



Royaume du Maroc

OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT NATIONAL 2012

OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

RAPPORT NATIONAL 2012

Présentation du rapport	5
Méthode d'élaboration du rapport	11
<hr/>	
Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim	13
1. Tendance de la pauvreté monétaire 1990-2011	
2. Tendance des inégalités entre 1990 et 2011	
3. Défis majeurs en matière de lutte contre la pauvreté et l'inégalité	
4. Axes de la lutte contre la pauvreté et l'inégalité	
<hr/>	
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	23
1. Situation actuelle	
2. Contraintes	
3. Stratégie adoptée	
<hr/>	
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	31
1. Situation actuelle	
2. Contraintes	
3. Stratégie adoptée	
<hr/>	
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans	39
1. Situation actuelle	
2. Contraintes	
3. Stratégie adoptée	
<hr/>	
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	45
1. Situation actuelle	
2. Contraintes	
3. Stratégie adoptée	
<hr/>	

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	51
1. Situation actuelle	
2. Contraintes	
3. Stratégie adoptée	
<hr/>	
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	59
1. Situation actuelle	
2. Contraintes	
3. Stratégie adoptée	
<hr/>	
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	69
1. L'aide publique au développement	
2. Le financement des secteurs sociaux au Maroc	
3. L'engagement du Maroc pour la Coopération Sud-Sud et triangulaire	
<hr/>	
Annexes : Comparaisons régionales	75
Annexe 1 : Pauvreté et inégalités régionales	
Annexe 2 : Tableaux statistiques	
<hr/>	
Liste des acronymes	85

Présentation du rapport

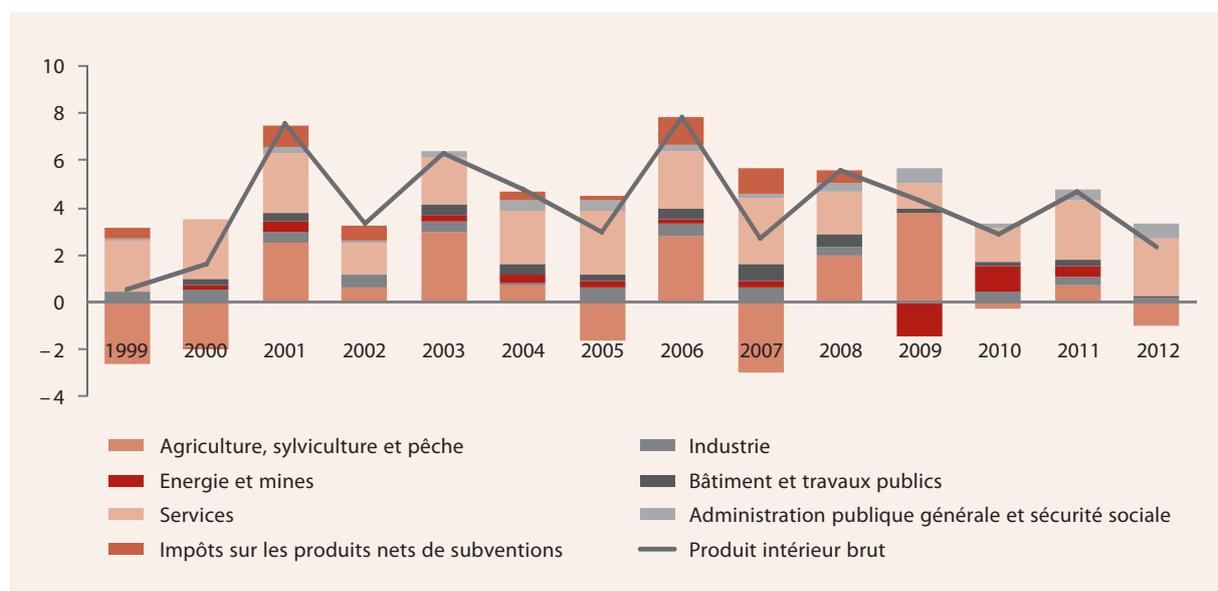
Depuis la publication du rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2009, et malgré un contexte de crise financière internationale défavorable, le Maroc a continué ses réformes économiques et institutionnelles en les inscrivant dans le processus de renforcement de son intégration dans l'économie mondiale. Couronnées par une révision approfondie de la Constitution en 2011, ces réformes ont été accompagnées par une politique macroéconomique plus rigoureuse et une accélération de la mise en œuvre des stratégies sectorielles de développement.

Dans ce contexte, l'effort d'investissement a été poursuivi pour représenter, en moyenne, le tiers de la richesse nationale en 2012, portant en particulier sur des programmes structurants d'infrastructures économiques et sociales. L'économie nationale en a gagné en attractivité et en compétitivité, ce qui a permis une plus grande diversification du tissu

productif, une meilleure répartition régionale de la création de l'emploi et des revenus et une réduction des disparités territoriales et sociales.

L'économie nationale a ainsi montré une relative résilience face aux chocs de la crise internationale de ces dernières années et à la perdurance de ses effets. Le Maroc a été à l'abri des mouvements déstabilisateurs qu'a connus la région de l'Afrique du Nord grâce à la consolidation de ses acquis sociaux, économiques et institutionnels. Il a maintenu, contrairement à plusieurs pays de la région, un sentier de croissance élevée, de 3,8% en moyenne annuelle, voire 4,7% hors secteur primaire, un taux de chômage stable, environ 9%. Le revenu national brut disponible s'est accru de 5% par an, et la consommation, avec une évolution maîtrisée des prix ne dépassant pas 1%, s'est améliorée, donnant un pouvoir d'achat de 4% par an en moyenne entre 2009 et 2012.

Contribution des secteurs de production à la croissance du PIB (en %)



Source : HCP

Dans ce cadre, la dimension sociale, élevée au rang de priorité dans les politiques publiques, a mobilisé 54 % du Budget de l'Etat en 2012 en faveur des secteurs sociaux, au lieu de 41 % au début de la décennie 90. Cet effort budgétaire a été appuyé par des programmes sociaux spécifiques lancés par le S.M. Roi Mohammed VI qui ont donné un nouvel élan à la dynamique du développement humain. L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) a été, à cet égard, une entreprise emblématique bientôt suivie par la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED). S'inscrivant dans la durée, ces programmes s'associent dans l'objectif de réduire les passifs hérités dans le domaine du développement humain.

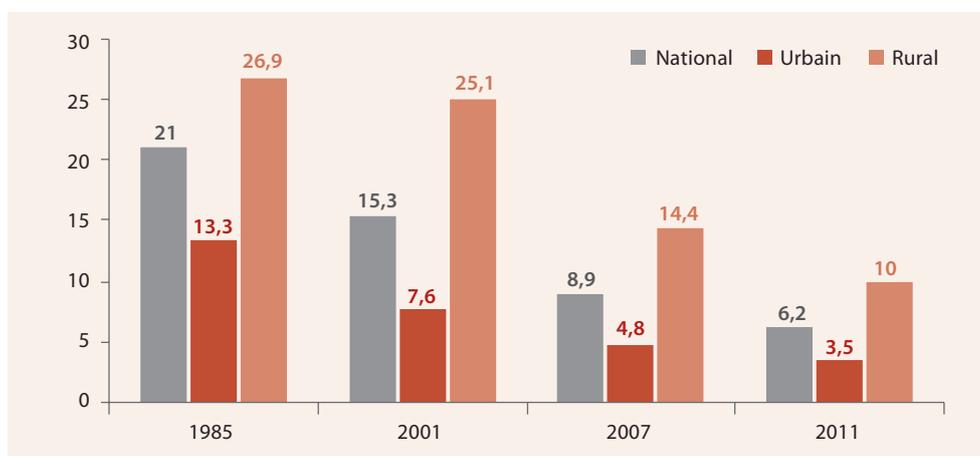
Aussi le Maroc a-t-il déjà réalisé une grande partie des OMD et devrait compter parmi les pays en voie de développement à avoir honoré leurs engagements pour 2015. Au cours de la dernière décennie, il a pu éradiquer l'extrême pauvreté et la faim et réduire les pauvretés absolue et multidimensionnelle de plus de la moitié. Les taux de scolarisation et d'alphabétisation ont augmenté rapidement : le taux net de scolarisation des enfants âgés de 6 à 11 ans est passé de 60 % en 1994 à plus de 96 % en 2012. La mortalité infanto-juvénile est passée de 76 à 30,5 ‰ entre 1987-1991 et 2007-2011, et celle des mères de 332 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1985-1991 et 2009. Le paludisme autochtone a été quasi éradiqué, l'incidence de la tuberculose a baissé de 113 à 82 nouveaux cas pour 100 000 habitants. L'espérance de vie à la naissance de la population s'en est trouvée nettement améliorée, atteignant 74,8 ans.

Par ailleurs, généralisé en milieu urbain et en voie de l'être en milieu rural, l'accès des populations aux services sociaux de base a connu une cadence plus rapide. Le pourcentage des bénéficiaires de l'électrification rurale s'établit à 97 % en 2012 contre 9,7 % en 1994, et celui de la desserte en eau potable à 93 % contre 14 %.

Malgré ces indéniables avancées, le Maroc n'a cependant pas manqué de subir directement l'impact de la crise internationale et ses effets indésirables sur ses principaux partenaires extérieurs, détériorant sensiblement ses équilibres macroéconomiques, en particulier. La cadence de progrès souhaitée pourrait en être affectée, malgré les programmes mis en œuvre concernant la promotion des jeunes et l'égalité entre les sexes, l'amélioration de la qualité de l'enseignement, l'implication des acteurs de la société civile dans le processus de développement et la préservation de l'environnement.

Ces programmes revêtent d'autant plus de pertinence que le pays se trouve déjà dans une phase cruciale de sa transition démographique, politique et économique, et ce dans un contexte international marqué par les mutations des sources classiques de croissance vers celles basées de plus en plus sur l'économie du savoir et du développement durable. Ces transitions en cours sont de nature à amplifier l'impact des changements démographiques et les exigences de la demande sociale, aussi bien sur le marché du travail que dans le domaine social, particulièrement en termes d'éducation, de santé et de protection sociale.

Evolution du taux de pauvreté relative selon le milieu de résidence (en %)



Source : HCP

Le Maroc devrait, dans ce contexte, faire face, au-delà de 2015, à l'émergence de nouveaux besoins et à des chantiers majeurs de réformes sociales et institutionnelles, de nature à accroître les performances de ses politiques publiques. Malgré l'importance des ressources publiques qui lui sont affectées (environ 6 % du PIB), le système d'enseignement et de formation demeure marqué par des défaillances aux niveaux quantitatif et qualitatif : un niveau élevé d'analphabétisme, une faible qualité de l'enseignement et du rendement interne (taux d'abandon élevé) et externe (chômage élevé des diplômés de l'enseignement supérieur).

Si l'enseignement primaire a pu, cependant, atteindre l'objectif de sa généralisation, la déperdition scolaire constitue toujours un sérieux handicap. L'une des origines de ce faible rendement réside dans le faible accès à l'enseignement préscolaire. Ainsi, tout élève ayant bénéficié de l'éducation préscolaire a 6 fois plus de chance d'échapper à la déperdition que celui qui en a été privé. Le préscolaire revêt à cet égard une grande importance et devrait figurer parmi les objectifs post 2015 comme facteur essentiel limitatif de la déscolarisation.

L'évaluation de l'état sanitaire de la population a révélé des acquis importants à renforcer en termes de maîtrise de la croissance démographique, d'extension de la couverture sanitaire et de réduction des niveaux de mortalité. Cette évaluation a également permis de mesurer les déficits et les efforts qu'il reste à déployer pour résoudre les problèmes sanitaires

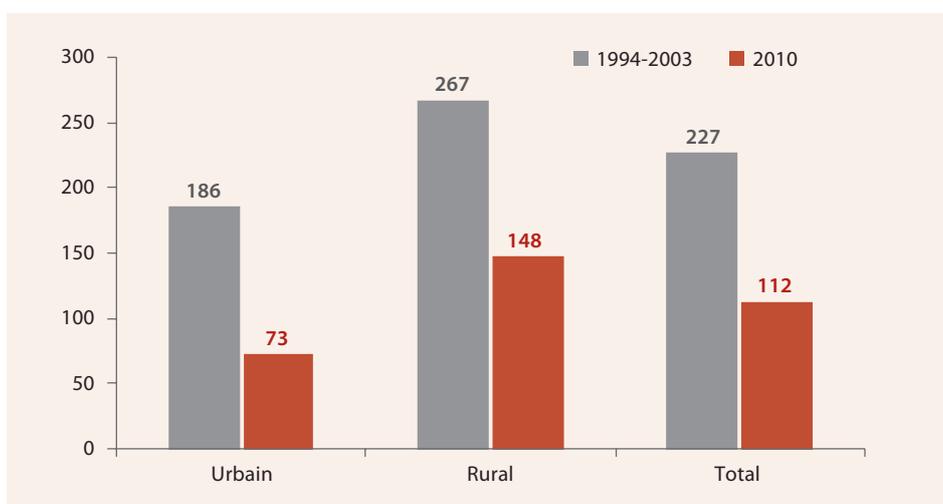
encore prégnants et ceux émergents dont l'inégalité d'accès aux soins, l'insuffisance de financement et le manque de ressources humaines.

Malgré de grandes avancées en matière d'égalité entre les sexes, avec notamment la promulgation du code de la famille et du code de la nationalité, la révision du code du travail et du code pénal, les inégalités entre les sexes demeurent l'un des défis majeurs pour les années à venir.

Elles s'expliquent par les déficits enregistrés parmi les femmes en matière de développement humain. Le taux d'analphabétisme des femmes rurales demeure encore très élevé, 64,7 % en 2012, soit un décalage temporel de plus de 30 ans avec la moyenne nationale. Le taux de la participation des femmes au marché de l'emploi reste encore à moins de 24 %. Même diplômées, elles subissent les affres du chômage 2 fois plus que les hommes, avec des taux respectifs de 28 % et de 14 %.

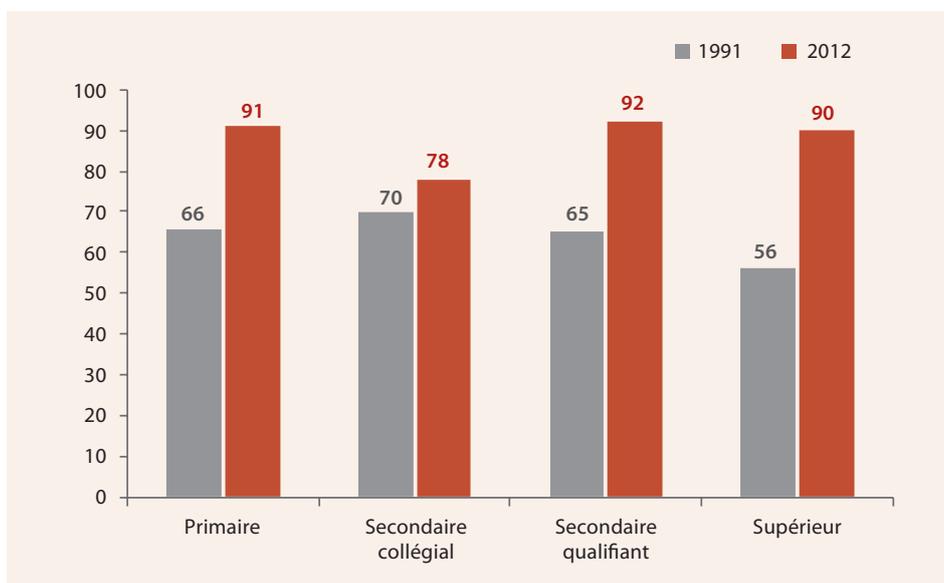
La faible intégration des femmes aux circuits économiques ressort, du reste, des résultats de l'étude sur la mobilité sociale réalisée en 2012 par le HCP. Malgré la forte mobilité structurelle qu'a connue le Maroc, le faible accès à une mobilité sociale ascendante, de l'ordre de 18 %, semble être surdéterminé par une discrimination de type genre. C'est ainsi qu'au même âge, milieu de résidence, niveau d'études et statut socioprofessionnel du père, un homme a 7,1 fois plus de chances qu'une femme d'occuper une position sociale supérieure à celle de son père.

Evolution du taux de mortalité maternelle selon le milieu de résidence (pour 100 000 naissances vivantes)



Source : Ministère de la Santé et HCP.

Evolution de l'indice de parité selon le niveau d'enseignement (en %)



Source : HCP, indices calculés à partir des annuaires statistiques.

La jeunesse marocaine, autre composante importante de la société, reste handicapée par l'inadéquation de sa formation au marché du travail et aux exigences des nouveaux savoirs de ce millénaire. L'enjeu majeur demeure le renforcement de son intégration sociétale par la création d'emploi et de revenu, la multiplication des chances de promotion sociale, la participation politique et le renforcement du sentiment d'appartenance à une communauté nationale riche de ses traditions et ouverte à la modernité. Les priorités exprimées par les jeunes, lors de la dernière enquête qualitative menée en 2012 par le HCP, portent sur l'emploi, l'égalité des chances, la réforme de l'enseignement, le respect des droits de l'homme et l'élargissement de la liberté d'expression. La cherté de la vie (84 %) et le chômage (78 %) demeurent leurs principales préoccupations d'avenir.

Le poids de la société civile, sa structure et son dynamisme marqueront le paysage social et institutionnel d'après 2015 et seront appelés à jouer un grand rôle, déjà remarquable, dans l'évolution du modèle de développement du Maroc, en particulier dans les objectifs de la promotion de l'égalité de genre et de la participation démocratique des jeunes aux institutions nationales et locales.

Les défis post 2015 devraient, par ailleurs, véhiculer de nouvelles problématiques liées au changement climatique, celles notamment des ressources hydriques, de la baisse des rendements agricoles,

de la dégradation de la diversité biologique et des écosystèmes forestiers avec leurs conséquences sur la sécurité alimentaire. Ces problématiques devraient également intégrer les dimensions de l'exode massif vers les villes et l'intensification des flux migratoires vers le Maroc, avec, en cas de non-maîtrise, leurs corollaires de dégradation du paysage urbain, d'insécurité et d'apparition de besoins urgents en services de base, en logements et en emplois.

Certes, un soutien conséquent de la communauté internationale pour l'atténuation des effets des changements climatiques, phénomène planétaire, sera plus que nécessaire. Le pays sera tenu, de son côté, d'adapter ses structures de production en conséquence. C'est là, du reste, une opportunité qu'il doit saisir alors qu'il connaît un processus de transformation de son tissu productif basé sur une valorisation de ses ressources naturelles grâce, en particulier, à la promotion de l'énergie renouvelable et à une approche plus résolue de l'économie verte.

L'agenda post 2015 gagnerait à être intégré dans une vision globale du développement dépassant les approches sectorielles. L'expérience accumulée par le HCP en matière de suivi et d'évaluation a montré les niveaux d'efficacité que la réalisation des OMD gagne avec une cohérence et une convergence plus soutenues des programmes sectoriels et leur insertion dans un cadre macroéconomique sain. Dans ce sens, l'allocation efficiente des ressources

financières disponibles et la mobilisation de sources de financement adéquates constituent aujourd'hui un grand défi à relever, étant donné la pression exercée sur les finances publiques, en raison des besoins croissants et des ressources importantes affectées aux secteurs sociaux.

L'agenda post 2015 sera inévitablement dominé par la portée des dispositions économiques, sociales et institutionnelles consacrées par la réforme constitutionnelle qui a, sous le leadership de Sa Majesté, marqué une nouvelle ère dans le processus de transformation démocratique que le pays connaît depuis l'intronisation de Sa Majesté le Roi.

Le Maroc est, aujourd'hui, une monarchie constitutionnelle qui consacre, en même temps que la démocratie et le respect de l'Etat de droit, une régionalisation avancée appelée à modifier totalement le paysage institutionnel du pays, ouvrant une voie plus large à la promotion du pluralisme linguistique et culturel et à la lutte contre toutes les formes de discrimination. Elle consolide l'étendue des domaines des prérogatives et de la participation de la société civile et en particulier des associations de femmes et de jeunes. Dans ce cadre, la Constitution prévoit la création d'une Autorité pour la parité et la lutte contre toutes les formes de discrimination, la création d'un Conseil consultatif de la jeunesse et de l'action associative et d'un Conseil

supérieur de l'éducation, de la formation et de la recherche scientifique.

La mise en œuvre de la disposition de la Constitution consacrant l'obligation, déjà prise en compte dans les politiques publiques, du rétablissement dans la durée de ses équilibres macroéconomiques est de nature à rendre plus implicites les réformes envisagées de la fiscalité, des régimes de retraite et du système de compensation. Ceci devrait renforcer la compétitivité et la diversification de l'économie nationale et permettre de mieux coordonner les stratégies sectorielles mises en œuvre dans les domaines de l'agriculture, de l'industrie, des infrastructures et des énergies renouvelables.

Au terme de cette présentation, il me semble utile de rappeler que le Haut-Commissariat au Plan entamera, en 2015, l'élaboration du bilan global des OMD. Dans ce cadre, les résultats du Recensement général de la population et de l'habitat 2014 et de l'Enquête nationale sur la consommation et les dépenses des ménages 2013-2014 permettront d'appréhender pour la première fois la situation des OMD à l'échelle nationale et régionale. Dans le même sens, ce rapport intégrera d'autres objectifs qui relèvent de l'agenda post 2015 et une analyse approfondie des spécificités et des caractéristiques du processus de développement du Maroc.

M. Ahmed Lahlimi Alami
Haut-Commissaire au Plan

Méthode d'élaboration du rapport

Depuis l'adoption par le Maroc de la Déclaration du Millénaire en 2000, le Haut Commissariat au Plan (HCP) s'est chargé de coordonner l'élaboration des rapports nationaux (2003, 2005, 2007 et 2009) sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) comme instruments de suivi des engagements du pays en la matière. L'élaboration du rapport d'évaluation se fait selon une approche participative avec la collaboration de tous les partenaires socio-économiques et des agences du Système des Nations-Unies accréditées au Maroc, les associations de la société civile et les représentants des milieux sociaux, économiques et universitaires.

La démarche du HCP est améliorée à l'occasion de l'élaboration de chacun des rapports de suivi des OMD, et elle ne s'est pas limitée aux cibles et indicateurs émanant de la Déclaration du millénaire. Elle a intégré d'autres objectifs sur l'évolution de la situation socio-économique tenant compte des spécificités et des caractéristiques du processus de développement du Maroc. En droite ligne de cette démarche, le HCP a introduit dans ce rapport de 2012 d'autres indicateurs de mesure de la pauvreté et une comparaison régionale des différents objectifs de développement pour faire ressortir le niveau et le rythme d'évolution des différents indicateurs relatifs aux OMD au niveau local.

Le rapport de 2012 revêt une importance particulière puisqu'il s'intègre dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme conjoint entre le HCP et sept agences du Système des Nations-Unies (PNUD, UNFPA, UNICEF, OMS, CEA, ONU-Femmes et ONU-SIDA). Ce programme repose sur quatre axes :

- animer un débat, à l'échelle nationale et régionale, sur l'avenir des OMD après 2015 ;
- évaluer l'état d'avancement des OMD, à l'échelle nationale et régionale ;
- renforcer les capacités des acteurs locaux en matière d'outils de suivi et d'évaluation des OMD ;
- mettre en œuvre des activités de plaidoyer et de communication visant la promotion des OMD.

La préparation de ce rapport a été marquée par l'organisation de trois ateliers régionaux (Marrakech, Tanger et Meknès) en vue d'élargir le débat et la concertation avec les partenaires économiques et sociaux à l'échelle territoriale. Les partenaires régionaux ont surtout insisté sur la nécessité de délocaliser le suivi des progrès au niveau infra-régional pour mieux tenir compte des réalités locales, en mettant en exergue le nécessaire développement de l'information statistique aux niveaux géographiques de base.

L'atelier de validation du rapport organisé par le HCP avec la participation de tous les partenaires économiques et sociaux a, pour sa part, débouché sur des recommandations pertinentes. Il s'agit, outre la nécessité d'élaborer des rapports régionaux, d'intégrer des thèmes non pris en compte par les OMD, notamment les personnes à besoins spécifiques, la violence contre les femmes, la promotion des droits humains, le travail décent, la qualité de l'enseignement, la formation professionnelle ainsi que les interactions entre les différentes composantes des OMD et leur priorisation dans le temps et dans l'espace.

Dans ce cadre et dans le but d'enrichir le suivi et l'évaluation de la réalisation des OMD à l'échelle territoriale, le HCP, en partenariat avec les agences du Système des Nations-Unies, entame l'élaboration de quatre rapports régionaux (Grand Casablanca, Sous-Massa-Drâa, Oriental et Fès-Boulemane). L'objectif est l'élargissement de la participation de tous les acteurs locaux pour faire ressortir les disparités spatiales et proposer des politiques décentralisées pour l'atteinte de la synergie escomptée dans les efforts déployés dans ce domaine.

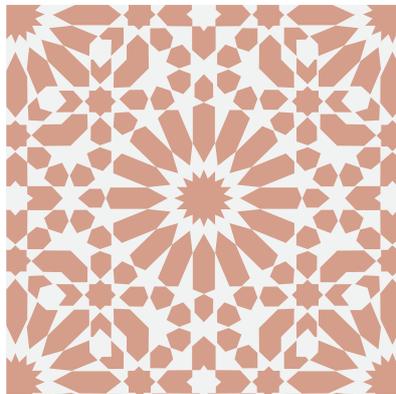
Par ailleurs, un plan de communication est en cours d'élaboration. Il vise à sensibiliser les décideurs, les ONG et le grand public à l'intérêt des OMD et à la nécessaire mobilisation de tous pour être au rendez-vous de 2015. Dans ce cadre, une diffusion très large de ce rapport, traduit en arabe et en anglais, sera assurée pour faire profiter de ses enseignements les utilisateurs ainsi que le grand public.

Les chapitres de ce rapport portent sur les réalisations en matière de réduction de la pauvreté, de généralisation de l'enseignement primaire, de promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, d'amélioration de la santé

maternelle, de lutte contre le VIH-SIDA, le paludisme et d'autres maladies, de développement durable et de partenariat mondial pour le développement. Ce rapport traite également en annexe, pour la première fois, d'une comparaison régionale de certains indicateurs relatifs aux OMD.

Objectif 1

Réduire l'extrême pauvreté et la faim



Objectif 1

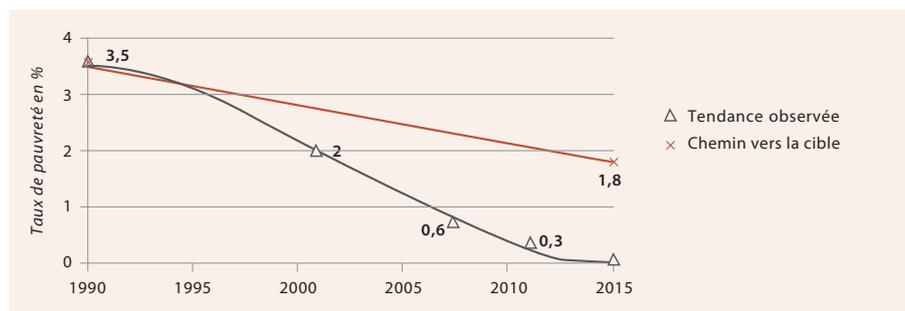
Réduire l'extrême pauvreté et la faim

La lutte contre la pauvreté constitue un axe majeur de la politique menée par les pouvoirs publics. Elle se matérialise par l'importance du budget de l'Etat alloué aux secteurs sociaux et par le renforcement des mécanismes de protection et d'assistance sociales. Cette politique a eu un impact positif sur l'évolution de la pauvreté dans toutes ses dimensions. Cependant, la tendance à la hausse des inégalités constitue un réel défi pour la concrétisation des objectifs escomptés en matière de cohésion sociale.

1. Tendance de la pauvreté monétaire 1990-2011

En vingt ans, du début des années 1990 à la fin des années 2000, le Maroc a pratiquement mis fin à la pauvreté absolue et réduit dans de fortes proportions la pauvreté relative, mesurées toutes les deux aux seuils fixés aussi bien par le Haut-Commissariat au Plan (HCP) que par les institutions internationales (graphique 1 ci-après).

Graphique 1
Evolution de la proportion (%) de la population disposant de moins de 1 \$US PPA par jour



Source : Haut Commissariat au Plan, Maroc.

Extrême pauvreté

Eradication de l'extrême pauvreté : Le Maroc a réduit le taux de la pauvreté, mesurée à 1 \$US PPA par jour et par personne, de 3,5 % en 1985 à moins de 0,3 % en 2011, contre une valeur cible de 1,8 % à l'horizon 2015 des OMD (graphique 1). C'est ainsi que, en milieu urbain (0,1 %) comme en milieu rural (0,5 %), moins d'un Marocain sur 100 vivait, en 2011, d'un revenu inférieur à 1 \$US PPA par jour. A un seuil de 1,25 \$US PPA par jour et par personne, la pauvreté ne touchait en 2011 que 0,9 % de Marocains, 0,3 % d'urbains et 1,6 % de ruraux.

