problèmes persistants, contraintes et défis liés au droit de l'enfant à la santé**

Le Ministère de la Santé (MS) a identifié diverses contraintes entravant l'atteinte des objectifs fixés en matière de réduction des taux de mortalité maternelle et infantile. Les insuffisances liées au système de santé constituent les deux tiers des cas identifiés et ce en plus des contraintes à caractère socio-économique, démographique et culturelle (pauvreté, analphabétisme, mauvaises conditions d'hygiène dans l'environnement de vie, ...). Aussi, quatre principaux obstacles ont pu être identifiés dans le Plan d'action 2008- 2012 du Ministère de la Santé quant à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Il s'agit: 1) des difficultés d'accès aux soins, 2) de la pénurie aiguë en matière de personnel de santé ; 3) de l'accès à des soins néonataux de qualité et ; 4) de la défaillance du pilotage du programme. (Détail en annexe 10 sur ces points et le Plan d'action santé 2008-2012).

#### **A. Problèmes liés à la santé de l'enfant**

##### **• Niveaux actuels de la mortalité infanto-juvénile**

Le taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) a connu une baisse considérable durant les trente dernières années mais reste encore élevé, avec un taux de 30,5‰, soit près de 19 mille décès par an, dans la majorité évitables. C'est encore plus vrai pour la mortalité infantile (moins de un an) avec un taux de 28,8‰ relativement élevé en comparaison avec les pays de la région EMRO à niveau de développement similaire. Ce taux dépasse de 1,8 fois celui de la Tunisie, 1,6 fois celui de la Jordanie et 1,3 fois celui de l'Egypte. Plus de 49 enfants marocains de moins d'un an décèdent chaque jour, faute de soins de qualité.

La mortalité infantile est fortement influencée par la mortalité néonatale qui intervient durant le premier mois de vie au moment où l'enfant est le plus fragile. En effet, avec 18,8 ‰ naissances vivantes, cette mortalité est très élevée au niveau national et représente 61 % des décès infanto-juvéniles et 65% des décès infantiles. La mortalité post-néonatale, quant à elle, est de 10 ‰. Ce tribut s'alourdit plus encore avec près de 700 femmes qui décèdent annuellement au moment où elles donnent la vie, soit une perte de 2 décès maternels par jour. En milieu rural, le risque est 2 fois supérieur au milieu urbain.

Ceci montre les efforts importants à entreprendre pour assurer la surveillance de la grossesse et l'assistance aux nouveau-nés lors de l'accouchement et en post-partum, et en général, pour réduire les écarts et corriger les inégalités qui persistent entre les milieux urbain et rural.

##### **• Structure actuelle de la morbidité infanto-juvénile**

La charge de morbidité globale est dominée par la morbidité maternelle et périnatale, les maladies transmissibles et l'émergence progressive des maladies chroniques non transmissibles.

La mortalité périnatale est fortement liée au déroulement de la grossesse et de l'accouchement et des soins en post partum. La souffrance fœtale représente 47,7% de l'ensemble des décès notés durant le

premier mois de la vie, suivie de la prématurité avec 42,4% et de l'hypotrophie avec 10,2%. L'ictère néonatal par incompatibilité fœto-maternelle est responsable de 3% des décès.

Les principales causes des décès des moins de 5 ans, quant à elles, sont représentées par les maladies infectieuses (50%), les causes périnatales (37%), les malformations (3%), la malnutrition (2%) qui est associée à 66% de l'ensemble des décès et autres maladies non transmissibles (1%). Parmi les décès en rapport avec des causes infectieuses, 35,8% sont en rapport avec les infections respiratoires aiguës, 33% avec les maladies diarrhéiques et 12,2% avec l'infection néonatale. La morbidité liée aux affections transmissibles, périnatales et maternelles, continue à représenter un poids important au niveau de la CMG avec 46,4% des Années de Vie perdues en raison d'un Décès Présumé (AVDP) et 33,4% des Années de Vie Corrigées du facteur Invalidité (AVCI). Pour la tranche d'âge des moins de cinq ans, le poids du nombre d'AVCI représente 37,9%.

## **B. Contraintes identifiées et nouvelle stratégie mise en place : Plan d'action santé 2008-2012**

### **Dépenses et infrastructure de base du secteur de la santé**

La dépense globale de santé a atteint environ 30,6 milliards de Dirhams en 2006. Elle a enregistré une évolution annuelle de 10,1% entre 2001 et 2006 contre 6,8% entre 1997/98 et 2001. Rapportée à la population, cette dernière, n'a évolué que de 8,6% entre 2006 et 2001.

Les dépenses des activités de Santé Maternelle et Infantile (SMI) s'élèvent à près de 818 millions de Dirhams dans cette dépense globale, soit 14% des dépenses totales du Ministère de la santé (y compris CHU) Ces dépenses représentent 27 Dirhams par habitant et 69 Dirhams par personne cible (femmes en âge de procréer et enfants de moins de cinq ans).

Depuis 1997/98, la configuration du financement du système de santé au Maroc n'a pas connu un grand changement. En 2006, la part de la dépense totale de santé financée par les ménages est toujours prépondérante alors que le financement collectif (fiscal et contributif) ne dépasse guère 39,6% du financement global (22,6% pour la fiscalité et 17% pour le système contributif c'est-à-dire l'assurance maladie).

