

# **LE DROIT AU DEVELOPPEMENT AU MAROC**

## **Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement**

**Version finale**  
**septembre 2010**

<b>CHAPITRE INTRODUCTIF.....</b>	<b>3</b>
<b>LE SECTEUR DE L'HABITAT ET LE DROIT AU LOGEMENT.....</b>	<b>15</b>
<b>LE SECTEUR DE LA SANTE ET LE DROIT A LA SANTE .....</b>	<b>50</b>
<b>L'ENSEIGNEMENT ET DROIT A L'EDUCATION .....</b>	<b>89</b>
<b>LE SECTEUR DE L'EMPLOI ET LE DROIT AU TRAVAIL .....</b>	<b>114</b>
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>151</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>166</b>
<b>BIBLIOGRAPHIES .....</b>	<b>185</b>

## CHAPITRE INTRODUCTIF

### I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Cette étude porte sur le « *Droit au développement au Maroc : entre Pacte International des Droits Economiques Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement* ». Elle concerne quatre secteurs prioritaires au Maroc : l'éducation, l'emploi, la santé et le logement et présente un double intérêt :

Mettre en lumière l'interdépendance entre le développement humain et les droits humains aux niveaux économique, social, culturel et politique, afin de promouvoir l'intégration de l'approche droits de l'Homme dans les programmes et politiques publiques en rapport avec le développement.

Initier un débat autour des possibilités d'élaboration d'un tableau de bord où seront intégrés de manière complémentaire les indicateurs de mesure du développement humain et de l'impact des politiques publiques sur le respect des droits humains, notamment les droits économiques, sociaux et culturels.

Cela mène à poser, dans ce chapitre introductif, la problématique du droit au développement et d'élucider les liens de ce droit avec les droits humains, tant du point de vue réglementaire, économique, social que culturel.

#### A. Contexte réglementaire.

Les droits à l'éducation, au travail, au logement et à la santé font partie des droits humains fondamentaux universellement stipulés et reconnus par des traités internationaux, régionaux et plusieurs constitutions nationales.

#### Au niveau international

La protection de ces droits découle, pour l'essentiel, de la déclaration universelle des droits de l'Homme et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Elle découle également de conventions internationales assurant la protection de certaines catégories vulnérables en raison soit de leur âge, soit de leur sexe ou encore de leur handicap physique ou mental. Elle résulte enfin des textes spécialisés se rapportant aux domaines d'intervention de chacun des quatre secteurs concernés par l'étude, telle que la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la constitution de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), le Rapport Delors et la charte de l'éducation, etc.

*Dans le domaine de l'éducation*, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, fait allusion au rôle de l'éducation et l'article 26 énonce, en termes généraux, les droits à l'éducation qui seront détaillés en 1966 dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Selon le

Sommet Mondial pour le développement durable de 2002, les compétences développées par l'éducation telles que décrites dans le Rapport Delors, doivent être investies dans les quatre principes de réalisation du développement humain durable : prendre conscience du défi ; avoir une responsabilité collective et un partenariat constructif ; exercer une action volontariste ; et croire en la dignité de tous les êtres humains, sans exception.

*En matière d'emploi*, parmi les conventions les plus significatives, il y a le Pacte international des droits économiques et sociaux et culturels (PIDESC) qui reconnaît le droit qu'a toute personne de jouir de conditions de travail justes, le droit de s'affilier et d'exercer librement leurs activités syndicales et le droit à la sécurité sociale. Dans le même ordre d'idées, le PIDESC cible les catégories les plus vulnérables et précise, l'égalité des droits entre les hommes et les femmes en matière de rémunération et d'accès à l'emploi. Il précise aussi les mesures pour soutenir l'accès des jeunes à l'emploi, insiste sur la protection des enfants et des adolescents contre l'exploitation économique et sociale, la non-discrimination à l'égard des personnes âgées, des personnes handicapées et des travailleurs migrants.

De même, l'OIT insiste dans la convention 111 sur le rôle des Etats dans l'adoption de politique nationales visant à promouvoir l'égalité de chance et de traitement en matière d'emploi. Le Maroc a adhéré à la Convention n° 187 sur la liberté syndicale<sup>1</sup>, et a également ratifié la convention 138 de l'OIT relative à l'âge minimum d'admission au travail, ainsi que la convention 182, sur l'élimination des pires formes de travail des enfants. De plus la Convention 159 de l'OIT précise l'obligation des Etats de formuler et de mettre en œuvre une politique nationale concernant la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées

*Concernant la santé*, le droit à la santé a été pour la première fois proclamé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ensuite réaffirmé par la déclaration universelle des droits de l'Homme qui mentionne dans son article 25 que « Toute personne, a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être... ». Le Pacte International des Droits Economiques, Sociaux et Culturels, reconnaît, quant à lui, le droit à la santé comme étant un droit individuel et inaliénable. Cette reconnaissance se révèle dans l'article 12 du pacte en ces termes : « les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

Les Etats parties au Pacte doivent prendre les mesures nécessaires pour assurer l'exercice du droit à la santé. Pour ce faire, il énumère, à titre indicatif, quatre axes d'intervention : diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ; amélioration

---

<sup>1</sup> Le droit syndical est garantis par les normes internationales du travail, notamment la Constitution de l'OIT (1919), la déclaration de Philadelphie (1944), la Déclaration Universelle des Droits Humains (1948), le Pacte International sur les Droits Economiques Sociaux et Culturels (1966), le Pacte International sur les Droits Civils et Politiques (1966), les conventions internationales de l'OIT numéros 87, 98 et 135, la Déclaration Internationale sur les Principes et Droits Fondamentaux au Travail(1998),etc.

de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; prophylaxie et traitement des maladies épidémiques, endémiques ; création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

L'observation générale n°14<sup>2</sup> clarifie davantage le contenu normatif de l'article 12. Pour l'essentiel, ce texte ramène le droit à la santé à l'existence de quatre éléments interdépendants et essentiels : disponibilité en quantité suffisante des services et soins de santé ; accessibilité aux soins, comprenant la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique ou « *abordabilité* » et l'accessibilité de l'information, acceptabilité en termes de respect de l'éthique médicale et des valeurs culturelles; qualité de soins.

Le droit au logement ne fait pas l'objet d'un article spécifique du Pacte international des DESC, mais l'article n° 11 y fait référence à travers le « *droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et pour sa famille, y compris une nourriture, un vêtement, et un logement suffisants, sans aucune discrimination, ainsi qu'une amélioration constante de ses conditions de vie d'existence* ». Ces objectifs sont évalués à travers plusieurs indicateurs se rapportant à la Sécurité légale de l'occupation - Existence de services, matériaux, équipements et infrastructures - Habitabilité -Facilité d'accès- Emplacement - Respect du milieu culturel- Capacité de paiement.

Par ailleurs, le Maroc est signataire de plusieurs conventions internationales et s'est engagé dans plusieurs programmes dont :

- Le Programme pour l'habitat, adopté à Istanbul (Turquie) en 1996 par 171 Etats membres à l'issue des travaux de la Deuxième conférence des Nations Unies pour les établissements humains – Habitat II. Il porte sur deux axes : un logement convenable pour tous et des établissements humains durables ;

- Istanbul + 5, New York en 2001, dans le cadre de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'examen et à l'évaluation d'ensemble de l'application du Programme pour l'habitat ;

Dans le cadre du Programme pour l'habitat du millénaire urbain, le Maroc a été, parmi les pays de la région, le premier à participer au lancement des deux campagnes mondiales sur la gouvernance urbaine et sur la sécurité d'occupation foncière et résidentielle.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> L'observation générale n° 14, adoptée en avril-mai 2000 (22<sup>e</sup> session) par le comité des droits économiques, sociaux et culturels (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels).

<sup>3</sup> Cette dernière inscrite dans le prolongement de la Cible 11, l'accès au sol, étant étroitement lié à l'accès à un logement convenable pour tous.

## **Au niveau national**

Tels qu'exprimés dans les textes internationaux, ces droits servent de référence aux Etats pour leur intégration dans leurs droits internes respectifs. Nombreux sont ceux qui reconnaissent ces droits à leurs citoyens en les mentionnant au niveau de la constitution, explicitement ou implicitement

C'est le cas de la constitution marocaine de 1996, comme celles qui l'ont précédée, qui reconnaît explicitement le droit à l'éducation et le droit au travail, expressément dans l'article 13 qui stipule : « tous les citoyens ont également droit à l'éducation et au travail ».

A l'inverse, le droit au logement et le droit à la santé ne sont consacrés par aucune disposition particulière. Ces derniers sont implicitement reconnus dans le préambule de la constitution à travers l'adhésion du Maroc aux droits humains.

## **B. Contexte socio-économique**

Sur le plan socio économique, un bref aperçu permet de relever les tendances principales suivantes. Le rythme de croissance a marqué une baisse, passant de 2,04 % en moyenne annuelle sur la période 1982-1994 à 1,4% sur la période 1994-2004. De plus, depuis le début de la décennie 1970, la croissance s'est révélée volatile, tout particulièrement, durant les années 1990.

Malgré les améliorations enregistrées depuis le début de cette décennie, cette croissance est demeurée faible et inférieure à celle de pays en développement, de niveau comparable<sup>4</sup>. D'une manière générale, le ralentissement du taux de croissance est fortement dépendant non seulement de la situation du secteur agricole mais aussi de la perte de compétitivité du secteur manufacturier sur les marchés extérieurs. En somme, la croissance n'est pas suffisamment forte et durable pour réduire la pauvreté et faire face au chômage.

Au niveau international, le Maroc a opté pour la libéralisation économique. Il a entrepris une politique d'ouverture commerciale en signant de nombreux accords de libre échange et d'intégration économique avec notamment des pays arabes, la Turquie, l'Union Européenne et récemment avec les Etat Unis.

Ce processus a accentué la concurrence internationale, l'incertitude et les pressions que vivent les entreprises nationales, contraintes de trouver les moyens de s'adapter à cette nouvelle situation. Cette ouverture avec des pays de niveau de développement différents fait que la législation du travail soit ballottée entre les droits et la protection des travailleurs et les exigences de la compétitivité internationale. Plusieurs chantiers de réformes ont été engagés pour répondre à ces impératifs d'ouverture dans le domaine des incitations à l'investissement, des libéralisations des marchés, de la réforme du code du travail, etc.

---

<sup>4</sup> Banque Mondiale (2006), Mémoire économique pays. Promouvoir la croissance et l'emploi par la diversification productive et la compétitivité

Sur le plan social, depuis le milieu des années 1990, le « social » est devenu une source de préoccupation des pouvoirs publics, alors qu'il était auparavant essentiellement envisagé comme une question secondaire par rapport aux soucis de performances économiques. Depuis cette date, on assiste à une évolution dans le discours qui reconnaît l'existence de la pauvreté et de l'exclusion. Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont élaboré une stratégie de développement social et mis en place le premier Programme des Priorités Sociales (BAJ) ainsi qu'un programme d'appui à la gouvernance. Des programmes ont été engagés et mis en œuvre avec l'appui des organismes financiers internationaux et les organismes des Nations Unies.

Par ailleurs certaines structures nationales telles que l'Agence de Développement Social (ADS) et l'Agence de développement des provinces du sud sont mises en place. Enfin, il est important de souligner la mise en œuvre depuis 2005, de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), comme opération de lutte contre la pauvreté. Cette initiative, marque un changement dans la gestion de la problématique du développement humain, en se proposant de porter une attention particulière à la participation, au partenariat dans la mise en œuvre des programmes de développement social.

L'intérêt porté aux secteurs sociaux s'est traduit également par une augmentation des budgets qui leur sont alloués. Le financement des secteurs prioritaires dont l'éducation, l'emploi, l'habitat et la santé, est passé de 39% en 1993 à 53% en 2009.

Cette attention portée sur le social est dictée également par l'engagement du Maroc à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). En effet, face à la persistance de la pauvreté et à la faiblesse des indicateurs sociaux de développement humain, la déclaration du millénaire, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2000, se présente comme un consensus mondial sur le Droit au développement. Il est question dans cette déclaration d'atteindre des objectifs quantifiables jusqu'en 2015. Il s'agit, entre autres, d'objectifs liés à la réduction de la pauvreté, éducation, santé, promotion de l'égalité des sexes, gestion rationnelle des ressources naturelles, approvisionnement en eau potable, etc. Dans ce contexte, le Maroc a élaboré son premier Rapport National sur les OMD en 2003, suivi d'autres rapports, avec le souci d'adapter les OMD à la réalité du pays et de proposer une approche participative.