Eradication de la faim : la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorifique,

mesurée par le taux de pauvreté alimentaire (1), a été, à son tour, réduite de 4,6 % en 1985 à 0,5 % en 2011, pour une valeur cible de 2,3 % en 2015. Seuls 0,2 % des urbains et près de 1 % des ruraux étaient, en 2011, en situation de pauvreté alimentaire.

1. Le seuil de la pauvreté alimentaire est le coût d'un panier de biens et services alimentaires garantissant l'ingestion calorifique minimale requise par la norme recommandée par la FAO et l'OMS. Le minimum requis en calories par individu et par jour a été établi en appliquant la Table des besoins énergétiques recommandés (Recommended Daily allowance, FAO-OMS) à la structure de la population selon le sexe, l'âge et la situation des femmes vis-à-vis de la grossesse et de l'allaitement. Il vaut 2444 kcal/par équivalent adulte homme, d'après l'Enquête nationale sur la consommation et les dépenses des ménages 2000-2001.

Réduction de 65,6 % de l'incidence de l'insuffisance pondérale

: l'incidence de l'insuffisance pondérale parmi les moins de 5 ans, indicateur de la carence du poids par rapport à l'âge, a été réduite de près des deux tiers entre 1992 et 2011. Cette réduction a été totalement constatée entre 2003 et 2011. Entre 1992 et 2003, la proportion des enfants en situation d'insuffisance pondérale a augmenté de 9,0 % à 10,2 %. C'est entre 2003 et 2011 qu'elle a diminué à un niveau (3,1 % en 2011) dépassant la valeur cible de 4,5 % à l'horizon 2015 des OMD. Cette baisse a bénéficié aussi bien aux ruraux qu'aux urbains et aux garçons qu'aux filles (tableau 1 ci-après).

En résumé, les indices de l'extrême pauvreté, tout comme ceux de la faim, s'établissent en 2011 à des niveaux statistiquement insignifiants (2). C'est dire que, désormais, le suivi de la pauvreté devrait se fonder sur le seuil national (3) (2,15 \$US PPA par jour et par personne en 2007) et aussi sur de nouvelles lignes de pauvreté, mesurées à des fractions de la médiane des dépenses de consommation.

Pauvreté absolue

Réduction de plus de moitié de la pauvreté mesurée au seuil national

: la pauvreté absolue, mesurée au seuil national marocain (4), a présenté une tendance à la hausse au cours des années 90. C'est seulement à partir de 1998-1999 que cette tendance a été inversée, donnant lieu à une baisse soutenue de la pauvreté tout au long des années 2000.

En effet, en dix ans, entre 2001 et 2011 :

- le taux de pauvreté absolue a été réduit de plus de moitié :

2. Le suivi statistique des indices d'un tel niveau ne peut plus se baser sur des échantillons équivalents à ceux des enquêtes sur le niveau de vie (7 000 ménages) ou la consommation (14 500 ménages). Plus la proportion estimée est petite, plus la marge d'erreur (étendue que les résultats peuvent avoir si l'on recommence l'enquête) est importante, moins on a confiance dans les indices estimés et dans les changements qu'ils connaissent dans le temps.

3. Le seuil national est juste supérieur au seuil international fixé, en 2005, à 2 \$US PPA par jour et par personne.

4. Le Haut Commissariat au Plan mesure le seuil de la pauvreté relative conformément aux normes de la FAO-OMS (composante alimentaire) et la méthode d'estimation, par la Banque mondiale, de la composante non-alimentaire de ce seuil. En 2007, le seuil de pauvreté s'établit, par personne et par an, à 3 834 Dh en milieu urbain et à 3 569 Dh en milieu rural. Il vaut, en moyenne, 2,15 \$US PPA par jour et par personne (1 \$US PPA = 4,88 Dh). Est dit vulnérable tout ménage dont la dépense par tête se situe entre le seuil national de la pauvreté relative et 1,5 fois ce seuil. Il s'agit d'une population qui n'est pas pauvre, mais qui court un grand risque de pauvreté.

- de 59,5 % à l'échelle nationale, passant de 15,3 % à 6,2 % ;
- de 53,9 % dans le milieu urbain, passant de 7,6 % à 3,5 % ;
- et de 54,5 % dans le milieu rural, passant de 22,0 % à 10,0 %.
- le taux de vulnérabilité (5) a diminué de plus de 40 % :
 - de 41,7 % à l'échelle nationale, passant de 22,8 % à 13,3 % ;
 - de 43,4 % dans le milieu urbain, passant de 16,6 % à 9,4 % ;
 - et de 38,7 % dans le milieu rural, passant de 30,5 % à 18,7 %.

Au total, en 2011, 2,0 millions de Marocains étaient en situation de pauvreté absolue et 4,3 millions en situation de vulnérabilité, soit 6,3 millions au total. Pour un poids démographique de 41,8 %, le milieu rural regroupe 67,5 % des pauvres et 58,8 % des vulnérables.

De son côté, la pauvreté relative mesurée à 60 % de la médiane des dépenses de consommation par habitant a diminué à l'échelle nationale, entre 1990 et 2007, de 22,0 % à 19,4 %. Elle a stagné à près de 10,0 % dans le milieu urbain contre une baisse de 32,6 % à 31,2 % dans le milieu rural. Notons que le seuil de pauvreté ainsi fixé augmente avec le revenu des ménages.

En somme, quel que soit le seuil, la pauvreté a été significativement réduite au Maroc. Cette tendance a été corroborée par la régression de la pauvreté multidimensionnelle.

Pauvreté multidimensionnelle, 1990-2011

A l'instar de la pauvreté monétaire, la pauvreté multidimensionnelle (PM) est en déclin rapide au Maroc. Évaluées à l'aide de l'approche du HCP-Maroc (6) et de celle d'Alkire-Foster (7), les tendances enregistrées par la PM font état de grands progrès dans le domaine des conditions de vie (graphique 2).

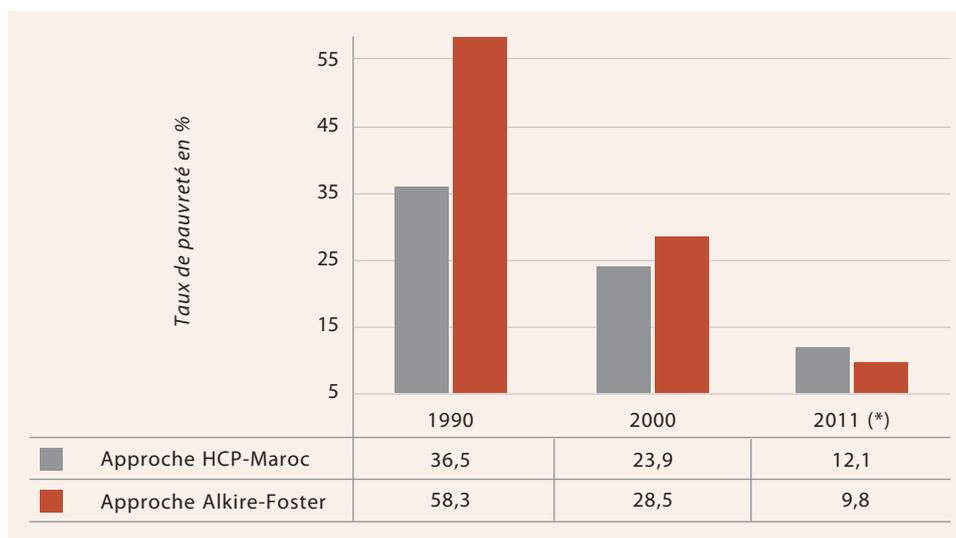
5. Rappelons que c'est la part de la population dont la consommation par habitant se situe entre 1 et 1,5 fois le seuil national de la pauvreté relative.

6. Cette approche est plus consistante que celle d'Alkire-Foster en termes de dimensions de la pauvreté et de pondération objective des variables. Elle fonde la mesure de la pauvreté sur les indicateurs de l'éducation, la santé, les conditions de vie, l'emploi, les moyens de communication, l'accès aux services sociaux, les conditions de logement, la classe de niveau de vie et les inégalités entre les sexes vis-à-vis de l'éducation et de la santé. Cf. HCP (2010), *Les Cahiers du Plan*, n° 30.

7. Source : Sabina Alkire & James Foster (2008) : "Counting and Multidimensional Poverty Measurement", OPHI, working paper series.

Graphique 2

Tendance de la pauvreté multidimensionnelle selon le type d'approche



Note (*): l'année de référence est 2007 pour l'approche du HCP.
Source des données: HCP.

Selon l'approche du HCP, le taux de PM a diminué, entre 1991 et 2007, de :

- 66,8 % à l'échelle nationale, passant de 36,5 % à 12,1 % ;
- 28,8 % dans le milieu urbain, passant de 10,4 % à 7,4 % ;
- et de 67,1 % dans le milieu rural, passant de 55,7 % à 18,3 %.

Selon l'approche d'Alkire-Foster, le taux de PM a diminué, entre 1992 et 2011, de :

- 83,2 % à l'échelle nationale, passant de 58,3 % à 9,8 % ;
- 91,1 % dans le milieu urbain, passant de 25,8 % à 2,3 % ;
- et de 76,0 % dans le milieu rural, passant de 84,3 % à 20,2 %.

La baisse de la pauvreté multidimensionnelle a dû entraîner celle de la pauvreté monétaire. Une baisse de 1 % de la pauvreté multidimensionnelle s'accompagnait, entre 1992 et 2011, d'une baisse équivalente de la pauvreté monétaire (8).

En résumé, la PM tend vers l'éradication dans le milieu urbain. Dans le milieu rural, elle affecte encore une personne sur 5. En 2011, près de 3,145 millions de Marocains vivaient dans des ménages multidimensionnellement pauvres, dont 86,3 % sont des ruraux.

8. La pauvreté monétaire est mesurée au seuil de 2 \$US PPA ; la pauvreté multidimensionnelle au sens de l'approche d'Alkire-foster.

Pauvreté subjective

Le HCP fonde, depuis 2007, la mesure de la pauvreté sentie – dite subjective – sur une échelle du bien-être (9), classant les ménages selon qu'ils se considèrent eux-mêmes très riches, relativement riches, moyens, relativement pauvres ou très pauvres.

En 2011, 39,7 % des Marocains se considèrent subjectivement pauvres, 33,1 % en milieu urbain et 51,5 % en milieu rural. Quatre ans auparavant, en 2007, le taux de pauvreté subjective était au même niveau (39,4 %) à l'échelle nationale, 37,4 % en milieu urbain et 42,0 % en milieu rural.

La pauvreté subjective affecte certes l'ensemble des classes sociales, mais à des niveaux différents (10). Son incidence est aussi plus grande parmi les ménages en situation de pauvreté monétaire et/ou de pauvreté

9. Cette échelle se fonde sur la question suivante, adressée aux chefs de ménage : « Dans quel niveau social classez-vous votre ménage en comparaison avec ce qui règne dans votre environnement social, est-ce parmi les très riches, les relativement riches, les moyens, les relativement pauvres ou les très pauvres ? »

10. En 2007, le taux de pauvreté sentie ou subjective était de 56,3 % dans les classes modestes (dont la dépense par habitant est inférieure à 75 % de la médiane des dépenses de consommation par habitant), 39,5 % dans les classes moyennes (dont la dépense par habitant se situe entre 75 % et 2,5 fois la médiane des dépenses de consommation par habitant) et de 22,7 % dans les classes aisées (dont la dépense par habitant est supérieure à 2,5 fois la médiane des dépenses de consommation par habitant).

multidimensionnelle, dont notamment ceux dirigés par un ouvrier ou un manœuvre agricole ou non agricole (graphique 3). A côté de la qualité de l'emploi et des inégalités sociales, l'insuffisance du capital scolaire et son corollaire, l'insécurité financière et sociale, sont à l'origine de la pauvreté sentie (11).

2. Tendances des inégalités entre 1990 et 2011

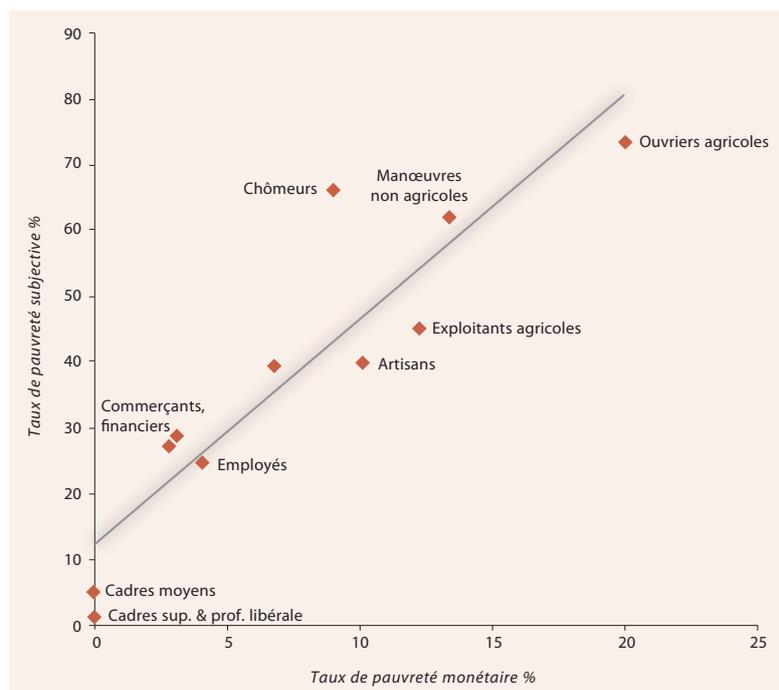
Le déclin des formes monétaires de la pauvreté au Maroc, entre 1990 à 2011, résulte principalement de la croissance économique et de l'élargissement de l'accès aux services et équipements sociaux. La rigidité à la diminution des inégalités durant la période a dû ralentir la baisse de la pauvreté monétaire.

En une vingtaine d'années, de 1991 à 2011, la consommation par habitant a connu une augmentation significative, passant, en dirhams constants, de 8 096 à 12 090 dirhams. Cette hausse de la consommation (12) constitue, à côté de la baisse de la pauvreté multidimensionnelle, le principal facteur de la réduction de la pauvreté monétaire durant la période.

Inversement, les inégalités sociales mesurées par l'indice de Gini ont affiché, tout au long de la période, une certaine rigidité défavorisant la baisse de la pauvreté. Comme le schématise le graphique 3, cette tendance ramènerait l'indice de Gini à un niveau (0,408 en 2011) légèrement supérieur à celui enregistré en 1991 (0,393) ou en 2001 (0,406).

Graphique 3

Groupes socio-professionnels selon le taux de pauvreté monétaire et subjective



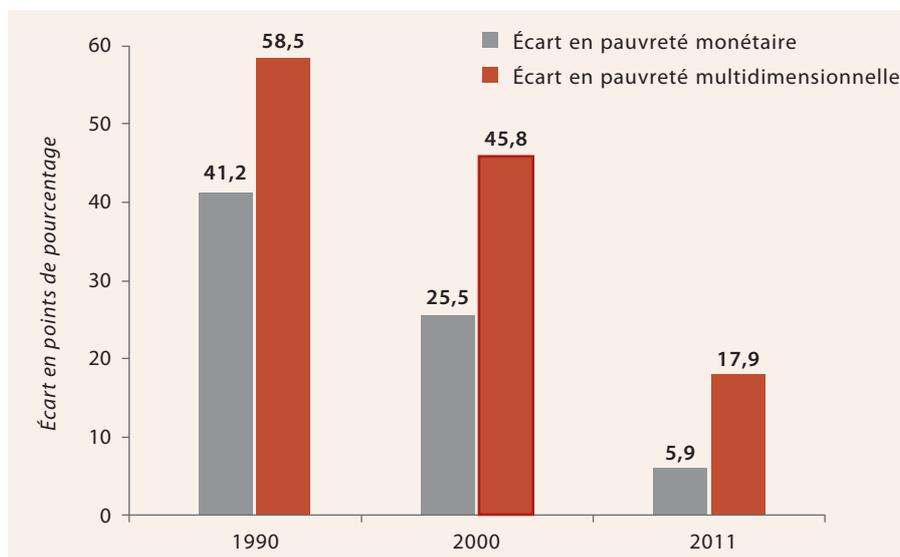
Source : HCP, Enquête sur le niveau de vie des ménages, 2007.

11. L'analyse des déterminants de la pauvreté subjective montre que – toutes choses égales par ailleurs – l'urbanisation majore le risque de pauvreté sentie ou subjective, de 13,5 %, et que la réduction de la taille des ménages d'une unité accroît le risque de pauvreté subjective de 3,5 %. Ces mêmes changements réduisent, en revanche, la pauvreté monétaire de 33,3 % et de 2,4 %, respectivement. Un faible capital scolaire ou une situation de chômage accentue, à la fois, le risque de la pauvreté subjective et le risque de pauvreté monétaire. Inversement, l'éducation aux niveaux scolaires, moyen et supérieur, réduit, à la fois, la pauvreté subjective et la pauvreté objective. Cf. <http://www.oecd.org/site/progresskorea>

12. L'élasticité-croissance de la pauvreté a été plus grande aux années 2000 qu'aux années 1990 : une croissance économique de 1 % donne lieu à une réduction du taux de la pauvreté de 2,3 % en 1985, 2,7 % en 2001 et de 2,9 % en 2007.

Graphique 4

Écart (rural-urbain) entre les taux (%) de pauvreté monétaire et multidimensionnelle



Source : HCP.

La tendance à la hausse des inégalités s'accompagne, par ailleurs, d'une augmentation de leur impact sur la pauvreté (13). A la fin des années 2000, une hausse de 1 % des inégalités aurait annulé l'effet sur la pauvreté de 2 % de croissance économique. D'où le rôle de la baisse, ou du moins la stabilisation, des inégalités dans la lutte contre la pauvreté.

En fait, les 10 % les plus riches totalisaient, durant la période 1990-2011, plus de 30 % de la consommation totale des ménages, contre 2,6 % pour les 10 % les plus pauvres. L'allègement, à long terme, de ce niveau d'inégalité passe d'abord par l'égalité de chances vis-à-vis de l'éducation-formation. En 2007, l'inégalité totale des dépenses de consommation est due pour 31,3 % à la différence entre les niveaux scolaires des chefs de ménage, suivie de loin par le secteur d'activité (18,7 %) et le milieu de résidence (11,6 %).

Sur le plan territorial, les ruraux enregistrent en 2011 un taux de pauvreté sensiblement supérieur à celui des urbains, de 8,8 fois pour la pauvreté multidimensionnelle et de 3,5 fois pour la pauvreté monétaire (14). Bien que ces écarts soient encore notables, ils observent une réduction soutenue depuis 1990, devant être nécessairement activée dans les années à venir (graphique 4).

13. Une hausse des inégalités de 1% donne lieu à une hausse de la pauvreté de 2,6 % en 1985, de 4,1 % en 2001 et de 5,9 % en 2007.

14. La pauvreté monétaire est mesurée au seuil de 2 \$US PPA ; la pauvreté multi-dimensionnelle au sens de l'approche d'Alkire-foster.

3. Défis majeurs en matière de lutte contre la pauvreté et l'inégalité

Les tendances lourdes des conditions de vie de la population montrent que la pauvreté, monétaire et multidimensionnelle, tend vers l'éradication en milieu urbain mais reste, en dépit de sa forte baisse, assez notable en milieu rural. Elles s'opèrent dans un contexte marqué par une hausse lente des inégalités et une incidence notable de la pauvreté sentie. Trois défis majeurs en découlent :

- **Le premier défi est d'inverser la hausse des inégalités sociales.** La poursuite de la hausse des inégalités, observée entre 1990 et 2011, constitue une menace pour acquis du Maroc dans le domaine de la lutte contre la pauvreté monétaire. D'où l'intérêt d'infléchir la tendance des inégalités non seulement pour appuyer la baisse de la pauvreté, mais aussi pour élargir les classes moyennes (15).
- **Le deuxième défi est d'atténuer la pauvreté sentie, en allégeant ses causes dont celles attribuées aux faibles niveaux d'éducation-formation, à la précarité de l'emploi et, au-delà, à l'insécurité**

15. Le quatrième rapport national sur les OMD au Maroc (HCP, 2009) indique, à son tour, que l'atténuation des inégalités sociales et territoriales découlerait non seulement du ciblage géographique des ressources publiques, mais aussi d'une mobilité sociale ascendante centrée sur les tranches, inférieure et centrale, des revenus.

financière et sociale. La proportion de Marocains qui se sentent pauvres a été ces dernières années presque insensible aux changements quantitatifs et qualitatifs que connaît le pays dans le domaine des conditions de vie, dont ceux évalués à l'aune de la pauvreté monétaire ou multidimensionnelle. D'où l'intérêt d'une refonte de la lutte contre la pauvreté, privilégiant, à côté du Ramed et de l'INDH, l'égalité des chances dans le développement des aptitudes humaines, l'emploi décent, la protection sociale et la sécurité financière.

- **Le troisième défi est de maintenir la cadence de la baisse de la pauvreté, monétaire et multidimensionnelle, urbaine et d'activer celle de la pauvreté rurale** de façon à rendre socialement tolérable l'écart urbain/rural dans le domaine des conditions de vie.

—● 4. Axes de la lutte contre la pauvreté et l'inégalité

Le recul de la pauvreté monétaire et multidimensionnelle entre 1990 et 2011 résulte aussi bien du renforcement des investissements publics dans le développement social que du ciblage géographique et social des programmes socio-économiques dédiés aux populations et aux localités pauvres.

Sur le plan des investissements publics, la part des secteurs sociaux dans le budget général a connu une hausse de 52,8 % entre 1994 et 2012, passant de 36 % à 55 %. Cette hausse a davantage bénéficié aux secteurs de l'enseignement et de la santé, dont le budget a plus que triplé durant la période (16).

Sur le plan des programmes socio-économiques ciblés sur les localités et les populations défavorisées, il y a, entre autres, l'Initiative nationale pour le développement humain (INDH) et le Régime d'assistance médicale (Ramed). Un budget d'environ 5 milliards de dirhams leur est consacré en 2012. Ce qui ramène la part du budget des secteurs sociaux à 57 % dans le budget général. Chacun de ces programmes bénéficie déjà à environ 5 millions de personnes.

En effet, le lancement de l'INDH en 2005 et le processus de généralisation du Ramed en 2013 donnent un

nouvel élan à la dynamique de développement et au processus de lutte contre la pauvreté monétaire et humaine. L'INDH est aujourd'hui à sa seconde phase 2011-2015 (17). Elle a été conçue pour renforcer l'action de l'Etat et des collectivités locales et de cibler, sur la base des cartes de la pauvreté (HCP, 2004 et 2007), les communes rurales et les quartiers urbains les plus défavorisés. De son côté, le Ramed, créé en 2002 et généralisé en 2013, consiste en une prise en charge totale ou partielle d'actes médicaux dispensés aux populations pauvres et vulnérables, au sens du HCP, par les hôpitaux et les établissements de santé publics.

D'autres programmes et stratégies sectorielles contribuent aujourd'hui à la lutte contre la pauvreté. Citons le Plan Maroc Vert dont le Pilier II, dédié à l'agriculture solidaire, envisage une approche orientée vers la lutte contre la pauvreté, en augmentant significativement le revenu agricole des exploitants les plus fragiles, particulièrement dans les zones défavorables à agriculture pluviale.

16. Ces deux secteurs représentent, en 2012, 90 % du budget alloué aux départements sectoriels à caractère social et 49 % de celui consacré aux secteurs sociaux (en y ajoutant la Caisse de compensation, la Caisse marocaine de retraite et la Prévoyance sociale).

17. Dans sa première phase 2005-2010, elle a réalisé plus de 22 000 projets et actions de développement, dont 3 700 activités génératrices de revenus au profit de plus de 5,2 millions de personnes, pour un montant d'investissement global s'élevant à 14,1 milliards de dirhams.

Tableau 1

Evolution des indicateurs de l'Objectif 1 « Réduire l'extrême pauvreté et la faim », 1990-2011

Cibles	Indicateurs	Désagrégation	1990	2001	2007	2011	Valeur cible 2015
Cible 1 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 \$US par jour en PPA (%)	Proportion de la population disposant de moins de 1 \$US par jour en PPA (%)	Ensemble	3,5	2,0	0,6	0,28	1,8
		Masculin	3,5	2,0	0,5	0,28	—
		Féminin	3,5	2,0	0,6	0,28	—
		Urbain	1,2	0,3	0,1	0,09	—
		Rural	5,7	4,0	1,2	0,54	—
	Indice d'écart de la pauvreté	Ensemble	0,0271	0,0346	0,0192	0,0130	—
Part du cinquième quintile le plus pauvre de la population dans la consommation finale	Ensemble	6,6	6,46	6,51	6,55	—	
Cible 1 bis Accès à un emploi productif et à un travail décent pour tous, y compris les femmes et les jeunes	Taux de croissance moyen annuel du PIB par personne employée	Ensemble	—	8,2	2,3	4,3	—
	Taux d'activité de la population âgée de 15 ans et plus	Ensemble	—	51,3	51,0	49,9	—
		Masculin	—	77,9	76,1	74,3	—
		Féminin	—	25,2	27,1	25,5	—
	Proportion de la population salariée vivant avec moins d'1 \$US PPA par jour (en %)	Ensemble	2,4	1,2	0,3	0,2	—
	Proportion des indépendants dans la population active occupée (en %)	Ensemble	—	25,8	24,4	28,5	—
		Masculin	—	30,6	29,0	33,3	—
		Féminin	—	12,1	12,2	15,2	—
	Proportion des aides familiales dans la population active occupée (en %)	Ensemble	—	31,1	26,8	23,5	—
		Masculin	—	22,9	16,8	13,8	—
Féminin		—	54,5	53,1	50,3	—	
Cible 2 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (%)	Ensemble	(1992) 9,0	(2003) 10,2	—	3,1	4,5
		Masculin	9,5	10,4	—	3,6	—
		Féminin	8,4	10,0	—	2,6	—
		Urbain	3,3	6,5	—	1,7	—
		Rural	12,0	14,0	—	4,5	—
	Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique (%)	Ensemble	(1985) 4,6	1,8	0,9	0,52	2,3
		Masculin	4,6	1,8	0,8	—	—
		Féminin	4,6	1,8	1,0	—	—
		Urbain	2,4	0,3	0,1	0,17	—
		Rural	6,2	3,7	2,0	1,00	—

Cibles	Indicateurs	Désagrégation	1990	2001	2007	2011	Valeur cible 2015
Cible 3 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 2 \$US par jour en PPA (%)	Proportion de la population disposant de moins de 2 \$US par jour en PPA (%)	Ensemble	(1985) 30,4	20,2	8,2	5,7	15,2
		Urbain	13,3	8,7	3,6	2,5	—
		Rural	54,5	34,2	14,3	8,4	—
Cible 4 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population se trouvant dans la pauvreté absolue, relative et dans la vulnérabilité	Taux de pauvreté absolue (%)	Ensemble	(1985) 12,5	6,7	3,9	2,5	6,2
		Urbain	6,8	2,3	1,3	1,1	—
		Rural	18,8	12,3	7,2	4,5	—
	Taux de pauvreté relative (%)	Ensemble	21,0	15,3	8,9	6,2	10,5
		Urbain	13,3	7,6	4,8	3,5	—
		Rural	26,8	22,0	14,4	10,0	—
	Taux de vulnérabilité (%)	Ensemble	(1985) 24,1	22,8	17,5	13,3	12,05
		Urbain	17,6	16,6	12,7	9,4	—
		Rural	29,2	30,5	23,6	18,7	—
Cible 4 bis Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population en situation de pauvreté multidimensionnelle ou subjective	Taux de pauvreté au seuil de 60 % de la médiane des dépenses de consommation par habitant	Ensemble	22,0	20,4	19,4	—	—
		Urbain	10,0	8,9	10,3	—	—
		Rural	32,6	35,0	31,2	—	—
	Taux de pauvreté multidimensionnelle, approche Haut Commissariat au Plan	Ensemble	36,5	23,9	12,1	—	—
		Urbain	10,4	9,4	7,4	—	—
		Rural	55,7	42,3	18,3	—	—
	Taux de pauvreté multidimensionnelle, approche Alkire-Foster	Ensemble	(1992) 58,3	(2004) 28,5	—	8,9	—
		Urbain	25,8	8,4	—	2,3	—
		Rural	84,3	54,2	—	20,2	—
	Taux de pauvreté subjective	Ensemble	—	—	39,4	39,7	—
		Urbain	—	—	37,4	33,1	—
		Rural	—	—	42,0	51,5	—
Cible 5 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, les inégalités dans les dépenses de consommation	Part dans les dépenses totales des 50 % les moins aisés de la population (%)	Ensemble	(1985) 24,2	23,4	23,6	23,7	—
		Urbain	23,5	24,2	23,7	23,4	—
		Rural	28,8	28,7	27,7	27,1	—
	Part dans les dépenses totales des 10 % les plus aisés de la population (%)	Ensemble	(1985) 31,7	32,1	33,1	33,8	—
		Urbain	31,8	30,9	33,7	35,7	—
		Rural	25,3	25,9	25,9	25,9	—
	Part dans les dépenses totales des 10 % les moins aisés de la population (%)	Ensemble	(1985) 2,6	2,6	2,6	2,6	—
		Urbain	2,4	2,8	2,7	2,6	—
		Rural	3,2	3,4	3,2	3,1	—

Capacité de suivi et d'évaluation

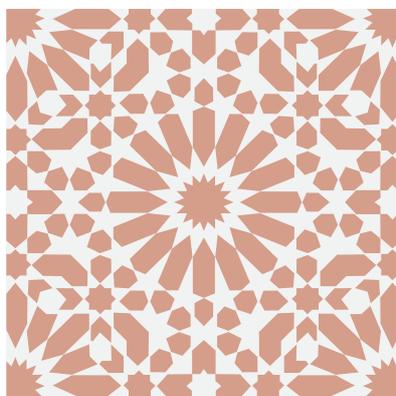
	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données	X		
Qualité de l'information récente	X		
Capacité à suivre l'information statistique	X		
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation	X		

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible

Objectif 2

Assurer l'éducation primaire pour tous



Objectif 2

Assurer l'éducation primaire pour tous

Le ministère de l'Éducation nationale a mis en œuvre, au cours de ces dernières années, des projets de création et d'extension pour renforcer aussi bien la capacité d'accueil que les mesures d'appui à la scolarisation et au soutien social et pédagogique des élèves nécessiteux, à travers un programme d'appui social très ambitieux.