D'importants efforts ont été déployés par le MS en matière d'extension des infrastructures :

le réseau des établissements de soins de santé de base (ESSB) est passé de 1653 en 1990 à 2578 en 2006, soit une progression de 56%, tandis qu'en milieu rural leur nombre atteint 1887 en 2006 soit 74% des ESSB existants ;

La desserte globale est passée d'un établissement pour 14 600 habitants en 1990 à 12 000 en 2006 enregistrant une amélioration de 18%. La desserte en milieu rural est passée quant à elle d'un établissement pour 10 100 habitants en 1990 à 7 200 en 2006 soit une amélioration de 28,6% ;

Cependant, malgré ces efforts, 43 % de la population marocaine reste située à plus de 6 Km de l'établissement de santé de base le plus proche. A noter aussi l'impact négatif des insuffisances d'infrastructure (réseau routier, ...). Ainsi, le manque de transport représente à lui seul 46,2 % des raisons de non recours aux services de prise en charge de l'accouchement.

### **➤ Contraintes identifiées :**

En plus des difficultés liées à l'insuffisance du financement public au regard des besoins réels du secteur de la santé, quatre contraintes sont relevées lesquelles constituent des défis à relever par ce secteur :

#### **Difficultés d'accès aux soins**

L'enquête EPSF 2003-04 rapporte que 85 % des femmes sont confrontées à des problèmes d'accès aux soins qu'ils soient d'ordre financier (74%), physique/distance (60%) ou culturel (31%).

le nouveau Plan d'action de santé a relevé les principaux dysfonctionnements à savoir : l'insuffisance du financement public, la faiblesse du financement solidaire et l'importante contribution des ménages.



### **Pénurie aiguë en matière de personnel de santé**

Parmi les déterminants de la réduction de la mortalité maternelle et celui de la mortalité néonatale pour lesquels l'évidence est établie, figure l'accès à un personnel en effectif suffisant et qualifié. Or, le Maroc a été classé par l'OMS en 2006 parmi les pays en déficit aigu en personnel puisqu'il dispose de moins de 2,5 personnels qualifiés par mille habitants pour assurer les accouchements. En plus de ce déficit aigu, les ressources existantes ne sont pas suffisamment rentabilisées (déséquilibre de répartition, mauvaise organisation des gardes, évasion vers le secteur privé, manque de motivation etc....).

### **Accès à des soins néonatale de qualité**

La mortalité néonatale reste encore élevée et constitue plus de 50 % de l'ensemble des décès survenant avant l'âge de 5 ans et ce malgré l'augmentation significative de la couverture par l'accouchement en milieu surveillé. Ceci signifie que même lorsque la femme surmonte la barrière géographique et financière, elle ne bénéficie pas nécessairement de soins de qualité. D'où la nécessité de reconsidérer l'organisation des soins dans les maternités hospitalières et de mobiliser les professionnels de la santé.

### **Défaillance du pilotage du Programme « Maternité sans risque »**

Le Programme « Maternité sans risque » étant géré comme un programme vertical, il est donc tributaire du dispositif d'offre de soins et de la qualité de gestion des établissements de santé.

De même, au niveau de la santé de l'enfant, malgré des résultats impressionnants, les programmes verticaux ont vite révélé leurs limites, les professionnels de santé étant confrontés dans leur pratique quotidienne à des enfants qui se présentent avec différents problèmes associés. C'est dans ce cadre, que le Ministère de la santé a adopté la stratégie de la Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) à partir de 1997. Cette nouvelle stratégie mise en œuvre par l'OMS et l'UNICEF, intègre tous les programmes de santé de l'enfant et vise à réduire la mortalité et la morbidité dues aux principales maladies de l'enfant à travers l'amélioration de la qualité de prise en charge de l'enfant que ce soit en cas de maladie ou à l'occasion de son suivi. A noter que l'approche offre un paquet de prestations qui couvre, à la fois, les aspects préventifs, curatifs et promotionnels et est reconnue comme étant la meilleure approche pour renforcer les soins de santé primaires au profit de la petite enfance et de leur assurer l'équité en matière de santé. Il reste que l'extension de cette stratégie au niveau national a été freinée par l'insuffisance des moyens financiers.

On peut noter aussi :

- L'insuffisance en ressources humaines compétentes dans le domaine des droits de l'enfant.
- L'insuffisance de communication autour des droits de l'enfant.
- La coordination insuffisante entre les différents intervenants.
- La nécessité de renforcer le suivi évaluation.

### **➤ La nouvelle stratégie 2008-2012**

Ces constats ont donné lieu à la mise en place d'une nouvelle stratégie de santé 2008-2012 en vue d'accélérer la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, d'assurer l'équité de l'offre de soins entre les régions et entre les milieux urbain et rural, de faciliter l'accès aux plus démunis et de crédibiliser le système de santé en améliorant sa réactivité et en réduisant le coût des soins et des médicaments.