## **II- PROBLEMATIQUE DU DROIT AU DEVELOPPEMENT**

L'hypothèse de base est que le développement ne se limite pas à la dimension exclusivement économique basée sur le revenu, mais englobe l'ensemble des facteurs qui contribuent au développement humain. Dans ce sens, la répartition des fruits de la croissance d'une manière équitable, contribue à favoriser une justice sociale, à réduire la pauvreté tout en assurant les

conditions d'une croissance économique durable fondée sur l'équité et la durabilité qui sont des objectifs qui se retrouvent au cœur du développement humain et des droits humains.

## **A- Liens entre développement humain et droits de l'Homme**

Les liens entre les droits économiques sociaux et culturels et les OMD concernent de nombreux aspects qui se recoupent avec les DESC dont la réalisation contribue à la mise en œuvre des OMD. Dans les deux cas, les problématiques posées portent sur :

- la discrimination, l'exclusion ou l'insuffisance d'accès de certaines catégories au logement, au droit au travail, à l'éducation, à la santé ;
- la vulnérabilité des conditions de travail et des revenus, qui sont à l'origine de la pauvreté et des problèmes de développement humain.

Il existe en fait une relation à double sens entre les DESC et le développement humain. Les premiers contribuent au développement humain et ce dernier à des effets en retour sur les premiers.

Le développement humain et les droits humains supposent tous les deux que l'Etat joue un rôle important dans la régulation et la distribution des fruits de la croissance et dans le processus de dotation des capacités humaines. Cet engagement qui devrait favoriser de manière intégrée, l'emploi, l'éducation, la santé, le logement, mais aussi les infrastructures de base, (l'accès à l'eau, l'électricité, etc.), se justifie par les possibilités qu'il offre en termes de réduction des inégalités et de possibilités aux citoyens. Le renforcement des capacités suppose l'investissement dans l'éducation, la santé, l'emploi et le logement, ce qui permet aux citoyens de mieux participer à la croissance. A l'inverse, le processus de redistribution équitable des fruits de la croissance crée un lien entre la croissance, le développement humain et les droits humains.

La traduction des droits humains dans les faits devra donc s'attacher à « *intégrer dans le raisonnement économique les multiples dimensions du bien être économique, social, culturel, politique et éthique* », Entre autre, l'accès aux droits à l'éducation, à la santé, à l'emploi et au logement, tels que définis dans les dispositions des conventions et pactes internationaux, qui tous versent dans le sens du développement humain même s'il est parfois difficile de circonscrire avec précision le domaine d'intervention spécifique à chacun de ces droits.

Ainsi, si on prend à titre d'exemple le droit à la santé, au moment où la déclaration universelle des droits de l'Homme établit le lien entre la concrétisation du droit à la santé et l'acquisition d'un niveau de vie suffisant, la constitution de l'OMS le perçoit de son côté comme étant un état de santé que tout être humain est capable d'atteindre. Or, aucune précision n'est donnée ni sur le seuil minimal et acceptable pour un état de santé optimal, ni sur le niveau de vie ou le niveau de développement



requis pour pouvoir le réaliser à l'échelle de l'individu ou de la collectivité, cela confère à ces déclarations une certaine subjectivité.

Mais il est évident que les dispositions contenues dans ces conventions et pactes internationaux cherchent chacune dans son domaine propre, à défendre et à garantir le bien être complet de la personne. Ce bien être s'entend, selon la définition du développement humain : « *vivre longtemps et en bonne santé, être instruit et avoir accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable* ». <sup>5</sup>

Cela conforte le postulat selon lequel les droits humains se déterminent et se protègent les uns les autres et qu'à cet effet, ils sont à la fois complémentaires, interdépendants et indissociables.

Ainsi, par exemple, les iniquités économiques et l'absence de justice sociale incluant aussi bien les déficiences en matière d'éducation que le chômage et l'habitat indécent, risquent-elles d'entraîner des conséquences négatives sur les conditions de vie de l'individu et de la collectivité, l'état de santé et donc le bien être. A l'inverse, une population ne jouissant pas de bonnes conditions sanitaires a de faibles chances d'accéder à un état de bien être social, économique, culturel, politique etc.

De là, aussi, l'hypothèse que les droits humains sont un tout indivisible, composé d'un ensemble de déterminants tous indispensables et indissociables pour réaliser l'état du bien être.

## **B- Choix des quatre secteurs**

Le choix pour cette étude s'est porté sur quatre secteurs déterminants pour le développement économique<sup>6</sup>, pour la stabilité sociale et qui constituent également des secteurs à forte demande sociale.

Ce sont également quatre secteurs pour lesquels il y a un affichage politique en termes de priorités et d'action gouvernementales et en termes d'engagement budgétaire important. Si globalement les budgets sociaux ont enregistré une augmentation continue au cours des dernières années, constat qui traduit le renforcement du volet social dans les politiques publiques, les quatre secteurs ont bénéficié spécifiquement, certes à des degrés divers, d'un effort important sur le plan des ressources publiques affectées.

Les quatre secteurs présentent des spécificités du point de vue de l'engagement public et de la demande sociale et de point de vue du mode de fonctionnement de chaque secteur.

L'éducation constitue un enjeu et une priorité pour les ménages, le premier poste budgétaire pour l'Etat et une charge importante pour les ménages à faibles revenus. Le rôle de l'Etat dans l'accès à

---

<sup>5</sup> PNUD, Rapport Mondial 1990.

<sup>6</sup> Les quatre secteurs jugés prioritaires dans les conclusions des travaux du cinquantenaire du développement au Maroc

l'éducation est essentiel malgré l'émergence d'un secteur privé qui se développe, mais dont le taux de couverture des besoins reste quantitativement marginal.

La santé est un enjeu stratégique pour le développement, mais le secteur, en dépit des efforts entrepris, est confronté à un déficit et une insuffisance notoire en moyens financiers et en ressources humaines. Le secteur privé est présent mais ne répond qu'à certains segments solvables et sur des territoires limités.

La question de l'emploi est stratégique pour les entreprises, la population et pour la stabilité sociale. L'Etat agit par des programmes, l'infrastructure pour favoriser l'investissement. Il assure également un rôle d'intermédiation pour faciliter le fonctionnement du marché de l'emploi en plus de la fonction régaliennne d'encadrement par des textes législatifs mais dont l'application se heurte parfois à la complexité de la réalité socio-économique.

Dans le secteur du logement, l'Etat et le secteur privé se partagent les rôles. L'Etat intervient directement par des opérations d'aménagement (Villes nouvelles, Zones d'Urbanisation Nouvelle et opérations de construction) et dans la mise en œuvre des programmes sociaux en particulier le Programme villes sans bidonvilles). Il assure en outre la régulation du secteur en mobilisant les ressources foncières, financières en mettant en place des mécanismes de subvention et d'exonération au profit d'un secteur privé en développement. Ce dernier réalise les logements, mais face au déficit accumulé à l'ampleur des besoins et à l'inadaptation des produits par rapport à la demande sociale, la régulation du marché se fait également par les autres formes d'habitat non réglementaires (bidonville et habitat non réglementaire) et par le développement de l'insalubrité.

### **C- Regard croisé sur les quatre secteurs**

Les quatre secteurs sont interdépendants : l'accès à un logement décent et suffisant contribue à améliorer les conditions d'une bonne santé et agit sur les conditions d'apprentissage et d'emploi et d'une façon générale constitue un élément essentiel de la reproduction de la force de travail. C'est dans ce sens que le logement est un bien marchand particulier qui ne peut pas être régi uniquement par les règles du marché et pour qui l'intervention des pouvoirs publics est nécessaire.

L'accès au logement dépend du niveau de solvabilité économique des ménages et celle-ci est étroitement liée à l'emploi et à la rémunération. L'accès à la santé est largement tributaire des conditions d'accès à l'éducation et à l'emploi et inversement l'accès à l'éducation contribue à améliorer les conditions d'accès à l'emploi bien que des différences puissent subsister entre éducation et formation professionnelle et que le rapport entre l'évolution de la scolarisation et l'égalité d'insertion dans le travail. Existe également un lien entre la sécurité et de l'hygiène dans le travail et le droit à la santé.

La mise en œuvre des politiques publiques dans les quatre secteurs interpelle sur des questions d'efficacité économique mais également sur des préoccupations d'équité spatiale et catégorielle et sur l'optimisation de ressources publiques de point de vue du développement territorial.

Les inégalités spatiales et catégorielles peuvent constituer un handicap à l'optimisation des efforts publics dans les quatre secteurs qui se traduisent pas des « dés économies » en termes de déperditions scolaires, de sous emplois, de maladies, d'absentéisme dans le travail et de baisse de productivité, sous-encadrement médical ou de développement d'habitat insalubre.

Les politiques publiques de réparations peuvent s'avérer plus coûteuses économiquement et socialement que les politiques de développement qui visent à anticiper et à répondre à la demande sociale.

L'objectif stratégique du développement économique devra être prioritairement orienté vers la valorisation des ressources humaines et ne peut être réduit uniquement à une croissance qui s'appuie sur l'ouverture de l'économie sur le marché extérieur et en subit les fluctuations.

La responsabilité des pouvoirs publics est de créer les conditions et l'environnement socioéconomique qui favorisent l'accès aux droits économiques dans les quatre secteurs pour le plus grand nombre et de faciliter par des dispositifs réglementaires et institutionnels ainsi que par des mécanismes financiers, l'accès à ces droits aux groupes les plus vulnérables.

## **D-Objectifs de l'étude**

Compte tenu des considérations susmentionnées et des principes relatifs au respect des droits humains comme cadre d'action indispensable pour faire aboutir les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la présente étude a pour objectif global de mettre en lumière les liens indissociables entre développement humain et droits humains dans le but de promouvoir l'intégration de l'approche droit dans les politiques publiques et programmes en rapport avec le développement.

Cet objectif est décliné en des objectifs spécifiques suivants dans les termes de référence de l'étude et qui visent à :

- Etablir un diagnostic sectoriel dans quatre secteurs au croisement des regards sur les objectifs de l'OMD et du PI relatif aux DESC. L'objectif étant d'établir les liens entre droits humains et droits au développement et d'apprécier l'état de leur mise en œuvre dans quatre secteurs prioritaires (Emploi, Education, Santé et Logement) ;

- Mettre en relief les interactions entre les différents droits dans les quatre secteurs et examiner les politiques publiques sectorielles, en mettant l'accent sur les acquis, les lacunes et les insuffisances de point de vue /ou dans la perspective de la mise en œuvre du droit ;
- S'interroger sur les nouveaux paradigmes de l'évaluation de l'action publique définie par l'efficacité technique, financière et politique et poser un nouvel éclairage en termes d'équité et de droits ;
- Apprécier le degré d'intégration de l'approche droit humain dans les politiques sectorielles publiques notamment dans leur volet social et leur contribution à la mise en œuvre des droits humains et du droit au développement pour tous et en particulier pour certaines catégories spécifiques (femmes, enfants, personnes âgées, à mobilité réduite) ;
- Dégager les perspectives et formuler de manière participative des recommandations susceptibles d'être mises en œuvre de manière effective ;
- Initier un débat autour des possibilités d'élaborer et d'utiliser au Maroc un tableau de bord qui intègre les indicateurs de mesure du développement humain et ceux du respect des droits de l'Homme.

## **DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

L'interaction entre droit humain et droit au développement constitue le domaine d'investigation et le principal niveau d'analyse des quatre secteurs concernés par l'étude. En terme d'approche méthodologique, cette interaction suggère de :

- Démontrer, à travers la politique publique suivie en matière économique, sociale et culturelle, le degré d'interdépendance entre ces droits ;
- Vérifier dans quelle mesure ces droits sont appliqués à tous les citoyens, sans distinction, y compris au profit des catégories de personnes dites vulnérables ;
- Apprécier la capacité des pouvoirs publics marocains de faire déboucher cette interdépendance « droits humains – droit au développement » sur la résorption des inégalités économiques et sociales dans les quatre secteurs.

