Nations Unies E/ICEF/2001/P/L.45

Conseil économique et social

Distr. limitée
21 novembre 2000

Original: français

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Première session ordinaire de 2001
22-26 et 29 janvier 2001
Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Note de pays**

Maroc

Résumé

La Directrice générale présente la note de pays concernant le programme de coopération avec le Maroc pour la période 2002 à 2006.

La situation des enfants et des femmes

1. Ces dernières années, le Maroc (population 28 millions) a enregistré d'importants progrès dans l'atteinte des objectifs du Sommet mondial pour les enfants avec une réduction notable des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, lesquels sont respectivement passés – entre 1987 et 1997 – de 69 à 37 et de 92 à 46 pour 1 000 naissances vivantes, selon l'enquête PAPCHILD (*Pan-Arab Project for Child Development*). Neuf enfants sur 10 sont vaccinés, et aucun cas de polio n'a été enregistré depuis 1990. Selon le Ministère de l'éducation nationale, le taux net de scolarisation atteint 80 % pour l'année scolaire 1999/00, comparé à 56 % en 1990/91. Un Plan quinquennal de développement 2000-2004 vient d'être adopté, marqué par un engagement à très haut niveau pour une plus grande prise en compte du développement social. Le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) a été élaboré en 1998; la rédaction d'un second Bilan commun de pays (CCA) est en cours.

* E/ICEF/2001/2.
** Un additif au présent rapport contenant la recommandation finale du programme de pays sera soumis à l'approbation du Conseil d'administration lors de sa deuxième session ordinaire de 2001.

00-75818 (F) 141200 151200

2. De fortes disparités persistent entre milieux rural et urbain : en milieu rural, près de 38 % des petites filles âgées de 6 à 11 ans ne fréquentent pas l'école (contre 12,6 % en ville); 83 % des femmes sont analphabètes (contre 45,5 % en zone urbaine); le taux de mortalité infanto-juvénile est deux fois plus élevé qu'en milieu urbain (61 pour 1 000 naissances vivantes en milieu rural contre 30 pour 1 000 en milieu urbain). Près du tiers de la population rurale se trouve à plus de 10 kilomètres de distance d'un centre de santé. Les trois quarts des femmes accouchent sans assistance médicale; le taux de mortalité maternelle s'élève à 307 pour 100 000 naissances vivantes (125 en milieu urbain). Le taux d'accès à l'eau potable atteint 54,6 % en zone rurale et 93 % en zone urbaine (Enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages, 1998-1999). La sécheresse, associée à un exode rural massif, aggrave la situation des populations les plus démunies.

3. La priorité est donnée à l'éducation pour les 10 années à venir, inscrite dans une charte nationale visant une généralisation de l'enseignement de base dès 2002. La situation dans le secteur reste préoccupante : attention insuffisante portée au développement du jeune enfant; disparités d'accès à l'éducation de base; et 50 % des enfants inscrits en première année du primaire n'achèvent pas le cycle (Ministère de l'éducation nationale). Parmi les causes contribuant à une telle situation : pauvreté de la famille, analphabétisme de la mère, éloignement de l'école, curricula trop académiques, manque de matériel didactique, et méthodes/attitudes pédagogiques privilégiant plus la passivité que la participation de l'enfant en classe.

4. Les affections d'origine périnatale sont responsables du cinquième des décès des enfants de moins de 5 ans, suivies par les maladies infectieuses, telles que diarrhées, infections respiratoires aiguës et parasitaires. La malnutrition est souvent associée à ces causes : un quart des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance. Les carences en micronutriments connaissent aussi une prévalence élevée. Le risque d'extension du VIH/sida est grand, surtout chez les adolescents, vu le contexte socioéconomique, la migration et le tourisme croissants. L'accès aux soins et aux médicaments reste problématique en zone rurale. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) est la stratégie majeure adoptée pour améliorer la santé de l'enfant.

5. L'âge légal d'accès au travail a été relevé de 12 à 15 ans et un plan d'action national visant l'élimination progressive du travail de l'enfant vient d'être adopté. Le phénomène des enfants des rues prend de l'ampleur en zone urbaine; des organisations non gouvernementales (ONG) ont mis en place des programmes de réintégration sociale et le Gouvernement a entamé l'élaboration d'une politique nationale en la matière. Les enfants en conflit avec la loi constituent aussi une préoccupation; près de 70 % des enfants placés en institutions de rééducation sur décision de justice n'ont commis que des délits mineurs ou ont été condamnés pour vagabondage sur la voie publique. Diverses formes de violence exercées à l'encontre des enfants commencent à faire l'objet d'une attention grandissante dans le pays.