La réduction des taux d'abandon scolaire et de redoublement, les réformes entreprises dans le domaine pédagogique, le système d'évaluation, la formation initiale et continue des enseignants, le renforcement de l'introduction des technologies de l'information et de la communication sont autant de facteurs qui reflètent les efforts déployés pour l'amélioration de la qualité et des apprentissages dans tous les cycles de l'enseignement.

Concernant l'amélioration des modes de gouvernance du système éducatif, les efforts ont porté sur l'amélioration de la capacité de gestion des ressources humaines, administratives, et financières à tous les niveaux du système éducatif.

1. Situation actuelle

1.1. Enseignement préscolaire

L'examen de l'évolution des effectifs des enfants préscolarisés, entre 2008-2009 et 2011-2012, a fait ressortir une tendance à la baisse de 5,4 % pour toute la période. Par sexe, la même tendance a été relevée, chez les filles, avec un fléchissement de l'ordre de 5,0 % durant cette période.

En milieu rural, cette tendance a été beaucoup plus accentuée durant la période 2009-2012, avec une régression des effectifs de l'ordre de 8,9 %.

Néanmoins, l'impact de cette baisse sur le taux net de pré-scolarisation (enfants âgés de 4-5 ans) reste limité, puisqu'il est passé de 48,2 % en 2008-2009 à 53,9 % en 2011-2012. Les zones rurales semblent les moins bien desservies, particulièrement pour les filles

dont le taux est passé, au cours de la même période, de 20,4 % à 22,3 %.

Les facteurs qui expliquent cette évolution lente des taux de préscolarisation sont multiples. Ils concernent la qualité de l'enseignement dispensé, sa couverture spatiale et son caractère privé qui contraint les parents à s'acquitter des droits d'accès. La pauvreté qui sévit en milieu rural handicape la promotion de l'enseignement préscolaire et révèle le grand effort qui reste à déployer pour mettre ce type d'enseignement à la portée de tous.

1.2. Enseignement primaire

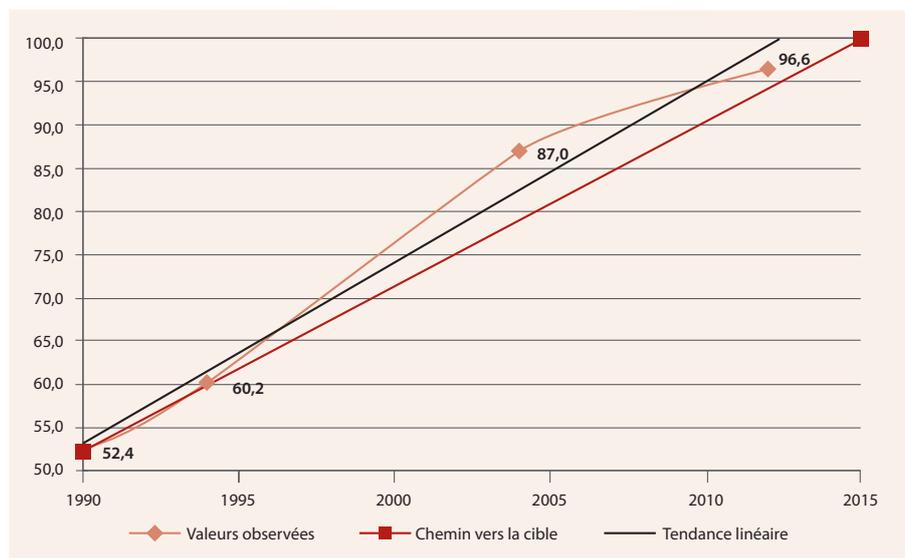
Globalement, les effectifs de l'enseignement primaire ont enregistré une croissance continue, entre 2008-2009 et 2011-2012, passant de 3 863 838 élèves à 4 016 934 élèves, soit un taux de croissance global de 3,9 %.

Le taux net de scolarisation a été évalué en 2011-2012 à 96,6 % contre 90,5 % en 2008-2009. Cette évolution traduit l'effort de scolarisation déployé au cours de cette période, dont le milieu rural et notamment les filles ont profité davantage.

En effet, en milieu rural l'écart de scolarisation entre les deux sexes a été atténué, passant de 5,3 à 1,1 point entre 2008-2009 et 2011-2012 contre respectivement 2,9 et 1,3 point à l'échelle nationale. L'appui social, notamment le programme des aides financières « Tayssir », l'initiative royale « 1 million de cartables » ainsi que le renforcement et l'élargissement du réseau des établissements scolaires publics ont eu un impact positif sur la fréquentation scolaire.

En matière d'infrastructures éducatives, le nombre de salles de classe est passé de 85 173 à 88 644 entre 2008-2009 et 2011-2012 enregistrant ainsi un taux d'accroissement de 4,1 %. D'autre part, dans le but d'améliorer les conditions de scolarisation, un grand nombre d'établissements scolaires ont été desservis en latrines, eau potable, électricité et bibliothèques scolaires.

Graphique 5
Evolution des taux nets de scolarisation
dans l'enseignement primaire (6-11 ans) observés et prévus



Source : HCP.

1.3. Enseignement collégial

L'amélioration des conditions de scolarisation dans le cycle collégial, surtout en milieu rural, a favorisé le passage des élèves du primaire au collège. Il s'agit essentiellement du raccordement aux réseaux d'assainissement, d'eau potable et d'électricité ainsi que de l'élargissement de la couverture en établissements scolaires.

Le milieu rural a bénéficié davantage de cet élargissement : le taux de couverture des communes rurales par les collèges est passé de 53,9 % à 57,5 % entre 2008-2009 et 2011-2012. De plus, une nette amélioration de la scolarisation des filles a été enregistrée : leurs effectifs ont connu une augmentation globale de l'ordre de 8,5 %, passant de 128 264 à 139 110 durant cette période.

L'examen de l'évolution du taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire collégial a montré une amélioration substantielle, passant de 42,7 % en 2008-2009 à 53,9 % en 2011-2012. Cette évolution traduit l'effort déployé, notamment au profit des filles, dont le taux de scolarisation a atteint 78,7 % en 2011-2012 en milieu urbain contre 76,1 % chez les garçons. En revanche, en milieu rural, ce taux demeure encore faible puisqu'il a atteint 23,6 % chez les filles contre 31,3 % chez les garçons.

1.4. Taux d'achèvement

Le taux d'achèvement du primaire est passé de 76 % en 2008-2009 à 86,2 % en 2011-2012, ce qui montre que sur 100 nouveaux inscrits en première année du primaire, seulement 86 élèves arrivent à terminer le cycle primaire en 2011-2012, alors que la charte avait prévu un taux d'achèvement de 90 % à cette date. Faisant part des deux cycles primaire et collégial, ce taux est passé de 52 % en 2008-2009 à 65,3 % en 2011-2012. Autrement dit, sur 100 élèves inscrits en première année du cycle primaire, seulement 65 élèves arrivent à terminer le cycle collégial.

Les progrès réalisés aux niveaux primaire et secondaire sont attribués en partie à l'appui social aux élèves. Cet appui a eu un impact direct sur l'efficacité du système éducatif. L'ensemble des prestations d'appui social mises en place a généré une tendance haussière continue des effectifs.

Dans ce sens, les mesures d'appui à la scolarisation ont porté sur :

- l'élargissement du réseau des cantines scolaires et des internats et l'augmentation du nombre des bénéficiaires de bourses ;
- le développement du transport scolaire au profit des élèves résidant loin des établissements scolaires ;
- l'amélioration des services de santé scolaire à travers la mise en place d'un programme de coopération

avec les différents partenaires agissant dans le domaine de la santé et de l'enfance ;
 – la poursuite des campagnes de sensibilisation pour encourager la scolarisation.

Dans ce contexte, l'Initiative royale « 1 million de cartables » a donné un grand souffle à la généralisation de l'enseignement obligatoire. Globalement, 1 224 300 élèves dont 62 % sont issus du milieu rural, ont bénéficié en 2011-2012 de cette initiative, ainsi que du programme d'aide monétaire « Tayssir ».

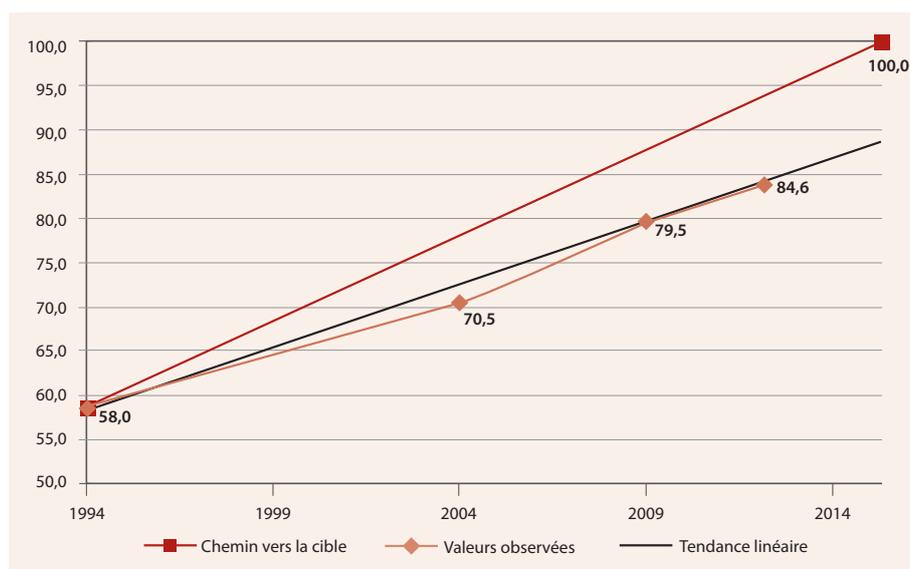
1.5. Lutte contre l'analphabétisme

Le taux d'alphabétisation des jeunes de 15-24 ans a connu également une grande amélioration. Il est passé de 58 % en 1994 à 84,6 % en 2012. Cette amélioration

est beaucoup plus significative chez les filles, dont le taux est passé, au cours de la même période, de 46 % à 79 %, contre respectivement 71 % et 90,1 % chez les garçons. Cette hausse est attribuée principalement à l'amélioration de la fréquentation scolaire et à la baisse des taux d'abandon.

Concernant la population âgée de 10 ans et plus, le taux d'analphabétisme a été estimé au niveau national à 36,7 % en 2012 contre 55 % en 1994. En milieu rural, ce taux s'est nettement amélioré en passant de 75 % à 51,2 % durant la même période. Cette amélioration s'explique en partie par l'augmentation du nombre des bénéficiaires des programmes d'alphabétisation, qui est passé de 655 478 (dont 517 985 femmes) en 2006 à 702 119 (dont 587 088 femmes) en 2011.

Graphique 6
 Evolution des taux d'alphabétisation (15-24 ans) observés et prévus



Source : HCP.

2. Contraintes

Malgré les efforts déployés et le progrès que connaît le secteur de l'éducation, celui-ci reste confronté à plusieurs obstacles qui entravent son développement. En effet, si l'objectif de généralisation de l'enseignement primaire est accessible, il risque d'être freiné par le faible niveau de fréquentation de l'enseignement préscolaire et la faible couverture du milieu rural en établissements secondaires et en internats. La pauvreté et l'enclavement sont des facteurs exogènes qui constituent les principales entraves à la scolarisation et à la rétention des élèves.

3. Stratégie adoptée

Suite aux Hautes Orientations royales contenues dans le discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI du 20 août 2012, prononcé à l'occasion de l'anniversaire de la Révolution du Roi et du Peuple, le système éducatif a été placé à la tête des priorités nationales. C'est dans ce cadre que le ministère de l'Education nationale compte adopter quatre orientations stratégiques :

a. Appui à la scolarisation en adoptant la priorisation de l'équité et de l'égalité des chances

A travers la mise en œuvre de mesures concrètes et efficaces visant la généralisation de la scolarisation, en prenant en compte les spécificités régionales, provinciales et communales et les attentes des populations locales. Il s'agit également de donner la priorité aussi bien au principe de l'équité et de l'égalité des chances qu'à la résolution des problématiques de l'abandon scolaire en réduisant les effets des facteurs socio-économiques et géographiques qui entravent l'accès des élèves au système scolaire.

b. Amélioration de la qualité des apprentissages

A travers l'amélioration de la qualité de l'enseignement en se concentrant sur les compétences nécessaires et l'acquisition des connaissances de base contribuant au développement de l'autonomie de l'apprenant et à sa maîtrise des concepts et des méthodes de réflexion, d'expression et de communication. Ce qui permet aux élèves de devenir des personnes utiles et capables d'évoluer et d'apprendre continuellement tout au long de leur vie, en cohérence et interactivité avec leurs environnements local, national et mondial.

c. Développement de la gouvernance du système éducatif

A travers la bonne gouvernance qui permet de développer les capacités de leadership et d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système dans la gestion institutionnelle, administrative et financière.

Cette option trouve sa pertinence et sa priorité dans le cadre de l'accompagnement de la décentralisation

et la déconcentration, en liant la responsabilité à la reddition des comptes. Il s'agit aussi d'accorder aux établissements scolaires une meilleure autonomie dans la gestion éducative, administrative et financière. Ceci afin de leur permettre d'améliorer leurs capacités dans ces domaines, de faire fonctionner leurs structures et conseils de gestion, de les aider à renforcer la gestion des projets et à évaluer régulièrement leur performance.

d. Gestion efficiente des ressources humaines et renforcement de leurs capacités et compétences

Par le biais de la bonne utilisation de ces ressources et leur redéploiement, dans le cadre du renforcement de la décentralisation et sur la base d'une gestion intégrée et continue de l'équilibre entre l'offre et la demande dans toutes les disciplines. Il s'agit également d'améliorer les conditions de travail, de développer la formation initiale et continue dans le but d'améliorer les capacités des acteurs et leurs compétences et d'accroître leur rendement.

Par ailleurs, la vision générale du secteur de l'éducation non formelle est fondée sur l'extension de l'offre scolaire et l'amélioration de son efficience administrative et éducative à travers un plan d'action en deux temps :

1. remédier à la non-scolarisation des enfants qui sont hors de l'école à l'horizon 2015 ;
2. inclure l'éducation non formelle dans la mission quotidienne du système éducatif, dans le cadre de l'approche prospective et de veille pédagogique afin de déceler et d'aider les élèves à risque et leur offrir un soutien pédagogique, psychopédagogique et social afin de les retenir à l'école.

Tableau 2
Evolution des indicateurs de l'OMD 2

Cibles	Indicateurs	1994	2004	2012	2015
Cible 6 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.	Taux nets de scolarisation dans le primaire (6-11 ans)				
	Ensemble	60,2	87,0	96,6	100
	Masculin-urbain	84,2	91,2	98,9	
	Féminin-urbain	79,8	89,8	97,3	
	Masculin-rural	55,7	88,5	95,5	
	Féminin-rural	30,1	78,5	94,4	
	Proportion d'écoliers commençant la 1^{re} année d'étude dans l'enseignement primaire et achevant la 5^e année		(2005)	(2011)	
	Ensemble		68,6	86,2	100
	Masculin		68,8	86,0	
	Féminin		68,1	86,2	
	Taux d'alphabétisation de la population âgée de 15-24 ans				
	Ensemble	58	70,5	84,6	100
	Masculin	71	80,8	90,1	
Féminin	46	60,5	79,0		
Cible 7 D'ici à 2015 généraliser la scolarisation des filles et des garçons dans le préscolaire.	Taux nets de scolarisation au préscolaire 4-5 ans				
	Ensemble	39,4	50,1	53,9	100
	Masculin	54,5	60,2	60,2	
	Féminin	23,6	39,6	47,2	
Cible 8 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles les moyens d'achever un cycle complet d'études collégiales.	Taux nets de scolarisation dans l'enseignement secondaire collégial (12-14 ans)				
	Ensemble	20,2	31,9	53,9	100
	Masculin-urbain	43,1	51,4	76,1	
	Féminin-urbain	37,5	52,3	78,7	
	Masculin-rural	4,6	14,3	31,3	
	Féminin-rural	1,6	8,9	23,6	
Cible 9 D'ici à 2015, réduire de moitié, par rapport à 1990, le taux global d'analphabétisme (10 ans et plus).	Taux d'alphabétisation de la population âgée de 10 ans et plus				
	Ensemble	45	57	63,3	80
	Masculin	59	69,2	74,7	
	Féminin	33	45,3	52,4	
	Urbain	63	70,6	73,0	
	Rural	25	39,5	48,8	

Source : Ministère de l'Education nationale, Haut Commissariat au Plan.

Capacité de suivi et d'évaluation

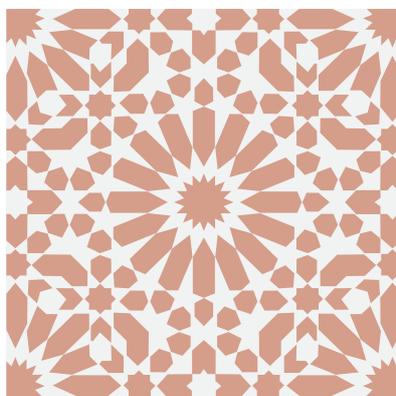
	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données	X		
Qualité de l'information récente	X		
Capacité à suivre l'information statistique	X		
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation	X		

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible

Objectif 3

**Promouvoir l'égalité des sexes et
l'autonomisation des femmes**



Objectif 3

Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

La dynamique engagée par le Maroc en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes a enregistré des avancées importantes en termes de jouissance des droits humains et d'accès égal aux services publics. Ceci apparaît essentiellement dans l'amélioration de l'accès à l'éducation et dans les processus de participation politique et de prise de décision. Ces avancées ont été soutenues par des réformes juridiques visant la reconnaissance des droits fondamentaux des femmes, dont notamment la révision du code du travail en 2003, la réforme du code de la famille en 2004, la réforme des dispositifs du code de la nationalité en 2007 et, enfin, la levée de réserves sur la CEDAW (Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes) en 2011.

Cette volonté du Maroc de lutter contre les discriminations fondées sur le genre et de consolider les acquis de l'égalité de genre s'est traduite dans la Constitution de 2011 qui prohibe la discrimination fondée sur le genre (préambule) et consacre désormais l'égalité des femmes et des hommes dans la pleine jouissance des droits et libertés à caractère civil, politique, économique, social, culturel et environnemental (article 19).

La Constitution reconnaît également la centralité de l'égalité substantielle et effective dans les droits reconnus aux femmes et aux hommes et formalise la responsabilité de l'Etat de les garantir dans l'article 31 : « L'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent pour la mobilisation de tous les moyens afin de faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens à la formation professionnelle, à l'emploi et au développement durable. »

1. Situation actuelle

Dans le domaine de l'enseignement

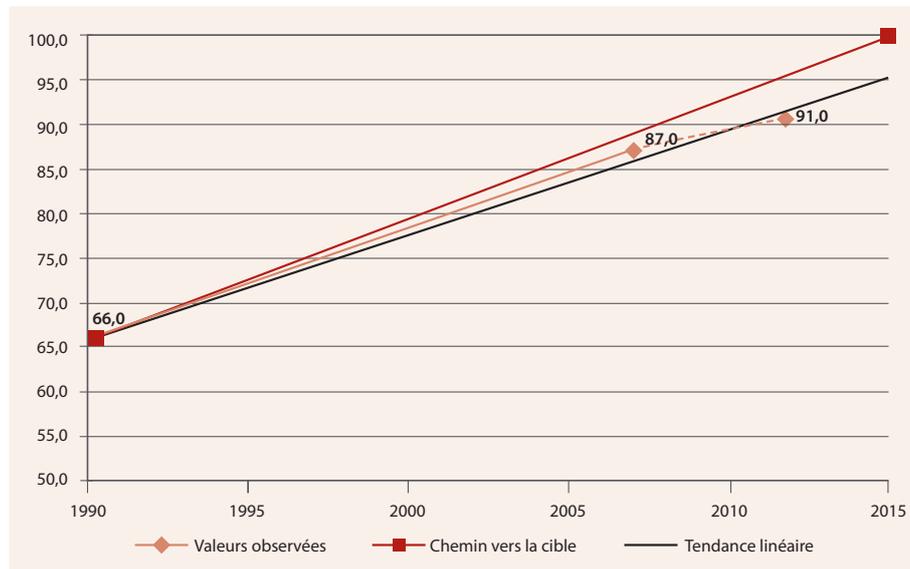
Au niveau national, l'indice de la parité entre les sexes, mesuré par le rapport de l'effectif des filles à celui des garçons dans l'enseignement, a atteint en 2011-2012 91 % au primaire, 78 % au secondaire collégial, 92 % au secondaire qualifiant et 91 % au supérieur. En comparaison avec l'année scolaire 1990-1991, cet indice a enregistré un gain de 34 points dans l'enseignement supérieur, 25 points au primaire, 27 points au secondaire qualifiant et seulement 8 points au secondaire collégial.

En milieu rural, cet indice a plus que doublé dans l'enseignement primaire, passant de 42 % en 1991 à 89 % en 2012, alors qu'en milieu urbain, il est passé de 87 % à seulement 93 %. Cela montre que c'est en milieu rural que les améliorations ont été les plus significatives. Concernant l'enseignement secondaire collégial, entre 1991 et 2012, cet indice est passé de 74 % à 88 % en milieu urbain et de 30,8 % à 56,4 % en milieu rural. Le rythme est relativement inférieur, avec un gain de 26 points dans les campagnes contre seulement 14 points dans les villes. Par contre, dans l'enseignement secondaire qualifiant, l'indice de parité a atteint 92 % en 2011-2012, avec un écart important entre les milieux de résidence, soit 96 % en milieu urbain et 64 % en milieu rural. Il apparaît alors que des efforts soutenus sont à déployer en milieu rural afin de renforcer l'accès des filles à l'enseignement secondaire, de réduire l'écart existant et ramener l'indice à la cible de 100 %.

En ce qui concerne l'enseignement supérieur, cet indice a connu également une nette amélioration entre 1991 et 2012, passant de 56 % en 1991 à 91 % en 2012. Il importe de signaler que les taux de féminisation ont dépassé les 50 % dans certains domaines d'études

Graphique 7

Evolution de l'indice de parité dans l'enseignement primaire observé et prévu



Source : HCP.

de l'enseignement public durant l'année 2009-2010. Il s'agit particulièrement de la médecine dentaire (73 %), du commerce et de la gestion (64 %), de la médecine et de la pharmacie (57 %) et de la technologie (51 %).

En matière d'emploi

L'analyse de l'évolution de la participation des femmes à travers les taux d'activité montre que leur implication dans l'activité économique rémunérée reste limitée. En effet, au niveau national, le taux d'activité des femmes en 2012 était de 24,7 % contre 73,6 % pour les hommes, respectivement 27,9 % et 78,8 % en 2000.

En milieu urbain, cette participation a maintenu la tendance à la baisse entre 2000 et 2012 puisque les taux d'activité sont passés de 21,3 % en 2000 à 17,6 % en 2012. Alors qu'en milieu rural, le taux d'activité des femmes entre 2000 et 2006 ont connu une légère hausse passant respectivement de 37,5 % à 38,4 %, en raison de la forte implication des femmes dans les exploitations agricoles. Ce n'est qu'à partir de 2007 qu'il a commencé à diminuer pour atteindre 35,6 % en 2012.

L'analyse des indicateurs de l'emploi des femmes en 2012 montre que la nature de la participation des femmes est révélatrice de la précarité de l'emploi féminin. En effet, le taux de féminisation des aides familiales s'élève à 57,3 % contre 20,3 % pour les femmes salariées et seulement 8 % pour les

employeurs. Ces proportions atteignaient en 2000 respectivement 48,7 %, 21,9 % et 6,6 %.

En 2012, au niveau national, le taux de chômage féminin a été évalué à 9,9 % contre 8,7 % chez les hommes et 9 % pour les deux sexes. Celles qui ont un diplôme supérieur ont un taux de chômage de 27,4 % contre seulement 14 % pour les hommes. Cela montre que le chômage touche les femmes de manière plus intense que les hommes, quel que soit leur niveau d'instruction.

La mise en application de l'ensemble des engagements pris par le Maroc pour assurer aux femmes et aux hommes la pleine jouissance de leurs droits économiques a nécessité la mise en place de plusieurs programmes impliquant à la fois plusieurs départements ministériels, le secteur privé ainsi que les organisations de la société civile. Pourtant, malgré les transformations sociales, l'activité féminine au Maroc a connu une nette stagnation au cours des dernières années et demeure environ trois fois inférieure à celle des hommes. La division sexuelle du travail persiste (la femme exerce majoritairement des activités non rémunérées, notamment le « travail impayé » à domicile, ainsi qu'en tant qu'aide familiale puis comme salariée), et les conditions de travail ainsi que les salaires sont moins favorables aux femmes qu'aux hommes.

En effet, l'activité féminine reste fortement marquée par le travail non rémunéré. Or, la non-prise en compte du travail non rémunéré assuré par les femmes demeure une grande contrainte à la valorisation

de leur apport à l'économie nationale. Considéré comme tâche non productive, le travail domestique et ménager des femmes au sein de la famille est donc considéré comme non productif (femme inactive).

D'autre part, le développement des prestations et des services d'accueil, rendant effectif le droit à la garde des jeunes enfants et des personnes âgées, ainsi que l'adoption de mesures adaptées telles que le congé paternel et les horaires de travail flexibles sont des actions essentielles pour le soutien aux parents employés dans la conciliation de leurs responsabilités professionnelles et celles relevant de la sphère privée, ce qui permettra de promouvoir le partage égal des responsabilités familiales et l'augmentation de la contribution des femmes au marché du travail.

La phase II du Programme intégré et modulaire vise l'amélioration de la compétitivité de l'industrie en matière de valorisation de la production locale et de développement des revenus en faveur des femmes issues du milieu rural et périurbain du Nord du Maroc. Il s'inscrit dans le cadre de l'intérêt porté aux femmes rurales qui ont toutes les potentialités pour asseoir les bases d'un développement rural durable.

Quant à l'accès à l'entrepreneuriat, le nombre de femmes marocaines entrepreneurs possédant ou dirigeant une société avoisine les 9 000 à 10 000, soit seulement 10% du nombre des entreprises. Les entreprises créées et/ou gérées par les femmes au Maroc sont essentiellement des PME/PMI couvrant le secteur des services (37%), le commerce (31%) et l'industrie (21%), essentiellement le textile.

Afin de remédier à cette situation, un fonds de garantie « Ilayki » a été mis en place en 2013, qui vise à encourager et accompagner le développement de l'entreprise privée par les femmes, en permettant aux femmes chefs d'entreprise d'accéder au crédit pour développer leur projet.

Dans ce cadre, les politiques publiques, les stratégies et les programmes mis en place par le Maroc, ont permis de renforcer l'autonomisation économique des femmes et d'intégrer de plus en plus les femmes marocaines dans le développement. On peut citer, à titre d'illustration, les initiatives de l'Economie sociale et solidaire (ESS) qui offrent davantage d'opportunités à l'implication des femmes dans la vie active par l'exercice d'une activité génératrice de revenus et d'emplois et la Stratégie nationale 2010-2020 qui vise à promouvoir le développement de l'ESS en tant qu'économie de proximité à travers la création et le développement d'activités génératrices de revenus au niveau territorial.

Au niveau de la participation aux processus de prise de décision

Le Maroc s'est engagé à réaliser progressivement la pleine jouissance des droits reconnus en mobilisant le maximum des ressources disponibles tout en approuvant toute action positive susceptible d'atténuer ou d'éliminer les écarts qui perpétuent les discriminations fondées sur le genre. Ces efforts ont été renforcés par l'adoption de la nouvelle Constitution de 2011 qui vise l'institutionnalisation du principe d'égalité et d'équité dans la jouissance des droits, notamment les droits civils et politiques.