Pour ce faire, l'étude utilise une démarche exploratoire rétrospective consistant à interpréter et expliquer les éléments en interaction dans le couple droit au développement / droit humain. Le cadre de référence qui est utilisé à cet effet est, d'un côté, le Pacte International des Droits Economiques, Sociaux et Culturels et, de l'autre, les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La démarche adoptée dans le diagnostic des quatre secteurs vise à étudier les réalisations en termes de développement humain dans ces secteurs à travers une analyse documentaire basée, entre autres, sur :

- Les textes juridiques et réglementaires en rapport avec la problématique (les conventions nationales et internationales se rapportant au sujet, en particulier le PIDESC et les OMD) ;
- Les rapports / enquêtes, études et statistiques à caractère national, relatifs au développement humain, aux OMD, au PI-DESC et autres concernant les spécificités des secteurs ;
- Les travaux / rapports du PNUD (nationaux et internationaux portant sur la question) et des autres agences de l'ONU (OMS, UNICEF, UNIFEM, UNESCO, BIT), de la Banque Mondiale, etc. ;
- Les travaux universitaires et rapports thématiques du Rapport du Cinquantenaire.

Parfois, cette analyse documentaire a été complétée par des informations issues d'entretiens avec des personnes ressources concernant des questions précises.

- Décliner l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'étude dans sa globalité en objectifs sectoriels et en objectifs intersectoriels à l'égard des 31 articles du PI-DESC et des cibles des huit OMD ;
- Mettre l'accent, dans les diagnostics sectoriels, sur les différences ou disparités, qui peuvent exister entre différentes régions du Royaume et différentes catégories sociodémographiques telles que les enfants et les adolescents (filles/garçons), les adultes (femmes/Hommes) et les personnes aux besoins spécifiques ;
- Considérer l'évolution du développement humain dans les quatre secteurs depuis la date à laquelle les OMD ont été annoncés par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2000.
- En outre, la répartition des articles du PI-DESC et des OMD sur les quatre secteurs n'exclut pas la prospection des aspects communs. L'étude transversale permet de donner à la dimension intersectorielle l'intérêt qu'elle mérite en générant une meilleure visibilité sur l'application du PI-DESC et sur les réalisations en matière d'OMD. Plus précisément les panoramas sectoriels se basent sur :
  - La grille d'analyse portant, à la fois, sur la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels énoncés dans le PI-DESC et sur la réalisation des divers OMD dans les quatre secteurs ;
  - Les indicateurs accompagnant les cibles des OMD servant à apprécier le degré de réalisation de chaque objectif ;
  - Les critères d'analyse centrés sur la disponibilité, l'accessibilité, l'adaptabilité et l'acceptabilité du service dispensé dans chaque secteur ;
  - L'analyse des données statistiques disponibles au vu des diverses catégories sociodémographiques ;

- Les services et prestations sociales appréciés conformément à des normes de qualité établies ou adoptées par les quatre secteurs chaque fois que c'est possible.

## **LE SECTEUR DE L'HABITAT ET LE DROIT AU LOGEMENT**

### **I- LE SECTEUR DE L'HABITAT AU MAROC**

Cette partie s'attache à présenter les traits qui caractérisent le secteur de l'habitat et à rappeler les politiques publiques poursuivies en matière de logement dans l'objectif d'apprécier leur impact sur le progrès de la mise en œuvre du droit au logement.

#### **A- PRINCIPALES CARACTERISTIQUES**

La question du logement renvoie d'une part au parc existant et à ses caractéristiques et aux formes de son occupation, et d'autre part à la production du logement selon ses modes, ses formes, ses acteurs et ses typologies<sup>7</sup>.

##### **1. Pression de la demande malgré le ralentissement de la croissance démographique**

Au Maroc, la croissance démographique a été de 1,4% par an au cours de la dernière période intercensitaire 1994 et 2004, plus faible que celle enregistrée par les ménages 2,4% par an soit une moyenne de 122 000 nouveaux ménages par an au cours de la période 1994-2004, soit autant de besoins en logements.

Cette croissance est variable selon le milieu urbain et rural et selon les régions dont les peuplements sont inégalement répartis.

La croissance en milieu urbain (2,1% par an) est supérieure à celle relevée en milieu rural (0,6%). Les régions économiques enregistrent des variations importantes : des taux exceptionnellement élevés pour les provinces du Sud (3,8% pour Laayoune et 10,5% pour Oued Eddahab soutenu, pour Tanger-Tétouan (2%) et très faibles pour la région Taza Al Hoceima –Taounate (0,5%/an).

---

<sup>7</sup> Les données du RGPH traitent de deux unités la personne et le ménage et non pas spécifiquement le logement dont les conditions d'occupation sont approchées à travers les ménages occupants ;

Trois régions (Casablanca, Souss-Massa-Draa et Marrakech-Tensift-Al Haouz) abritent le tiers de la population du pays alors que 3 régions du sud totalisent 2,7%. Les deux tiers de la population sont concentrés dans la bande côtière de 15 à 20 km de large sur moins de 15% du territoire.

La croissance urbaine est alimentée par la croissance naturelle qui marque une tendance à la baisse, l'exode rural qui constitue une composante durable<sup>8</sup> et des flux migratoires non encore quantifiés<sup>9</sup>. Le ralentissement de la croissance démographique est dû à plusieurs facteurs :

- Fléchissement de l'indice synthétique de fécondité (ISF) depuis 1971 avec des écarts dans les variations selon les milieux urbain et rural, aisé ou pauvre.
- Recul de l'âge du premier mariage dû à des changements socioéconomiques.
- Baisse de la taille moyenne des ménages.
- Croissance des ménages plus forte que celle des personnes.

Ces indications, qui enregistrent des variations selon les milieux urbain et rural conduisent à une inversion progressive de la pyramide des âges avec une baisse de la tranche de population en bas âge et un vieillissement de la population de la tranche de 60 ans et plus.

La transition démographique devrait bouleverser les perspectives démographiques à l'horizon 2030, le basculement de la pyramide des âges amorcé tendra à se confirmer et à s'accélérer selon le degré de maîtrise de la fécondité et de la régulation des flux migratoires,<sup>10</sup> avec les conséquences notamment sur l'évolution de la demande en logements et en équipements collectifs.

On assiste également à une diffusion du fait urbain sur l'ensemble du territoire avec un rôle accru des petites villes qui constituent avec les périphéries des grandes agglomérations des territoires à forte croissance démographique où s'opèrent également des mutations socioéconomiques profondes qui posent la question des réponses apportées par les pouvoirs publics à la demande sociale dans les différents secteurs de l'accès au logement, aux services de base, à l'emploi, la santé et à la formation.

### **Un accroissement du parc logements en milieu urbain**

Le parc logement en milieu urbain a progressé entre 1994 et 2004 d'environ 1,307 millions unités, soit environ 130 000 unités par an, ce rythme est supérieur à la croissance des ménages urbains au cours de la même période, ce qui laisse supposer une baisse de la pression de la demande en logements en comparaison avec la situation des années 80.

---

<sup>8</sup> L'exode rural est durable car le poids démographique du milieu rural est encore élevé.

<sup>9</sup> Il s'agit de la migration subsaharienne, non encore quantifiée

<sup>10</sup> Voir Cahier du Plan n°14, page14



Alors qu'en 1982 le nombre total de logements était inférieur au nombre de ménages, en 1994, la situation s'est inversée puis s'est amplifiée en 2004 date à laquelle le nombre de logements dépassait le nombre de ménages urbains d'environ 720 000 unités soit justement l'équivalent du nombre de logements non occupés.

On peut en déduire qu'à partir de 2004, on assiste à un ajustement quantitatif entre le nombre de ménages urbains et le nombre de logements occupés toutes catégories, y compris l'habitat non réglementaire (HNR) et le sommaire. Cela signifie que le déficit existant est en train de se stabiliser et qu'on s'oriente vers une amélioration des conditions d'occupation du parc logement.

Ce constat doit être nuancé en prenant en compte l'évolution du parc sur une longue période et en considérant la part du parc vides et de son accroissement. Ainsi le taux de croissance du parc logements en milieu urbain a enregistré un fléchissement d'un point au cours des deux périodes intercensitaires passant de 5,1% par an à 4,1%, alors que les logements non occupés ont progressé plus vite que ceux occupés soit respectivement 9% contre 4% pour la période 1982-2004.

La part des logements non occupés dans le parc total urbain a plus que doublé évoluant de 7% en 1982 à 15% en 1994 pour se stabiliser à 13,7% en 2004.

Globalement la croissance des ménages urbains a été plus faible que la croissance du parc logements en milieu urbain. Mais on ne peut pas en déduire pour autant une détente dans la pression de la demande du fait entre autres de l'existence d'un parc non occupé et de son évolution rapide.

### **Importance du parc vide**

Selon le RGPH 2004, le parc logement au Maroc atteint environ 6,2 millions d'unités dont presque les deux tiers (64%) en milieu urbain parmi lesquels 14% ne sont pas occupés, soit environ 850 000 unités.

En 2004, le parc logements urbains totalise environ 3,9 millions d'unités dont environ 3,2 millions de logements occupés et 740 000 non occupés dont environ 530 000 unités vacantes soit 71,1% des logements non occupés et représentant 13% du parc urbain.

La région du Grand Casablanca, à elle seule, abrite 60 000 appartements vides sur un total de 90 000 unités vides (toutes typologies confondues)<sup>11</sup>

Le parc vide est constitué d'environ 30% d'appartements, 59 % de maisons modernes, de 7% de maisons traditionnelles et 3,7% de villas.

---

<sup>11</sup> En 2004, le parc occupé en milieu urbain est dominé par la maison marocaine qui représente 62,7% l'appartement 13,2%, la maison traditionnelle et la villa représentent respectivement 7,4% 3,4 %. (Voir Cahier du plan n°14 Août Septembre 2007

Le parc vide représente l'équivalent d'environ 5 années de production de logements réglementaires, et ce poids révèle l'ampleur de l'inadéquation de l'offre à la demande aggravée par la crise du secteur locatif.

## **2. Performance et déficit**

### **Amélioration des indicateurs**

Le secteur du BTP affiche une croissance soutenue au cours de la période 2003-2007 confirmée par plusieurs indicateurs :

- 8,3% des emplois assurés par le BTP, et une évolution de l'emploi dans le secteur de 632 000 en 2002 à 847 000 en 2007
- Une progression de la part de la valeur ajoutée du secteur sur la valeur ajoutée totale de 5,5% en 2002 à 6,7% en 2007.
- 15% des Investissements Directs Extérieurs, soit la deuxième position après le tourisme avec une évolution de 1,8MMDh en 2002 à 7,3 MMDH en 2007.
- Une croissance des encours des crédits à l'immobilier de 35 ,2MMDH en 2003 à 98,9MMDH en 2007.
- Une baisse des taux d'intérêt moyens appliqués au crédit de 8,1 en 2003 à 5,2 en 2007.
- Une augmentation des ventes de ciment de 7,2MT en 1998 à 12,8 MT en 2007.

Le secteur du bâtiment a enregistré un dynamisme remarquable au cours de la période 2003-2007 qui s'est traduit notamment par l'accélération du rythme de production des logements autorisés qui a évolué de 81 670 unités en l'an 2000 à 110 810 en 2006.

Les logements autorisés, ne prenant pas en compte la production de l'habitat non réglementaire, sont réalisés selon plusieurs formes: la production publique, la promotion immobilière privée organisée et l'autoproduction réglementaire<sup>12</sup>

### **Persistance des déficits**

En dépit des performances enregistrées par le secteur, le déficit en logements reste important et les besoins en augmentation. Ces derniers, liés à la croissance urbaine et à la formation de nouveaux ménages, sont de l'ordre de 120 000 ménages par an alors que le déficit existant est estimé à 700 000 unités, découlant en plus du passif non résorbé des composantes suivantes : renouvellement du parc, décohabitation des ménages et résorption de l'habitat insalubre.

L'habitat insalubre présente plusieurs formes :

---

<sup>12</sup> La typologie définie par le RGPH <sup>12</sup> ne renseigne pas sur les modes de productions du logement, ni sur le contenu social de l'occupation, ni sur l'état du bâti ou le degré d'insalubrité. Ces données peuvent néanmoins être approchées par des corrélations entre la typologie de l'habitat et les groupes de revenus et par les caractéristiques de l'occupation du logement.