6. La Convention relative aux droits de l'enfant reste peu connue des populations cibles. Un travail important d'harmonisation des textes juridiques avec la Convention a été entamé. L'action des médias demeure limitée, à cause de l'insuffisance de l'adaptation de l'information aux spécificités régionales, et du manque d'expertise journalistique en matière de Convention. Le manque de connaissances sur les attitudes et comportements liés à l'enfance est aussi une entrave majeure à la réussite des actions de communication. À ce jour, il n'existe pas de système d'information pro-

pre à l'enfance. Les systèmes d'information existants sont confrontés à divers problèmes : les données ne sont pas désagrégées au niveau décentralisé; il y a une insuffisance de données qualitatives; et des enfants restent encore non enregistrés à l'état civil.

Enseignements tirés de l'expérience récente du programme

7. La revue à mi-parcours a permis un reciblage des interventions autour des secteurs éducation et santé, et conduit à un nécessaire repositionnement de l'UNICEF, tenant compte de ses avantages comparatifs. Des insuffisances avaient été relevées : la Convention avait peu servi de cadre de référence pour les actions menées; les expériences pilotes sur le terrain n'étaient pas ou peu ancrées aux politiques et stratégies nationales, en vue d'assurer pérennité et réplicabilité des actions; et l'attention accordée à la protection pour certaines catégories d'enfants s'avérait déficiente, surtout en matière de collecte de données. Par ailleurs, le programme était marqué par des objectifs peu réalistes, et des activités fortement dispersées et parfois difficiles à lier aux objectifs. Les interventions en matière d'éducation/santé étaient insuffisamment mises en exergue. Le volet communication n'avait pas joué le rôle clef qui lui avait été assigné, et la composante suivi-évaluation était fortement négligée. Le programme développé en milieu rural a prouvé la nécessité d'associer deux facteurs incontournables au succès d'un programme décentralisé : l'application d'un schéma de partenariat aux niveaux national, provincial et local, et l'ancrage aux politiques et aux stratégies nationales.

8. Suite à la revue à mi-parcours, les changements nécessaires ont été portés : l'éducation est devenue le secteur prioritaire d'intervention et les actions dans le domaine de la santé renforcées. Les liens entre les niveaux central et périphérique ont été consolidés. Un accent est désormais porté sur les aspects communication, suivi et évaluation.

Stratégie proposée pour le programme de pays

9. Le cadre stratégique du programme de coopération 2002-2006 sera basé sur la Convention relative aux droits de l'enfant et sur l'approche droits. L'environnement est particulièrement favorable à cette approche, du fait de l'engagement à très haut niveau des autorités pour le développement social et la réduction des disparités. Le but du programme de coopération consistera à appuyer les autorités du pays dans la consolidation et l'accélération de la prise en compte du droit de l'enfant marocain à la survie, au développement, à la protection et à la participation. La couverture géographique sera fondée à la fois sur la capitalisation des acquis cumulés depuis 1997, sur le caractère exemplatif des communes et provinces où les enfants et leurs mères restent particulièrement privés de leurs droits essentiels, et sur les opportunités de partenariats avec les autres agences du système ONU, les coopérations bilatérales, les ONG locales et le secteur privé, l'UNICEF misant sur ses avantages comparatifs et visant la complémentarité des efforts. Le programme de pays sera composé de quatre programmes étroitement liés. Le premier contribuera au développement de politiques/stratégies nationales clefs en matière d'éducation et de santé, et le second en constituera le « terrain d'opérationnalisation ». Le troisième, réponse conséquente aux problèmes liés aux enfants vivant en circonstances difficiles, opérera sur

le terrain et au plan national, en appui à la conception de politiques/stratégies générales. Le quatrième programme apportera un soutien permanent aux trois autres programmes en matière de communication et de suivi-évaluation.