Ainsi, dès la formulation de la stratégie sanitaire 2008-2012, une démarche basée sur la concertation et la participation de tous les partenaires a été adoptée par le Ministère de la Santé afin d'élaborer le plan d'action 2008-2012. Ce plan d'actions a porté sur les actions prioritaires retenues notamment :

- le repositionnement stratégique des différents intervenants dans le domaine de la santé à travers le recentrage du rôle du ministère de la santé le financement, la régulation, la planification, le contrôle et la sécurité sanitaire, la mise en place d'une nouvelle structuration du ministère de la santé pour donner une place privilégiée à la région, et la mise en place d'un système d'information de la santé ;

- le développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité et répartie correctement sur le territoire notamment l'amélioration auprès des usagers des services rendus par les hôpitaux publics et le développement des CHU, et l'amélioration du dispositif relatif à la santé en milieu rural ;
- la planification et mise en œuvre de plans nationaux spécifiques de prévention et de lutte contre les maladies et le renforcement de la sécurité sanitaire à travers la mise en place du Plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, des Plans nationaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, du Plan national d'accélération de la lutte contre la tuberculose, et la mise en œuvre d'un plan d'information et de communication ;
- le renforcement de la sécurité sanitaire.

### C) Les dix défis spécifiques en matière de santé de l'enfant

#### a. Promotion de l'allaitement maternel et l'état nutritionnel de l'enfant

- L'allaitement maternel

Facteur déterminant de survie de l'enfant, l'allaitement maternel connaît un recul important, aussi bien en termes de durée moyenne d'allaitement (de 15.5 mois en moyenne en 1992 à 18.3 mois en 2011) que de pourcentage de mères allaitant exclusivement au sein les 6 premiers mois (de 51% en 1992 à 27% en 2011). Des études internationales ont démontré le lien étroit qui existe entre l'allaitement artificiel et certaines maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète...) et même du phénomène croissant de l'obésité.

- La surveillance de la croissance

Durant les vingt dernières années, une nette diminution de la malnutrition a été notée bien que le retard de croissance demeure relativement important dans la petite enfance. En effet, 15% des enfants de moins de 5 ans présentent un retard statural avec 20.5 % chez les enfants vivant en milieu rural et seulement 8.6% pour ceux du milieu urbain (EPSF, 2011). La disparité entre milieux est manifeste puisque le retard de croissance touche environ trois fois plus les enfants en milieu rural qu'en milieu urbain.

Un point positif réside dans le recul important de l'insuffisance pondérale dont les proportions sont passées de 9,3 % en 2003 à 3,1 % en 2011. Il existe encore un écart entre le milieu rural (4,3%) et le milieu urbain (1,7%) soit près de 3 fois plus (EPSF, 2011). Paradoxalement, certains constats révèlent l'émergence de la problématique du surpoids durant la petite enfance avec toutes les conséquences que cela pourrait avoir à l'âge adulte.

- La lutte contre les carences en micronutriments

Des efforts sont déployés pour faire reculer la prévalence des carences en micronutriments telles la carence en vitamine A (40,9% des enfants de 6 à 71 mois souffrent de carences en vitamine A), la carence en fer (32 % des enfants âgés de 6 mois à 5 ans souffrent d'anémie).

#### b. Immunisation

Dans ce domaine, le Maroc est très performant, et seules certaines zones enclavées demeurent inaccessibles pour le programme permanent. L'objectif final du programme sera de maintenir une couverture vaccinale uniforme supérieure ou égale à 95% pour tous les antigènes et dans tout le royaume.

- Evolution dynamique du Programme National d'Immunisation avec une révision du calendrier national de vaccination et l'introduction de nouveaux antigènes : Hépatite B (1999), deuxième prise du VAR et vaccination contre la rubéole (2003), premier rappel DTCP (...), introduction *hemophilus Influenzae* type b (2007), deuxième rappel DTCP (2008), introduction des vaccins contre la pneumocoque et contre le rotavirus (2010), passage au pentavalent (DTC-Hib-HB) en 2012.
- Révision du calendrier national de vaccination avec uniformisation entre les secteurs publics et privés.

Fort de ses succès dans l'éradication de certaines maladies, le Programme National d'Immunisation devra désormais obtenir la certification d'éradication de la poliomyélite, et éliminer la rougeole et la rubéole et prévenir le syndrome de rubéole congénitale.

Par ailleurs, de grands efforts sont déployés pour intervenir sur la chaîne de froid, qui se révèle de plus en plus déficiente en raison de sa vétusté et aussi du fait de l'élargissement des prestations vaccinales. Il est également nécessaire de renforcer la surveillance épidémiologique des maladies cibles, avec révision du système de déclaration obligatoire des maladies.

Enfin, il faut renforcer la surveillance des Manifestations Post-vaccinales Indésirables (MAPI).

#### **c. IRA et Maladies diarrhéiques**

La prévalence des IRA est de 13,4% et celle des maladies diarrhéiques de 16,3%. En outre :

- EN 1998, parmi les décès de moins de cinq ans en rapport avec des causes infectieuses, 35,8% sont en rapport avec les IRA et 33% avec les maladies diarrhéiques.
- En 2011, le recours aux soins en cas de pneumonie suspecte de l'enfant est de 70,1%, à l'échelle nationale. Cependant, il persiste des disparités par milieu de résidence (84,8% % en urbain et 55,8% au rural), par niveau de vie (90,5% pour le quintile le plus riche, 50,3% pour le quintile le plus pauvre) et par niveau d'instruction de la mère (89,4% pour celles avec un certificat des études secondaire ou plus contre 65,6% pour celles sans aucun certificat).
- Pour les cas de diarrhée, parmi les mères d'enfant ayant présenté une diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête ou l'avaient au moment de l'enquête, 36,4% ont déclaré avoir demandé soins ou conseils avec toujours des écarts selon le milieu (46,4% pour l'urbain et 26,4% pour le milieu rural) et selon le niveau d'instruction des mères (41,5% pour le certificat secondaire ou plus contre seulement 34,1% pour les mères n'ayant aucun certificat) et aussi par niveau socio-économique (47,0% pour les enfants du quintile le plus riche contre seulement 17,4 % pour le quintile très pauvre).