- Les plus visibles sont les plus traitées comme le bidonville (dont la résorption est évaluée à 298 000 dont **138 000** unités résorbées) et une partie de l'habitat non réglementaire (dont le nombre de ménages est évalué en 2001 à 540 000 ménages);
- L'habitat menaçant ruine dans les médinas<sup>13</sup>, les QHNR et dans les lotissements économiques des années 50. Au total l'habitat menaçant ruine concerne 90 000 ménages ;
- La cohabitation et le surpeuplement dans le logement estimé à 170 845 unités en 2004 ;
- Les autres formes d'insalubrité non visibles diffuses et non quantifiées (bidonvilles sur les terrasses des immeubles y compris dans les centres villes, garages, locaux non destinés à l'habitat, etc.).

Ces données, qui révèlent l'importance des besoins en logements, ne prennent pas en compte le déficit lié aux changements d'affectation des logements en bureaux notamment dans les grandes villes, ni le parc dégradé ou vétuste mais qui n'est pas classé en habitat menaçant ruine.

## **B- CONTEXTE JURIDIQUE**

Le secteur de l'habitat est encadré par plusieurs textes juridiques dont la filiation remonte à la période du protectorat. Depuis, un effort législatif a été fait pour adapter les textes à l'évolution de la société, mais le corpus introduit au départ n'a pas toujours subi de modifications pour suivre la rapidité des mutations.

Dans de nombreux secteurs, on relève un décalage entre les textes et la réalité ou du moins une difficulté des textes à encadrer la rapidité des transformations enregistrées dans le secteur de l'urbanisme et de l'habitat. C'est le cas en particulier des textes relatifs à l'urbanisme, aux lotissements et au foncier.

A titre d'exemple, le dernier texte sur l'urbanisme date de 1992, alors que les villes ont enregistré depuis des mutations importantes qui rendent nécessaires l'adoption de nouvelles formes d'interventions.

Sur un autre registre, la propriété foncière est régie par deux régimes dont celui de l'immatriculation qui ne couvre qu'une faible partie du patrimoine foncier et dont le texte, malgré les modifications apportées, n'a pas favorisé une extension significative des immatriculations.

La complexité des enjeux fonciers et la diversité des intérêts, empêchent l'élaboration d'un consensus entre les acteurs institutionnels pour l'adoption de textes sur la mise en place d'agences foncières, de dispositifs juridiques pour conduire des opérations d'urbanisme opérationnel (avec droit de préemption et aménagement concerté).

Les difficultés rencontrées pour l'adoption du code de l'urbanisme constituent un indicateur révélateur du degré de complexité des enjeux relatifs à la question foncière et au rythme particulièrement lent pour l'approbation des textes.

---

<sup>13</sup> Les médinas au nombre 31 unités de taille variable totalisent 737 955 habitants soit 4,5% de la population urbaine dont 25% est concentrée dans la médina de Marrakech

## **C- POLITIQUES PUBLIQUES**

La question du logement a toujours constitué un thème de réflexion et un champ d'intervention des pouvoirs publics au Maroc, visant en particulier la résorption de l'habitat insalubre. Le premier programme d'habitat social mis en place à la fin du protectorat visait la résorption de l'habitat insalubre par des opérations de recasement sur une trame de lots de 8X8 m<sup>2</sup> et des logements collectifs organisés en unité de voisinage.<sup>14</sup> Le concept d'habitat pour le plus grand nombre date de cette époque et a inspiré par la suite plusieurs formes d'interventions dans le secteur de l'Habitat.

### **1. Stratégie d'intervention**

#### **Un long tâtonnement**

Depuis, le Maroc a conduit plusieurs politiques et mis en œuvre plusieurs programmes et réalisations dans le secteur de l'habitat, en particulier dans la résorption des bidonvilles qui se sont adaptées, modifiées selon le contexte socioéconomique et la conjoncture politique.

Les interventions publiques ont pris des formes différentes par le contenu, et les moyens, y compris dans le rythme de mobilisation des ressources publiques.

Le plan 1973- 1977 a accordé la priorité à l'habitat en milieu urbain et mis en place des structures et des dispositifs pour réaliser des logements en direction des revenus solvables tout en poursuivant des actions ponctuelles de résorption de bidonvilles. C'est la mise en place du Fonds National d'Aménagement et d'Equipe ment des Terrains (FNAET) qui collecte les préfinancements des attributaires des opérations d'Habitat et la mise en place des Etablissements Régionaux d'Aménagement et de Construction (ERAC), promoteurs publics chargés de réaliser des programmes d'habitat pour des revenus moyens.

On peut dire qu'avant le plan d'ajustement structurel de 1977-1980, la priorité de l'Etat en matière d'habitat, n'était pas orientée vers les besoins des ménages à faibles revenus.

Le bidonville était perçu comme un phénomène provisoire et l'HNR n'était pas reconnu, dans un contexte de forte croissance urbaine, alors qu'ils constituaient une forme de régulation pour l'accès au logement pour les ménages à faibles revenus.

#### **Reconnaissance du bidonville et de l'habitat non réglementaire.**

Le changement le plus significatif dans la stratégie de l'Etat apparaît avec le plan triennal d'ajustement structurel qui introduit la reconnaissance de l'occupation dans les bidonvilles et dans l'HNR à travers le projet de développement urbain (PDU) et vise leur intégration par une amélioration progressive de l'occupation.

---

<sup>14</sup> Voir M. Ecochard Casablanca roman d'une ville

La stratégie d'intervention par des projets de développement urbain a été conduite avec l'appui de la Banque Mondiale (BM) sur les grands bidonvilles à Rabat, Meknès et Kénitra et abandonnée à Casablanca. Le premier projet mené sur le site de Doum à Rabat a servi d'expérimentation avant d'introduire la démarche dans une stratégie d'intervention inscrite dans le Plan 1978-1980, et confirmée par le plan suivant 1981-1985.

Ce projet repose sur un concept de restructuration des quartiers avec maintien de leur population sur place en apportant les équipements d'infrastructure et en régularisant l'occupation foncière, le projet visant une amélioration de la construction par les habitants appuyés par un encadrement technique et des prêts sous forme de matériaux de construction.

Il comporte également des composantes intégrant la réalisation des équipements collectifs de proximité, la formation professionnelle et la réalisation de zones d'activités destinées à recruter la main-d'œuvre sur place, ainsi que le renforcement institutionnel pour améliorer la capacité de gestion des services par la collectivité locale.

Les PDU ont amélioré le cadre de vie des populations des sites concernés (3 sites d'une centaine d'ha et de 100 000 habitants environ chacun). La démarche a constitué également un champ d'expérimentation pour capitaliser et affiner les formes d'intervention.

La stratégie des PDU repose sur le principe de la reconnaissance par l'Etat de l'occupation dans les bidonvilles et dans l'HNR avec l'objectif de faire évoluer ces deux formes d'habitat par l'amélioration des infrastructures et l'accès aux services de base, les équipements collectifs de proximité, la consolidation des constructions et l'intégration des habitants par l'emploi et la formation professionnelle, deux composantes intégrées au programme.

La sécurité de l'occupation devait se traduire par l'apurement de la situation foncière et la remise des titres fonciers aux occupants, et la réalisation des infrastructures devait favoriser l'investissement dans l'amélioration des constructions.

La mise en œuvre des PDU dans les trois sites engagés a révélé des résultats partiels : la situation foncière n'a pas été apurée, les infrastructures réalisées ont été dégradées sous les effets de la forte densification qui a été observée sur un parcellaire souvent étroit, ce qui a conduit à une dégradation des tissus urbains et à l'apparition de constructions menaçant ruine en particulier dans les sites à topographie accidentée.

La réalisation d'une 4ème PDU sur le site de Dersa Samsa à Tétouan avec l'appui de l'USAID a révélé des performances techniques dans la restructuration des tissus urbains et dans la réalisation des infrastructures dans un site particulièrement accidenté, mais a révélé également la complexité du montage institutionnel et financier du projet qui a conduit plus tard à l'abandon de cette démarche.

S'inspirant de la démarche des PDU mais avec des objectifs et des moyens plus réduits, le Programme des petits et moyens bidonvilles (PPMB) était destiné à la restructuration des bidonvilles de taille réduite. L'intervention se limitait aux infrastructures (voirie, assainissement et réseaux d'eau potable et d'électricité) selon des normes adaptées (densité de 400 habitants/ha et 40 m<sup>2</sup> la parcelle) et la priorité portait sur des sites occupant des emprises foncières publiques.

Les réalisations financées par le budget général de l'Etat sans recouvrement, ont porté sur une quarantaine de bidonvilles (totalisant moins de 100 000 habitants), sur un total de 160 petits et moyens bidonvilles recensés.

### **Recasement des bidonvilles comme forme dominante d'intervention**

Face aux difficultés de mise en œuvre des PDU, notamment sur les plans de l'apurement du foncier, de la récupération des coûts et de la gestion sociale des projets, la démarche préconisée par ces projets a été abandonnée sans en tirer tous les enseignements. Elle a été remplacée par des interventions orientées essentiellement vers le recasement des bidonvilles, dont le mode opératoire consiste à transférer les bidonvillois sur un site aménagé, en leur cédant des lots équipés à un prix subventionné, à charge pour les bénéficiaires de financer la construction de leur logement sans subvention, ni dispositif pour faciliter l'accès au crédit bancaire, mais avec un encadrement technique apporté, dans certains cas, par le maître d'ouvrage.

Les projets financés au départ par le budget général de l'Etat (BGE) et conduits par les services extérieurs du département au début des années 80 rencontraient des blocages résultant d'une insuffisante maîtrise des opérations.

Pour remédier à cette situation, les pouvoirs publics ont mis en place une politique conventionnelle avec les organismes publics créés (ANHI : Agence Nationale de lutte contre l'habitat insalubre, spécialisée dans la lutte contre l'habitat insalubre et la SNEC : Société Nationale d'Équipement et de Construction dédiée à l'aménagement et à la construction) chargés d'intervenir en maîtrise d'ouvrage déléguée pour le compte des services extérieurs.

Le programme de résorption des bidonvilles conduit par les opérateurs publics essentiellement l'ANHI, était financé par les avances des bénéficiaires et les subventions publiques ainsi que par les produits de la péréquation destinés à la prévention et à la promotion en direction de revenus moyens.

Ce mécanisme a permis de suppléer à l'insuffisance des ressources budgétaires affectées à la résorption, mais a conduit à des difficultés dans la programmation en chargeant la composante promotionnelle pour dégager davantage de ressources au détriment parfois de l'objectif initialement escompté, à savoir la résorption des bidonvilles.

## **2. Les programmes d'intervention**

Des changements importants dans la stratégie d'intervention caractérisent la fin les années 90 : la diversification des programmes et le partenariat avec le secteur privé pour leur réalisation avec un recentrage de l'intervention publique en direction des bidonvilles et de l'habitat non réglementaire.

### **a / Programme de 200 000 logements : prémices d'une diversification de l'offre en logements**

Le programme de construction de 200.000 logements sociaux lancé en 1995, constitue les prémices d'une diversification de l'offre en logements à destination des couches de revenus qui ne peuvent pas accéder au logement au prix du marché, et que ne sont pas concernés par les programmes sociaux spécifiques tels que le relogement des habitants des bidonvilles et la restructuration des quartiers clandestins.

Le produit est défini par sa VIT (valeur immobilière totale) qui ne dépasse pas 200 000 DH, la superficie couverte maximale du logement inférieure à 100 m<sup>2</sup> et le revenu mensuel du bénéficiaire inférieur à 3600 DH par mois.

Sa réalisation a nécessité la mobilisation du secteur bancaire et du secteur de la promotion immobilière privée qu'il a contribué à restructurer.

Le programme comporte des mesures incitatives en direction des promoteurs et des bénéficiaires : relèvement de la ristourne d'intérêt prise en charge par l'Etat de 5 points à 6 points sur les taux des prêts acquéreurs, remboursement de la TVA pour les promoteurs, financement des prêts "promoteurs" et des prêts acquéreurs à hauteur de 6,3 milliards de DH, cession de terrains domaniaux au profit des promoteurs publics et privés à des prix avantageux.

L'évaluation du programme réalisée par le département de l'Habitat indique un bilan de 3.493 projets réalisés en 2004 et portant sur l'agrément de 243.762 logements, dont 54.136 initiés par les promoteurs publics (22%) et 189.626 initiés par les promoteurs privés (78%).<sup>15</sup>

Ces logements sont repartis sur une soixantaine de villes et localités avec une concentration de 84% des logements agréés dans 7 villes dont Casablanca, à elle seule, a bénéficié de plus de la moitié des logements (51%).