En effet, le bilan social des fonctionnaires et agents civils de l'Administration de l'Etat et des collectivités locales, élaboré par le ministère de la Fonction publique et de la Modernisation de l'Administration pour l'année 2010, souligne le taux de féminisation des départements ministériels qui a atteint près de 37% en 2010 contre 34% en 2002, soit un gain de 3 points en 8 ans. Quant à l'accès des femmes fonctionnaires aux postes de responsabilité, ce taux a progressé de 5,3 points, passant de 10% en 2001 à 15,3% en 2010.

Concernant la nomination aux postes de hautes responsabilités, une loi a été promulguée en 2012 encourageant la mise en œuvre du principe de parité et le renforcement de la position de la femme dans les postes de prise de décision au niveau administratif. Cependant, l'application de cette loi a permis la nomination de seulement 16 femmes aux postes de haute responsabilité contre 140 hommes, soit l'équivalent de 11,4% sur une période de 3 mois.

Concernant la présence des femmes dans les instances de décisions politiques, l'adoption de la loi organique n° 27-11, datée du 14 octobre 2011, relative à l'accès à la Chambre des représentants fixe un quota de 60 sièges (15%) pour les femmes sur un total de 395 visant l'amélioration de la représentativité des femmes dans le paysage politique national. Ainsi, le nombre total de femmes élues a atteint, lors des élections parlementaires de novembre 2011, 67 parlementaires, soit près de 12,5% du total des parlementaires contre 10,5% lors des élections de septembre 2007. Cependant, ce taux reste loin du seuil critique d'influence des processus de décision fixé au tiers dans la cible à atteindre à l'horizon 2015.

Le principe de l'égalité de genre a également été adopté dans la gestion des conseils municipaux à travers la création d'une commission consultative auprès de chaque conseil communal, appelée Commission de la parité et de l'égalité des chances, comprenant la loi relative à la Charte communale et

l'intégration de l'approche genre lors de la définition du Plan communal de développement en 2009.

Par ailleurs, un système incitatif a été mis en place pour les partis politiques et un fonds de soutien d'un montant de dix millions de dirhams par an a été créé afin d'encourager et d'accroître la représentativité des femmes. Ce fonds est destiné à renforcer les capacités des femmes lors des élections législatives et municipales générales. Le bilan provisoire des projets de soutien au renforcement des capacités des femmes a atteint, à la fin du mois de décembre 2012, 119 projets pour un montant de 28,84 millions de dirhams. Les effets se sont sentis sur le niveau de couverture de la circonscription supplémentaire lors des dernières élections législatives.

Au niveau de l'arsenal juridique

Le Maroc a connu un processus de réformes de l'arsenal juridique par l'amendement de plusieurs lois (code de la famille, code pénal, code du travail, code de la nationalité, code électoral, charte communale). Ce processus a été couronné en juillet 2011 par l'adoption d'une nouvelle Constitution.

La Constitution de 2011 stipule que la femme jouit, sur un pied d'égalité avec l'homme, de tous les droits et libertés à caractère civil, politique, économique, social et environnemental et insiste, dans son préambule, sur l'interdiction et la lutte contre toute forme de discrimination en raison du sexe, de la race, de la confession, de la culture, de l'appartenance sociale ou régionale, de la langue, du handicap ou de tout autre situation personnelle.

La Constitution introduit également un nouveau paradigme, celui de la parité en tant qu'instrument pour atteindre l'égalité substantielle entre les citoyens et les citoyennes et crée, à cet effet, une Autorité pour la parité et la lutte contre toutes les formes de discrimination (articles 19 et 164).

Ainsi, l'article 30 de la Constitution dispose de la nécessité de prévoir dans la loi « les dispositions de nature à favoriser l'accès égal des femmes et des hommes aux fonctions électives », tandis que l'article 146 relatif aux régions et aux collectivités territoriales stipule qu'une loi organique devra fixer « les dispositions visant à assurer une meilleure participation des femmes au sein des conseils territoriaux ».

Le Maroc a également levé ses réserves sur les articles 9 (2) et 16 de la CEDAW, ceci à la lumière des réformes qui ont touché le Code de la famille et le Code de la nationalité.

Dans le domaine de la violence à l'égard des femmes, le MSFFDS est en train d'élaborer un projet de loi sur la lutte contre les violences à l'égard des femmes, en partenariat avec le ministère de la Justice et en concertation avec tous les acteurs. Ce projet a pour objectifs de criminaliser les auteurs de violence et d'assurer la prévention et la protection des femmes contre toutes les formes de violence.

Le Code pénal de 1962 a fait l'objet de plusieurs amendements, dont certains ont permis des avancées en matière de droits humains des femmes. Il faut noter, à cet égard, la mobilisation de la société civile et du parlement marocain pour l'amendement de l'article 475 du Code pénal relatif au mariage des jeunes filles mineures victimes de viol. Cette proposition d'amendement porte sur la suppression du droit pour l'auteur du viol à épouser sa victime et à échapper ainsi aux poursuites judiciaires, ainsi que sur l'aggravation des peines d'emprisonnement de 1 à 5 ans en cas de détournement de mineures sans relation sexuelle.

D'autres chantiers ont été ouverts pour permettre de garantir une protection pénale globale et effective contre la violence et pour la jouissance par les femmes marocaines de leurs droits fondamentaux.

En vue de soutenir les mères divorcées vulnérables et apporter des solutions efficaces au retard accusé dans l'exécution des jugements fixant la pension alimentaire ou à l'empêchement de son versement, la loi de Finances 2011 prévoyait la création d'un compte spécial, appelé Fonds d'entraide nationale. Ce Fonds n'est entré en vigueur qu'en 2012. Une loi a été promulguée afin de définir les conditions et procédures pour bénéficier dudit Fonds, les bénéficiaires et les moyens de recouvrer les allocations financières auprès des personnes qui les doivent. La gestion de ce fonds a été confiée à la Caisse de dépôt et de gestion. Le nombre des femmes bénéficiaires a atteint 562 en octobre 2012.

2. Contraintes

Malgré les efforts entrepris par les pouvoirs publics pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, plusieurs contraintes majeures peuvent être relevées :

- L'ancrage des stéréotypes négatifs fondés sur le genre. Face à cela, des stratégies de promotion de la culture de l'égalité et des droits humains dans le langage et le vocabulaire, les lois et les pratiques, les comportements et les mentalités, les médias et l'éducation et au sein des organisations sont

- primordiales La persistance des discriminations et des violences à l'égard des femmes.
- Les discriminations et les violences fondées sur le genre constituent une atteinte grave aux droits fondamentaux des femmes, qui nécessitent la consolidation des mécanismes de protection, notamment à travers l'harmonisation des lois nationales avec les conventions internationales et le renforcement de l'accès des victimes aux services de la justice et de la prise en charge.
 - La précarité économique des femmes. La valorisation de la contribution des femmes à l'économie nationale passe obligatoirement par une estimation du travail non rémunéré au sein de leurs foyers, afin que des mesures soient prises pour permettre aux femmes et aux hommes de combiner facilement ce travail avec un emploi rémunéré.

La faible représentativité des femmes dans les circuits d'information et les instances de prise de décision dédiées à la gestion des affaires économiques.

● 3. Stratégie adoptée

Plan gouvernemental pour l'égalité (2012-2016) « ICRAM »

Le ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social (MSFFDS) a élaboré, en concertation avec d'autres départements ministériels, un Plan gouvernemental pour l'égalité (2012-2016), « ICRAM », qui constitue un cadre pour atteindre une convergence des diverses initiatives prises en vue d'intégrer la dimension genre dans les politiques publiques et les programmes de développement et pour traduire les engagements énoncés dans le programme du gouvernement pour la période 2012-2016. Et ce, en évoquant les défis liés à la mise en œuvre démocratique des dispositions de la nouvelle Constitution et les engagements du Maroc pour atteindre les OMD, tout en prenant en considération la dimension régionale et locale des politiques et programmes.

Ce plan, implique tous les départements gouvernementaux et concerne les huit domaines suivants :

- l'institutionnalisation et la diffusion des principes d'équité et d'égalité et le lancement de la mise en place des règles de parité ;
- la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'encontre des femmes ;
- la réhabilitation du système éducatif et de formation sur la base de l'équité et de l'égalité ;

- la promotion d'un accès équitable et égal aux services de santé ;
- le développement des infrastructures de base pour améliorer les conditions de vie des femmes et des filles ;
- l'autonomisation sociale et économique des femmes ;
- la garantie d'un accès égalitaire et équitable aux postes de décision aux niveaux administratif et politique ;
- la réalisation de l'égalité des chances entre les sexes sur le marché de l'emploi.

Au niveau de la lutte contre les violences à l'égard des femmes

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre les violences à l'égard des femmes, élaborée en 2002, et de son Plan opérationnel en 2004, le ministère a mis en œuvre le programme Tamkine durant la période 2008-2011. C'est un programme multisectoriel pour la lutte contre la violence basée sur le genre grâce à l'autonomisation des femmes et des filles. Ce programme a fédéré les initiatives de 13 départements ministériels et huit agences des Nations-Unies au Maroc dans le cadre du Fonds pour l'accélération des OMD.

En plus de ce programme, le MSFFDS travaille actuellement sur la création d'un observatoire national sur les violences à l'égard des femmes et des observatoires régionaux de dénonciation des cas de violence et de discrimination qui affectent surtout les femmes et les jeunes filles. Ces institutions se baseront dans leurs missions respectives sur le système d'information institutionnel sur les violences fondées sur le genre provenant des divers départements gouvernementaux concernés.

Dans ce sens, le ministère a signé des conventions de partenariat avec le ministère de l'Education nationale, le ministère de la Communication et le ministère de la Culture en vue de mettre en œuvre un programme intégré de sensibilisation en matière de lutte contre les violences à l'égard des femmes et des petites filles.

En 2005, le MSFFDS a adopté une approche participative en vue d'apporter un soutien financier et institutionnel aux associations féminines et aux centres d'écoute et d'orientation juridique, pour l'accompagnement des femmes victimes de violence. En 2012, le MSFFDS a lancé une nouvelle dynamique, conformément au Guide des procédures de partenariat avec les associations, visant à promouvoir les principes de la transparence, de la gouvernance, de l'égalité des

chances entre les partenaires et les parties prenantes, en allouant les moyens nécessaires à ces centres pour qu'ils puissent jouer leur rôle dans l'accompagnement des femmes victimes de violence.

Pour cela, le programme de réforme et de réhabilitation des centres sociaux, dont notamment le Centre d'accueil des femmes victimes de violence et d'exclusion, a été lancé en 2013 par le MSFFDS. C'est un outil d'accompagnement des différents acteurs, parties prenantes et associations liés aux institutions de

protection sociale (accompagnement de 375 institutions en 2013), ceci parallèlement à la révision de la loi 14.05 qui encadre le travail de ces institutions.

Connaissant l'importance de l'influence des médias sur le changement des mentalités et la sensibilisation communautaire aux droits de l'homme, en particulier aux droits des femmes, le MSFFDS, en partenariat avec le ministère de la Communication, est en train de mettre en place un Observatoire national pour l'amélioration de l'image de la femme dans les médias.

Tableau 3
Evolution des indicateurs de l'OMD 3

Cibles	Indicateurs	1990	2012	2015
Cible 10 Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2015 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.	Rapport filles/garçons dans l'enseignement	(1990-1991)		
	Primaire	66	91	100
	Secondaire collégial	70	78	100
	Secondaire qualifiant	65	92	100
	Supérieur	56	91	100
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes	64,8	87,7	100
	Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole :	(2000)		
	Urbain	26,2	24,8	
Rural	8,3	7,3		
Total	23,5	21,5		
Cible 11 Eliminer les disparités hommes-femmes en matière d'accès aux différents emplois	Taux de féminisation de la population active occupée selon les différentes branches d'activité :	(2000)	(2012)	
	Agriculture, forêt et pêche	35,1	39,9	
	Industrie	37,7	26,7	
	BTP	0,7	0,7	
	Services	17,5	18,5	
	Taux de féminisation de la population active occupée selon le statut socio-professionnel :	(2000)	(2012)	
	Salarié	21,9	20,3	
	Indépendant	14,3	14,7	
	Employeur	6,6	8,0	
	Aide familiale	48,7	57,3	
Apprenti	16,0	11,2		
Membre de coopérative, associé	7,3	12,0		
Cible 12 Atteindre le tiers dans les instances dirigeantes des pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire	Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement (%)	(1997) 0,7	(2011) 12,5	
	Proportion des femmes parmi les ministres (%)	(1994) 5,1	(2011) 3,2	
	Proportion des femmes parmi les directeurs de l'Administration publique (%)	9,8	(2009) 14,6	
	Proportion des femmes parmi les cadres supérieurs dans l'Administration publique (%)	(2001) 29,5	(2009) 35	
Cible 13 Réduire la violence à l'égard des femmes	Taux de prévalence globale de la violence à l'égard des femmes (%)	—	(2009) 62,8	

Source : Haut Commissariat au Plan.

Capacité de suivi et d'évaluation

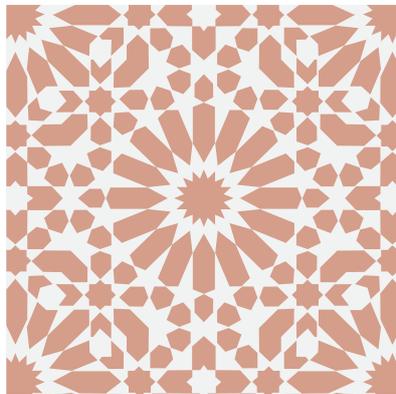
	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données	X		
Qualité de l'information récente	X		
Capacité à suivre l'information statistique	X		
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation	X		

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible

Objectif 4

**Réduire la mortalité des enfants
de moins de cinq ans**



Objectif 4

Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans

A l'aube du troisième millénaire, le Maroc a globalement réalisé des progrès significatifs en matière de santé et est parvenu à maîtriser un certain nombre de problèmes sanitaires, notamment les surmortalités maternelle et infanto-juvénile et ce grâce aux approches adoptées qui ont donné des résultats satisfaisants tant sur le plan de la prévention et des soins curatifs que sur le plan de la promotion de la santé. En témoigne l'espérance de vie à la naissance qui a augmenté de 65,5 ans en 1988 à 74,8 ans en 2011.

En souscrivant aux Objectifs du millénaire pour le développement, le Maroc s'est engagé à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans (OMD 4) à l'horizon 2015. Dans ce cadre, le Maroc a réalisé d'importants progrès grâce aux efforts déployés depuis les années 90, particulièrement lors du dernier quinquennat.

1. Situation actuelle

Exprimé en décès pour mille naissances vivantes (NV), le taux de mortalité infanto-juvénile a fortement diminué au Maroc durant les trois dernières décennies, passant de 143 en 1980 à 47 au cours de la période 1999-2003 puis à 30,5 en 2007-2011 (Enquête nationale sur la population et la santé de la famille, ENPSF 2011). Alors que l'Objectif 4 du millénaire pour le Maroc est de passer de 76 décès en 1987-1991 à 25 décès en 2015.

Quant au taux de mortalité infantile, il est passé de 57 décès pour mille NV en 1987-1991 à 40 en 1999-2003, puis à 28,8 en 2007-2011, soit une régression respective de 30 % et de 49 %. La mortalité juvénile a chuté, respectivement, de 20 à 7 puis à 1,7, soit des diminutions successives de 65 % et de 91,5 %. Parallèlement, la mortalité néonatale a diminué,

passant de 31 en 1987-1991 à 21,7 en 2011 (variation relative de 30 %), mais elle continue à représenter près de 71 % de la mortalité infanto-juvénile ; ses principales causes sont la prématurité, le faible poids à la naissance, l'asphyxie néonatale et l'infection. Par ailleurs, la mortalité post-néonatale (1-12 mois) est passée respectivement de 26 à 7,1, enregistrant une baisse de 73 %.

La réduction de la mortalité infanto-juvénile durant ces trente dernières années a été rendue possible grâce à l'élargissement de l'accès aux soins de santé primaires et au déploiement de plusieurs programmes sanitaires nationaux destinés aux enfants de moins de 5 ans.

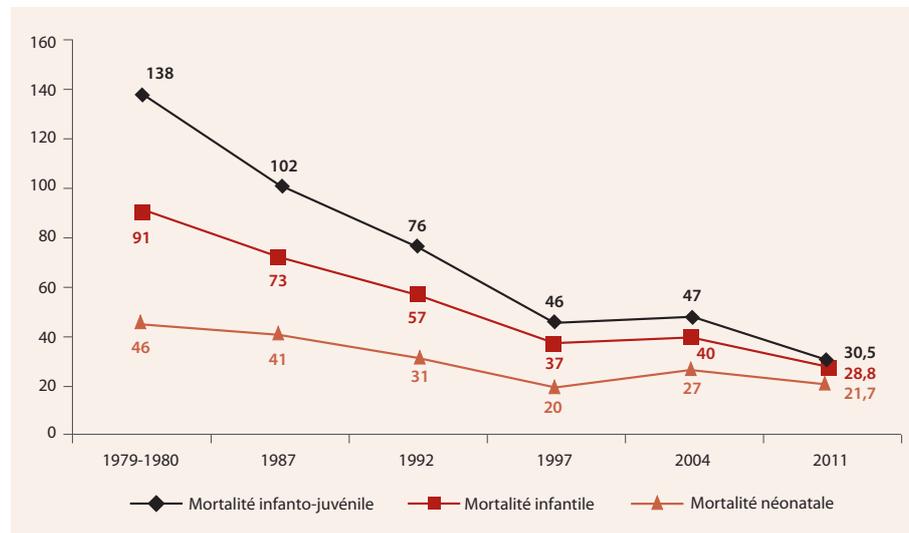
A ce titre, on peut citer le Programme national d'immunisation, le Programme de lutte contre les carences en micro-nutriments, la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en particulier la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, la prise en charge intégrée de l'enfant visant à la fois la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants et la promotion de leur développement harmonieux dès le bas âge.

En matière de vaccination, le ministère de la Santé assure gratuitement la disponibilité de 12 antigènes dont 11 pour la protection de la santé de l'enfant afin de réduire les maladies cibles du Programme national d'immunisation et un vaccin contre le tétanos pour la femme en âge de procréer, en vue de prévenir le tétanos néonatal et maternel. Depuis l'an 2010, le vaccin contre le rotavirus et le vaccin anti-pneumococcique ont été intégrés dans le calendrier vaccinal.

Grâce à la couverture vaccinale qui dépasse les 90 % chez les enfants de moins d'un an, le Maroc a pu éliminer depuis 1987 la poliomyélite et depuis 1991 la diphtérie. De même, l'élimination du tétanos néonatal a été validée selon le protocole de l'OMS-UNICEF en mars 2002.

Graphique 8

Evolution du taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances vivantes)



Source: ENPS (1985 et 1992), ENSME (1997), ENPSF (2003-2004), ENPSF 2011, HCP (2009-2010).

Dans cette perspective d'élimination, le Maroc a conduit au cours du deuxième trimestre de l'année 2013 une campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la rubéole.

Afin de renforcer la lutte contre les carences en micronutriments, le ministère de la Santé a obtenu l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) des sels de réhydratation à basse osmolarité en 2012 et l'accord pour l'acquisition du zinc et de l'acide folique via l'UNICEF au début de l'année 2013.

Selon l'Enquête nationale sur la population et la santé familiale 2011, l'état nutritionnel des enfants a connu une amélioration notable, comme le montre le recul de la prévalence du retard de la malnutrition chronique (retard de croissance), passant de 18,9 % en 2004 à 14,9 % en 2011, et l'insuffisance pondérale qui a été réduite de 9,3 % en 2004 à 3,1 % en 2011 chez les enfants de moins de cinq ans. Le calendrier national de supplémentation en micronutriments préconise une supplémentation systématique préventive en fer au profit des femmes enceintes et une supplémentation en vitamine A pour les femmes allaitantes et les enfants de moins de deux ans.

Conscient de l'importance de l'amélioration la qualité des soins de santé primaire, le ministère de la Santé a adopté la Stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant comme approche efficace qui contribue à l'atteinte de l'ODM 4.

2. Contraintes

Malgré les progrès atteints, des iniquités persistent dans l'accès aux soins infanto-juvéniles entre régions, entre milieu urbain et milieu rural et entre niveaux socio-économiques. En effet, la baisse de la mortalité infanto-juvénile a davantage profité aux enfants issus des familles les plus riches. Ce taux est 2,5 fois plus élevé chez les enfants des ménages du quintile le plus pauvre (37,9) que chez ceux du quintile le plus riche (15,2).

En fait, les problèmes d'accessibilité physique et financière aux soins infanto-juvéniles, l'absence d'une filière structurée de prise en charge néonatale ainsi que la qualité insuffisante des services de santé pédiatriques constituent les principales contraintes ciblées par le plan d'action 2012-2016. Il est à souligner que les déterminants sociaux sont autant de contraintes à l'accès aux soins infanto-juvéniles qui nécessite une collaboration multisectorielle.

3. Stratégie adoptée

Dans le contexte actuel marqué par le compte à rebours 2015 pour l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement et le développement d'un cadre de la redevabilité pour la

santé de la mère et de l'enfant comme recommandé par l'OMS, le ministère de la Santé a adopté un plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile sur la période 2012-2016 ciblant la période périnatale. Ce plan d'action est basé sur des interventions efficaces et efficientes qui visent à assurer l'équité de l'offre de soins entre les régions et entre milieux urbain et rural ainsi qu'à faciliter l'accès aux plus démunis, surtout en milieu rural. Les objectifs de ce plan d'action vont au-delà de la cible de l'OMD 4, puisqu'ils visent d'ici 2016 la réduction de la mortalité infanto-juvénile à 20 ‰, la mortalité infantile à 19 et la mortalité néonatale à 12.

Ce plan d'action est structuré autour de six axes d'intervention et 24 mesures pour réduire la mortalité néonatale et accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Les axes d'intervention s'articulent autour de l'organisation et du renforcement de l'offre de soins à travers la mise à niveau des structures d'accouchement et le renforcement de la surveillance néonatale pendant le post-partum, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du nouveau-né, la mise en place d'un système d'information adapté et le développement de la recherche dans le domaine de la santé périnatale. Le renforcement de la communication et de la mobilisation sociale constitue une mesure qui accompagne le plan d'action.

En plus de ce plan d'action, le ministère de la Santé a lancé un ensemble de programmes et de stratégies nationales ciblant notamment le milieu rural afin d'atteindre l'OMD 4 :

- la généralisation du RAMED en tant que régime d'assistance médicale destiné aux personnes économiquement démunies et qui donne droit à une prise en charge gratuite par les hôpitaux publics de plus de huit millions de citoyens ; de même, il vient consolider l'Assurance maladie obligatoire lancée en 2005 et qui couvre actuellement plus de 34% de la population marocaine ;
- la Stratégie nationale de nutrition (2011-2019) comme levier majeur d'amélioration de l'état de santé de la population ;
- le Plan de santé rurale pour gagner le pari de l'équité, améliorer l'utilisation des services de santé en milieu rural et redynamiser l'équipe mobile et l'implication communautaire avec la mise en place d'un système de régulation des urgences obstétricales ou SAMU obstétrical ;
- le Programme national d'immunisation qui vise une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95 %, répartie de manière uniforme au niveau national ;
- la généralisation de la stratégie PCIE en tant qu'approche de soins de santé primaires de prise en charge de l'enfant.

Tableau 4
Evolution des indicateurs de l'OMD 4

Cibles	Indicateurs	Désagrégation	1982-1991	1994-2003	2002-2011	2015
Cible 14 Réduire de deux Tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (‰)	Ensemble	76 (#)	47 (x)	30,5 (**)	25
		Garçons	88	59	35,2	29
		Filles	80	48	25,5	27
		Urbain	59	38	25,4	20
		Rural	98	69	35	33
	Taux de mortalité infantile (‰)	Ensemble	57 (#)	40 (*)	28,8 (**)	19
		Garçons	69	51	33,8	23
		Filles	57	37	23,5	19
		Urbain	52	33	23,6	17
		Rural	69	55	33,5	23
	Taux de mortalité néonatale (‰)	Ensemble	31 (#)	27 (x)	21,7 (**)	10
		Garçons	39	33	28,3	13
		Filles	29	23	14,9	10
		Urbain	30	24	18,3	10
		Rural	36	33	24,7	12
	Taux de mortalité juvénile (‰)	Ensemble	20 (#)	7 (x)	1,7 (**)	7
		Garçons	20	8	1,4	7
		Filles	24	11	2	8
		Urbain	7	5	1,9	–
		Rural	31	15	1,6	10
	Proportion des enfants ayant eu toutes les vaccinations (%)	Ensemble	(1992)	(2003-2004)		
		Garçons	75,7	89,1	87,7	95,0
		Filles	75,5	86,8	88,7	95,0
Proportion des enfants vaccinés contre la rougeole (%)	Ensemble	(1992)	(2003-2004)			
	Garçons	79,8	90,4	89,3	95,0	
	Filles	79,7	88,2	90,6	95,0	
Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois (%)	Ensemble	(1992)	(2003-2004)			
		51	31	27,8		

Sources : Ministère de la Santé, ENPS (1985 et 1992), ENSME (1997), ENPSF (2003-2004), ENPSF 2011, HCP, END 2009-2010. (***) 2007-2011 ; (#) 1987-1991 ; (x) 1999-2003 ; (*) END, HCP 2009-2010.

Capacité de suivi et d'évaluation

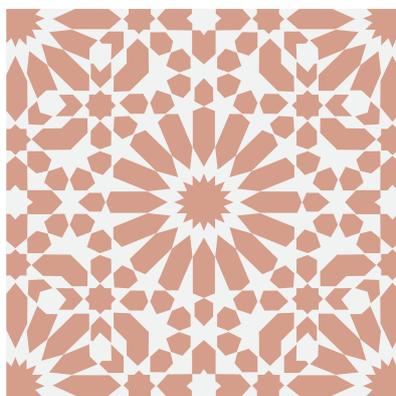
	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données		X	
Qualité de l'information récente		X	
Capacité à suivre l'information statistique		X	
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation		X	

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible

Objectif 5

Améliorer la santé maternelle



Objectif 5

Améliorer la santé maternelle

En souscrivant à la Déclaration du millénaire, le Maroc s'est engagé à réduire de trois quarts la mortalité maternelle (OMD5) à l'horizon 2015. Dans cette perspective, il a réalisé d'importants progrès grâce aux efforts déployés depuis les années 90, particulièrement lors du dernier quinquennat ; ceci grâce aux approches adoptées tant sur le plan de la prévention et des soins curatifs que sur le plan de la promotion de la santé.

En effet, dès la fin des années 90, le ministère de la Santé a lancé une série d'actions pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, qui ont eu un impact positif sur l'état de santé de la mère. Parmi ces programmes nationaux on peut citer : les plans d'action de la réduction de la mortalité maternelle, le Programme de surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum (PSGA), le Programme de planification familiale, le Programme de lutte contre les carences en micronutriments, la Promotion de l'allaitement maternel et le Programme national d'immunisation.

En dépit des progrès accomplis, le Maroc doit redoubler d'effort pour être au rendez-vous de 2015. L'accent doit particulièrement être mis, au cours des deux prochaines années nous séparant de cette échéance, sur l'amélioration de l'accès universel des jeunes et des femmes à la santé de reproduction à la fois en termes d'information et de services, d'une part, et sur la réduction des inégalités toujours persistantes en la matière, notamment entre milieux, régions et catégories socio-économiques, d'autre part.

● 1. Situation actuelle

L'Enquête démographique 2009-2010 du Haut-Commissariat au Plan a montré que le taux de mortalité maternelle a diminué de près de 66% en vingt ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 NV en 1985-1991 à 112 en 2010. Sachant que l'Objectif 5 du millénaire est de réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, le Maroc doit

atteindre 83 décès pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2015.

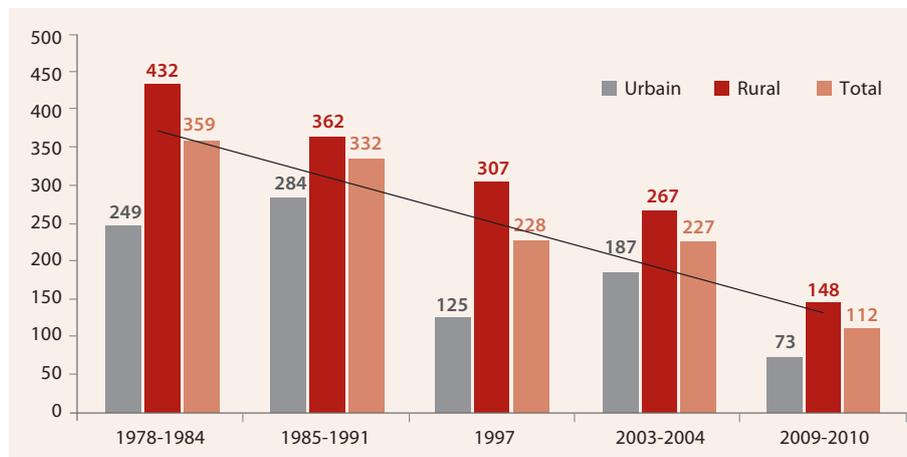
Cette baisse de la mortalité maternelle est fortement corrélée avec l'évolution favorable de l'utilisation des services de santé offerts aux mères. Ainsi, selon l'ENPSF 2011, le taux de prévalence contraceptive a nettement augmenté, passant de 42 % en 1992 à 67,4 % en 2011, l'indice synthétique de fécondité est de 2,59 enfants par femme, la proportion de femmes enceintes de 8 mois qui ont eu recours à une consultation prénatale s'élève à 77,1 %, et la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié est estimée à 73,6 % en 2011.