#### **d. Maladies liées à l'environnement**

Il s'agit en particulier de l'asthme et des allergies qui progressent de manière préoccupante. Or, malgré une amélioration des conditions de diagnostic et l'acquisition de médicaments de plus en plus puissants, nous assistons, pour ces deux affections, à un accroissement de leur prévalence et de leur morbidité. Cette dernière s'exprime notamment en termes de sévérité, chez les enfants, en particulier, ceux issus des familles socio-économiquement défavorisées, vivant dans des conditions environnementales insalubres.

#### **e. Accès et utilisation des médicaments**

Durant les quatre dernières années, le budget alloué aux médicaments a été augmenté de façon notable. Par ailleurs, une liste des médicaments essentiels destinés à l'enfant a été établie. Aussi, la disponibilité des médicaments est meilleure et des efforts de formation et d'information sont déployés pour inciter les professionnels de santé à être plus rationnel dans leurs prescriptions.

Dans ce domaine, des évaluations de routine de la stratégie PCIE montrent que l'utilisation rationnelle des antibiotiques s'améliore chez les professionnels de santé formés. L'usage abusif des antibiotiques reste plus élevé chez les professionnels de santé non formés avec 34 % en 2000 contre respectivement 12 % en 2000 et 24 % en 2007 chez les professionnels de santé formés. Ce résultat est encourageant et doit inciter les responsables à généraliser la formation pour toucher l'ensemble des professionnels de santé concernés.

#### **f. Redynamisation des soins de santé primaires pour l'enfant**

Le Maroc a été parmi les premiers pays qui ont adhéré et adopté depuis 1997 la Stratégie de Prise en Charge Intégrée de l'Enfant (PCIE), en tant que composante dynamique des SSP. Cette stratégie a été adaptée pour mieux répondre aux besoins et particularités de l'enfant marocain. Elle couvre aussi bien le volet préventif que le volet curatif et répond aux besoins de l'enfant qu'il soit sain ou malade.

A noter que les soins de santé primaires sont gratuits pour l'ensemble de la population et notamment les enfants.

En vue d'améliorer la qualité des prestations pour les enfants de moins de 5 ans, le Ministère de la Santé a pris les mesures suivantes :

- Elaboration de référentiels de soins destinés aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant malade et le suivi médical de l'enfant pour améliorer la qualité des examens systématiques de l'enfant.
- Révision et promotion du carnet de santé de l'enfant.
- Formation des professionnels de santé dans le cadre de la généralisation de la stratégie PCIE.
- Renforcement de la composante IEC à travers le lancement de l'approche « classe des mères au service de la petite enfance.

#### **g. Promotion de la santé mentale de l'enfant et lutte contre la violence à son égard**

Le problème des enfants victimes de violences est déjà ancien, mais leur nombre apparaît actuellement croissant du fait d'un dépistage plus attentif.

- La fréquence des actes de violence envers l'enfant est difficile à préciser, essentiellement pour deux raisons : (i) la notion de violence donne lieu à des interprétations et donc à variation d'incidence et (ii) le diagnostic exact n'est pas toujours établi par méconnaissance ou ignorance des faits.
- Le système de collecte de données dans ce domaine connaît également des insuffisances ne permettant pas d'appréhender objectivement la situation actuelle.
- En outre, la prise en charge efficace des enfants maltraités est tributaire de l'implication d'autres partenaires : police, gendarmerie royale, justice, société civile etc., et de la coordination des efforts dans ce domaine.

La prise en charge intégrée médicale, psychologique, sociale et médico-légale des femmes et des enfants victimes de violences dans le système de santé s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (SNLCVF).

A ce jour, 76 Unités de prise en charge sont implantées dont 06 aux CHU, et 23 sont opérationnelles. Il y a lieu de consolider et poursuivre les efforts déployés par le Ministère de la Santé et appuyer les expériences acquises par les Professionnels de Santé en matière de prise en charge intégrée des femmes et enfants victimes de violences. D'un autre côté, une série de mécanismes de coordination efficaces avec les autres départements doivent être mis en œuvre en collaboration avec les partenaires du Ministère de la Santé.

Les principales mesures prises sont comme suit :

- Instauration d'une unité de prise en charge des enfants et femmes victimes de violence.
- Instauration de la gratuité de certaines prestations pour les enfants victimes de violence ,
- Dépistage systématique du VIH dans toutes les formes de violence susceptibles de donner lieu à la transmission du virus ;
- Elaboration d'un document de politique de prise en charge des enfants et femmes victimes de violence.
- Elaboration de référentiels de prise en charge intégrée des enfants victimes de violence,
- Elaboration d'un système d'information pour collecter les données relatives à cette problématique.
- Formation des professionnels de santé.