Le programme a favorisé l'accès à la propriété (les logements agréés sont occupés par leurs propriétaires dans 87,2% des cas et 58,9% des acquéreurs étaient initialement locataires) et bénéficié aux groupes de revenus ciblés (69,8% des logements sont occupés par des ménages ayant un revenu

---

<sup>15</sup> Source : Evaluation du programme des 200 000 logements DPI Ministère Délégué chargé de l'Habitat et de l'Urbanisme



mensuel inférieur à 4.000 DH) et sans transactions intermédiaires (97,4% des cas d'achat direct auprès d'un promoteur parmi les propriétaires des logements agréés).

Faute d'informations sur le mécanisme, seuls 42,8% des ménages ont bénéficié de la ristourne sur le taux d'intérêt prévu pour les acquéreurs.

77,7% des ménages déclarent être satisfaits de leur logement, mais 40% des ménages évoquent les problèmes posés par l'insuffisance des équipements publics notamment (collège et lycée) dont l'acuité est variable selon la présence ou non des transports en commun.

Malgré ses apports, le programme comporte des insuffisances et des limites.

- Le programme a essentiellement profité aux grandes villes. Les petites et moyennes villes et les zones déficitaires en logements ne sont pas ciblées et le milieu rural est exclu ;
- Le produit et les conditions d'accès ne sont pas adaptés aux ménages à faibles revenus (VIT élevée, durée du prêt limitée, apport initial des bénéficiaires et mensualités élevées) ;
- La petite et moyenne promotion immobilière est faiblement impliquée.

#### **b / Des programmes de réparation**

Pour remédier aux insuffisances relevées dans la mise en œuvre de programmes menés souvent selon une démarche sectorielle, de nouveaux outils de programmation et d'intervention ont été mis en place à la fin des années 90. D'inégal intérêt en termes de contenus, ressources mobilisées et modes opératoires, ces programmes ont cherché à diversifier l'offre et à l'intégrer dans son contexte, mais globalement il s'agit d'interventions de réparations engagées dans des tissus urbains existant sans anticipations sur les besoins de la croissance urbaine.

#### **Pan Local de l'Habitat et du Développement Urbain**

Le PLH DU est un outil de programmation et de concertation qui articule les problématiques du secteur de l'habitat à la question de la planification urbaine et à la protection de l'environnement à l'échelle de chaque ville selon une démarche qui établit un diagnostic partagé entre les acteurs locaux, propose un programme d'actions avec identifications des acteurs de sa mise en œuvre. L'expérience a touché la plupart des villes, mais vite abandonnée faute d'assise juridique pour le document et de cadre institutionnel précis pour sa mise en œuvre.

#### **Programme Spécial de lutte contre l'habitat insalubre**

Le PARHI engagé en 2001 comporte deux composantes : résorption de l'habitat insalubre et habitat social. Dans sa première composante, les interventions du PARHI portent sur la résorption des bidonvilles, la contribution à la restructuration des QHNR par la réalisation de la voirie, des actions de relogements pour l'habitat menaçant ruine et une assistance technique pour l'habitat en milieu rural.

Dans sa deuxième composante, le programme vise la réalisation de logements à faible VIT avec un objectif de production de 100 000 unités pour des ménages à revenus inférieurs à 1,5 du SMIG.



D'un coût de 5,3 milliards de DH dont 1,5 milliards de DH de subvention d'équilibre, le programme devrait toucher 100 000 ménages.

Le programme d'habitat social bénéficiant des dispositions de l'article 19 de la loi de Finances 1999-2000 tel que modifié et complété par l'article 16 bis de la loi de Finances 2001 accorde des avantages fiscaux aux opérateurs privés qui réalisent des opérations de logements dont la VIT ne dépasse pas 200 000 DH.

Le dispositif d'encouragement mis en place comporte plusieurs mesures :

- Incitations fiscales : exonération de la TVA, exonération totale des programmes de 2 500 logements et plus,
- Accès au foncier domanial pour la réalisation de programmes conventionnés,
- Accès au financement bancaire acquéreur avec le concours du FOGARIM,
- Facilitations pour l'octroi des autorisations de construire, et recours à la dérogation de l'urbanisme.

### **Programme Ville sans Bidonvilles (PVSB)**

Le PVSB engagé par le Gouvernement en 2004 vise la résorption des bidonvilles à l'horizon de l'année 2012<sup>16</sup> et à ce titre entre dans le cadre des engagements du Maroc pour les objectifs du millénaire pour le développement arrêtés en 2000<sup>17</sup>.

Le PVSB repose sur les fondements suivants:

- une programmation à l'échelle de la ville et non plus par opération.
- une contractualisation Etat collectivité locale, autorité et opérateur public.
- des engagements des partenaires avec des ressources financières mobilisées et un délai pour la réalisation.

Le PVSB concerne 298 000 ménages repartis dans 83 villes dont 64 sont contractualisées et 64 engagées dans des programmes en cours de réalisation.

Le programme d'un coût global de 25 milliards de DH dont 10 milliards de subvention a bénéficié d'un affichage national et d'une mobilisation des acteurs institutionnels qui ont favorisé l'adhésion des principaux partenaires locaux (autorités, et élus locaux, etc.).

Le bilan de la mise en œuvre du programme au cours de la période 2004 -2009<sup>18</sup> indique que:

---

<sup>16</sup> Initialement arrêté pour 2010

<sup>17</sup> Le Maroc a lancé en 2004 deux campagnes nationales sur la sécurité d'occupation résidentielle et sur la gouvernance urbaine

<sup>18</sup> A fin Juin 2009

- 138 000 baraques ont été démolies ou traitées dans le cadre de la restructuration,
- dont 98 088 dans le cas des 48 villes contractualisées par le programme et 44 000 unités au titre de programmes antérieurs au PVSB ou dans le cadre d'opérations engagées dans des villes n'ayant pas signé de contrat
- 50 000 Unités sont en cours de réalisation et 10 00 unités vacantes
- 33 villes sont déclarées villes sans bidonvilles (Juin 2009)

A une année du délai d'achèvement initialement fixé à 2010, le taux de réalisation du PVSB est de 46% et des signes d'essoufflement apparaissent, résultant des contraintes rencontrées.

- Difficulté de mobilisation du foncier pour certaines opérations.
- Insolvabilité financière d'une frange des ménages bidonvillois.
- Inadaptation de produits ou des sites de transfert pour le relogement.
- Insuffisance des équipements de proximité dans les sites de recasement.
- Relâchement dans les engagements de certains partenaires locaux.
- Insuffisance de l'accompagnement social des ménages.

L'objectif chiffré du nombre de bidonvillois concernés par le programme est lui-même problématique. L'incertitude qui pèse sur le nombre de ménages conduit à plusieurs questionnements : soit qu'on a sous-estimé le nombre de bidonvillois au démarrage du programme, soit le phénomène a enregistré un accroissement au cours de la mise en œuvre, favorisé peut-être par le programme lui-même qui a joué un rôle d'appel d'air pour le développement de bidonvilles.

Dans certaines villes, le contrat a été refait pour mieux prendre en compte l'évolution constatée dans le nombre de ménages bidonvillois.

En dépit des efforts entrepris et des performances en constante amélioration dans la conduite et dans la maîtrise des opérations, des écarts importants subsistent dans la mise en œuvre du programme entre les régions et les villes. Ainsi Casablanca, qui concentre le tiers des bidonvilles, est toujours en retard en matière de résorption des bidonvilles.

A l'opposé les provinces du Sud, ont bénéficié d'un effort soutenu en matière de résorption de l'habitat insalubre qui peut s'expliquer autant par le poids de l'insalubrité existant dans ces provinces que par le souci de mise à niveau de leurs villes.

Sur le registre qualitatif, le programme n'a innové ni sur le plan urbanistique ni sur le plan architectural ni sur l'adaptabilité des produits par rapport au milieu et aux pratiques socioculturelles des habitants. Les opérations de recasement sont dans la plupart des cas, des lotissements conçus sur une trame géométrique avec des unités qui se ressemblent.

Enfin, par rapport à l'objectif de l'accès à un logement décent, le PVSB y a contribué en améliorant le cadre de vie des ménages bénéficiaires même si le programme ne parviendra pas à lui seul à répondre à la diversité de la demande en logements pour les catégories à faibles revenus.

#### **Etat d'avancement du PVSB à septembre 2008**

- 111.860 baraques traitées dont 14.480 dans les Provinces du Sud ;

- 118.400 unités de résorption achevées dont 16.020 dans les Provinces du Sud ;
- 178.400 unités de résorption mise en chantier ;
- 22 villes déclarées sans bidonvilles.

La zone d'aménagement progressif (ZAP) est destinée à fournir des lots à l'état de futur équipement dont l'objectif est de réduire les coûts d'accès au lot au départ et de moduler l'équipement dans le temps selon les ressources des bénéficiaires. Ce produit s'adresse à des ménages à très faibles revenus qui ne peuvent accéder à un lot équipé de recasement même subventionné. La difficulté de la mise en œuvre des ZAP réside dans la contrainte légale du texte sur les lotissements qui impose l'équipement préalable. Elle découle également du coût élevé de l'équipement progressif une fois les habitants installés, avec des risques sanitaires en cas de forte densité d'occupation.

### **Programme de mise à niveau de l'habitat menaçant ruine**

Ce programme, mis en place en 2005, vise le traitement des constructions menaçant ruine par des actions de confortement et en cas de nécessité de relogement des ménages. Le programme comporte également une composante de réhabilitation des tissus urbains des médinas et des Ksour par la mise à niveau du réseau d'assainissement, le pavage des voies et la restauration des murailles ainsi que par des interventions d'urgence.

Depuis sa mise en œuvre en 2005, le programme a engagé 46 opérations au profit de 38312 ménages avec une subvention de l'Etat de 688.06 MDH et 8 opérations d'urgence au profit de 61311 ménages pour une subvention de 131.95 MDH

En dépit des efforts entrepris, le programme rencontre des difficultés et reste insuffisant par rapport à l'ampleur des besoins estimés à plus de 100 000 ménages concernés par l'HNR.

Les objectifs du programme sont assez confus, ses actions portant aussi bien sur des opérations qui relèvent de la restauration que des actions d'urgence ou le traitement des constructions menaçant ruine.

Or ces dernières constituent l'enjeu principal posé en termes de risques pour la sécurité des occupants et des riverains et leur traitement doit être inscrit dans le cadre d'une stratégie globale et concertée à l'échelle des ensembles urbains concernés et adaptée selon les spécificités du contexte (médinas, Ksour, HNR.)

En dépit de la mise en place d'un programme spécifique sur l'habitat menaçant ruine, on note l'absence d'une stratégie globale d'intervention qui tient à plusieurs facteurs :

-Le flou juridique qui entoure la définition du risque dans l'occupation d'une construction et les conditions d'évacuation des constructions et de prise en charge des occupants.

-Les contraintes sociales liées à l'occupation précaire et aux conditions d'évacuation et de relogement.

-Les contraintes techniques d'interventions liées à la spécificité de chaque intervention en fonction de la pathologie relevée pour différencier ce qui peut être conforté de ce qui doit être démolé et préalablement évacué. A cela s'ajoutent les contraintes techniques spécifiques aux tissus urbains denses.

### **Programme de mise à niveau des quartiers d'habitat non réglementaires**

Ce programme vise à intégrer les QHNR par la réalisation de la voirie et l'aménagement des abords, après achèvement des travaux d'assainissement, d'adduction d'eau potable et d'électrification par les bénéficiaires à travers les associations de quartiers, ou par les services chargés de la gestion de ces équipements au niveau de la ville.

L'objectif du programme est d'améliorer l'accessibilité dans les QHNR souvent enclavés et dépourvus de voies de desserte.

Le programme bénéficie de l'appui financier du Fonds de Solidarité Habitat (FSH) pour un montant de 2 119,93 MDH dont 325,99 millions de DH pour des opérations déjà achevées et 1380,65 MDH pour des opérations en cours.

Tel que défini, le programme ne porte pas directement sur le logement ni sur les infrastructures sinon à travers la voirie et l'aménagement des abords dont la réalisation est conditionnée à l'équipement du quartier par les habitants organisés en amicales de quartiers ou par la ville concernée.

Les données du département de l'Habitat indiquent que 473 635 ménages<sup>19</sup> sont potentiellement bénéficiaires de ce programme, c'est-à-dire de la voirie réalisée dans ces quartiers sans qu'on précise le niveau de desserte (voie principale, secondaire ou tertiaire).