Il est à noter que l'instauration d'un système de surveillance des décès maternels en 2009, en collaboration avec le ministère de l'Intérieur, a permis de poser un diagnostic précis de la situation au Maroc, et en particulier de mettre le doigt sur les principales causes des décès maternels qui sont l'hémorragie du post-partum immédiat, la pré-éclampsie/éclampsie et l'infection du post-partum. Ce constat a été pris en considération lors de l'élaboration du plan d'action 2012-2016 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle.

Outre la mise en place de mesures susceptibles de réduire le fardeau des complications et des décès maternels engendrés par ces causes, il y a lieu aussi de souligner l'importance de la mise en œuvre d'actions ciblant particulièrement la lutte contre la maternité des adolescentes et la généralisation effective du droit d'accès aux services de planification familiale. Il est à noter à ce propos, d'une part, que le taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans demeure relativement élevé, 32 ‰ selon la dernière enquête conduite par le ministère de la Santé (ENPSF, 2011), ce qui augmente le risque de décès et de morbidité maternels chez cette tranche d'âge et se répercute négativement sur le taux de scolarisation des jeunes filles, et, d'autre part, que le taux des besoins non satisfaits en planification familiale se situe toujours à un niveau relativement élevé : environ 11 % selon la même enquête.

Graphique 9

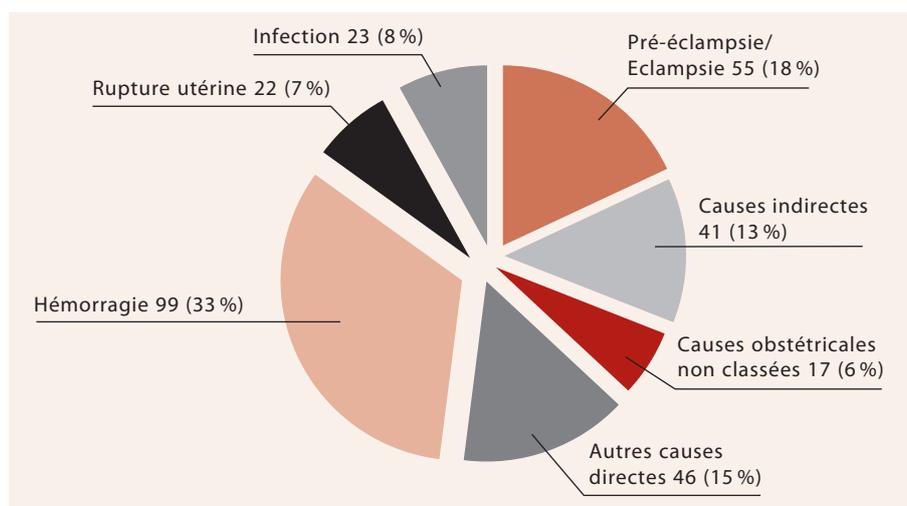
Evolution du taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)



Sources : ENPS (1985 et 1992), ENSME (1997), ENPSF (2003-2004), ENPSF (2011), HCP (2009-2010).

Graphique 10

Principales causes des décès maternels



Source : Rapport national de l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc, décembre 2010.

Par ailleurs, la consultation post-natale est, à son tour, loin d'être généralisée parmi les femmes. En effet, seules 22,3 % des femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans ont déclaré, lors de la même enquête, avoir bénéficié de soins postnatals suite à leur dernier accouchement. Cette proportion tombe à 7,9 % chez les femmes s'identifiant aux 20 % des ménages les plus pauvres. Sachant que l'objectif 2015 est d'atteindre les 80 % au niveau national, l'effort à consentir est à l'évidence d'une grande ampleur.

2. Contraintes

Malgré les progrès réalisés, des iniquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux, à l'information et aux services de santé de la reproduction, selon les régions, le milieu de résidence et les niveaux socio-économiques. En effet, le taux de mortalité maternelle en milieu rural est deux fois plus important qu'en milieu urbain (148 contre 73 décès pour 100 000 NV), le taux d'accouchement en milieu surveillé ne

dépasse pas 55 % chez les femmes rurales, et le taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans en milieu rural est deux fois supérieur à celui en milieu urbain (46 contre 21 pour 1 000). De ce fait, l'atteinte de l'OMD 5 exige plus que jamais d'intégrer des actions visant l'amélioration des déterminants sociaux de la santé, tout en adoptant une approche multisectorielle.

—● 3. Stratégie adoptée

Le ministère de la Santé a développé un plan d'action pour la période 2012-2016 basé sur des interventions efficaces et efficientes qui visent à assurer l'équité de l'offre de soins entre les régions et entre milieu urbain et milieu rural ainsi qu'à faciliter l'accès aux plus démunis, surtout en milieu rural. Ce plan cible les régions à faible couverture par une série d'interventions préétablies assurant la continuité des soins.

Les objectifs du plan d'action 2012-2016 vont au-delà des cibles de l'OMD 5, notamment la réduction de la mortalité maternelle à 50 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2016.

Pour cela, le ministère de la Santé compte augmenter la couverture des accouchements en milieu surveillé de 73 % à 90 % (de 55 % à 75 % en milieu rural) et la couverture en consultation prénatale (CPN) de 77,1 % à 90 %, atteindre un taux de césarienne de 10 % et une couverture de 95 % par la consultation du post-partum (CPP) et maintenir un taux de prévalence contraceptive supérieur ou égal à 67 %.

Le plan d'action 2012-2016 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle s'articule autour de 4 axes d'intervention :

- consolidation de la politique d'exemption des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- amélioration de la qualité de prise en charge des complications obstétricales ;
- renforcement de la responsabilité de proximité sur la surveillance de la grossesse et de l'accouchement ;
- amélioration du pilotage régional du programme.

Ce plan d'action répond aux exigences des engagements de notre pays aux niveaux national et international. En 2008, le ministère de la Santé a décidé d'instaurer la gratuité des accouchements dans toutes les structures d'accouchement publiques pour libérer les familles des obstacles financiers liés à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Cette gratuité a été élargie, en plus de l'accouchement et de la

césarienne, à la prise en charge des complications obstétricales engageant le pronostic vital de la mère, au bilan biologique standard du suivi prénatal ainsi qu'au transfert inter-structure pour toutes les femmes en cas de nécessité.

D'autres mesures ont été adoptées par le ministère, notamment :

- L'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé de la reproduction 2011-2020 qui vise entre autres à :
 - améliorer la coordination de la planification et de la mise en œuvre de l'intégration des composantes de la SR à tous les niveaux du système de santé ;
 - renforcer la disponibilité des services intégrés et de qualité en matière de SR en faveur de la population-cible ;
 - promouvoir la recherche dans le domaine de la SR.
- La dotation des structures d'accouchement en équipement d'obstétrique, en ambulances, en échographes, en mini-analyseurs, en kits d'accouchement et en trousse complètes de césarienne pour les maternités hospitalières.
- L'amélioration de la disponibilité du sang et des médicaments obstétricaux vitaux (sulfate de magnésium, misoprostol, comprimés...), dans tous les centres hospitaliers provinciaux.
- La médicalisation des 1^{re} et 3^e consultations prénatales et le renforcement de la prévention par l'instauration de quatre consultations prénatales et trois consultations postnatales et le séjour obligatoire de 48 heures après l'accouchement pour la surveillance de la mère et du nouveau-né.
- La création du Service d'aide médicale urgente (SAMU) obstétrical dans les zones enclavées en milieu rural pour assurer le transport des parturientes en difficulté vers les hôpitaux.
- La mise à niveau et l'humanisation des maternités hospitalières et des maisons d'accouchement pour remédier aux déficits structurels et organisationnels. L'accent a été mis sur les structures d'accouchement en milieu rural et dans les régions enclavées.
- La mise en place d'un plan de formation continue au bénéfice des médecins et des sages-femmes pour améliorer leurs compétences en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- L'augmentation des effectifs en formation dans la filière de sage-femme et du nombre de postes réservés à la formation des médecins obstétriciens et réanimateurs.

- La réalisation d'audits de certification des structures d'accouchement et la mise en place de plans d'amélioration pour corriger les éventuelles défaillances et les conditions d'organisation des services ainsi que la prise en charge de la mère et du nouveau-né.
- La généralisation de l'approche de la classe des mères pour prodiguer aux femmes enceintes des conseils en matière de reconnaissance des signes d'alarme, d'hygiène de vie, de nutrition, d'alimentation, de préparation à l'accouchement et de soins du post-partum...
- L'implication de la communauté et des partenaires dans les actions de santé ciblant le milieu rural :
 - élargissement du concept de Dar Oumouma, promotion de l'éducation parentale : implication des agents de développement locaux dans la promotion de l'accouchement en milieu surveillé.
 - L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action régional de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale en déclinaison du plan d'action national.
 - Le renforcement du système de surveillance des décès maternels.
 - La mobilisation sociale et le plaidoyer autour de l'amélioration de la santé maternelle.

Tableau 5
Evolution des indicateurs de l'OMD 5

Cibles	Indicateurs	Milieu	1987-1991	1999-2003	2011	2015	
Cible 15 Réduire de trois quarts, entre 1990 et le 2015, le taux de la mortalité maternelle.	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Ensemble Urbain Rural	(1985-1991) 332 284 362	(1994-2003) 227 186 267	(2010) 112* 73 148	83	
	Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	Ensemble Urbain Rural	31 64 14	63 85 40	(2011) 73,6** 92,1 55,0	90	
	Cible 16 Atteindre, d'ici 2015, un accès universel à la santé de la reproduction.	Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale	Ensemble Urbain Rural	33 61 18	68 85 48	(2011) 77,1** 91,6 62,7	90
	Taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) pour 1 000	Ensemble Urbain Rural	(1994) 28,6 20,7 36,4	(2004) 19,1 13,5 25,2	(2011) 32 21 46		
	Besoins non satisfaits de planification familiale (en %)		(1992)# 19,7	(2003-2004) 10	10,9		
Cible 17 Veiller à une santé de la reproduction où les décisions se prennent de manière conjointe entre les femmes et les hommes.	Taux des césariennes (en %)		(1999-2003) 5,4	(2008) 6,4	(2011) 11,7***	8,9	
	Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation post-natale	Ensemble			6,6	22,3	80
		Urbain			16,3	31,1	95
		Rural			3,6	13,6	60
	Taux d'utilisation de la contraception			(1992)	(2003-2004)		
Ensemble			42	63	67,4**	65	
Urbain			55	66	68,9	65	
Rural			32	60	65,5	65	

Sources : (*) : Enquête démographique du Haut Commissariat au Plan, (2009-2010).

(**) : Enquête nationale sur la population et la santé de la famille, 2011.

(#) : Santé de reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socioculturels, 1998, CERED.

(***) : La Santé en chiffres, 2011.

Capacité de suivi et d'évaluation

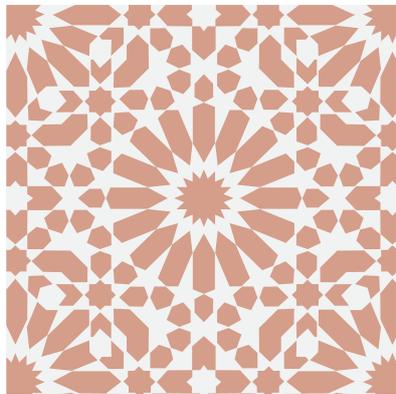
	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données		X	
Qualité de l'information récente		X	
Capacité à suivre l'information statistique		X	
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation		X	

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible

Objectif 6

**Combattre le VIH/SIDA, le paludisme
et d'autres maladies**



Objectif 6

Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Au Maroc, des efforts ont été accomplis en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015. La réponse à l'épidémie de VIH/SIDA, de tuberculose et de paludisme est bien structurée et cohérente, répondant aux engagements internationaux, à travers des stratégies nationales renforcées par l'engagement politique de mettre les moyens nécessaires pour lutter contre ces maladies.

Grâce à l'expertise nationale développée et l'implication des différents secteurs, les différentes stratégies ont fait preuve d'efficacité. En témoignent l'élimination du paludisme autochtone du Maroc, et sa certification par l'OMS en 2010, les progrès réalisés en matière de lutte contre le sida et le dynamisme de la société civile pour améliorer l'accès des populations les plus exposées au risque aux différents services et aux traitements antirétroviraux ainsi que le maintien à plus de 95 % du taux de détection et à plus de 85 % le taux de succès thérapeutique en matière de lutte antituberculeuse.

1. Situation actuelle

VIH-SIDA

La prévalence du VIH dans la population générale, notamment chez les femmes enceintes, reste faible au Maroc, autour de 0,11 %, soit une à deux femmes séropositives sur mille femmes enceintes. Des prévalences légèrement plus élevées ont été mises en évidence au cours des dernières années dans certaines régions. Par ailleurs, on note un niveau d'épidémie élevé dans les populations clés plus exposées au risque d'infection dans certaines régions comme le Sous-Massa-Drâa, avec une prévalence supérieure à 5 % chez les prostituées et les homosexuels, et de l'Oriental, notamment dans la province de Nador avec une prévalence de 25 % chez les usagers de drogues injectables.

Depuis le début de l'épidémie en 1986 jusqu'en fin décembre 2012, le nombre de cas cumulés de VIH/SIDA déclarés était de 7 360, dont 4 570 (62 %) au stade du sida et 2 786 au stade de porteurs asymptomatiques du VIH. Le mode de transmission prédominant est hétérosexuel (82 %). Parmi les cas déclarés, 48 % sont des femmes (dont 40 % âgées de 15 à 49 ans) et 2 % des enfants moins de 15 ans.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVIH) au Maroc est estimé à 30 000 à la fin de 2012, dont 500 à 1 000 enfants âgés moins de 15 ans. Considérant les 7 360 cas déclarés et faisant abstraction des décès, ces estimations montrent que 76 % des personnes vivant avec le VIH ne connaîtraient pas leur statut sérologique et qu'il y aurait chaque jour 10 nouvelles infections à VIH et 4 décès dus au sida. Selon les mêmes estimations, 70 enfants naissent infectés par le VIH chaque année au Maroc.

Parmi les enfants moins de 15 ans vivant avec le VIH, au cours de 5 dernières années (2008-2012), 90 % sont des nourrissons de moins de 2 ans. Ceci montre que la majorité des nouvelles infections chez l'enfant sont dues à la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME).

Plus de 60 % des enfants vivant avec le VIH sont diagnostiqués à un stade avancé de la maladie, et 80 % des cas sont révélateurs de l'infection de leurs parents. Le retard de diagnostic de l'infection chez la mère est dû aux faibles recours et accès au dépistage.

D'autre part, la modélisation de l'incidence du VIH au Maroc a montré que 67 % des nouvelles infections surviendraient dans les réseaux des populations-clés les plus exposées au risque d'infection et que 70 % des femmes sont atteintes par leur conjoint.

La dynamique locale de l'épidémie continue à prévaloir. Ainsi, au cours de la période 2008-2012, la région de Sous-Massa-Drâa a regroupé près de 25 % des cas notifiés talonnée de près par la région de

Marrakech-Tensift-Al Haouz, avec 21 % des cas, et la région du Grand Casablanca, 11 %. Ces trois régions englobent à elles seules plus de la moitié des cas notifiés au Maroc au cours des cinq dernières années.

Par ailleurs, l'incidence des IST reste élevée. Elles figurent parmi les principales causes de consultation au niveau des établissements de soins de santé de base (SSB). Depuis 2001, plus de 350 000 nouveaux cas d'IST sont annuellement notifiés. En 2012 ont été notifiés 439 000 cas d'IST, dont une proportion très importante (72 %) a été colligée chez les femmes et est représentée par des pertes vaginales dont 59 % ne seraient pas liées à une vraie IST. Parmi ces IST, 67 279 cas d'écoulement urétraux chez des hommes et 14 610 cas d'ulcérations génitales chez des hommes et des femmes ont été notifiés, soit respectivement 15 % et 3 % des cas.

En ce qui concerne l'OMD 6, de nombreux progrès ont été réalisés en termes de prévention, de prise en charge et d'appui aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

En matière de prévention, les programmes de prévention auprès des populations-clés les plus exposées aux risques d'infection et des populations vulnérables ont été étendus avec l'élaboration d'un guide des normes et standards des interventions de proximité auprès des professionnelles du sexe (PS) et des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH).

En 2012, il était prévu de couvrir 60 000 personnes parmi les populations-clés les plus exposées aux risques d'infection et 80 000 personnes vulnérables, dont les jeunes et les femmes. D'autres populations vulnérables – 15 000 migrants, 10 000 prisonniers, 27 000 routiers et 18 000 ouvriers et ouvrières – ont également été touchés.

Les différents programmes menés en collaboration avec les ONG ont permis de couvrir 49 200 PS, 19 800 HSH et 835 usagers de drogues injectables (UDI), dont 293 bénéficiaires du traitement de substitution à la méthadone. Concernant le programme de réduction des risques (RDR) au profit des UDI, le programme mis en œuvre à Tanger a été étendu à Tétouan et Nador. Le traitement de substitution à la méthadone a démarré en juin 2010 dans 3 centres : Tanger, Casablanca et Salé. Il est prévu d'assurer un accès à la méthadone à Tétouan et à Nador en 2013 et de l'étendre à tous les sites de consommation et à certaines prisons.

Par ailleurs, le ministère de la Santé a lancé, en avril 2012, une campagne de communication pour la

lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

L'offre du dépistage a été élargie, aussi bien au niveau des structures des ONG (56 centres fixes et 5 unités mobiles) qu'au niveau des établissements de soins de santé de base (ESSB), dont le nombre est passé de 110 en 2011 à 250 en 2012. Le dépistage a été également mis en place dans 52 sur 55 Centres de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR), pour le dépistage systématique des tuberculeux, et dans 52 maternités hospitalières, dans le cadre du démarrage du Plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME). Ainsi en 2012 ont été réalisés 222 000 tests VIH volontaires, dont 38 000 sur des femmes enceintes et 5 827 sur des tuberculeux contre 1 856 en 2011.

Conscient du faible recours au dépistage, le ministère de la Santé a organisé en collaboration avec les ONG deux campagnes nationales de dépistage du VIH : la première du 20 au 30 juin, la deuxième du 27 au 28 décembre 2012. La première campagne a été réservée à la population générale et a permis de réaliser 76 000 tests dont 198 séropositifs. La deuxième a particulièrement ciblé les femmes enceintes et en âge de procréer dans le cadre du démarrage du Plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette dernière a permis de réaliser plus de 43 000 tests, dont 11 000 sur des femmes enceintes. Parmi les femmes testées, 69 étaient VIH positives, dont 10 enceintes.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national TME, il est prévu d'augmenter le nombre de femmes enceintes VIH positives pouvant bénéficier d'un suivi et d'une prophylaxie antirétrovirale (ARV) pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette couverture est passée de 33 % en 2011 à 48 % à la fin de 2012, dépassant largement l'objectif assigné.

Par ailleurs, la prise en charge des IST dans les ESSB et centres d'ONG thématiques a été consolidée, avec un accès au traitement et une amélioration de la disponibilité du préservatif, ainsi qu'avec la mise en place des mesures nécessaires pour assurer la prophylaxie ARV en cas d'accidents d'exposition au sang contaminé et expositions sexuelles (AES) en cas de violence, par l'implantation des unités de prise en charge des AES dans les services des urgences des hôpitaux.

L'accès à la trithérapie antirétrovirale a été généralisé depuis l'année 2003 à toute PVVIH éligible au traitement

A la fin de l'année 2012, 5 301 PVVIH étaient prises en charge et suivies dans les 15 centres référents (CR) dont 244 enfants de moins de 15 ans et 195 femmes enceintes. Parmi les 244 enfants, 210 (soit 86 %) sont des nourrissons de moins de 24 mois, dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le pourcentage de couverture par le traitement ARV des PVVIH estimées éligibles à ce traitement au Maroc était de 53 % en 2012, dépassant l'objectif prévu qui était de 50 % et marquant ainsi une progression de plus de 10 % par rapport à l'année 2011.

La prophylaxie systématique de la TB à l'isoniazide chez les PVVIH a été adoptée, et le nombre de patients pris en charge pour la coinfection TB-VIH par les ARV et les anti-bacillaires a atteint 357 en 2012.

Parallèlement, 3 000 PVVIH ont bénéficié d'un appui psychologique et social sur les 5 301 prises en charge par le traitement ARV, soit 56,5 %.

Il est prévu la création de 4 nouveaux centres référents (CR) de prise en charge des PVVIH en 2013, dans le cadre de la stratégie d'amélioration de l'accès aux soins.

Tuberculose

En 1991, le ministère de la Santé, dans le cadre de son Programme national de lutte antituberculeuse, a adopté la stratégie mondiale connue sous l'acronyme DOTS (traitement de courte durée directement supervisé). Cette stratégie a été mise en œuvre dans toutes ses composantes ; ainsi le budget alloué par le ministère de la Santé à la LAT a-t-il été multiplié par trois fois et demie par rapport à ce qu'il était au cours des années 80, ce qui a permis le développement du réseau de laboratoires de microscopie de la tuberculose et son intégration dans les centres de premier recours. Les régimes courts standardisés contenant la rifampicine et l'isoniazide ont été aussi adoptés, conformément aux recommandations de l'OMS. Un approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux et articles de laboratoire a été assuré, ayant permis la prise en charge gratuite de tous les malades tuberculeux. Un système d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose a été mis en place et évalué de manière régulière pour suivre les tendances épidémiologiques.

Dès que la Stratégie DOTS (supervision directe de la prise du traitement) a été mise en place, le nombre de nouveaux cas notifiés a augmenté de 25 000 en 1990 à plus de 30 000 en 1994, et le taux de succès thérapeutique de 70 % à près de 90 % ; de même, l'analyse de cohorte des cas de tuberculose montre chaque année un taux de succès thérapeutique de plus de 85 % depuis l'introduction de la stratégie DOTS dans les prestations du PNLAT. Le taux de létalité chez les malades tuberculeux en cours du traitement se situe habituellement autour de 2 %.

La lutte antituberculeuse (LAT) est toujours considérée comme une intervention sanitaire prioritaire dans toutes les politiques de santé mises en place par le ministère de la Santé. Ceci a permis de réaliser des progrès importants en matière de lutte antituberculeuse en stabilisant à plus de 95 % le taux de détection et à plus de 85 % le taux de succès thérapeutique depuis 1995. Ces efforts ont permis de réduire de 30 % l'incidence de la tuberculose toutes formes et de 36 % celle de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) entre 1996 et 2012.

Malgré ces acquis non négligeables de la lutte antituberculeuse, la tuberculose demeure un problème majeur de santé au Maroc. En effet, la réduction de l'incidence de la TPM+ dans la population marocaine demeure lente, 2 à 3 %, et par conséquent l'incidence reste relativement élevée puisqu'en 2012, 27 437 nouveaux cas ont été dénombrés, ce qui est équivalent à une incidence annuelle cumulée de 83 cas pour 100 000 habitants et 35 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif pour 100 000 habitants.

La forme la plus fréquente est la forme extra-pulmonaire (TEP) avec 13 122 cas (47,8 %), contre 11 572 cas (42,2 %) de tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM2) et 400 cas (1,5 %) de primo-infection (PIT).

Quant au profil général du patient tuberculeux, la tuberculose affecte l'adulte jeune de sexe masculin, résidant dans les zones les plus urbanisées, particulièrement les grandes villes. Ainsi, 65 % des cas sont des jeunes adultes âgés de 15 à 44 ans, 80 % ont moins de 45 ans. 58 % des cas sont des hommes, 42 % des femmes.

Six régions totalisent à elles seules 65% des cas de tuberculose notifiés au niveau national ; le Grand Casablanca, Tanger-Tétouan (TT), Fès-Boulemane (FB), Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (RSZZ), Gharb-Chrarda-Beni Hssen (GCBH) et Souss-Massa-Drâa (SMD). Cinq régions affichent une incidence dépassant la moyenne nationale.

Paludisme

Grâce aux efforts fournis depuis le lancement du programme national de lutte contre le paludisme en 1965, la situation épidémiologique a évolué favorablement vers une réduction notable de la morbidité. Ainsi, le nombre de cas autochtones est passé de 30 893 en 1963 à 68 cas seulement en 1998. En 1999, il a été décidé de mettre en œuvre une stratégie d'élimination de la maladie qui a abouti à l'arrêt définitif de la transmission en 2002. Et depuis 2005, aucun cas autochtone de paludisme n'a été dépisté au niveau national.

Au cours des années suivantes, cette situation consolidée a été marquée par une incidence nulle. Dans ce cadre, le Maroc a été certifié par l'OMS en mai 2010 pays indemne du paludisme autochtone. Actuellement, seuls des cas importés de l'étranger continuent d'être enregistrés dans notre pays. En 2012, le nombre des cas dépistés de paludisme importé de l'étranger est de 364.

2. Contraintes

VIH/SIDA

Parmi les contraintes et les difficultés identifiées dans la lutte contre le VIH/sida au Maroc on peut citer :

- la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et les populations clés plus exposées aux risques d'infection ;
- la différence d'accès entre les régions aux services de dépistage et de prise en charge des PVIH ;
- le retard de diagnostic des personnes vivant avec le VIH qui se fait dans la plupart des cas à un stade avancé de la maladie (stade sida) ;
- l'intégration de la prévention dans les programmes de développement ;
- l'insuffisance en ressources humaines ;
- le besoin de renforcement des capacités de gestion de certaines ONG.

Tuberculose

Parmi les contraintes et les difficultés identifiées dans la lutte contre la tuberculose on peut citer :

- l'influence puissante de certains déterminants sur l'incidence de cette maladie, à savoir l'habitat insalubre, la densité élevée des populations, la promiscuité, la malnutrition, la précarité et la pauvreté ;

- l'insuffisance de la collaboration avec les autres secteurs ayant un rôle à jouer pour agir sur les facteurs de vulnérabilité de la maladie ;
- l'insuffisance du contrôle actif de la tuberculose en milieu carcéral ;
- la supervision des services de la LAT déficiente à différents niveaux ;
- le personnel de laboratoire qualifié pour le diagnostic microscopique de la tuberculose de plus en plus en nombre insuffisant ;
- le tissu associatif peu développé en matière de LAT ;
- le programme d'appui psychologique et social pas encore mis en place.

Paludisme

Parmi les contraintes et les difficultés identifiées dans la lutte contre le paludisme on peut citer :

- l'insuffisance des moyens humains responsables de l'encadrement et du suivi dans les structures régionales ;
- l'insuffisance du personnel dans les zones rurales et d'accès difficile ;
- l'insuffisance de la collaboration intersectorielle pour la mise en œuvre d'actions de surveillance et de prévention contre la réintroduction du paludisme.

3. Stratégie adoptée

VIH-SIDA

Le Plan stratégique national de lutte contre le sida (PSN) 2012-2016 s'est fixé comme principal objectif de concrétiser l'accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en matière de VIH en vue de converger vers zéro nouvelle infection VIH, zéro décès et zéro discrimination liés au Maroc, à l'horizon 2016. Pour ce, trois résultats sont attendus :

- résultat global d'impact 1 : les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% en 2016 ;
- résultat global d'impact 2 : la mortalité des PVIH est réduite de 60% en 2016 ;
- résultat global 3 : la gouvernance et la gestion de la riposte nationale sont optimisées au niveau central et décentralisé.

Le ministère de la Santé œuvre pour l'amélioration de la coordination multisectorielle à travers un Comité national de coordination de la réponse au VIH et la

constitution de comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida (CRILS), veillant à la mise en œuvre des plans stratégiques régionaux déclinés à partir d'un cadre unique d'action qui est le Plan stratégique national (PSN) en cohérence avec le principe de régionalisation et les différentes avancées politiques dans le cadre de la nouvelle Constitution.

La stratégie d'élargissement de l'offre de dépistage, le renforcement de la décentralisation de la prise en charge globale des PVIH et des régions en termes de capacités de gestion et en ressources humaines constituent les principaux axes du PSN 2012-2016.

Parallèlement, le développement du partenariat et une implication plus effective de la société civile, notamment des ONG féminines et communautaires, s'avèrent judicieux avec un appui des partenaires internationaux au développement, pour une meilleure couverture des populations les plus exposées au risque d'infection.