10. Le *programme appui aux priorités nationales* est une contribution aux politiques nationales liées à la généralisation de l'éducation de base et à l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire. Capitalisant les expériences menées sur le terrain en partenariat avec les communautés, le programme visera la production de modèles d'intervention innovants, pertinents et de qualité. En éducation, le programme soutiendra : le développement de stratégies communautaires d'éducation parentale et scolaire; la mise en place de mécanismes de maintien de la tendance à l'accroissement misant sur une amélioration de la qualité du cadre d'apprentissage et de l'acte pédagogique; et le développement de curricula modèles adaptés à divers publics d'enfants exclus. En santé, le programme visera à appuyer le Gouvernement pour consolider les acquis dans : la vaccination, en particulier l'éradication de la rougeole et la certification de l'éradication de la polio; la lutte contre les maladies diarrhéiques/infections respiratoires aiguës dans le cadre de l'Initiative de la PCIME; l'accès des enfants et des femmes à des soins de qualité, y compris à l'école; l'amélioration du statut nutritionnel des enfants et des mères; et la lutte contre les fléaux émergents tels le VIH/sida.

11. Le *programme soutien aux enfants du milieu rural*, s'inscrivant dans la réduction des disparités rural-urbain, misera sur la décentralisation et l'intégration des interventions. Il visera à proposer un modèle de développement local en faveur des enfants, pouvant être répliqué à grande échelle, et à expérimenter en périphérie les approches conçues au niveau national, dans les domaines du développement du jeune enfant, de l'éducation de base, de la santé maternelle et de l'accès aux soins de santé de base. Il mettra l'accent sur le développement des compétences locales et la responsabilisation des partenaires locaux, y compris les communautés et les familles, avec une implication active de la « commune rurale » (unité administrative décentralisée). Le soutien en matière d'approvisionnement en eau potable, élément catalyseur de l'approche participative ayant un impact positif sur la santé et l'éducation (amélioration des conditions d'accueil à l'école et réduction de la corvée d'eau), sera poursuivi.

12. Le *programme protection de l'enfance* contribuera au développement de politiques et stratégies nationales et visera l'appropriation par les décideurs politiques des expériences menées en périphérie en matière de protection de l'enfance à l'intention des enfants en institutions, des enfants des rues, et des enfants au travail. L'accent sera mis sur le renforcement de compétences des institutions et des ONG, et la mobilisation et le plaidoyer auprès de publics cibles. Comme le programme ciblera des domaines d'intervention relativement nouveaux, la collecte de données et la constitution de réseaux d'expertise – et de partage d'expériences – seront fortement soutenus.

13. Le *programme promotion et suivi de la Convention relative aux droits de l'enfant* comprendra deux composantes. En matière de communication, il visera à consolider les actions de plaidoyer et de mobilisation sociale autour de l'enfant, la participation constituant le centre des préoccupations. De façon transversale, le programme soutiendra le développement d'actions de communication ciblées sur les changements de comportements liés à la mise en oeuvre des priorités du programme de coopération, à travers le renforcement des capacités des partenaires, la docu-

mentation, et le partage des expériences du terrain. En matière de suivi-évaluation, le programme visera la mise en place effective d'un système d'information cohérent, fiable et dynamique sur l'enfance, ainsi que d'un système de suivi-évaluation efficace et efficient du programme de coopération. L'accent sera mis sur la disponibilité d'indicateurs quantitatifs, qualitatifs et désagrégés à la périphérie et sur le renforcement des capacités du niveau décentralisé. Le programme permettra ainsi d'impulser une dynamique de suivi de la Convention.

14. Les « coûts transversaux » viseront le soutien nécessaire à une mise en oeuvre efficace du programme par la prise en charge des coûts afférents à trois postes d'assistants : au programme, à l'approvisionnement et aux finances.

Montant estimatif du budget

Montant estimatif du programme de coopération, 2002–2006[a]

(En milliers de dollars des États-Unis)

	Ressources ordinaires	*Autres ressources*	**Total**
Appui aux priorités nationales	1 645	2 200	**3 845**
Soutien aux enfants du milieu rural	2 255	4 400	**6 655**
Protection de l'enfance	1 434	2 750	**4 184**
Promotion et suivi de la Convention	1 110	1 650	**2 760**
Coûts transversaux	539	–	**539**
Total	**6 983**	**11 000**	**17 983**

[a] Ces chiffres sont indicatifs et sujets à modification une fois que les données financières globales seront connues.