La mise en œuvre du programme pose également la question de la coordination des travaux de réalisation entre les différents réseaux et de l'intégration de chaque opération à son contexte urbain.

Les observations réalisées sur plusieurs sites ayant fait l'objet de restructurations, montrent un processus de densification en œuvre dans ces quartiers, accompagné par la dégradation des infrastructures, et l'apparition de constructions menaçant ruine. En outre, ces interventions n'ont pas procédé à la régularisation foncière de ces quartiers qui, en l'absence de documents d'urbanisme, se transforment en territoire de non-droit sur le plan urbanistique.

### **C/-Programmes de développement et de construction**

---

<sup>19</sup> Ce chiffre doit être approché des 520 000 ménages évalués en 2001, dans les QHNR

L'intervention publique orientée essentiellement vers des actions de réparation a évolué ces dernières années également vers des programmes de développement pour répondre aux besoins de la croissance urbaine.

### **Programmes de ZUN et de villes nouvelles**

Le programme des zones d'urbanisation nouvelles comme celui des villes nouvelles vise à accroître l'offre de terrains urbanisés dans un cadre intégré conduit par un opérateur aménageur public.

Des ZUN ont été engagées sur des terrains de statut public ou collectif à la périphérie des grandes villes

Pour les villes nouvelles, plusieurs sites ont été identifiés notamment autour des grandes agglomérations et deux villes nouvelles (Tamesna 840ha à la périphérie de Rabat, 250 000 habitants et Tamensourt à 30 km Marrakech, 300 000 habitants) sont engagées et en cours d'aménagement

D'autres sites sont identifiés et au stade des études ou de mobilisation foncière (Chrafat 1200 ha, à proximité du port Tanger Med, 200 000 habitants, Lakhyayta 1892 ha, 300 000 habitants).

Les villes nouvelles sont créées sur des terrains publics (domaine ou collectif) et aménagées par un opérateur public (le Holding d'Aménagement Al Omrane) et les parcelles équipées sont rétrocédées à des promoteurs privés notamment dans le cadre de partenariats pour la réalisation de différents programmes mis en place par l'Etat (PVSB, logement à VIT inférieure à 200 000 DH, logement à VIT inférieure à 140 000 DH.)

L'accès au logement pour les bas revenus, prévus dans les villes nouvelles, soulève la question de l'accès aux équipements collectifs et aux zones d'activités et d'emplois insuffisamment prévues dans les programmes de ces villes, ou qui arrivent en décalage par rapport à l'installation des habitants. Dès lors se pose avec acuité la question de la mise en place de moyens de déplacements accessibles en termes de coûts et de temps pour relier les nouvelles entités aux zones d'emplois et de services au sein des agglomérations concernées, déjà confrontées à des déficits patents en matière de transports collectifs.

### **Programme de logement à 140 000 DH**

Ce produit logement récemment engagé s'adresse aux ménages urbains et ruraux et est conçu pour les tranches de revenus ne dépassant pas 1,5 le SMIG/SMAG. Il est défini par sa superficie couverte de 50 à 60 m<sup>2</sup> et sa valeur immobilière totale n'excède pas 140.000 dirhams, taxe sur la valeur ajoutée comprise.

Les objectifs affichés du programme visent à diversifier l'offre en logements pour toucher des groupes de revenus marginalisés de l'offre publique et privée actuelle en logements et en lots, de mieux cibler les exonérations fiscales vers les produits destinés aux revenus bas et de développer la petite promotion immobilière privée à travers son implication dans la réalisation du programme<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Pour bénéficier des avantages fiscaux, le seuil de réalisation a été ramené à 500 unités en 5 années par promoteur

La réalisation du programme est prévue en partie dans le cadre du partenariat public/privé et en partie directement par le HAO qui s'est déjà engagé, dans le cadre d'une convention entre l'État et les sociétés filiales d'Al Omrane, à réaliser 129.000 unités pour un investissement global de 15,5 milliards de DH<sup>21</sup> dont une première tranche de 22 000 unités engagée en 2008.

Le partenariat avec le secteur privé organisé dans le cadre des appels à manifestation d'intérêt en collaboration avec la Fédération Nationale des Promoteurs Immobiliers a révélé l'intérêt du secteur privé à contribuer à la réalisation du programme (147.000 logements dont 15.000 en milieu rural) qui comporte plusieurs mesures incitatives (avantages fiscaux au profit des promoteurs immobiliers<sup>22</sup>, mobilisation des terrains publics et cession des parcelles équipées au prix coûtant aux promoteurs privés partenaires, adoption d'un catalogue de prix préférentiel des matériaux de construction destinés à ce type de logement).

La répartition du programme à réaliser par le HAO indique que 17,3% des unités sont localisées en milieu rural et 41,3% du programme prévu en milieu urbain sont répartis entre Casablanca et Rabat (y compris la VN de Tamesna).

Le programme de logements à 140 000 DH semble se situer sur le segment de la demande entre la clientèle du PVSb et celle du programme de 200 000 pour des ménages à revenus inférieurs à 1,5 SMIG. La structure du coût du logement rapportée à la VIT indique une marge bénéficiaire de l'ordre de 17% pour les promoteurs dans un cadre d'exonérations fiscales et de foncier public équipé et cédé aux prix coûtants.

La rentabilité du projet suppose une rotation rapide de l'investissement, ce qui impose des délais très courts pour les autorisations, pour la réalisation et pour la commercialisation. La marge est étroite et tout imprévu peut conduire à des écarts.

Les conditions (accès au foncier public et VIT plafonnée à 140 000 Dh) conduisent à réaliser les projets sur des terrains publics qui sont de plus en plus périphériques, notamment dans le cas des grandes villes, ce qui oriente vers des localisations de programme qui nécessitent des moyens de déplacement appropriés et un niveau d'équipement et de services pour éviter la constitution de ghettos.

Le constat d'un écart important entre le coût financier du logement en milieu urbain et le salaire moyen, rapporté au SMIG, le coût moyen du logement social de 140 000 DH est de 5,8 années.

Par ailleurs, il faudra rester attentif aux contenus et aux formes d'intervention en milieu rural et garder à l'esprit les enseignements dégagés des expériences passées notamment celles des villages pilotes réalisés en milieu rural dans les années 1970, détournés de leur usage et souvent affectés à des services administratifs.

---

<sup>21</sup> Convention signée le 29/03/2008

<sup>22</sup> Ces avantages portent sur l'exonération des impôts, sur les sociétés; sur le revenu la TVA, les droits d'enregistrement.

## **II- LE DROIT AU LOGEMENT AU REGARD DES OMD ET DU PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DESC**

Le Pacte International relatif aux DESC signé en 1966 comme les OMD adoptés par les Etats membres de l'ONU en 2000 ont défini plusieurs objectifs qui se recoupent et se complètent notamment sur la question du droit au logement. Ils ont fait l'objet de précisions des cibles et de définitions d'indicateurs pour leur suivi.

Ainsi, pour les OMD, 5 indicateurs ont été définis pour assurer le suivi de la cible 11 de l'objectif 7 « assurer un environnement durable » qui vise à « améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis, d'ici 2020. Il s'agit de- l'accès l'eau,- à l'assainissement -la sécurité de la tenure, -du logement durable et de -surface habitable suffisante.

Par ailleurs, l'article 11 paragraphe 1 du PI relatif aux DESC, traite du « droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et pour sa famille, y compris une nourriture, un vêtement, et un logement suffisants, sans aucune discrimination, ainsi qu'une amélioration constante de ses conditions de vie d'existence ». Ces objectifs valables pour tous les contextes (en prenant en compte l'adéquation aux besoins liés aux contextes sociaux, économiques et culturels) se recoupent avec ceux des OMD et portent sur les aspects suivants: la Sécurité légale de l'occupation - Existence de services matériels équipement et infrastructures - Habitabilité - Facilité d'accès - Emplacement - Respect du milieu culturel et Capacité de paiement.

Ces aspects du droit au logement ont été regroupés en quatre indicateurs de synthèse à savoir :

- Les services de base, regroupant l'accès à l'eau et à l'assainissement,
- La sécurité de tenure,
- L'habitabilité regroupant la facilité d'accès, l'emplacement, le respect du milieu culturel,
- L'accessibilité économique.

### **A- LES SERVICES DE BASE**

Les services de base regroupent deux indicateurs définis pour assurer le suivi des objectifs arrêtés par le PI relatif aux DESC et ceux des OMD. Ils se rapportent à l'accès à l'eau potable, à l'assainissement d'une part et à la réduction de la proportion de la population urbaine vivant dans des taudis d'autre part. Ces deux indicateurs renvoient à la notion de logement convenable bénéficiant de l'accès à l'eau potable, l'énergie, l'éclairage, installation sanitaire, moyens d'évacuation et de drainage et des services d'urgence



## 1. Accès à l'eau

L'accès à l'eau comprend une disponibilité suffisante à un prix abordable et sans dépenses excessives en temps et en efforts.

Les données du RGPH indiquent une nette amélioration du niveau d'équipement des logements au cours de la période 1982- 2004 mais à des rythmes différents selon les milieux urbain et rural et selon la nature de l'équipement.

L'accès à l'eau potable est en voie de généralisation en milieu urbain, mais des écarts subsistent entre les villes, entre les quartiers et types d'habitat. Les bidonvilles sont dotés de fontaines publiques mais souvent en nombre insuffisant et les QHNR ne disposent pas systématiquement de branchement au réseau d'eau potable,

En milieu rural, la progression en matière d'accès à l'eau et à l'électricité est très importante grâce notamment aux programmes PAGER et PERG. Mais en dépit des efforts entrepris ces dernières années, l'accès à l'eau dans le logement reste en milieu rural insuffisant et concerne moins d'un ménage sur 5 alors que l'électrification a enregistré un bond de 10 fois entre 1982 et 2004.

La gestion de l'eau relève de la responsabilité des collectivités locales qui la délèguent aux régies et aux concessionnaires privés en milieu urbain et à l'ONEP en milieu rural.

Le programme PAGER a permis l'amélioration de l'accès à l'eau en milieu rural grâce notamment à l'équipement des douars en fontaines publiques et ses avancées ne figurent pas dans les données ci-dessous du RGPH qui portent sur les ménages branchés aux réseaux.

Le Programme d'Approvisionnement Groupé en Eau Potable des populations Rurales (**PAGER**) lancé en 1995 a pour objectif d'alimenter 31.000 localités rurales abritant une population totale de près de 11 millions d'habitants à l'horizon 2007. Le programme repose sur une démarche participative impliquant, les associations d'usagers, à la programmation et à la réalisation et pour prendre en charge le fonctionnement des équipements

Selon les données disponibles, le taux d'accès à l'eau potable rurale a évolué de 70% en 2005 à 90 % en 2007 alors qu'il était à 14% avant l'engagement du PAGER<sup>23</sup>.

Les effets bénéfiques sont multiples notamment sur la santé et sur la réduction de la corvée d'eau assurée par les femmes et les jeunes filles et sur la scolarisation des ces dernières.

L'accès à l'énergie peut être approché à travers le branchement des logements au réseau électrique.

En milieu urbain, l'électrification touche environ 90% des ménages en 2004, en progression de 15 points par rapport à 1982 (75%). En milieu rural, moins d'un logement sur deux est branché au réseau électrique, mais l'accès à l'électricité est actuellement plus avancé grâce au Programme de

---

<sup>23</sup> Rapport genre 2008 .Ministère des Finances et de la Privatisation (Direction des études et des prévisions financières)



l'Electrification Rurale Groupée (PERG) lancé en 1997, dont le niveau des réalisations est inégal selon les régions, le poids démographique des douars et localités et les formes d'organisation (habitat groupé, dispersé ou isolé).

En 2006, la proportion de ménages ayant accès à l'électricité en milieu rural a atteint 86%. Les retombés sont positives sur la santé et sur les conditions de vie en particulier des femmes et des jeunes filles par la réduction du temps consacré à l'approvisionnement en bois ce qui a une incidence sur la scolarisation des filles en particulier et la préservation de l'environnement.

## **2. Accès à l'assainissement**

L'accès à l'assainissement contribue largement à la santé des habitants et son absence peut être à l'origine de plusieurs maladies contagieuses.