Tuberculose

Le ministère de la Santé a développé un Plan stratégique national de LAT (PSNLAT) couvrant la période 2006-2015. Le but de ce PSNLAT est de reconsidérer la stratégie Stop TB horizon 2015 recommandée par l'OMS en accélérant la cadence de la diminution de la tuberculose pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Les objectifs du PSNLAT visent à (i) maintenir le taux de détection des TPM+ supérieur à 90 % ; (ii) atteindre un taux de succès thérapeutique de 90 % et (iii) réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose dans la population à l'horizon 2015 par rapport aux chiffres estimés de l'année 1990 (Objectifs du Millénaire pour le Développement).

Pour ce faire, la Stratégie mondiale « Halte à la tuberculose » (Stop TB Strategy) est mise en œuvre dans toutes ses composantes. Les activités du PSNLAT sont focalisées sur les quartiers les plus défavorisés des grandes villes, plus particulièrement les groupes de population en situation précaire, dans le but de rendre encore plus accessibles les services de LAT.

Afin d'accélérer la mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte antituberculeuse, le ministère de la Santé, avec le slogan « Tous concernés pour agir contre la tuberculose », conduit un processus d'élaboration d'une feuille de route de lutte antituberculeuse pour la période 2013-2016. Cette feuille de route a pour objectifs de mobiliser l'ensemble des acteurs-clés dans la riposte du ministère de la Santé, de créer

des synergies en vue de mobiliser les acteurs autres que ceux du secteur de la santé pour agir sur les autres déterminants de la vulnérabilité et de valoriser et formaliser la contribution de chaque acteur au Programme national de lutte contre la tuberculose par l'élaboration des plans de travail conjoints ou des contrats-programmes pouvant garantir la mobilisation de tous pour concrétiser les engagements qui seront tenus dans la feuille de route 2013-2016.

Les résultats attendus à l'échelle nationale sont la stabilisation ou la légère augmentation de l'incidence annuelle notifiée de la tuberculose, puis la diminution de cette incidence d'au moins 6 % par an à partir de 2015.

Paludisme

Pour préserver le statut de pays indemne de paludisme autochtone, le ministère de la Santé a élaboré et mis en œuvre, à partir de l'année 2011, une stratégie de maintien de l'élimination et de prévention de la réintroduction du paludisme.

1. Objectifs généraux

- Prévenir la réintroduction du paludisme dans notre pays.
- Eviter la mortalité due au paludisme de l'étranger.

2. Objectifs spécifiques

- Prendre en charge précocement les cas importés de l'étranger.
- Renforcer la sensibilisation et le conseil aux voyageurs à destination des pays endémiques.
- Cibler les activités de dépistage.
- Assurer la surveillance entomologique et la lutte anti-vectorielle dans les zones à risque.
- Redynamiser la collaboration intersectorielle et la participation communautaire dans le cadre de l'approche « Gestion intégrée de la lutte anti-vectorielle (GILAV) ».
- Renforcer les capacités du personnel impliqué dans la gestion du programme de la lutte antipaludique.
- Renforcer la supervision et l'évaluation des différentes actions du programme.
- Ainsi, on peut conclure que l'objectif fixé pour l'élimination du paludisme autochtone, dans le cadre de l'objectif 6 du millénaire, est d'ores et déjà atteint. La préservation de cet acquis constitue une des priorités du ministère de la Santé.

Tableau 6
Evolution des indicateurs de l'OMD 6

Cibles	Indicateurs	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2015
Cible 18 D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance	1. Séroprévalence au VIH pour les femmes enceintes (%)	—	(1994) 0,03	(1999) 0,07	0,06	(2009) 0,17	0,11%	
	2. Séroprévalence des professionnelles du sexe depuis 2001			(2001) 2,30	2,04	(2009) 2,38	2,02	
	3. Taux d'utilisation de la contraception chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans	(1992) 42	(1997) 58	—	(2003-2004) 63	67,4	65	
	4. Part de l'utilisation du préservatif dans la contraception (%)	(1992) 2	(1997) 3	—	(2003-2004) 3	1,6		
	5. Distribution des préservatifs (UNGASS 2008)							
Cible 19 D'ici 2015, avoir éliminé le paludisme en 2006	Taux d'incidence du paludisme autochtone (pour 100 000 habitants)	Hommes	7,0	1,2	0,02	(2006) 0	0	0
		Femmes	5,0	1,4	0,02	0	0	0
		Ensemble	6,2	1,3	0,02	0	0	0
	Incidence du paludisme importé de l'étranger (nombre de nouveaux cas)	(1992) 54	33	56	(2006) 83	(2008) 142	364	
Cible 20 Avoir maîtrisé la tuberculose et commencer à inverser la tendance actuelle	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	113	(1996) 118	106	(2006) 85	83	83	50

Source : Ministère de la Santé.

Capacité de suivi et d'évaluation

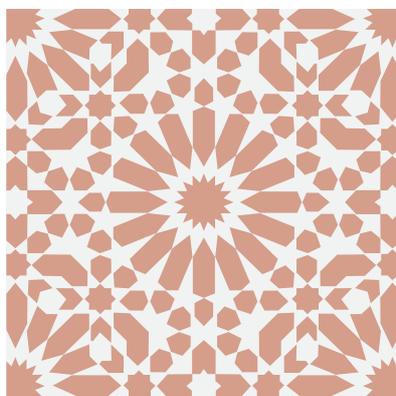
	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données	X		
Qualité de l'information récente	X		
Capacité à suivre l'information statistique		X	
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation	X		

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible

Objectif 7

Assurer un environnement durable



Objectif 7

Assurer un environnement durable

La réalisation de cet objectif demeure prioritaire et déterminante pour la réalisation de la majorité des autres objectifs de développement du millénaire. La gestion rationnelle des ressources naturelles et des espaces est non seulement une obligation morale vis-à-vis des générations futures, mais elle est devenue également une nécessité économique puisque le marché de l'environnement a été dans plusieurs pays un moteur de croissance et d'amélioration du bien-être des populations humaines.

Conscient depuis longtemps de ces enjeux, le Maroc, animé par une volonté politique au plus haut niveau de l'Etat et conforté par l'engagement de la société civile et du secteur privé, est résolument décidé à atteindre cet objectif.

Sur le plan juridique, ses efforts se sont traduits par l'adoption de deux catégories de textes : des lois qui renforcent la protection de l'environnement – loi sur l'eau, loi sur les études d'impacts, loi sur la lutte contre la pollution de l'air, loi sur la gestion des déchets, loi sur les aires protégées et loi sur les sacs et sachets en plastique dégradables et biodégradables – et des lois récentes s'inscrivant plutôt dans une perspective de développement durable : loi relative aux énergies renouvelables, lois relatives respectivement à la création de l'Agence nationale pour le développement des énergies renouvelables et de l'efficacité énergétique (ADEREE) et de l'Agence marocaine de l'énergie solaire (MASEN).

De même, la Charte nationale de l'environnement et du développement durable, élaborée grâce aux Orientations Royales et adoptée en 2011, constitue désormais un référentiel global et structurant pour les politiques publiques sectorielles et l'ensemble des projets conduits sur le territoire. Cette Charte est une déclaration de l'intention du pays à emprunter la voie d'une croissance et d'un développement plus durables en articulant les valeurs et les principes de protection de l'environnement et du développement durable dans tous les domaines du développement socio-économique et en définissant les droits, les devoirs et les responsabilités des individus et des agents économiques. Elle engage

les pouvoirs publics, les acteurs économiques et sociaux ainsi que la société civile en vue d'assurer la réalisation de l'objectif de développement durable. La mise en œuvre des principes de cette charte permettra d'assurer une cohérence entre les stratégies sectorielles et les priorités en matière d'environnement, adaptation aux changements climatiques et de gestion des risques naturels et technologiques ; elle renforcera la convergence territoriale dans les zones et pour les populations les plus vulnérables.

Le projet de charte a été soumis à un processus national de consultation auprès des principales parties prenantes et du grand public, lequel a abouti à la formulation des recommandations contenues dans la charte. Le texte final de la charte a été approuvé par le Conseil national de l'environnement (CNE) lors de sa septième session tenue en 2011 sous la présidence du Premier ministre. Le CNE a formulé des recommandations concernant les modalités et les moyens d'opérationnaliser la charte aux niveaux national, local et sectoriel.

Un projet de loi-cadre, ayant pour objectif d'assurer une assise juridique aux principes, droits, devoirs et engagements énoncés dans cette charte, a été adopté par le Conseil des ministres en mars 2013.

En s'engageant dans le développement durable, le Maroc s'associe aux efforts de la communauté internationale et assume aussi sa responsabilité envers sa population en entreprenant un chantier de mise en harmonie de ses structures économiques, politiques et juridiques de manière à s'inscrire parfaitement dans l'esprit du développement durable imposé par la nouvelle Constitution, où ce dernier est considéré comme étant un droit de chaque citoyen.

Dans le domaine de l'environnement, une collaboration fructueuse a été développée avec les ONG, à travers notamment un appui soutenu pour l'affermissement de leur rôle comme partenaires du développement, par le biais de programmes de renforcement des capacités des acteurs de la société civile, de financement de projets de développement durable et de promotion des échanges d'expériences et d'initiatives par le biais, entre autres, de la mise en réseau.

1. Situation actuelle

Pour faire face à la pression sur les ressources naturelles qui résulte de l'expansion démographique, du mode d'occupation de l'espace, de l'exploitation peu viable de ces ressources, exacerbée par les impacts non maîtrisés des changements climatiques, des efforts importants ont été déployés pour doter le pays d'outils adéquats de gestion et de protection de l'environnement, notamment en faveur de la forêt, de la biodiversité, des sols et des oasis.

La forêt

La forêt marocaine possède de nombreux atouts en rapport avec sa grande diversité biologique et son impact sur l'équilibre socio-économique du pays. Outre son importance économique directe, elle contribue à l'économie nationale par sa capacité à protéger la biodiversité, les ressources en eau et les sols contre l'érosion et la désertification. Elle joue également un rôle social en offrant des espaces récréatifs et éducatifs de plus en plus sollicités pour l'épanouissement de la population.

En 2011, la superficie forestière est évaluée à 9,03 millions d'hectares, soit 12,7 % de la superficie nationale. Si l'on considère uniquement la superficie des formations forestières (non compris l'alfa) qui est de près de 6,4 millions d'hectares, le taux moyen de boisement du pays est de l'ordre de 8 %, ce qui est en deçà du taux optimal (15 à 20 %) nécessaire à l'équilibre écologique environnemental.

Dans le cadre de la préservation de notre patrimoine forestier, les actions ont porté sur les objectifs suivants :

- La délimitation et la sécurisation foncière de 98 % des 9,03 millions d'hectares de forêts, tout en garantissant le droit d'usage des populations riveraines.
- L'inversion de la tendance à la dégradation du couvert forestier par le reboisement, la régénération et l'amélioration sylvo-pastorale à travers l'augmentation du rythme des plantations qui est passé de 20 000 ha/an en 1992 à plus de 40 000 ha/an durant les dernières années, donnant la priorité aux espèces autochtones (thuya, chêne-liège, cèdre, arganier). L'une des particularités de ce programme est son caractère incitatif qui consiste en une compensation des populations concernées par les mises en défens forestières instituée par décret en 2002. En 2008, l'organisation des usagers a concerné 61 associations réparties sur 19 provinces pour un nombre d'adhérents de 5 600 et pour une

superficie mise en défens de 42 600 hectares. En plus de l'impact sur la régénération et la reconstitution des forêts, ce programme permet d'organiser les populations riveraines et de créer des projets socio-économiques collectifs qui génèrent des revenus en milieu rural à travers les montants générés par la compensation pour la mise en défens d'une valeur annuelle moyenne proche de 20 millions de dirhams.

- La gestion des incendies de forêts à travers la mise en place d'un dispositif de prévention, de gestion des risques, d'alerte précoce et d'intervention coordonnée qui a permis la baisse de la superficie moyenne touchée par les incendies de 14 hectares (1960-1995) à 9 hectares (1996-2006) puis à 4 hectares actuellement.
- L'identification de plus de 170 forêts urbaines et périurbaines qui participent au bien-être de 14 millions d'habitants dans 50 villes du Royaume. La mise en place d'une stratégie dédiée à ces forêts servant à la fois l'environnement, le paysage et la population grâce à, d'une part, l'organisation de l'accueil du public dans 40 sites boisés par des aménagements adaptés de plein air et d'autre part, à l'éducation à l'environnement visant l'amélioration de la connaissance sur la fragilité de ces milieux forestiers.

La biodiversité au Maroc : une richesse et des efforts soutenus pour sa préservation

Grâce à la diversité de ses bioclimats, à la variété de ses écosystèmes naturels, en particulier forestiers, et aux cortèges floristiques et faunistiques qui leurs sont liés, la Maroc occupe une place privilégiée dans le bassin méditerranéen. En effet, la biodiversité nationale revêt une importance écologique particulière avec plus de 24 000 espèces animales et plus de 7 000 espèces végétales et un taux d'endémisme global sans égal dans tout le bassin méditerranéen : 11 % pour la faune et 25 % pour les plantes vasculaires. La diversité des écosystèmes est aussi remarquable grâce à une grande richesse en ressources génétiques, avec notamment des plantes médicinales et aromatiques réparties dans les milieux steppiques et les zones de montagnes de l'Atlas et du Rif.

Cependant, d'importantes menaces, dérivant essentiellement des multiples activités humaines, pèsent sur la biodiversité au Maroc, malgré l'énorme effort de conservation consenti par différents acteurs concernés. Les écosystèmes sont plus ou moins touchés par les activités directes ou indirectes liées au développement économique et à la croissance

démographique que connaît le pays (agriculture intensive, surpâturage, surexploitation des ressources naturelles, industrie, pollution, urbanisation...). Dans des cas extrêmes, les répercussions de ces activités aboutissent à une raréfaction irrémédiable des espèces végétales et animales et à des dégradations parfois irréversibles de certains écosystèmes, et autour de la majorité des villes où des superficies considérables de bonnes terres agricoles sont urbanisées, les changements climatiques accentuent ces tendances.

Ainsi, en termes d'espèces, sur les 7 000 taxa environ qui composent la flore marocaine, près de 1 700 sont considérés dans l'Etude nationale sur la biodiversité (2009) comme rares et/ou menacés, ce qui représenterait une perte potentielle de plus de 24 % de cette richesse floristique. Du point de vue faunistique, la situation n'est guère plus brillante. Beaucoup d'animaux ont disparu ou sont devenus rares, et plus de 600 espèces sont actuellement considérées comme menacées, soit 2,5 % de la faune.

Le milieu marin connaît également d'importantes dégradations dues principalement à la littoralisation et aux diverses formes de pollutions (domestique, agricole, industrielle, accidentelle), ce qui ne va pas sans occasionner de plus ou moins graves conséquences sur le milieu et ses espèces.

Devant cette situation, le Royaume du Maroc, l'un des premiers signataires de la Convention sur la diversité biologique (CBD), dès 1992, a initié des mesures volontaristes visant à infléchir la tendance à la dégradation. En effet, pour répondre aux dispositions de la CBD qui prévoient la mise en protection de 10 % des territoires, le Plan directeur des aires protégées a identifié plus de 160 sites d'intérêt biologique et écologique, couvrant la totalité de ses écosystèmes, sur une superficie qui dépasse les 2,5 millions d'hectares.

Dans ce cadre, 10 parcs nationaux, totalisant une superficie de plus de 800 000 hectares (Souss-Massa, Toubkal, Tazzeka, Ifrane, Talassemtane, Al Hoceima, Khenifis, Haut-Atlas oriental, Iriqui et Khénifra) ont été décrétés et dotés, selon une échelle de priorité, de plans d'aménagement et de gestion, en cours de mise en œuvre. Afin de concrétiser cette stratégie, une nouvelle loi relative aux aires protégées a été promulguée en juillet 2010, intégrant les cinq catégories (parcs nationaux et parcs naturels, réserves naturelles, réserves biologiques et sites naturels) et adaptant les critères qui leur sont applicables au contexte socio-économique du pays.

D'autres actions ont également été entreprises pour la préservation des ressources, notamment l'élaboration de programmes de repeuplement et de réhabilitation

d'espèces disparues, l'élaboration de plans d'aménagement et de gestion de certains espaces et espèces menacés, la mise en place de banques de gènes, la mise en place d'une stratégie nationale de sensibilisation et d'éducation à l'environnement et au développement durable et le renforcement du cadre législatif par la promulgation de nombreuses lois, notamment sur les aires protégées et sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvage menacées d'extinction. De même, trois espaces naturels font partie du réseau international des réserves de biosphère de l'UNESCO : l'arganeraie, les oasis du Sud marocain et le Rif occidental.

Les zones humides

Le Maroc jouit d'une richesse importante de zones humides qui se subdivisent en lacs naturels, lagunes, embouchures, marais, marécages, etc. 120 lacs naturels importants sont inventoriés à l'échelle nationale, dont la majorité est située entre les deux chaînes montagneuses du Moyen-Atlas et du Haut-Atlas. Sur le littoral, on trouve des lagunes, des marais côtiers et des embouchures.

Quatre zones humides marocaines ont été classées en 1980, par la Convention de RAMSAR (un traité international sur la conservation et la gestion durable des zones humides, adopté en 1972 et prévoyant d'identifier les zones humides d'importance, les inscrire sur cette liste et assurer leur conservation) comme sites d'importance internationale en tant qu'habitats pour les oiseaux : Khnifiss, Sidi Boughaba, Merja Zerga et Aguelmam Afenourir. Une vingtaine d'autres sites ont été inscrits dernièrement sur la liste RAMSAR.

Les zones humides continentales sont importantes à plus d'un titre ; elles favorisent :

- l'alimentation des nappes d'eau souterraines ;
- la régulation des crues et l'atténuation des impacts des changements climatiques ;
- le maintien d'une grande biodiversité floristique et faunistique ; des milliers d'oiseaux migrateurs transitent par ces zones humides ;
- des activités économiques et de loisirs ; etc.

Les oasis

Les oasis du Maroc se situent dans les zones arides où les précipitations ne dépassent guère 200 mm par an. L'espace oasien compte 1,7 million d'habitants, soit près de 5 % de la population du pays, sur une superficie de 115 563 km².

Ces oasis abritent une civilisation millénaire et un savoir-faire traditionnel dans la mobilisation de l'eau et dans la gestion des ressources naturelles. Un savoir-faire en matière d'agriculture a été développé dans ces milieux vulnérables dont l'équilibre devient de plus en plus fragile : adoption d'un système intensif à 3 étages de végétation associé à l'élevage, l'association agriculture-artisanat, la pratique d'une agriculture orientée vers des cultures et des variétés à forte valeur commerciale et la diversification des activités extra-agricoles.

L'action anthropique sur les ressources naturelles déjà fragilisées par l'effet des périodes récurrentes de sécheresse et des attaques pathogènes des palmiers (bayoud) peut être résumée comme suit :

- la prolifération aberrante et incontrôlée des pompes a causé une dégradation prononcée de certaines oasis ;
- la décomposition des sociétés traditionnelles : les oasis sont inséparables des structures sociales qui les ont façonnées et gérées pendant des siècles avec beaucoup de rigueur et d'attention et d'un sens élevé de la valeur de l'eau. Or, ces sociétés se sont décomposées, et l'entretien des oasis est tombé en déshérence. Le développement anarchique du pompage témoigne aussi de cette décomposition de la société traditionnelle.

Ces problèmes portent atteinte à l'intégrité des écosystèmes oasiens et entraînent à terme la diminution de leurs biens et services et, par la suite, la dégradation du niveau de vie et la déstabilisation sociale et culturelle des communautés locales.

Pour minimiser les dégradations de ces milieux, trois programmes ont été lancés :

- le Programme des oasis du Tafilalet en tant qu'expérience-pilote en matière de développement territorial durable ;
- le Programme des oasis du Sud piloté par l'Agence du développement du Sud en partenariat avec le PNUD, qui a permis de renforcer les capacités des communes locales en matière de planification et de développement durable des zones oasiennes ;
- le Programme africain d'adaptation au changement climatique – Oasis financé par la coopération japonaise et piloté par le PNUD, qui contribue à gérer et réduire les risques dus au réchauffement climatique dans les systèmes productifs oasiens du Maroc, à travers l'introduction d'approches innovantes d'adaptation et le renforcement des capacités locales selon une approche territoriale.

L'accès à l'eau potable

L'alternance de séquences de forte hydraulité et de séquences de sécheresse d'intensité et de durée variables est un trait dominant des régimes hydrologiques du Maroc. La grande disparité régionale des précipitations induit également une grande variabilité des écoulements de surface. En effet, 51 % des ressources en eau de surface sont produites au niveau de quatre bassins hydrauliques (Loukkos, Tangérois, côtiers méditerranéens et Sebou) qui ne couvrent que 7,1 % de la superficie du pays. Le potentiel des ressources en eau naturelles au Maroc est estimé en année moyenne, à près de 22 milliards de m³ par an, soit l'équivalent de près de 700 m³ par habitant et par an, inférieur au seuil de 1 000 m³/hab/an, communément admis comme seuil en dessous duquel des pénuries et des crises latentes de l'eau apparaissent. Cette pénurie ira en augmentant avec la croissance démographique et les risques liés aux changements climatiques.

Pour accompagner le développement du pays et satisfaire les besoins exprimés par les secteurs usagers, le Maroc s'est engagé depuis l'Indépendance sur la voie de la maîtrise de ses ressources en eau. Cette politique a permis de doter le pays d'importantes infrastructures hydrauliques assurant, malgré la limitation des ressources en eau, l'alimentation en eau potable des populations et de l'industrie et le développement de l'agriculture irriguée.

Plusieurs réformes ont été également engagées par le pays et constituent une grande avancée. Les bases de ces réformes reposent sur la mise en place d'un cadre législatif moderne ; la loi 10-95 sur l'eau, dont les dispositions permettent l'administration de l'eau, la promotion de la gestion de la demande en eau et la mise en place de mécanismes économiques, financiers, juridiques et réglementaires pouvant stimuler une gestion efficiente de l'eau. Le secteur de l'eau potable a bénéficié, au cours de ces trois dernières décennies, d'une grande attention de la part des pouvoirs publics.

En effet, depuis le lancement du Programme d'approvisionnement groupé en eau potable (PAGER) (18), les efforts déployés ont permis de faire passer le taux d'accès à l'eau potable rurale de 14 % en 1994 à 85 % à la fin de 2007 pour atteindre

18. Il est à préciser que depuis 2004 le PAGER a été remplacé par le programme de généralisation de l'accès à l'eau potable en milieu rural, où l'ONEE est devenu le principal intervenant en matière d'approvisionnement en eau potable en milieu rural. Il est à noter que le taux d'électrification rurale est passé de 22 % en 1996 à 97,9 % en 2012, selon les chiffres de l'ONEE.

93 % à la fin de 2012. La population bénéficiaire cumulée est passée de 3,4 millions d'habitants en 1995 à 12,6 millions en 2012. L'investissement global cumulé durant la période 1995-2012 a atteint près de 13,5 milliards de dirhams (hors TVA).

L'accès à l'eau potable est généralisé en milieu urbain depuis 2005. En 2012, la population urbaine desservie est alimentée à près de 94 % par des branchements individuels et 6 % par des bornes-fontaines.

La demande des populations rurales d'être alimentées par des branchements individuels est de plus en plus importante grâce à un taux d'accès à l'eau potable très satisfaisant. Tenant compte des revenus faibles des ménages en milieu rural et des équilibres financiers de l'ONEE, des formules ont été trouvées, en concertation avec la Direction générale des collectivités locales du ministère de l'Intérieur en tant que tutelle des communes rurales, pour répondre à cette demande.

Il est à souligner, cependant, que, si le taux d'accès en eau potable rural a atteint 93 % en 2012, d'autres régions et provinces enregistrent encore un retard par rapport à cette moyenne ; il s'agit des provinces de Safi, Youssoufia, Nador, Driouch, El Jadida, Sidi Bennour, Chefchaouen, Figuig, Midelt, AlHaouz, Chichaoua, etc. La majorité de ces provinces connaissent actuellement des programmes qui sont en cours de réalisation ou d'engagement pour améliorer leur taux d'accès.

Par ailleurs, la pérennité de l'accès à l'eau potable en milieu rural demeure conditionnée par la sécurisation des installations réalisées, qui connaissent parfois des perturbations de fonctionnement. Devant l'importance des investissements à mobiliser pour remédier à cette situation, une étude est menée, en partenariat entre l'ONEE et les départements de l'Intérieur (DGCL), la Santé et l'Eau pour élaborer un programme national de mise à niveau de ces installations en milieu rural.

L'accès à l'assainissement liquide et le traitement des eaux usées urbaines

L'insuffisance en matière d'assainissement liquide et d'épuration des eaux usées est l'une des principales causes de la dégradation de la qualité des eaux de surface et souterraines. Jusqu'en 2005, le secteur de l'assainissement liquide au Maroc a accusé un retard considérable. Cette situation était caractérisée par :

- la faible priorité accordée aux enjeux de la gestion des eaux usées et aux besoins des opérateurs ;
- une couverture partielle des réseaux qui sont souvent vétustes et saturés ;

- un nombre limité de STEP (en 2005, 600 millions de m³ d'eaux usées urbaines ont été rejetés sans traitement préalable).

Le Programme national d'assainissement liquide a été révisé en 2008 afin d'améliorer le rythme de son exécution à travers notamment l'optimisation des mécanismes de financement et de recouvrement des coûts. Ses principaux objectifs visent à :

- rabattre la pollution domestique de 50 % en 2015, de 80 % en 2020 et de 100 % en 2030 ;
- traiter jusqu'au niveau tertiaire les eaux usées et les réutiliser à 100 % en 2030.

Depuis la mise en œuvre du PNA, plusieurs projets ont été achevés ou sont en cours d'achèvement. La situation actuelle se caractérise comme suit :

- le taux d'accès à l'assainissement en milieu urbain est estimé à 89,8 % (19) en 2012 ;
- le taux de traitement des eaux usées en milieu urbain est de 28 % contre seulement 8 % en 2005 ;
- 73 stations d'évacuation (STEP) ont été réalisées à l'échelle nationale et 44 sont en cours de construction.

La gestion des déchets solides

L'accroissement de la population urbaine, avec les changements des modes de production et de consommation et l'amélioration du niveau de vie, et la prolifération des quartiers périphériques ont entraîné ces dernières années une augmentation conséquente des déchets solides urbains et ont rendu très compliquées la collecte, l'évacuation et l'élimination des déchets ménagers et assimilés, dont la production en milieu urbain est estimée à 5 millions de tonnes par an, soit un ratio de 0,76 kilogramme par habitant et par jour. Ces déchets sont très souvent éliminés dans des décharges sauvages ou encore dans des points noirs et dans les cours d'eau, sans aucun traitement. Cette situation engendre de graves conséquences aussi bien sur la santé publique que sur l'environnement. Sur le plan économique, l'intégration du Maroc au marché mondial de libre-échange impose le respect des normes environnementales, de la traçabilité des produits et de la qualité des services.

La loi 28-00 sur la gestion des déchets a été promulguée en 2006. Elle vise à prévenir et à protéger la santé de l'homme, la faune, la flore, les eaux, l'air, le sol, les écosystèmes, les sites et paysages et l'environnement en général contre les effets nocifs des déchets. Elle

19. Source : Rapport sur les indicateurs sociaux au Maroc-2012, HCP.

les définit, les classe et institue des obligations concernant leur gestion et leur élimination. La loi précise qu'ils doivent pouvoir être réduits en quantité et nocivité pendant leur cycle de vie.

Pour faire face à cette problématique, un Programme national des déchets ménagers a été lancé en 2007 dans le but d'atteindre un taux de collecte de 90 % en 2020 et de 100 % en 2030. Ce programme ambitionne également de généraliser les décharges contrôlées à l'ensemble des agglomérations à l'horizon 2020. Avec l'organisation et la promotion de la filière de « tri-recyclage-valorisation », il est ainsi prévu d'atteindre le taux de 20 % de récupération des déchets générés. Le coût global de ce programme s'élève à 40 milliards de dirhams.

Dans le cadre de ce programme, le Maroc a atteint un certain nombre d'objectifs notamment l'augmentation du taux de collecte professionnelle à 76 %, contre 44 % avant 2008, et l'augmentation du taux de mise en décharge contrôlée pour atteindre 32 % des déchets ménagers produits, contre 10 % avant 2008. Ce taux sera de 66 % après l'achèvement des décharges contrôlées en cours de réalisation.

Le nombre actuel de décharges contrôlées est de 14 : Fès, Oujda, El Jadida, Essaouira, Rabat, Berkane, Figuig, Guelmim, Al Hoceima, Agadir, Nador, Dakhla, Mohammedia et Laâyoune. Par ailleurs, d'autres décharges contrôlées sont en cours de construction, notamment à Marrakech, Ifrane, Khouribga, Safi, Tata et Casablanca. Également, 24 décharges non contrôlées ont été réhabilitées alors que 84 sont en cours de réhabilitation.