#### **h. Prise en charge des enfants à besoins spécifiques**

Au Maroc, assurer le bien-être physique, mental et social du citoyen, lui garantir les conditions d'une vie digne et le préserver de toute cause et forme de désintégration et marginalisation, c'est là un défi du Maroc d'aujourd'hui et c'est pourquoi la prévention du handicap occupe une place de choix dans les priorités du développement. C'est également parce que l'homme est à la fois l'instrument et la finalité de toute œuvre de développement que le Maroc a déployé des moyens considérables pour la mise en œuvre du facteur humain à travers des programmes sectoriels et à travers l'Initiative Nationale de

Développement Humain (INDH) qui visent l'amélioration des conditions de vie et la promotion socioéconomique du citoyen comme fondement d'une politique préventive de toute forme de déficience humaine et du handicap.

Une stratégie Nationale de la Prévention des Handicaps é été adoptée et mise en œuvre. A noter aussi le rôle des associations dans l'accompagnement sanitaire des enfants porteurs d'handicaps est assuré, dont les actions sont le plus souvent initiées par des parents d'enfants handicapés, du moins ceux qui ont la possibilité d'être militants et bénévoles.

#### **I. Promotion de l'IEC, marketing et mobilisation sociale**

Elément Indispensable au développement des actions promotionnelles et de prévention, les actions d'IEC liées aux besoins de l'enfant restent peu développées et ponctuelles. Ce constat tient à : (i) l'absence d'une stratégie nationale, (ii) l'insuffisance des ressources financières, (iii) l'insuffisance de la formation du personnel tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

#### **J. Recherche et évaluation**

Ce domaine constitue le parent pauvre de la médecine pédiatrique hospitalière et ambulatoire.

- Les actions initiées en matière recherche opérationnelle sont insuffisantes.
- Par ailleurs, il y a un manque de coordination entre les différents intervenants, dû en partie à l'absence d'une instance fédératrice des activités de recherche et d'évaluation.
- Le budget alloué à la recherche en général représente moins de 1 % du budget du Ministère de la Santé.
- A ces limites s'ajoutent l'insuffisance de formation en méthodologie de recherche et en épidémiologie clinique et les limites du système d'information actuel vu son incapacité de fournir des données objectives permettant d'entreprendre des recherches et des évaluations plausibles.

### **2. Stratégies et programmes d'action en faveur du droit de l'enfant à la santé**

#### **A. Le plan d'action national pour l'enfance (PANE)**

Adopté en 2006, le Plan d'Action National pour l'Enfance 2006-2015 « un Maroc digne de ses enfants » constitue le référentiel des politiques publiques en matière de promotion des droits de l'enfant et sa protection, le PANE propose 10 objectifs collectifs pour améliorer le bien-être des enfants du Maroc à savoir :

- Faire progresser le droit à une vie saine ;
- Faire progresser le droit de l'enfant au développement ;
- Faire progresser le droit de l'enfant à la protection ;
- Renforcer les droits de l'enfant par la généralisation de l'inscription à l'état civil et à la participation ;
- Développer une meilleure équité ;
- Renforcer les capacités des détenteurs de d'obligations à l'égard des enfants ;
- Accroître et optimiser les ressources budgétaires et humaines allouées à la réalisation du droit des droits de l'enfant ;
- Gérer les mécanismes de partenariat et de responsabilisation ;
- Développer un système d'information et un dispositif de suivi de l'exercice des droits de l'enfant ;
- Assurer les conditions de mise en œuvre du PANE dans une approche inter et multisectorielle.

Fort aussi de l'engagement de toutes les parties prenantes ayant participé à son élaboration à savoir les départements ministériels, la société civile, l'Observatoire National des Droits de l'Enfant, les communes et les instances internationales, et en particulier, l'UNICEF, ce plan a été conçu pour répondre efficacement aux multiples carences et faiblesses qui ont été retenues, notamment par rapport au droit à une vie saine : les problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant vu les taux de mortalité

à la naissance et de la prise en charge des nouveaux nés surtout en milieu rural et des enfants à besoins spécifiques et en situation difficile et les disparités entre les régions. En effet, le plan vise :