L'indicateur pour mesurer cet objectif porte sur le nombre de ménages ayant accès à un système d'assainissement suffisant (soit à un réseau d'égout public, fosse septique) et disposant de toilette privé avec chasse d'eau soit de latrine améliorée. Cet indicateur peut être approché à partir des données du RGPH 2004 qui indiquent que 79% des ménages urbains occupent des logements reliés à un réseau public d'égout, 10,7% utilisent des fosses septiques et 3,1% des puits perdus.

Les écarts sont encore importants entre les milieux urbain et rural, à l'intérieur de chaque ville et entre les villes dont la plupart est confrontée au problème des rejets non traités. En milieu rural, l'accès à l'assainissement reste très faible : 2% des ménages sont reliés à l'égout public, 37% utilisent les fosses septiques et 19% des puits perdus. Il faut noter qu'en milieu rural, la desserte en équipements de base (eau et électricité) est plus faible que l'équipement en téléviseur ou en téléphone portable. En outre, la proximité voire la cohabitation des animaux dans l'habitat en milieu rural implique que les conditions d'accès aux services de base soient accompagnées d'autres services liés aux activités agricoles et à l'élevage notamment pour la santé du cheptel.

Sur le plan législatif, la loi sur les lotissements impose l'équipement intégral et préalable en eau, assainissement et électricité et le conditionne à l'autorisation.

Mais les besoins en financement sont importants pour résorber le déficit accumulé en milieu urbain. Un programme national d'assainissement est arrêté par le Ministère de l'Intérieur est destiné à étendre et à renforcer ou à créer les réseaux d'assainissement dans les villes et à les doter de stations d'épuration.

Si on tient compte uniquement des besoins en financement nécessaires pour la réalisation des réseaux prévus pour la période 2006-2015 par le «Programme national d'assainissement liquide et d'épuration des eaux usées»<sup>24</sup>, il faut mobiliser plus de 20,7 Milliards de DH soit environ 2 Milliards

---

<sup>24</sup> Ministère de l'Intérieur et Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Eau et de l'Environnement : Programme National d'Assainissement Liquide et d'Epuration des Eaux Usées. Mai 2005.

de DH par an à l'horizon 2015<sup>25</sup>; ceci uniquement pour résorber le déficit existant et qui concerne les 5 millions d'habitants urbains non encore raccordés au réseau d'assainissement.<sup>26</sup>

### **3. Réduction de la proportion de la population urbaine vivant dans des taudis**

Cet indicateur 7.10 de la cible 7D des OMD, « vise à réussir à améliorer sensiblement d'ici 2020, la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis ».

Par taudis, il faut entendre toutes les formes d'habitat insalubre, vétuste, délabré ou non conformes aux exigences d'habitabilité (durabilité, protection contre les intempéries, salubrité des espaces et de l'environnement du logement...).

Le Maroc a mené depuis plusieurs décennies des politiques de lutte contre l'habitat insalubre orientées essentiellement vers la résorption des bidonvilles et l'équipement de l'HNR.

Le PVSB engagé en 2004, aujourd'hui à mi-chemin des réalisations, a permis de résorber environ la moitié des bidonvilles et à ce titre on peut avancer que le pays, au regard de son poids démographique, a contribué au recul des taudis et respecté les engagements pris. Il reste que les autres formes d'insalubrité, dont l'habitat menaçant ruine, constituent aujourd'hui de nouveaux défis à relever.

## **B- LA SECURITE DE LA TENURE**

Le droit au logement comporte également la dimension relative à la sécurité légale de l'occupation qui inclut l'accès égal et total au droit d'héritage, de possession foncière et autres biens, de crédit et de ressources naturelles et technologies appropriées<sup>27</sup>.

L'enjeu de la sécurité d'occupation est important pour le ménage, car l'insécurité inhibe l'investissement dans la construction, l'entretien et l'amélioration du logement et renforce la pauvreté et l'exclusion sociale.

La sécurité légale de l'occupation concerne toutes les formes de la location, propriété ou autres statuts et porte sur le logement et sur le foncier support de la construction.

L'exploitation des données disponibles qui ne sont pas toujours quantifiables permet de mesurer la progression du droit au logement dans la dimension de la sécurité légale de l'occupation à l'échelle nationale, régionale ou du quartier.

---

<sup>25</sup> Ce montant n'englobe pas les agglomérations gérées par les concessionnaires privés (Casablanca, Rabat, Tanger Tétouan)

<sup>26</sup> Croissance urbaine Thème 3 des rencontres des collectivités locales septembre 2006

<sup>27</sup> (Voir défi OMD)

Les indicateurs susceptibles de mesurer ce critère renvoient :

- aux statuts d'occupation du logement dans les RGPH,
- au statut foncier des sols selon les régimes et les statuts des terrains, la possession d'un document étant un élément permettant de prouver le statut d'occupation,
- à la jouissance d'une protection contre l'exclusion de fait et dans la perception des habitants,
- aux rapports régissant les bailleurs et les locataires,
- à l'apurement du foncier dans les opérations publiques d'habitat et au nombre de titres remis aux bénéficiaires;
- au nombre d'expulsions des logements.

### **1. Progression du poids des propriétaires de logements**

La sécurité de la tenure peut être approchée à travers l'évolution des statuts d'occupation du logement notamment en milieu urbain. Ainsi le nombre de propriétaires de logement en milieu urbain concerne plus d'un ménage sur deux en 2004. La proportion a augmenté au cours des deux dernières périodes intercensitaires à la faveur des programmes publics portés exclusivement sur l'accès à la propriété. Parallèlement, le nombre de locataires a régressé du fait du peu d'attrait des investissements dans le secteur et de la crise de la location.

En milieu rural, la propriété du logement est largement dominante avec 85% des ménages, alors que les logés gratuitement avoisinent les 9%, pourcentage très proche de celui relevé en milieu urbain 8,7% en 2004

L'accès à la propriété du logement est également en rapport avec les conditions économiques des ménages, les pauvres accèdent plus nombreux à la propriété du logement même insalubre (pourcentage élevé de propriétaires de baraques dans les bidonvilles), car ce statut sécurise leur occupation.

La location est généralement de deux types :

- réglementée avec bail, elle est importante dans les appartements et concerne les groupes de revenus moyens et élevés ;
- la location domestique existante dans les quartiers populaires où le locataire cohabite avec le propriétaire sur la même parcelle, mais dans deux logements différents voire dans une fraction de logement d'une à deux pièces.

Ainsi la location joue un rôle important, dans les lotissements économiques y compris ceux réalisés par l'Etat et dans les quartiers d'habitat non réglementaires en particuliers ceux des grades villes, comme compléments de revenus pour le propriétaire et elle contribue à la régulation du marché du logement en particulier pour les groupes à faibles revenus.

Si le poids des propriétaires est variable selon le milieu (urbain et rural) il l'est également selon les quartiers. Il est notamment dominant dans les quartiers périphériques et en retrait dans les quartiers centraux des villes où la location prospère.

Mais le statut de propriétaire ne signifie pas dans tous les cas, la possession d'un titre ou d'un document qui met à l'abri d'une expulsion.

## **2. La complexité des régimes fonciers**

La sécurité de la tenure renvoie également à la situation du foncier caractérisée par deux régimes juridiques (*Moulkia* et l'immatriculation) et plusieurs statuts fonciers (propriété privée, domaine public et domaine privé de l'Etat, forestier, terres collectives, Habous)

Les statuts Guich et les terrains collectifs sont sous tutelle du MI avec des règles de jouissance et de transmission propres aux collectivités concernées.

Le régime de l'immatriculation introduit en 1913 permet l'inscription de chaque immeuble dans des registres qui donne lieu à un titre établi définitif et irrévocable.

Malgré la sécurité et la transparence qu'apporte ce régime pour la propriété, son extension reste limitée pour divers facteurs.<sup>28</sup>

Plusieurs textes ont modifié ce régime pour faciliter son extension et son uniformisation dans les zones de l'ex protectorat espagnol (régime khalifien) et les lois d'urbanisme et de lotissement conditionnent l'autorisation de lotir et de construire à l'immatriculation foncière.

La Moulkia est un régime de propriété foncière régi par des actes adoulaïres. Elle est dominante et offre moins de sécurité pour les propriétaires que les terrains immatriculés qui représentent moins du tiers du patrimoine foncier national. Les terrains régis pas ce régime sont parfois l'objet de conflits qui menacent la sécurité d'occupation foncière et constituent souvent un obstacle à l'ouverture de nouvelles zones à l'urbanisation

Pour améliorer la sécurité de l'occupation résidentielle, un projet de texte sur la codification de la *Moulkia* a été proposé dans le cadre de la Campagne nationale sur la sécurité d'occupation résidentielle et sur la gouvernance locale (Sep 2004). Son objet est d'introduire un dispositif qui permet d'enregistrer et d'authentifier les transactions soumises à un acte *adoulaïre* en les adaptant aux

---

<sup>28</sup> Voir Campagne nationale sur la sécurité d'occupation résidentielle et sur la gouvernance locale. Sept 2004. Parmi les facteurs qui limite l'immatriculation :

- Lenteur et durée du processus d'immatriculation
- La multiplication des intervenants et la lourdeur et la complexité de la procédure
- Le caractère facultatif et non obligatoire de l'immatriculation
- La méconnaissance de l'intérêt de la procédure par une partie des propriétaires
- L'existence de titres khalifiens qui n'ont pas encore été modifiés dans le cadre du nouveau texte de 1966, relatif à l'uniformisation des régimes d'immatriculation

normes de l'immatriculation foncière, de l'enregistrement ce qui à terme permettra de passer au régime des terrains immatriculés.

L'objectif recherché est de permettre aux détenteurs de cet acte de bénéficier d'un certificat officiel leur permettant de mobiliser leurs terrains pour des aménagements, accéder au crédit hypothécaire et fluidifier les transactions.

### **3. La régularisation foncière dans les lotissements non réglementaires**

Les acquéreurs des lots dans l'HNR inscrivent leur droit dans le titre mère auprès de la conservation foncière qui préserve leur droit en qualité d'acquéreur en indivision dans le cas d'un terrain immatriculé. Cette pratique encourage le processus de morcellement non réglementaire et permet au lotisseur de réaliser de gros bénéfices au détriment des acquéreurs et de la collectivité.<sup>29</sup> En cas de terrain non immatriculé, les acquéreurs se contentent d'un contrat sous-seing privé qui ne leur garantit pas la propriété.

Par ailleurs, dans les opérations de restructuration engagées par les pouvoirs publics sur certains QHNR, les interventions se limitent aux infrastructures sans apurement du foncier. Les ménages qui sont propriétaires de leurs logements n'ont aucun titre de propriété sur les terrains qu'ils occupent, même au terme de l'opération de normalisation et d'intégration du quartier conduite par l'administration.

### **4. Difficulté dans l'apurement du foncier dans les programmes publics**

L'obstacle rencontré dans la mobilisation et dans l'apurement du foncier dans le cadre des opérations d'habitat dont celles destinées au programme VSB, constitue un indicateur pour mesurer la progression du droit au logement à travers la dimension sécurité légale d'occupation.

Sur une consistance totale de 622 000 unités réalisées par le Holding d'aménagement Al Omrane (HAO) et ses sociétés filiales, 391 210 unités ont été totalement payées dont 172 148 ont fait l'objet d'un contrat et d'un titre foncier.<sup>30</sup>

Le nombre de titres fonciers remis aux ménages dans le cadre des opérations publiques d'habitat reste inférieur au nombre des unités (logement ou lots) livrées.

Ce faible taux de remise des titres peut s'expliquer par plusieurs facteurs dont les difficultés d'apurement du foncier de certaines opérations mais également par le refus de certains bénéficiaires, pour des raisons de frais qu'occasionne le retrait du titre foncier.

### **5. Rôle important de la location**

---

<sup>29</sup> Idem page 30

<sup>30</sup> Pour la seule année 2007, 28 260 titres fonciers ont été remis par le HAO soit 56% des prévisions et 52 585 titres restent à créer pour l'apurement du passif des anciennes opérations engagées avant la création du HAO.

Le statut de locataire est très faible en milieu rural (moins de 6%) et représente environ 30% des ménages en milieu urbain. Il est très présent dans les grandes villes où il représente un tiers des ménages. Cette proportion peut être plus élevée dans les quartiers centraux et reste relativement faible dans les autres villes (petites et moyennes) de l'ordre de 20%.

La concentration de la location dans les grandes villes est en relation avec les flux migratoires et les opportunités de travail, plus nombreuses dans les grands centres urbains.