L'habitat salubre

Lancé officiellement en 2004, le Programme Villes sans bidonvilles visait l'éradication des bidonvilles abritant 362 327 ménages (chiffre actualisé au fur et à mesure de la réalisation du programme) dans 85 villes et centres urbains, avec un investissement d'environ 25 milliards de dirhams, dont une subvention de l'État de 10 milliards de dirhams. La réalisation de ce programme se base sur la ville comme unité de programmation, un cadre conventionnel fixant les responsabilités partagées entre l'État et les collectivités locales, des délais de réalisation des programmes et l'intensification de l'offre de l'habitat de prévention. Trois modes de résorption sont privilégiés dans le cadre de ce programme : la restructuration, le relogement et le recasement.

Depuis son lancement en 2004, le programme Villes sans bidonvilles aurait permis de :

- réduire le poids démographique des ménages résidant dans les bidonvilles des villes marocaines de 9,2 % en 1994 à 5,9 % (20) en 2012 ;
- faire bénéficier de projets de résorption 200 666 ménages sur les 362 327 ménages concernés par le programme ;
- déclarer 45 villes sans bidonvilles parmi les 85 villes concernées.

Lutter contre la pollution de l'air

La dégradation de la qualité de l'air dans les grandes agglomérations devient un problème préoccupant qui pèse sur la santé publique. En effet, l'air est de plus en plus pollué, surtout au niveau des grandes agglomérations qui concentrent à la fois des sources de pollution mobiles, les transports urbains, et des sources fixes notamment les installations industrielles, énergétiques et artisanales. Le parc automobile marocain est responsable de 50 à 60 % de la pollution.

Face à cette situation, l'amélioration de la connaissance de l'état de la qualité de l'air grâce au renforcement du réseau national de surveillance et à la réalisation de cadastres des émissions atmosphériques dans les grandes villes, constitue un axe fondamental de la stratégie environnementale. Ainsi, en plus des 29 stations de surveillance de la qualité de l'air existantes, il est prévu de renforcer le réseau de surveillance en l'étendant à toutes les grandes villes, ce qui permettra, avec les études des cadastres des émissions atmosphériques, de mieux évaluer et assurer le suivi des efforts de lutte contre la pollution de l'air.

Les émissions de gaz à effet de serre ont augmenté, passant de 48 072 giga-grammes équivalent-CO₂ en 1994 à environ 63 440 en 2000, pour atteindre 75 047 en 2004, ce qui représente une augmentation de plus de 56 %.

La production d'énergie est responsable de plus de la moitié de ces émissions (56 % en 1994 et 53 % en 2004). L'agriculture l'est pour un tiers, avec une part en légère augmentation entre 1994 et 2004.

Les changements climatiques

De par ses caractéristiques atmosphériques, océaniques et géographiques, le Maroc subit de plein fouet les effets des changements climatiques, comme en témoignent les sécheresses sévères et fréquentes qu'a connues le pays ces dernières années. La baisse

20. Source : Rapport sur les indicateurs sociaux de 2012, HCP.

des apports en eau a atteint 20 % sur la période 1940-2005, et la température moyenne a augmenté de plus de 1°C entre 1960 et 2000. Par ailleurs, le Maroc a connu plusieurs inondations sous forme de crues éclairs ou massives qui ont provoqué des pertes en vies humaines et des dégâts économiques importants. Cette dernière décennie, le phénomène des crues s'est accentué (Ourika en 1995, Tétouan en 2000, Merzouga en 2006, Tanger, Nador, Al Hoceima, Fnideq en 2008, Errachidia et Rabat en 2009, les régions du Gharb et Souss en 2010, Casablanca en 2011).

La croissance des besoins agricoles, urbains, touristiques et industriels, conjuguée aux impacts des changements climatiques, se traduirait par un déficit en eau estimé à près de 5 milliards de m³ à l'horizon 2030.

Pour remédier aux situations de déficit de certains bassins hydrauliques, il est envisagé le transfert d'eau entre bassins du nord au sud pour le soutien au développement socio-économique des bassins du Bouregreg, de l'Oum Rbia et du Tensift : 800 millions de m³ pourraient être transférés en moyenne. Il est également prévu le développement d'usines de dessalement de l'eau de mer utilisant l'énergie solaire ou éolienne et permettant de mobiliser 400 millions de m³ par an. Dans le même cadre, il est prévu la réutilisation des eaux usées épurées qui présentent un potentiel de 300 millions de m³ par an à l'horizon 2030.

En matière de prévention des risques, la stratégie nationale de l'eau prévoit le renforcement du plan national de protection contre les inondations (en cours d'actualisation), dans le but d'étendre la protection de 20 nouveaux sites par an, par des mesures structurelles (digues, barrages ou seuils) ou par des mesures non structurelles (systèmes de télémessure pour l'alerte aux crues, limitation des zones inondables et développement des plans d'alerte et de secours).

Concernant l'atténuation des changements climatiques, le Maroc a adopté des modes de production non polluants conjugués à une stratégie énergétique nationale qui privilégie le développement des énergies renouvelables et l'efficacité énergétique permettant une économie en énergie fossile de 2,6 Mtep/an. Le potentiel d'atténuation des émissions des GES au Maroc a été estimé à 57 millions de tonnes de CO₂ à l'horizon 2030 pour un coût estimé à 30 milliards de dollars. Avec l'expérience acquise en matière de mécanisme de développement propre (MDP) et le développement d'actions d'atténuation appropriées au niveau national (NAMAS) adossées à des stratégies et des programmes nationaux, le Maroc prépare le lancement de la phase préparatoire du mécanisme de marché carbone (Partnership for Market Readiness, PMR).

2. Contraintes

Malgré les efforts fournis, plusieurs contraintes sont recensées notamment :

- les pressions exercées sur les ressources naturelles et les impacts sur l'environnement et sur l'économie (rejets domestiques et industriels, surexploitation des ressources...);
- les effets des changements climatiques qui demeurent imprévisibles;
- l'absence de cadre réglementaire relatif à la réutilisation des eaux usées épurées dans l'irrigation ou l'élimination des boues des STEP issues des opérations de traitement des eaux usées;
- la lenteur de la promulgation et de l'application des textes relatifs à l'environnement;
- l'importance des investissements pour remédier à certaines dégradations;
- l'insuffisance en termes de sensibilisation et d'implication des citoyens;
- le besoin de financement pour augmenter la cadence des réalisations des projets (assainissement, atténuation du changement climatique, etc.), pérenniser l'accès à l'eau potable et généraliser le branchement individuel;
- les besoins en transfert de technologie dans le cadre de la coopération Nord-Sud;
- les besoins en renforcement des capacités des acteurs nationaux;
- le coût du foncier pour l'acquisition des terrains par les communes pour la réalisation des ouvrages d'assainissement.

3. Stratégie adoptée

Au Maroc, le processus de planification du développement durable a été construit autour de la mise à niveau environnementale (MANE), l'élaboration d'une stratégie nationale de l'environnement (SNE) et la définition et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de développement durable (SNDD).

Au niveau mondial, la mise en œuvre d'une croissance verte est un enjeu de développement durable adopté notamment comme l'un des thèmes de la conférence de Rio+20 en juin 2012. Elle se caractérise par l'adoption de nouveaux modes d'organisation, de nouveaux modes de vie, notamment de production et de consommation qui tendent à préserver les ressources naturelles et à faire converger les trois

piliers du développement durable (économique, social et environnemental).

Plusieurs stratégies sectorielles ont été ainsi initiées dans ce cadre, notamment une ambitieuse stratégie énergétique visant la promotion de l'efficacité énergétique et le développement à grande échelle des énergies renouvelables. Cette stratégie envisage de réduire la consommation d'énergie de 12 % en 2020 et de 15 % en 2030 et de relever la capacité installée des énergies renouvelables à 42 % (14 % solaire, 14 % éolienne et 14 % hydraulique) de la capacité électrique totale en 2020.

La stratégie de l'eau vise, quant à elle, la rationalisation des utilisations de l'eau dans tous les secteurs, tout particulièrement dans l'agriculture. En effet, le Maroc a élaboré le programme national d'économie d'eau d'irrigation (PNEEI) qui a pour objectif la conversion massive de l'irrigation gravitaire et par aspersion en irrigation localisée pour une utilisation rationnelle, durable et valorisante des ressources en eau d'irrigation. Ce programme porte sur la conversion à l'irrigation localisée d'une superficie globale de 555 000 hectares à l'horizon 2020, soit un rythme d'équipement moyen de près de 55 000 hectares par an.

Dans le domaine d'eau potable, industrielle et touristique, un potentiel d'économie d'eau de 120 millions de m³ est possible grâce à l'amélioration du rendement des réseaux, la normalisation et l'incitation au recours aux technologies appropriées d'économie d'eau, l'amélioration de l'efficacité de l'utilisation de l'eau dans l'industrie et les unités touristiques et la prise en compte des meilleures pratiques d'économie d'eau dans les normes de construction.

Le Maroc a adopté également une stratégie agricole à l'horizon 2020 nommée Plan Maroc Vert (PMV) comportant deux piliers : le pilier I qui vise le développement d'une agriculture moderne et le pilier II qui porte sur le soutien des petites exploitations agricoles à caractère solidaire dans les zones caractérisées par des écosystèmes fragiles (oasis, zones montagneuses, etc.), à travers l'amélioration des revenus des agriculteurs les plus vulnérables.

Les composantes relatives à l'environnement prévues dans le PMV concernent notamment :

- la préservation de l'eau ;
- la reconversion de près d'un million d'hectares de cultures céréalières vers l'arboriculture fruitière, ce qui aidera à protéger les terres agricoles ;

- l'intégration des questions du changement climatique dans la mise en œuvre de certains projets locaux financés par des bailleurs de fonds internationaux ;
- la favorisation de l'utilisation des énergies renouvelables dans le secteur agricole (solaire, éolienne et biogaz).

La mise en œuvre du PMV aboutira à :

- augmenter considérablement la productivité des cultures céréalières avec une réduction en parallèle de 30 % de la superficie cultivée, ce qui permettra d'alléger la pression environnementale sur l'eau et les sols ;
- encourager des initiatives locales visant à développer des activités agricoles respectueuses de l'environnement telle la production du cactus, des câpres, du miel et du tournesol.

Tous les programmes, plans et projets qui s'inscrivent dans le cadre du PMV doivent être soumis à une étude de l'impact environnemental et social et disposer d'un plan de gestion précisant les modalités de suivi, d'évaluation et de formation, d'une approche participative et du budget nécessaire à la mise en œuvre du plan. La rationalisation de l'usage agricole de l'eau, en particulier dans les systèmes d'irrigation, contribuera à la réussite de l'intégration du volet « changement climatique » dans la mise en œuvre du PMV.

La stratégie touristique à l'horizon 2020 a également placé la durabilité au cœur de ses préoccupations en misant sur la mise en valeur des potentialités de chacune des régions du Royaume et la promotion d'un tourisme respectueux de l'environnement. Le Plan Halieutis vise, quant à lui, l'exploitation durable des ressources et la promotion d'une pêche responsable.

Tableau 7
Evolution des indicateurs de l'OMD 7

Cibles	Indicateurs	1995	2000	2006	2009	2012	2015
Cible 21 Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et veiller à la préservation de la biodiversité en inversant la tendance à la déperdition des ressources environnementales	Proportion des zones forestières	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	
	Superficies annuelles moyennes régénérées (reboisées et régénérées) (ha)	20000	20000	29651	39160	(2011) 42469	
	Superficies des aires protégées pour préserver la biodiversité (ha) : parcs nationaux	(1994) 193 380	(2001) 545 000		(2008) 808 700		
Cible 22 Limiter les émissions des gaz nocifs à la santé et à l'environnement	Émissions de dioxyde de carbone en millions de tonnes E-CO ₂	(1994) 48,07	(2000) 63,4	(2004) 75,04			
	Émissions des substances appauvrissant la couche d'ozone (tonnes)	(1996) 814	564	(2001) 435			
	PIB par unité d'énergie consommée (\$US PPA par kg-équivalent pétrole)	(1990) 10,2	(2001) 9,9	5,1	(2008) 6,0		
Cible 23 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, les pourcentages de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à un meilleur système d'assainissement	Proportion de la population branchée au réseau ou ayant accès à une source d'eau salubre :	(1994)		(2007)			
	Urbain	81	88	100	100	100	100
	Rural	14	43	85	89	93	96 (2016)
	Proportion des ménages urbains ayant accès à un réseau d'évacuation des eaux usées	(1994) 74,2		85,6	88,4	89,8	100
Cible 24 Éliminer, d'ici 2020, en milieu urbain toutes les formes d'habitat qui ne répondent pas aux critères de sécurité	Proportion de la population urbaine habitant les bidonvilles et l'habitat sommaire	(1994) 9,2	(2001)	(2004)	(2012) 5,9		
	Ménage urbains propriétaires de leur logement (en %)	(1994) 48,5		64,5	66,4		

* en \$US

Sources : Ministère de l'Intérieur (DGCL), Haut Commissariat au Plan, Haut Commissariat aux Eaux et Forêts et à la Lutte contre la Désertification, Ministère de l'Habitat et de la Politique de la Ville, Ministère de l'Urbanisme et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de l'Energie, des Mines, de l'Eau et de l'Environnement et Office National de l'Eau et de l'Électricité (ONEE).

Capacité de suivi et d'évaluation

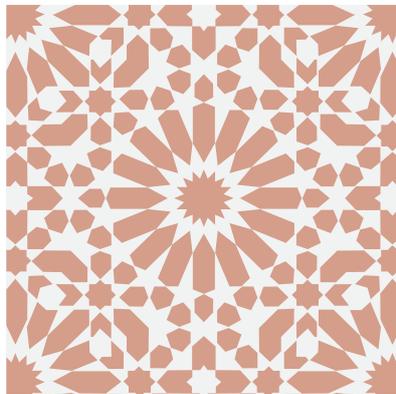
	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données	X		
Qualité de l'information récente	X		
Capacité à suivre l'information statistique	X		
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation	X		

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible

Objectif 8

Mettre en place un partenariat mondial
pour le développement



Objectif 8

Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

1. L'aide publique au développement

L'aide publique au développement (APD) totale s'établit en 2012 à 125,6 milliards de dollars, soit une diminution de 4 % par rapport à 2011 elle-même inférieure de 2 % à celle de 2010. Elle est ainsi passée de 0,32 % à 0,29 % du PIB entre 2010 et 2012. Les pays riches s'éloignent encore davantage de leur promesse de consacrer 0,7 % de leurs revenus nationaux à l'APD.

Les plus importantes diminutions sont intervenues en Grèce et en Espagne. La Norvège, le Danemark et le Luxembourg continuent de respecter leur engagement d'affecter 0,7 % du produit intérieur brut à l'aide publique au développement, tandis que le Royaume-Uni maintient son objectif d'y parvenir en 2013-2014. L'Allemagne, l'Australie et la Suède ont quant à elles augmenté leurs budgets d'aide.

Si la tendance actuelle se poursuit, la communauté des donateurs dans son ensemble mettra encore cinquante ans à atteindre l'objectif des 0,7 %.

2. Le financement des secteurs sociaux au Maroc

L'Etat accorde une importance particulière aux secteurs sociaux dans les programmes de développement. La part de ces secteurs dans le budget général représente actuellement 55 %, contre 36 % en 1994. En ajoutant le budget alloué au RAMED et à l'INDH, soit environ 5 milliards de dirhams en 2012, la part du budget des secteurs sociaux dans le budget de l'Etat atteint 57 %, soit 16,8 % du PIB (en 2012).

Tableau 8

Evolution du budget des secteurs sociaux dans le budget général de l'Etat et le PIB

	1994	2001	2008	2012
En % du budget général	36,3	47,4	53,0	55,2
En % du PIB	8,6	12,0	12,3	16,2

Source : Calculés à partir des morasses budgétaires et du Rapport national sur la situation des services sociaux essentiels, 2002, Primature-PNUD.

Ce sont les secteurs de l'enseignement et de la santé qui ont enregistré l'évolution la plus importante au cours de cette période : leur budget a plus que triplé (respectivement 3,5 et 3,9 fois) entre 1994 et 2012. Ces deux secteurs représentent en 2012, 90 % du budget alloué aux départements sectoriels à caractère social et 46,2 % du total des secteurs sociaux (en y ajoutant la Caisse de compensation, la Caisse marocaine de retraite et la Prévoyance sociale) contre respectivement 87 % et 74 % en 1994. La baisse de la part des deux secteurs de 74 % à 46,2 % est due en grande partie à l'augmentation de la subvention accordée à la Caisse de compensation qui est passée de 2,3 à 53 milliards de dirhams au cours de la même période.

Tableau 9

Evolution de la part de la subvention accordée à la Caisse de compensation dans le budget de l'Etat et le PIB

	1994	2001	2008	2012
En % du budget général	3,5	5,9	12,5	21,5
En % du PIB	1,0	1,5	2,9	6,3

Source : Calculés à partir des morasses budgétaires et du Rapport national sur la situation des services sociaux essentiels, 2002, Primature-PNUD.

Avec le lancement de l'Initiative nationale pour le développement humain, un nouvel élan a été donné à la dynamique de développement et au processus de lutte contre la pauvreté. L'INDH a été conçue pour renforcer l'action de l'Etat et des collectivités locales et repose sur le ciblage des zones et des catégories les plus démunies ainsi que sur la participation des populations pour une meilleure appropriation et une meilleure viabilité des projets et des interventions. Elle privilégie l'approche contractuelle et le partenariat avec le tissu associatif et les acteurs du développement local et de proximité.

Entre 2005 et 2010, 22 000 projets ont été lancés dans le cadre de l'INDH au profit d'environ 5,2 millions de bénéficiaires directs et pour un montant global de 14 milliards de dirhams. L'effet positif de l'INDH a favorisé le lancement d'une deuxième phase sur la période 2011-2015, avec une enveloppe de 17 milliards de dirhams et par l'élargissement des zones ciblées.

A cet égard, il est à rappeler qu'un Plan cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF 2012-2016) a été signé le 31 mars 2011 par le gouvernement du Royaume du Maroc et l'Équipe de pays des Nations Unies au Maroc. Ce plan présente une vision commune et intégrée pour un appui au Maroc afin qu'il atteigne ses priorités nationales, notamment :

- le renforcement de la qualité de l'éducation et de la formation ;
- l'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel de la population ;
- la réduction de la vulnérabilité et des inégalités ;
- la consolidation de la gouvernance démocratique sensible au genre ;
- la protection de l'environnement, la prévention des catastrophes, la gestion des risques naturels et du changement climatique.

Le montant total indicatif pour la concrétisation des effets escomptés est de 147,7 millions de dollars US.

● 3. L'engagement du Maroc pour la Coopération Sud-Sud et triangulaire

Le Maroc a fait de la coopération Sud-Sud, particulièrement dans son espace africain et arabe, une priorité de sa politique étrangère. La nouvelle Constitution du Royaume a d'ailleurs consacré, dans son préambule, le renforcement de la coopération Sud-Sud.

La coopération marocaine avec les pays africains, en particulier subsahariens, touche plusieurs domaines d'activités tels que l'agriculture, les travaux publics, les pêches maritimes, l'énergie et les mines, l'artisanat, l'enseignement supérieur, l'éducation nationale, la formation professionnelle, la santé, la jeunesse et les sports, le développement social et la solidarité, les transports, l'habitat, l'urbanisme, le commerce, le tourisme, les télécommunications, etc.

A cet effet, le Maroc a créé en 1986 l'Agence marocaine de coopération internationale (AMCI), avec comme objectif d'en faire un véritable levier de cette forme de coopération. Les activités de l'AMCI portent essentiellement sur quatre secteurs, à savoir :

- la formation des cadres ;
- la coopération technique ;
- la coopération économique et financière ;
- l'action humanitaire.

En 2003, le Maroc a abrité (en sa qualité de président du G77), à Marrakech, la Conférence de haut niveau sur la coopération Sud-Sud, dont les travaux ont été sanctionnés par l'adoption de la Déclaration de Marrakech.

a. La formation des cadres

Les nouvelles orientations de la politique étrangère du Royaume ont donné une impulsion nouvelle et forte aux actions de coopération bilatérale, notamment en matière de formation des cadres étrangers dans les établissements publics marocains d'enseignement supérieur.

Ces actions ont pris, ces dernières années, des dimensions importantes. Ainsi, le Royaume est devenu une destination de prédilection pour un nombre croissant d'étudiants étrangers, notamment africains, désireux d'y poursuivre leurs études supérieures et de spécialités.

Le nombre des pays bénéficiaires de l'offre marocaine de bourse a connu une forte augmentation depuis l'année 2000 pour atteindre, en 2013, 96 pays. Toutefois, seuls 83 pays ont présenté des candidatures.

L'effectif global des étudiants ayant bénéficié d'une inscription avec une bourse octroyée par le Maroc depuis la création de l'AMCI a atteint 16 600 étudiants, répartis selon les zones géographiques suivantes :

- Afrique subsaharienne : 11 200 ;
- Monde arabe : 4 648 ;
- Amérique du Sud et Caraïbes : 186 ;
- Europe : 80.

L'effectif global des lauréats étrangers au Maroc depuis 1990, selon les statistiques disponibles à l'AMCI, est de 15 173.

b. La coopération technique et le développement des compétences

La coopération technique a connu un développement important du fait de la croissance des demandes émanant des pays partenaires pour s'imprégner de l'expérience et du savoir-faire marocains dans de nombreux domaines et spécialités. Aujourd'hui, le Maroc enregistre une forte demande étrangère, surtout africaine, sollicitant l'expertise acquise par les professionnels marocains dans divers domaines.

Ainsi, 1 136 cadres, originaires d'environ 35 pays d'Afrique subsaharienne et quelques pays arabes, ont bénéficié au cours de ces dix dernières années de stages de formation, de spécialisation et de recherche, de cycles de perfectionnement de courte et moyenne durée, ainsi que de visites d'études et d'information dans une vingtaine de domaines tels que la médecine, l'éducation, la justice, l'eau potable, l'artisanat, la formation professionnelle, les pêches maritimes, les technologies de l'espace, la santé, la culture, l'action sociale, l'administration, l'hydraulique, le tourisme, la diplomatie, le journalisme et la communication, les douanes et les impôts indirects, les finances, etc.

c. La coopération économique, financière et le renforcement des capacités

La coopération économique et commerciale constitue l'un des fondements de la stratégie de l'action extérieure du Maroc, particulièrement à l'égard de l'Afrique subsaharienne. C'est ainsi que le Royaume du Maroc a développé une coopération diversifiée avec ses partenaires africains et lancé une série d'initiatives en faveur de ces pays, notamment les pays les moins avancés (PMA).

En 2000, le Maroc a annulé la dette d'un certain nombre de ces pays et a lancé l'initiative d'accès au marché marocain en franchise de droits de douane et hors contingents en faveur des PMA d'Afrique, initiative qui a été notifiée à l'Organisation mondiale du commerce en 2001. Les efforts des autorités publiques ont été renforcés par le secteur privé marocain qui est encouragé à investir dans les PMA africains grâce à un cadre juridique propice au partenariat Maroc-Afrique.

En effet, au titre de l'année 2010, le Maroc a été le 2^e investisseur africain dans le continent avec une

enveloppe de 582 millions de dirhams, soit près de 91 % des investissements marocains directs à l'étranger. 56 % de ces investissements ont été réalisés dans la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), principalement dans les secteurs des mines, des télécommunications, de la finance et du BTP. Les investissements marocains réalisés en Afrique durant les cinq dernières années s'élèvent à plus de 1,7 milliard de dirhams et ce, malgré une conjoncture économique mondiale difficile.

Les investissements marocains réalisés par le secteur privé connaissent une diversification sectorielle et concernent essentiellement les secteurs à forte valeur ajoutée (services financiers, télécommunications, énergie, mines, BTP, TIC, électrification...). Par ailleurs, en vue d'encourager davantage l'implication du secteur privé marocain dans le processus d'édification des économies africaines, le gouvernement marocain a procédé, au titre de l'année budgétaire 2011, à la mise en œuvre de mesures en faveur des investisseurs marocains en Afrique consistant à porter le plafond des investissements autorisés en Afrique de 4 millions à 13 millions de dollars. Par ailleurs, le Maroc a exprimé à de nombreuses occasions sa disposition à œuvrer pour un partenariat spécifique et rénové avec les pays du Sud dans le cadre de la coopération régionale et interrégionale, notamment avec les petits états insulaires en développement (PEID), conformément aux stratégies de la Barbade et de Maurice.

L'AMCI est, quant à elle, de plus en plus active dans le domaine de la coopération économique et financière avec les pays du continent africain, de l'Amérique centrale et du Sud, des Caraïbes et de l'Océanie.

Dans ce cadre, plusieurs pays bénéficient d'une assistance financière destinée à la réalisation des projets de développement économique et social, notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé, et de l'agriculture, aussi bien dans les volets animal et végétal, irrigation moderne, adduction d'eau potable, assainissement et traitement des eaux potables, électrification rurale, urbaine et périurbaine, renforcement des capacités opérationnelles et fonctionnelles.

d. Les actions humanitaires

On note également les opérations d'aide humanitaire réalisées par le Maroc au profit des pays victimes de catastrophes naturelles, qui constituent une part appréciable des interventions de l'AMCI et dont le budget passé de 8 848 200 dirhams, en 2001 (soit 1 040 964,70 dollars des Etats-Unis) à 81 523 536 dirhams (soit 9 591 004,24 dollars des Etats-Unis) en 2006.

L'action humanitaire a toujours constitué un levier de la solidarité agissante du Maroc envers les pays d'Afrique et a été déclinée durant plus de vingt-cinq ans en opérations d'urgence constituées généralement de dons de médicaments, de produits alimentaires et d'équipements. A titre d'exemple, un montant de 23 millions de dirhams a été alloué en 2008 à ce volet et a profité à des pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie du Sud-Est touchés pour la plupart par des catastrophes naturelles.

e. Le Maroc et la coopération triangulaire

Outre les programmes de coopération mis en œuvre sur le plan bilatéral, le Maroc a initié avec de nombreux

pays africains une coopération multilatérale ou triangulaire riche et diversifiée, fondée sur un véritable partenariat et une solidarité effective. Cette forme de coopération, qui présente de nombreux avantages, permet de faire profiter les pays du Sud d'un savoir-faire et d'une expertise déjà expérimentés en terre d'Afrique et de pallier l'insuffisance des moyens budgétaires, grâce à la participation d'un tiers (Etat ou organisation internationale) en tant que bailleur de fonds.

De nombreux projets ont ainsi été réalisés par le Maroc, notamment avec des pays comme la France, le Japon et la Belgique et des partenaires multilatéraux (FAO, BID, etc.). Des initiatives avec d'autres partenaires sont en cours d'exécution ou d'élaboration.

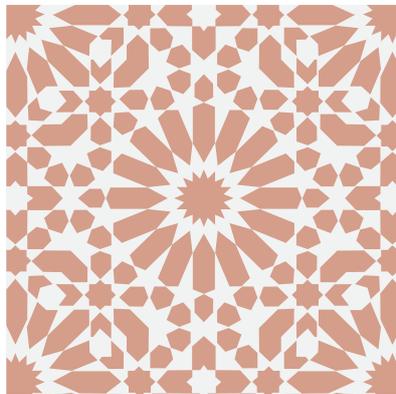
Tableau 10
Evolution des indicateurs de l'OMD 8

Cibles	Indicateurs	1990	2000	2009	2012	2015
Cible 25 Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert fondé sur des règles prévisibles et non discriminatoires	APD nette, en % du PNB des pays donateurs (en %)			(2008) 0,30	0,29	0,7
	Proportion de l'APD consacrée aux services sociaux de base (en %)*	(1990-1996) 18,6	(1997-2001) 14,8			
Cible 26 Traiter globalement le problème de la dette des PED par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme	Service de la dette extérieure en % des exportations de biens et services*	15	5,7	1,4		
	Proportion de l'APD fournie au titre de l'allègement de la dette					
Cible 27 En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile	Taux de chômage 15-24 ans*					
	Ensemble		19,9	17,9	18,6	
	Masculin		21,4	18,5	18,4	
Féminin		16,1	16,2	19,2		
Cible 28 En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	Part des dépenses des ménages réservée aux médicaments dans les dépenses totales de santé (en %)	(1997-1998) 60	(2001) 59,1	(2006) 45,6	—	
Cible 29 En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	Nombre de lignes téléphoniques pour 1000 habitants**		50,5	108,9	110,8	
	Nombre d'abonnés d'internet pour 1000 habitants**		1,2	33,6	(2011) 99	
	Pourcentage de ménages disposant d'un ordinateur personnel**		(2004) 11	(2007) 17,2	(2011)	
	Nombre d'abonnés aux téléphones mobiles pour 1000 habitants**		104	804,4	(2011) 1 135,7	

Source : * : HCP, ** : Observatoire des technologies de l'information.

Annexes

Comparaisons régionales



Annexe 1

Pauvreté et inégalités régionales

Plusieurs stratégies sectorielles sont mises en œuvre pour la concrétisation des OMD à l'horizon 2015. Le bilan d'étape réalisé dans ce rapport, à l'échelle nationale, permet de confirmer que la propension est assez élevée pour la concrétisation des objectifs escomptés. Cependant, au regard des disparités spatiales qui caractérisent la situation socioéconomique du Royaume, de tels rapports ne permettent pas de faire ressortir le niveau et le rythme d'évolution des différents indicateurs relatifs aux OMD au niveau local.