- L'amélioration de la prise en charge du couple mère-nouveau-né à travers l'amélioration de la consultation prénatale, les références et contre références, les conditions d'accouchement et l'accueil du nouveau-né par niveau, l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales et la prise en charge du nouveau-né à risques, l'amélioration de la consultation post natale pour la mère et pour le nouveau-né, et la redynamisation des activités de la planification familiale.
- La prise en charge de la petite enfance est améliorée par le renforcement des programmes qui protègent les enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'une mauvaise nutrition, des IRA, diarrhées et de certaines maladies émergentes dans le cadre de la généralisation de la PCIME, le renforcement du programme de vaccination, la meilleure orientation des enfants (y compris pour les enfants à besoins spécifiques) vers les différents niveaux du système de santé et aussi vers les Centres de Références Régionaux Spécialisés, et le développement de la multidisciplinarité au niveau de la Prise en charge des enfants y compris ceux à besoins spécifiques.
- La prise en charge de la santé des enfants en situation difficile est améliorée à travers l'amélioration de la prise en charge sanitaire des enfants au travail de moins de 15 ans, abandonnés (0 à 5 ans), au travail de 15 ans révolus à 18 ans, en situation de rue, en institution, maltraités, abusés et/ou violentés, en situation de handicap, migrants non accompagnés, détenus à Tindouf, immigrants non accompagnés originaires des pays africains subsahariens, l'actualisation de leurs connaissances et leurs compétences sur les comportements des personnes à besoins spécifiques (en situation de handicap, VIH Sida, etc.), l'uniformisation les circuits des personnes à besoins spécifiques, et la promotion auprès de tous les intervenants de l'utilisation d'un dossier médical standardisé pour ces personnes.
- La prise en charge, relative à l'infection IST et au SIDA, de l'enfant et de l'adolescent est améliorée en facilitant l'accès des enfants et adolescents y compris ceux à besoins spécifiques aux structures de santé existantes. Aussi, à travers la conception et la validation d'une stratégie nationale de lutte contre le SIDA intégrée et adaptée aux spécificités régionales en réponse aux besoins de la grande enfance et de l'adolescence y compris ceux à besoins spécifiques, l'élaboration d'un plan d'action de mise en œuvre de la stratégie, et la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan d'action, ont été mises en place les Unités de protection de l'enfance (UPE). Les UPE sont des structures sociales de proximité, créées à l'initiative du Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, qui envisage de les implanter dans les communes urbaines. Elles agissent en tant que point focal assurant l'accueil et la coordination avec les services de la Sureté Nationale, la Gendarmerie Royale, la justice à travers les juges des mineurs, la Santé à travers les médecins, et les associations œuvrant dans le domaine. Ainsi les UPE se sont vues institutionnalisées comme des mécanismes de veille et de suivi de la situation de l'enfant victime de violence ou en situation difficile, et les instruments de coordination et de collecte de l'information. A cet effet un projet de décret relatif à la création des Unités de protection de l'enfance est en attente de promulgation.

Dans le cadre du PANE, le SAMU social a été mis en place, il s'agit d'une structure d'accueil d'urgence destinée aux personnes sans abri en situation d'extrême détresse sociale. Il a pour mission d'aller chercher les personnes cibles notamment les enfants en situation de détresse sociale et de les prendre en charge le temps d'améliorer leur état physique et psychologique et de les orienter vers des structures de soutien psychologique et d'insertion familiale et socioprofessionnelle adaptées.

## **B. Le Programme d'Action de Convergence Territoriale pour la protection de l'Enfance (PACTE)**

Le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, a organisé à Casablanca une concertation élargie en vue d'élaborer le Programme d'Action de Convergence Territoriale pour la protection de l'Enfance (PACTE). Ce programme vise la consolidation des initiatives déjà entreprises au niveau territorial par le Ministère, notamment par les UPE, les différents départements ou institutions publiques, le SAMU social et le réseau des associations intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance.

Le PACTE constitue ainsi une plateforme fédératrice des initiatives locales. Il permet la complémentarité des différents acteurs locaux, mais surtout l'émergence d'une synergie bénéfique à la protection de l'enfance. Il assure à l'échelon local la continuité de la politique publique en matière de promotion des droits de l'enfant et sa protection. Ce dispositif territorial de protection de l'enfance est destiné à améliorer la qualité et la complémentarité de la réponse des différents acteurs sociaux locaux pour lutter contre la violence faite aux enfants et contre les autres infractions couvertes par le Protocole facultatif.

### **III- L'engagement en faveur du droit de l'enfant à la santé**

#### **1. Les bonnes pratiques menées dans le cadre de la promotion du droit de l'enfant à la santé**

##### **A. La vaccination :**

Le PNI est considéré comme un programme de santé phare ayant contribué énormément à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et améliorer leur bien être en réduisant les situations d'handicaps.

##### **1.1. Objectif général**

Contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité néonatales et infanto juvéniles.

##### **1.2. Objectifs spécifiques**

- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95 % par milieu (urbain et rural) et par niveau (national, régional, délégation, circonscription sanitaire et secteur).
- Obtenir, avec les autres pays de la région EMRO de l'OMS, la certification de l'éradication de la poliomyélite vers l'an 2013.
- Maintenir l'élimination du tétanos néonatal.
- Eliminer la rougeole, la rubéole et le Syndrome de Rubéole Congénitale (SRC) vers l'an 2015
- Introduire d'autres vaccins dans le calendrier national de vaccination.
- Introduire les autres rappels (dT ou dTP avec composante coqueluche) dans le calendrier national de vaccination.
- Contribuer à l'amélioration de la sécurité des injections.
- Contribuer au renforcement de la vaccinovigilance.
- Contribuer au renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies cibles.
- Contribuer à l'implication du secteur privé dans les activités de vaccination, de surveillance épidémiologique et les déclarations des événements indésirables relatifs à la vaccination.

## **B. La stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant (PCIE) :**

La PCIE est une approche qui vise à redynamiser les soins de santé primaires en vue d'assurer à l'enfant plus que le droit à la survie, le droit à la santé tel que défini par l'OMS à savoir un état de bien être total physique, social et mental de la personne et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

Le Maroc a été le deuxième pays de la Région EMRO à l'avoir adoptée et ce en 1997. Grâce à ses composantes multiples (clinique, organisationnelle et communautaire), la PCIE répond tout à fait aux besoins du Maroc en matière de santé de l'enfant ressentis aussi bien par les décideurs que par les prestataires au niveau du terrain et contribuera à redynamiser les soins de santé primaires en faveur de l'enfant.

Ainsi et grâce à sa composante clinique, cette stratégie contribue au renforcement des compétences des professionnels de santé en leur enseignant une démarche basée sur l'évidence scientifique leur permettant entre autre de ne pas se limiter au motif de consultation, de rechercher les signes de gravité, d'évaluer l'état nutritionnel, de pallier au manque d'intégration et aux occasions manquées, de donner des conseils aux mères, d'utiliser de façon appropriée les médicaments.

La stratégie constitue par ailleurs une bonne opportunité pour renforcer le système de santé à travers le développement de la supervision formative, l'équipement en matériel médico-technique, l'amélioration de la gestion des médicaments, du système d'information sanitaire et le renforcement du système de référence et de contre référence, en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience. En effet, l'une des préoccupations des décideurs et des professionnels de santé est de garantir à travers cette stratégie une communication et une coordination optimales entre les établissements de soins de santé de base et l'hôpital.

Des contraintes en rapport avec l'insuffisance d'appui financier ont contribué à retarder l'extension de la stratégie PCIE.

## **C. La stratégie nationale de nutrition (2011-2019) :**

Aujourd'hui, devant la situation nutritionnelle relativement préoccupante, et conformément aux recommandations de l'OMS, le Ministère de la Santé a initié l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Nutrition durant le cycle de vie pour la période 2011-2019 en concertation avec ses partenaires dont le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qui est la nutrition.

La Stratégie Nationale de Nutrition s'articule autour de quatre axes stratégiques et 9 domaines d'intervention complémentaires. Il s'agit de :

1. Renforcement de la composante nutrition dans les programmes de santé à travers la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la prévention et prise en charge des troubles nutritionnels et des maladies chroniques y compris le cancer durant le cycle de vie et la prévention et lutte contre les carences en micronutriments ;
2. Renforcement de la sécurité alimentaire et sanitaire ;
3. Intégration de la composante nutrition dans les programmes éducatifs et dans les actions communautaires ;
4. Développement de mesures d'appui à la Stratégie Nationale de Nutrition notamment la mise en place d'un plan d'Information, Education et Sensibilisation en matière de nutrition et d'un système de surveillance nutritionnelle ainsi que le développement de la recherche et de l'expertise en matière de nutrition.



Pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Nutrition, un certain nombre de défis devraient être relevés, particulièrement la mondialisation et la globalisation, la disparité dans l'accessibilité par milieu et par niveau socio-économique aux produits alimentaires en quantité et en qualité suffisante, l'insuffisance de l'information de la population en matière de nutrition et d'alimentation saine, l'insuffisance en ressources humaines spécialisées en nutrition, la faible implication des associations de protection de la santé des consommateurs et l'insuffisance de coordination entre les différents partenaires.

## **2. L'engagement de l'Etat à promouvoir la santé de l'enfant**

### **A. Le rôle de l'école dans la protection de la santé de l'enfant**

#### **La promotion de la santé scolaire dans les programmes scolaires :**

##### **➤ Au niveau des choix et des orientations pédagogiques générales**

Conformément aux valeurs contenues dans la charte nationale de l'éducation et de la formation, notamment les droits de l'Homme et leurs principes universelles, et compte pris des besoins de la société marocaine au niveau économique, social, et culturel d'une part, et les besoins personnels des apprenants d'autre part, les programmes scolaires se veulent développer l'éducation à la santé et à la prévention ainsi que les modes de vie sains à travers :

##### **- Au niveau des programmes scolaires**

Dans le cadre de la philosophie pédagogique adoptée par la charte nationale de l'éducation et de la formation, et en considération des choix stratégiques maintenus dans les programmes scolaires, l'éducation à la santé, à la prévention, les modes de vie sains et la lutte contre le tabagisme ont pris une place importante dans les programmes scolaires en l'occurrence leur introduction dans les matières scolaires à savoir : la langue arabe, la langue française, l'anglais, sciences de la vie et de la terre, l'éducation islamique, l'éducation familiale, l'histoire-géographie.

##### **- Au niveau des manuels :**

La question de l'éducation à la santé et à la prévention a été intégrée dans les dispositions du cahier de charges directeur et des cahiers de charges spécifiques relatifs à la production des manuels scolaires et ce dans le sens de :

- Introduire des thèmes relatifs à l'éducation au développement durable dans le contenu des manuels scolaires (santé, environnement...);
- Prise en compte des capacités cognitives et des compétences qui sont en mesure de réaliser le développement équilibré de la personnalité de l'apprenant.

### **B. L'accès à un logement décent**

Le Ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme et de la politique de la Ville a entrepris des efforts soutenus afin de contribuer à faciliter l'accès au logement à un plus grand nombre de citoyens en particulier ceux à revenus faibles.