Dans ce cadre, l'élaboration de rapports régionaux s'avère impérieuse afin de pouvoir assurer un suivi efficace des OMD à l'échelle territoriale. L'expérience-pilote d'élaboration d'un rapport régional pour la région Meknès-Taflalet en 2009 par le HCP, en partenariat avec le FNUAP, et l'intérêt des acteurs locaux à y participer activement favorisent l'extension de telles opérations en vue de faire ressortir les disparités spatiales et de procéder à un traitement décentralisé des politiques mises en œuvre pour l'atteinte de la synergie escomptée dans les efforts déployés dans ce domaine.

Cette annexe présente une comparaison régionale de certains indicateurs OMD (pauvreté, alphabétisation, indice de parité entre les sexes, mortalité infantile et infanto-juvénile, tuberculose, assainissement et habitat sommaire) afin de révéler l'écart existant au niveau spatial. L'objectif est de susciter le débat et de répondre, en partie, aux attentes des acteurs locaux sur la situation de la région comparativement à l'ensemble du pays. Cette comparaison va être renforcée par l'élaboration de rapports régionaux plus détaillés, tels qu'élaborés à l'échelle nationale.

1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

Cette section diagnostique les changements dans la pauvreté et l'inégalité à l'échelle régionale selon l'optique de l'objectif 1 des OMD. Il s'agit de différencier la variation, entre 1990 et 2011, de la pauvreté, relative et multidimensionnelle, et des inégalités sociales en fonction des régions et de l'évaluer au regard de la

cadence d'amélioration requise par les OMD (21). La référence n'est pas faite à l'extrême pauvreté et la faim pour des raisons liées à leur quasi-éradication, depuis le début des années 2000, dans un grand nombre de régions (22).

Pauvreté relative régionale, 1990-2011

La pauvreté relative mesurée au seuil national (2,15 \$US PPA) a été réduite de plus de moitié, entre 1985 et 2011, dans l'ensemble des régions du pays. La baisse la plus forte de la pauvreté durant la période a été constatée dans les régions du Sud (23) suivies de Sous-Massa-Drâa et de Tanger-Tétouan. Dans ces régions la pauvreté a été réduite de plus de 75 %.

Dans les régions de l'Oriental, du Grand Casablanca et de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, cette baisse a été aussi élevée, mais juste supérieure à celle observée à l'échelle nationale (71,0 %). Elle en a été juste inférieure dans les régions de Chaouia-Quardigha, Tadla-Azilal, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Fès-Boulemane.

Les régions susmentionnées présentent en 2011 un taux de pauvreté relative en dessous de 7 %. Le Grand Casablanca enregistre le plus faible taux de pauvreté en 2011 (2,2 %) suivi des régions du Sud (3,5 %) et de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (3,9 %).

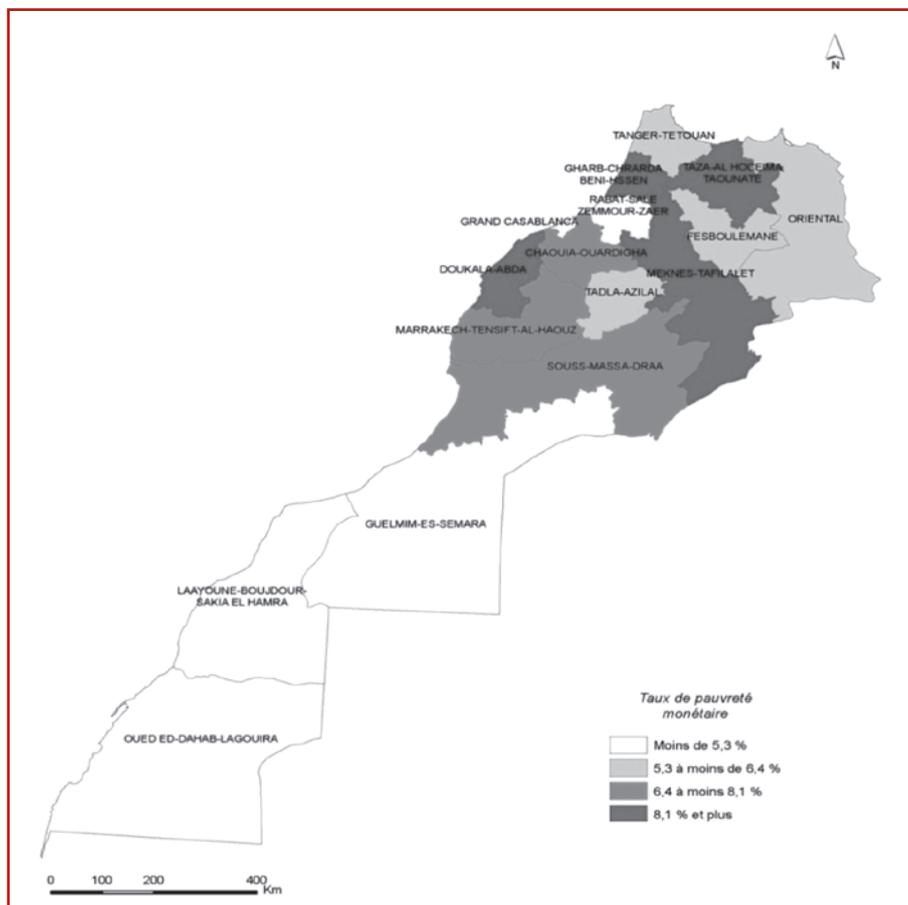
21. Il s'agit de la réduction de moitié de la pauvreté et des inégalités entre 1990 et 2015. La référence est faite à l'année de 1985 au lieu de 1990 pour des raisons liées à la représentativité régionale de l'Enquête nationale sur la consommation et les dépenses des ménages 1984-1985. L'enquête sur le niveau de vie 1990-1991 n'est pas représentative au niveau régional.

22. En 2007, le taux de la pauvreté extrême (seuil de 1 \$US PPA par jour et par personne) ne dépassait 1 % que dans une seule région, l'Oriental (2,8 %). En 2011, il était inférieur à 1 % dans toutes les régions. De son côté, la faim, mesurée par la pauvreté alimentaire, affectait en 2011 moins de 0,8 % de la population dans l'ensemble des régions, sauf dans le Ghrab-Chrarda-Beni Hssen où cette forme de pauvreté en affecte encore 1,1 %.

23. Les régions du Sud sont ici les régions de Laâyoune-Boujdour-Sakia-Al Hamra, Guelmim-Es Semara et Oued Ed Dahab-Lagouira. Elles sont regroupées pour des raisons de représentativité statistique de l'échantillon.

Carte 1

Taux (%) de pauvreté monétaire selon la région en 2011



Source : HCP, méthode d'imputation transversale des enquêtes, appliquée aux enquêtes sur le niveau de vie 2007 et sur l'emploi 2011.

La baisse la plus faible de la pauvreté, de près de la moitié aux 2/3, a été constatée dans les régions de Meknès-Tafilalet, Taza-Al Hoceima-Taounate, Doukala-Abda et Gharb-Chrarda-Beni Hssen. Avec un taux de pauvreté relative allant de 8 % à 10 %, ces régions sont aujourd'hui les plus pauvres (carte 1).

Ces tendances résultent non seulement de la croissance des revenus et de leur répartition, mais aussi de la régression de la pauvreté multidimensionnelle.

Pauvreté multidimensionnelle régionale, 2001-2011

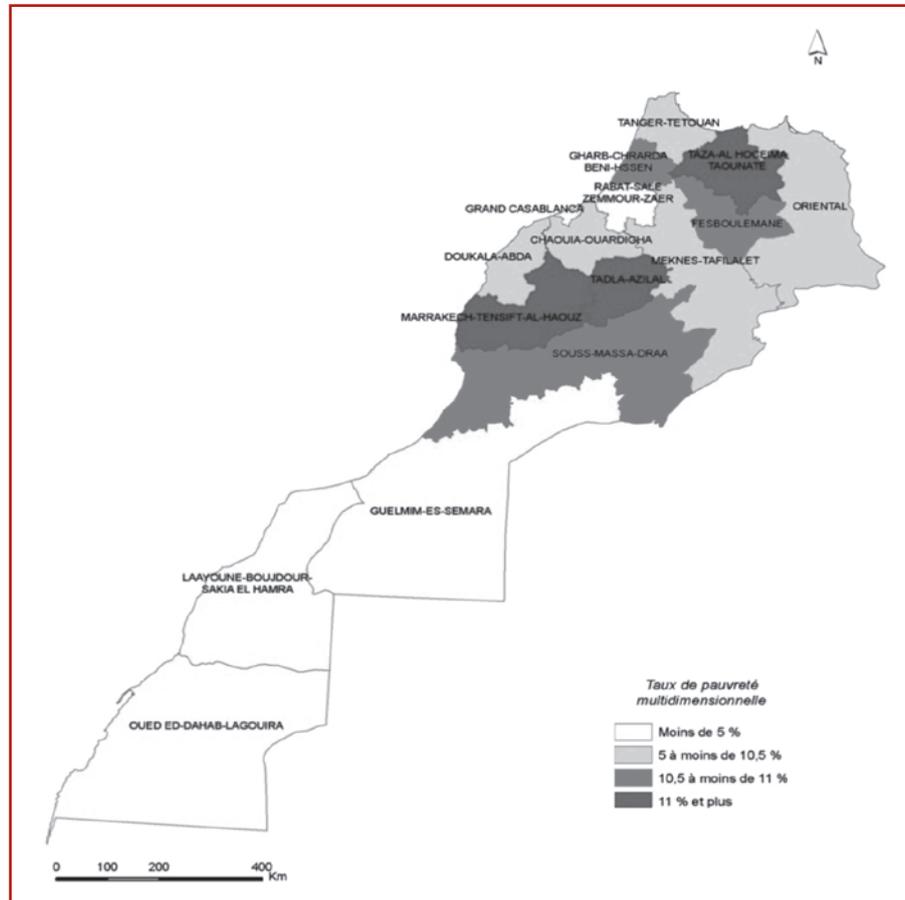
La pauvreté multidimensionnelle (PM), définie au sens d'Alkire-Foster, persiste essentiellement dans les

zones rurales (24). Ceci fait que son incidence est plus grande dans les régions les moins urbanisées. C'est le cas des régions de Taza-Al Hoceima-Taounate (19,3 %), Marrakech-Tensift-Al Haouz (18,9 %) et de Tadla-Azilal (16,9 %) (carte 2).

Le taux de PM est de l'ordre de la moyenne nationale dans les régions de Souss-Massa-Drâa (10,9 %), Gharb-Chrarda-Beni Hssen (10,8 %), Meknès-Tafilalet (10,2 %), Fès-Boulemane (10,5 %), Tanger-Tétouan (10,0 %), Doukala-Abda (9,3 %) et Chaouia-Ouardigha (7,7%).

24. Rappelons que le taux de pauvreté multidimensionnelle s'élève en 2011 à 20,2 % en milieu rural contre 2,3 % en milieu urbain (cf. chapitre 1).

Carte 2
Taux (%) de pauvreté multidimensionnelle – approche Alkire-Foster – selon la région en 2011



Source : HCP, Enquête sur l'anthropométrie et la pauvreté multidimensionnelle 2011.

Les régions les moins touchées par la pauvreté multidimensionnelle sont celles du Sud (3,5 %), le Grand Casablanca (1,2 %), l'Oriental (5,8 %) et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (4,6 %).

L'incidence la plus élevée de la pauvreté multidimensionnelle est relevée dans les zones rurales des régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz (31,2 %), Fès-Boulemane (28,5 %), Tadla-Azilal (24,7 %), Taza-Al Hoceima-Taounate (24,5 %), Meknès-Tafilalet (22,0 %) et Tanger-Tétouan (20,7 %). Dans ces régions, plus d'une personne rurale sur cinq est membre d'un ménage multidimensionnellement pauvre.

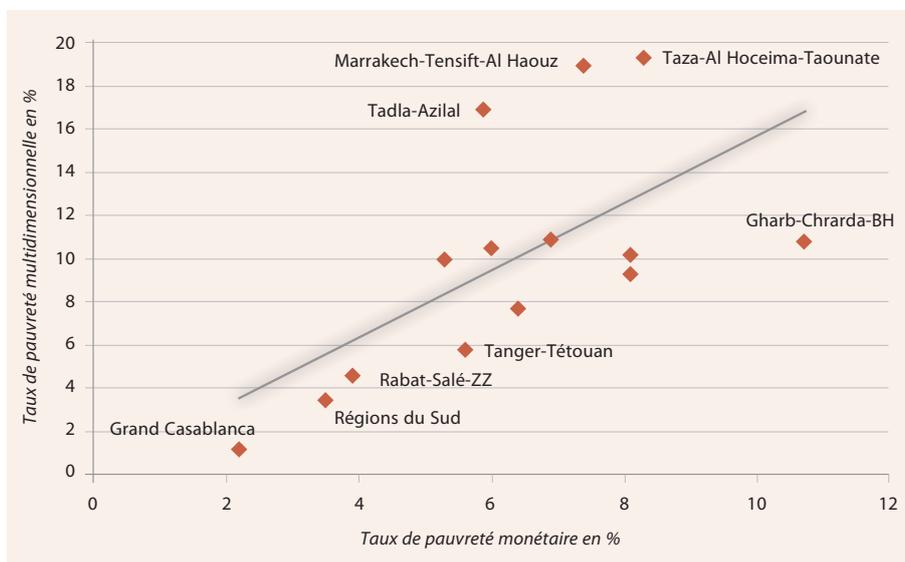
Inversement, la pauvreté multidimensionnelle a été presque éradiquée dans les zones urbaines du Grand Casablanca (1,2 %), des régions du Sud (1,7 %), Doukala-Abda (1,0 %), Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (1,9 %), l'Oriental (1,9 %) et Chaouia-Ouardigha (1,5 %).

En termes de changement, la pauvreté multidimensionnelle a été réduite, entre 2001 et 2011, de plus de moitié à l'échelle nationale (59,0 %). Cette réduction a dépassé les 2/3 dans les régions du Grand Casablanca, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Doukala-Abda, Chaouia-Ouardigha, l'Oriental et le Gharb-Chrarda-Beni Hssen.

Elle a été de l'ordre de la moitié, entre 50 % et 60 %, dans les régions du Sud, de Tanger-Tétouan, Meknès-Tafilalet, Souss-Massa-Drâa et Taza-Al Hoceima-Taounate. Les régions où la pauvreté multidimensionnelle a le moins diminué durant la période 2001-2011 sont Fès-Boulemane, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Tadla-Azilal. La baisse de la PM s'y situait entre 40 et 50 %. C'est parmi ces régions que figurent celles les plus affectées par la pauvreté multidimensionnelle.

Graphique 11

Pauvretés, multidimensionnelle et monétaire, selon la région, en 2011



2. Inégalités sociales et régionales 1985-2007

Les inégalités sociales, mesurées par l'indice de Gini des dépenses de consommation des ménages, ont augmenté entre 1985 et 2007 de 2,6 % à l'échelle nationale, 1,7 % en milieu urbain et 4,7 % en milieu rural. Cette hausse n'affecte pas l'ensemble des régions du pays.

Les régions qui ont enregistré, entre 1985 et 2007, la plus grande hausse des inégalités sont Tanger-Tétouan où l'indice de Gini a augmenté de 24,6 % entre 1985 et 2011, suivie de Doukala-Abda (15,4 %), Marrakech-Tensift-Al Haouz (14,9 %) et de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (7,8 %).

Les inégalités sociales n'ont été sensiblement réduites que dans les régions du Sud (de 19,7 % entre 1985 et 2007), de Chaouia-Ouardigha (14,9 %), du Grand Casablanca (8,8 %) et de Fès-Boulemane (4,3 %). Ceci fait que Chaouia-Ouardigha est la région la moins inégalitaire du pays. Les régions du Sud, du Grand

Casablanca et de Fès-Boulemane ont, elles aussi, réduit leur indice d'inégalité à un niveau inférieur à celui qu'elles affichaient en 1985.

Les régions où les inégalités sociales ont pratiquement stagné entre 1985 et 2007 sont l'Oriental, Souss-Massa-Drâa, Meknès-Tafilalet, Gharb-Chrarda-Beni Hssen, Tadla-Azilal et Taza-Al Hoceima-Taounate. Dans ces régions, les inégalités ont été stabilisées à un niveau intermédiaire, juste en dessous de la moyenne nationale. Dans d'autres régions comme Marrakech-Tensift-Al Haouz, où une hausse des inégalités est observée, la baisse de la pauvreté a été la plus faible.

En effet, les inégalités déterminent, à côté de la croissance économique, la pauvreté monétaire. La réduction, entre 1985 et 2011, de la pauvreté régionale n'est cependant tributaire de la baisse des inégalités que dans près de la moitié des régions. Dans le reste des régions, la baisse de la pauvreté est totalement due à la croissance économique. La plus grande baisse de la pauvreté est constatée dans les régions qui ont connu la plus grande baisse des inégalités, à savoir les régions du Sud et Chaouia-Ouardigha.

Annexe 2

Tableaux statistiques

1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

Tableau 11

Evolution du taux de pauvreté relative par région entre 1985 et 2011

Régions	Taux de pauvreté en %		Variations en %
	1985	2011	
Régions du Sud	29,4	3,5	-88,1
Souss-Massa-Drâa	32,3	6,9	-78,6
Tanger-Tétouan	22,3	5,3	-76,2
Grand Casablanca	8,8	2,3	-73,9
Oriental	21,8	5,7	-73,9
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	14,4	3,9	-72,9
Tadla-Azilal	20,7	5,9	-71,5
Chaouia-Ouardigha	22,3	6,5	-70,9
Fès-Boulemane	20,3	6	-70,4
Marrakech-Tensift-Al Haouz	24,9	7,4	-70,3
Meknès-Tafilalet	25,3	8,1	-68,0
Taza-Al Hoceima-Taounate	19,5	8,3	-57,4
Doukkala-Abda	17,6	8,2	-53,4
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	21,6	10,7	-50,5

Source : HCP.

Tableau 12

Evolution du taux de pauvreté multidimensionnelle entre 2001 et 2011

Région	Taux de pauvreté multidimensionnelle en %		Variations en %
	2001	2011	
Grand Casablanca	7,6	1,2	-84,2
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	15,9	4,6	-71,1
Doukkala-Abda	31,4	9,3	-70,4
Chaouia-Ouardigha	24,4	7,7	-68,4
Oriental	18,2	5,8	-68,1
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	30,6	10,8	-64,7
Tanger-Tétouan	25,7	10	-61,1
Régions du Sud	8,8	3,5	-60,2
Meknès-Tafilalet	25,3	10,2	-59,7
Souss-Massa-Drâa	23,2	10,9	-53,0
Taza-Al Hoceima-Taounate	39,5	19,3	-51,1
Fès-Boulemane	20,8	10,5	-49,5
Marrakech-Tensift-Al Haouz	34,6	18,9	-45,4
Tadla-Azilal	27,8	16,9	-39,2

Source : HCP.

2. Alphabétisation (15-24 ans)

Tableau 13
Evolution du taux d'alphabétisation par région (en %)

Région	2000			2012		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
Oued Ed-Dahab-Lagouira-Laâyoune	89,9	69,1	78,5	95,3	88,5	91,7
Souss-Massa-Drâa	78,5	41,6	57,6	95,4	79,6	86,9
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	69,0	39,9	55,3	81,5	67,8	74,8
Chaouia-Ouardigha	71,5	49,9	61,4	89,2	79,4	84,7
Marrakech-Tensift-Al Haouz	60,3	37,3	48,5	92,0	73,4	82,6
Oriental	67,7	51,1	59,7	90,2	81,8	86,3
Grand Casablanca	92,1	85,0	88,5	96,9	94,9	95,9
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	87,5	75,2	81,4	93,3	89,8	91,6
Doukkala-Abda	57,0	37,2	47,3	83,5	68,7	76,6
Tadla-Azilal	68,2	41,2	55,1	81,2	62,6	71,6
Meknès-Tafilalet	76,7	54,1	65,4	90,6	82,8	86,8
Fès-Boulemane	72,6	55,3	64,1	92,8	84,1	88,4
Taza-Al Hoceima-Taounate	61,0	31,1	46,7	85,6	64,2	75,4
Tanger-Tétouan	75,1	52,7	64,4	87,4	79,2	83,6
National	73,2	51,7	62,5	90,1	79,0	84,6

Source : HCP.

3. Indice de parité entre les sexes par niveau d'enseignement

Tableau 14
Evolution de l'indice de parité, par région, entre les sexes
et par niveau d'enseignement entre 2000 et 2012 (en %)

Région	1999-2000			2011-2012		
	Primaire	Collégial	Qualifiant	Primaire	Collégial	Qualifiant
Oued Ed Dahab-Lagouira	86,6	74,9	91,4	92,8	91,0	102,8
Laâyoune-Boujdour	88,4	89,9	86,3	92,8	92,0	106,2
Guelmim-Es Smara	84,7	63,9	57,0	90,9	80,3	88,7
Souss-Massa-Drâa	78,5	53,4	54,8	90,8	68,7	76,6
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	79,9	66,8	75,2	91,5	74,8	92,1
Chaouia-Ouardigha	78,0	76,1	81,8	89,2	77,7	93,6
Marrakech-Tensift-Al Haouz	77,4	72,0	80,2	89,1	69,0	86,7
Oriental	81,0	73,6	82,3	88,5	77,6	92,1
Grand Casablanca	92,2	98,7	106,0	94,0	93,5	103,2
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	86,2	90,0	90,6	91,4	88,2	100,3
Doukkala-Abda	73,3	76,0	88,5	88,3	74,6	97,4
Tadla-Azilal	74,6	62,1	62,7	88,6	68,5	77,3
Meknès-Tafilalet	81,8	67,5	67,4	91,0	79,5	84,1
Fès-Boulemane	81,4	79,3	99,1	91,3	82,6	97,4
Taza-Al Hoceima-Taounate	68,9	50,4	58,3	88,3	61,2	72,8
Tanger-Tétouan	93,1	82,7	102,9	93,8	84,7	100,7
National	81,1	75,3	82,6	90,7	78,2	91,9

Source : indices calculés à partir des annuaires statistiques.

4. Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile (pour mille naissances)

Tableau 15

Niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile, par région, en 2009 (en ‰)

Région	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité infanto-juvénile
Oued Ed dahab-Lagouira	23,9	28,8
Laâyoune-Boujdour		
Guelmim-Es Smara		
Souss-Massa-Drâa	33,0	39,7
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	26,9	33,8
Chaouia-Ouardigha	27,9	34,9
Marrakech-Tensift-Al Haouz	31,1	38,4
Oriental	25,3	31,0
Grand Casablanca	19,0	23,5
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	25,1	31,1
Doukkala-Abda	32,7	40,9
Tadla-Azilal	37,3	45,9
Meknès-Tafilalet	33,0	41,3
Fès-Boulemane	32,9	40,6
Taza-Al Hoceima-Taounate	35,1	45,3
Tanger-Tétouan	24,1	30,4
National	30,1	36,2

Source : HCP.

5. Taux d'incidence de la tuberculose

Tableau 16

Evolution du taux d'incidence de la tuberculose, par région, entre 2000 et 2011 (pour 100 000 habitants)

Région	2000	2011
Oued Ed dahab-Lagouira	63,0	18,3
Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra	110,9	51,1
Guelmim-Es-Smara	82,5	57,7
Souss-Massa-Drâa	64,7	56,6
Gharb-Chrarda-Beni Hssen	127,1	99,9
Chaouia-Ouardigha	101,2	78,4
Marrakech-Tensift-Al Haouz	71,2	53,5
Oriental	80,8	66,7
Grand-Casablanca	154,4	134,3
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	161,7	108,5
Doukkala-Abda	92,9	75,0
Tadla-Azilal	72,6	53,7
Meknès-Tafilalet	81,6	66,3
Fès-Boulemane	160,6	118,6
Taza-Al Hoceima-Taounate	65,2	62,7
Tanger-Tétouan	136,8	121,6
Total	105,8	85,2

Source : Ministère de la Santé.

6. Taux d'assainissement

Tableau 17

Evolution de la proportion de la population ayant accès au réseau d'assainissement par milieu de résidence et par région (en %)

Région	2000			2012		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Oued Ed dahab-Lagouira-Laâyoune	56,2	0,2	44,1	82,4	0,6	64,4
Souss-Massa-Drâa	65,8	2,6	30,8	76,5	0,2	37,3
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	78,8	0,1	38,5	81,4	2,7	44,1
Chaouia-Ouardigha	96,3	1,0	45,9	90,9	1,2	49,6
Marrakech-Tensift-Al Haouz	84,2	1,5	36,2	91,9	1,7	43,4
Oriental	76,3	4,1	50,2	88,1	11,0	63,2
Grand Casablanca	90,7	4,7	87,5	92,5	0,6	86,5
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	87,3	7,5	75,9	92,9	29,2	83,8
Doukkala-Abda	79,9	0,1	33,5	86,0	0,7	39,8
Tadla-Azilal	68,0	2,2	31,2	83,6	2,5	38,2
Meknès-Tafilalet	84,3	4,5	51,5	93,1	16,7	66,3
Fès-Boulemane	91,7	0,7	71,8	97,4	1,9	75,9
Taza-Al Hoceima-Taounate	80,8	1,6	23,1	76,4	1,6	24,0
Tanger-Tétouan	92,2	0,6	58,7	94,3	6,7	65,7
National	83,7	1,9	51,1	89,8	4,5	59,5

Source : HCP.

7. Habitat sommaire

Tableau 18

Evolution de la proportion de la population résidant dans un habitat sommaire, par milieu de résidence et par région (en %)

Région	2007		2012	
	Urbain	Ensemble	Urbain	Ensemble
Oued Ed dahab-Lagouira-Laâyoune	8,8	6,6	2,4	8,4
Souss-Massa-Drâa	6,4	3,4	1,1	1,0
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	11,3	15,6	11,0	20,4
Chaouia-Ouardigha	2,6	2,8	4,7	4,4
Marrakech-Tensift-Al Haouz	4,6	2,1	2,0	1,2
Oriental	1,2	0,8	0,1	0,1
Grand Casablanca	14,1	17,3	14,0	16,0
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	8,9	12,2	7,8	10,8
Doukkala-Abda	1,9	1,9	0,8	0,5
Tadla-Azilal	1,8	1,5	5,0	5,0
Meknès-Tafilalet	3,3	3,7	2,8	2,9
Fès-Boulemane	2,2	4,0	0,3	2,6
Taza-Al Hoceima-Taounate	16,2	6,0	9,1	3,1
Tanger-Tétouan	3,1	2,1	3,0	2,5
National	7,0	6,4	5,9	6,2

Source : HCP.

Liste des acronymes

AES	Accident d'exposition au sang
AMCI	Agence marocaine de coopération Internationale
AMM	Autorisation de mise sur le marché
APD	Aide publique au développement
ARV	Antirétrovirale
CBD	Convention sur la diversité biologique
CDTMR	Centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires
CEDAW	Convention Elimination Discrimination against Women
CERED	Centre d'études et de recherches démographiques
CM	Conseil des ministres
CNE	Conseil national de l'environnement
CNEDD	Charte nationale de l'environnement et du développement durable
CR	Centres référents
DGCL	Direction générale des collectivités locales
END	Enquête nationale démographique
ENPS	Enquête nationale sur la population et la santé
ENPSF	Enquête nationale sur la population et la santé familiale
ESSB	Etablissements de soins de santé de base
FBCF	Formation brute du capital fixe
HCP	Haut Commissariat au Plan
INDH	Initiative nationale pour le développement humain
IST	Infection sexuellement transmissible
LAT	Lutte antituberculeuse
MANE	Mise à niveau environnementale
MDP	Mécanisme de développement propre
MSFFDS	Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social
MTEP	Millions de tonnes équivalent pétrole
NAMAS	Actions d'atténuation appropriées au niveau national
NV	Naissances vivantes
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONEE	Office national de l'eau et de l'électricité
ONG	Organisation non gouvernementale
PAGER	Programme d'approvisionnement groupé en eau potable des populations rurales
PIB	Produit intérieur brut
PM	Premier ministre
PMA	Pays les moins avancés

PMV	Plan Maroc Vert
PNAL	Programme national d'assainissement liquide
PNEEI	Programme national d'économie d'eau d'irrigation
PNLAT	Plan national de lutte antituberculeuse
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POS	Programme des oasis du Sud
POT	Programme des oasis du Tafilalet
PVVIH	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RAMED	Régime d'assistance médicale destiné aux personnes économiquement démunies
RdR	Programme de réduction des risques
SAM	Service d'aide médicale urgente
SNDD	Stratégie nationale de développement durable
STEP	Station d'épuration des eaux usées
TME	Transmission mère enfant
UDI	Usagers de drogues injectables
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise
VSB	Villes sans bidonvilles