L'action du Ministère, au vu du nouveau contexte politique et social du Maroc et compte tenu des termes de la nouvelle constitution qui érige l'accès à un logement décent en droit constitutionnel, est appelée à être renforcée en mettant l'accent sur des chantiers prioritaires tel la promotion du logement social, du locatif social en tant qu'alternative dans la trajectoire résidentielle du citoyen, de l'auto-construction et des coopératives d'habitat. Des chantiers qui viennent, en partie, traduire le contenu du programme gouvernemental en matière d'habitat en ciblant entre autres :

- La création d'un nouveau produit logement destiné aux classes moyennes dont la valeur immobilière totale ne dépasse pas 800.000,00 DHs ;
- Un produit dédié aux jeunes et aux jeunes ménages ;
- Elargissement des fonds de garantie pour toucher un grand nombre de citoyennes et citoyens à faibles revenus ;
- Incitation du secteur bancaire pour une participation plus active à l'accès au logement ;

- Instauration d'une nouvelle « politique de la ville » à travers une dimension politique volontariste, participative, transversale, et inclusive... une politique qui interpelle d'avantage tous les acteurs contre la précarité et toute autre forme de l'exclusion sociale :

Pour accéder à un « logement convenable », le département de l'Habitat, de l'Urbanisme et de la politique de la Ville a œuvré dans le sens de l'intensification et la diversification de l'offre logement à travers la réalisation des programmes dédiés aux différentes couches sociales dans les différentes régions du royaume en définissant les objectifs suivants :

- Atteindre une nouvelle cadence de réalisation de 150.000 logements sociaux par an ;
- L'éradication des bidonvilles à travers l'accélération du rythme de production des unités (lots, logements) en faveur de la population qui habite le bidonville ;
- La réalisation de 50.000 villas économiques ;
- La réalisation du nouveau programme dans la région sud d'une consistance de 70 000 unités.

#### **A. Programmes de lutte contre l'insalubrité**

- **Programme de « Villes sans bidonvilles »**

Un effort soutenu et continu depuis 7 ans a été consenti afin de résorber les bidonvilles de 85 villes marocaines identifiées. Des efforts ont été consacrés par l'ONU-Habitat en décernant au Maroc le « Prix d'honneur Habitat-2010 » en signe de reconnaissance au travail et aux résultats enregistrés dans ce domaine.

Le programme « Villes sans bidonvilles » s'est basé dans sa méthodologie sur une nouvelle approche, faisant intervenir tous les acteurs concernés, le tissu associatif, la coopération internationale... et surtout, faisant adhérer la population bénéficiaire, élément clé de toute démarche participative. Le processus d'évaluation du programme « Villes sans bidonvilles » est quasi permanent, en plus d'une publication annuelle par le ministère des rapports relatifs au bilan du programme de « Villes sans bidonvilles » relatant les acquis, les dysfonctionnements et les propositions d'action/

- **Habitat menaçant ruine**

Concernant l'habitat menaçant ruine, un premier programme d'intervention, a été adopté le 30 septembre 2004. Il se base sur une approche participative, un financement commun entre l'Etat et les collectivités locales, et un cadre précisant les rôles des différents intervenants.

Mise à niveau urbaine

Pour ce qui est de la mise à niveau urbaine, elle consiste en une série d'interventions sur les tissus urbains des villes concernées. Fondée sur la synergie et la bonne concertation entre l'ensemble des partenaires concernés, la mise à niveau se décline en divers axes stratégiques d'intervention concernant l'assainissement, l'alimentation en eau potable, la mobilisation et la circulation, l'éradication des foyers d'insalubrité et l'anticipation des extensions urbaines.

#### **B. Autres actions dans le cadre de la promotion du droit à la santé**

- **L'intervention en milieu rural**

En matière d'urbanisme, 663 plans de développement et aménagements ruraux ont été homologués et 264 autres en cours d'étude. En matière d'aménagement, 240 opérations en milieu rural ont été réalisées avec un coût de 2 milliards de dhs et 43 opérations d'habitat comportant des logements, des lots de relogement et des unités réhabilitées. En matière d'architecture, 3506 ménages ont bénéficié du programme d'assistance technique et architecturale, 8 chartes architecturales de centres ruraux ont été réalisées.

- **Création de villes nouvelles**

Quatre villes nouvelles sont actuellement en cours de réalisation (ville de taman, sourt, ville de tamesna, ville de lakhyayta, ville de chrafate) contribuant à produire des pôles urbains relais situés près des grandes villes et qui apportent des réponses aux différents besoins exprimés.

- **Cadre normatif**

Plusieurs réformes ont été engagées, durant la période 2003-2011, afin d'adapter les anciens textes aux évolutions opérées dans le secteur ou de combler des lacunes qui constituaient de vraies contraintes

à l'intervention claires et efficace dans le domaine de l'habitat, de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire. Ainsi, des projets de textes ont été préparés et sont à diverses étapes d'approbation : projet de loi relatif au code de l'urbanisme, projet de loi sur le contrôle des infractions en matière d'urbanisme, projet de loi relatif au code de la construction, projet de loi sur le locatif.....

- **Fond de solidarité Habitat**

Un outil de financement public pour lutter contre la pauvreté urbaine. C'est un compte d'affectation spéciale du trésor dont l'ordonnateur est l'autorité gouvernementale chargée de l'habitat.

- **Fond de Développement Rural**

Le fonds de développement rural dispose actuellement d'une ressource annuelle s'élevant à 200MDH, ce qui représente 1% du montant global d'investissement de l'Etat dans le monde rural estimé à 20 millions de DH par an. Ce fonds intervient comme levier pour impulser la réalisation de projets intégrés dans le milieu rural.

- **Fond de garantie : FOGARIM et le FOGALOGÉ**

Ce fonds a été créé en 2004 pour garantir les crédits immobiliers accordés par les établissements bancaires au profit des populations à revenus modestes ou non réguliers.