On note également une variation du statut d'occupation selon la typologie de l'habitat et le type de quartier ainsi que le développement de la location dans les quartiers populaires, est liée dans certains cas à la cohabitation notamment en médinas et dans les QHNR.

Il existe également une relation entre le statut d'occupation et le niveau de vie. Selon l'ENNV 1990-1991, la location augmente avec le niveau de vie, les pauvres cherchent la sécurité d'occupation à travers l'accès à la propriété y compris dans les QHNR et dans le bidonville et dans la plupart des cas, la location n'est qu'une étape pour l'accès à la propriété.

Il faut noter toutefois qu'un ménage sur dix est logé gratuitement en milieu urbain sans qu'on sache, sous quelles formes et quels liens juridiques ou autres avec les propriétaires.

## **6. Insuffisance du dispositif juridique de la location**

La législation sur le bail locatif protège plus le locataire que le propriétaire, ce qui conduit au désintéressement des investisseurs pour le locatif et réduit en conséquence l'offre dans ce secteur. Cependant dans les quartiers populaires (économiques et d'HNR), la location prospère et le loyer constitue souvent un complément de revenu du ménage et porte sur le même lot dont il occupe un niveau et loue le second, ce qui explique l'attrait du lot chez les bénéficiaires des opérations de recasement de bidonville. La présence permanente du propriétaire sur le lieu de la location contribue à faciliter la perception du loyer.

Ailleurs, le bailleur supporte tout le poids social du bail<sup>31</sup>. Le texte traite des rapports entre les bailleurs et les locataires, et non pas les conditions pour faciliter l'accès au logement locatif.

## **7. Les effets des documents d'urbanisme sur le logement**

Ces documents réglementent l'usage du sol à travers la définition de zonages, de servitudes et de règles d'occupation, ils déterminent des zones d'habitat selon leur densité, les servitudes équipements publics. Les zones d'habitat insalubre sont souvent affectées de servitudes qui supposent leur résorption et pour les QHNR leur restructuration. Ces dispositions qui ont des effets

---

<sup>31</sup> Campagne nationales sur la sécurité d'occupation résidentielle et sur la gouvernance locale ; DPI Ministère Délégué chargé de l'Habitat et de l'Urbanisme Sept 2004, page 22

juridiques opposables à l'Etat et aux propriétaires ne favorisent pas la sécurité de la tenure pour les occupants.

Il n'est pas rare de trouver une emprise occupée par un bidonville destinée dans le PA à des équipements collectifs ou à un espace vert sans que le document ne donne une indication sur les conditions ni les moyens de sa résorption.

## **8. Les expulsions des logements**

La sécurité légale de l'occupation peut être mesurée à travers le nombre d'expulsions de logements relevé au cours d'une période donnée. Or il n'existe pas de données chiffrées à l'échelle nationale ou régionale, pour évaluer cet indicateur et le RGPH comme les données des différents départements concernés ne couvrent pas cet indicateur. Comme il n'existe pas de données sur le nombre de ménages expulsés de leur logement pour diverses raisons au cours des dernières années.

En dehors des expulsions légales établies suite à une décision juridique, il n'y a pas d'expulsions de logement dans la pratique y compris dans les opérations de résorption de l'habitat insalubre.<sup>32</sup>

Par ailleurs, le flou juridique qui entoure les évacuations des constructions menaçant ruine rend difficile les interventions.

Sur un autre registre, il n'y a pas eu de constat d'expulsions de terrains destinés à des opérations d'aménagement sauf dans le cadre d'un jugement d'expropriation qui donne lieu à des indemnisations des ayants droit (voir ex du Guich de Hay Riad)

Par ailleurs la sécurité de la tenure est également approchée à travers la perception de la sécurité de l'occupation par les habitants, mais cette notion est difficile à préciser faute de données d'enquêtes spécifiques.

## **D- HABITABILITE**

Le concept d'habitabilité renvoie à des exigences multiples du point de vue de la protection contre les intempéries, surface habitable, de la situation du logement dans un environnement accessible, sans risque, ni nuisance et du point de vue de l'adaptation par rapport au contexte culturel.

### **1. Logement durable**

La question de la durabilité du logement renvoie à plusieurs paramètres dont notamment l'âge du parc dont le vieillissement conduit, faute d'entretien et de renouvellement, à la dégradation. En 2004, 16% du parc logement urbain avait plus de 50 années, soit 630 000 unités<sup>33</sup> dont 129 361 logements de type traditionnel en médina et 114 000 dans l'habitat sommaire ou autre.

---

<sup>32</sup> L'existence d'un parc de 10 000 unités réalisées dans le cadre du PVSBS restées vacantes pour motifs de refus des ménages bidonvillois à être transférés sur d'autres sites, illustre l'absence d'expulsion.

<sup>33</sup> Arrondi à quelques centaines d'unités



Cet indicateur renvoie également aux matériaux de construction durables qui peuvent protéger contre les intempéries et résister aux risques sismiques.

Le parc logement comporte une composante constituée des médinas et des Ksour construits partiellement ou totalement de matériaux traditionnels, dont l'absence d'entretien régulier conduit à leur dégradation. Ces constructions ne sont couvertes par aucune norme de sécurité

Par ailleurs, certaines constructions sont situées sur des zones à risques (à proximité des infrastructures (autoroute, chemin de fer,) sur des zones exposées à des inondations. En principe, les documents d'urbanisme qui réglementent l'usage du sol excluent ces zones de toute construction, mais dans la réalité, certaines zones d'HNR se sont développées sur des terrains à fortes pentes ou sur des zones inondables (Guiza à Tétouan, Saddam à Tanger, Hajja à Rabat...)

Enfin les constructions menaçant ruine constituent une autre composante de l'habitat insalubre dont la dégradation du bâti résulte du vieillissement, manque d'entretien, pression de l'occupation, pathologie des constructions, installation sur des zones à risques, etc.

Le phénomène affecte les constructions en médina, dans les Ksour, dans les QHNR mais également dans les lotissements économiques et les ensembles datant de la période du protectorat. Mais, il reste difficile à quantifier en dehors d'une expertise technique pour évaluer la nature des pathologies et mesurer le degré de risque encouru.

Le recensement de 1999<sup>34</sup> fait état de 9 656 constructions menaçant ruine et l'enquête logement 2000<sup>35</sup>, estime à 80 000 les logements menaçant ruine répartis comme suit :

- 6 763 logements dans les immeubles collectifs;
- 17 786 logements dans les anciennes médinas;
- 55 453 logements englobant les anciens logements sociaux et ceux situés dans les quartiers d'habitat non réglementaires.

En l'absence de données précises concernant les logements à démolir et ceux à conforter, l'hypothèse avancée par le MHU est la suivante :

- 20 000 logements sont à démolir ce qui conduit au relogement de leur occupant;
- 60 000 logements sont à conforter.

## 2. Densité d'occupation

« Un logement est considéré comme doté d'une surface habitable suffisante si chaque pièce est partagée par un maximum de deux personnes »<sup>36</sup>. Cette définition pose évidemment la question de la notion de pièce habitable selon la typologie du logement et selon le milieu (urbain/rural). Le nombre de pièces habitables ne précise ni la surface occupée ni la disposition de la pièce, mais les

---

<sup>34</sup> Effectué dans le cadre de la circulaire 1117-CAB du 20-12-99 du Ministère de l'Intérieur (MI)

<sup>35</sup> Réalisée par le département de l'Habitat

<sup>36</sup> p 9 du guide pour l'évaluation de la cible 11 des OMD



normes en vigueur imposent un minimum de 9 m<sup>2</sup>. Les cuisines et les pièces humides ne sont pas incluses, cependant en milieu rural la notion de pièce habitable est à prendre avec précaution.

Selon les données des RGPH 1982, 1994 et 2004, on relève une amélioration progressive des conditions d'occupation du logement à l'échelle nationale à travers deux indicateurs :

- Le recul du nombre de ménages occupant des petits logements (une ou deux pièces) : 53% en 1982, contre 44% en 1994 et 39% en 2004. Cette progression est d'autant plus sensible qu'il y'a eu recul de la taille moyenne des ménages au cours de la même période.

- La baisse du nombre moyen de personnes par pièce qui a évolué de 2,6 en 1971 à 1,7 en 2004. En milieu urbain, l'amélioration des conditions d'occupation du logement mesurées à travers cet indicateur a été plus rapide qu'en milieu rural, compte tenu de la baisse de la taille moyenne des ménages, plus forte.

L'évolution des conditions d'occupation du logement peut également être approchée à travers l'évolution du degré de cohabitation. Celle-ci définie comme le nombre moyen de ménages par logement est essentiellement un phénomène urbain particulièrement présent dans les milieux pauvres. C'est une fraction de logement occupée par un ménage pour des raisons souvent économiques.

La cohabitation dans le parc logement occupé a enregistré une baisse depuis 1982. Le degré de cohabitation a baissé de 118,87 en 1982 à 112,4 en 1994 et à 106,4 en 2004.

La cohabitation est variable selon le type d'habitat : très élevée dans l'habitat traditionnel (117,2), faible dans les appartements (100,8) et les villas (103,3).

La cohabitation est également variable selon les régions économiques : 136 à Fès Boulemane du fait du poids des tissus urbains traditionnels, de 115 dans le grand Casablanca et de 113 dans l'Oriental.

En 2004, le total des ménages en cohabitation à reloger a été évalué à 170 845 unités.

### **3. Habitabilité**

Cet indicateur définit un logement convenable en termes d'exigences d'habitabilité c'est-à-dire assurant la protection contre les intempéries et les risques naturels (froid, vent, pluie, humidité chaleur..), des risques dus à des défauts structurels ou des vecteurs de maladie (proximité de ZI, décharge, zone à risques.). La question est intimement liée aux conditions sanitaires que doit offrir un logement.

Les différents programmes publics ont contribué à accroître le parc logement qui présente des conditions d'habitabilité acceptables et les actions publiques pour améliorer cet indicateur sont multiples, portant sur les aspects juridiques et réglementaires (texte sur les constructions antisismiques, normes de construction).

Les documents d'urbanisme définissent également des servitudes non constructibles sur des zones à risques.

Le Maroc dispose d'une étude nationale sur les zones inondables définissant les différents niveaux de risques et d'une carte de sismicité. Un texte de loi définit les règles de constructions antisismiques.

En dépit des efforts entrepris, il reste encore une partie du parc logement occupé qui ne répond pas aux exigences d'habitabilité. Il est constitué de logements menaçant ruine, du reliquat des bidonvilles non traités, d'une partie d'HNR sous équipée ou occupant des sites à risques, et de la cohabitation dans le logement ou du surpeuplement des logements.

Certains quartiers sont implantés dans des zones à risques (proximités des infrastructures, décharges, zones industrielles et zones inondables.)

En milieu rural, la problématique est également difficile à maîtriser compte tenu de la dispersion des formes d'habitat. Si en règle générale, la population s'appuie sur l'expérience locale pour éviter les zones à risques, on peut constater dans certains cas des constructions situées dans des zones dangereuses, à proximité d'infrastructures (chemin de fer, autoroute ou dans des lits d'oueds que plusieurs années de sécheresse ont fini par faire disparaître le risque de la mémoire des habitants). Sur le plan normatif, la circulaire N° 63 62 du 5 avril 2005 du MUH définit les normes minimales d'habitabilité applicables aux projets de construction ou de lotissement destinés à l'habitat social. Elle précise notamment les règles d'utilisation du sol, les dimensions des constructions, les dispositions relatives aux espaces publics et à la voirie.

#### **4. Facilité d'accès**

Cet indicateur traite de la facilité d'accès au logement pour les groupes défavorisés personnes âgées, à mobilité réduite, victimes de catastrophes naturelles, malades mentaux, les personnes qui vivent dans des régions à risques naturels.

Pour ces catégories il n'existe pas de programme de logements ni de mesures (réglementaires, financières) spécifiques.

Notons toutefois l'existence d'une mobilisation publique à l'occasion de catastrophes naturelles (ex séisme d'Al Hoceima où un programme d'intervention a été mené par les pouvoirs publics) et des ONG.

Cependant, il n'existe pas encore de dispositif permanent de prévention et d'intervention pour le relogement en cas de catastrophe naturelle comme il n'existe aucun dispositif de veille et d'intervention pour les constructions menaçant ruine

#### **5. L'emplacement**

Un logement convenable doit se situer en un lieu où existent des possibilités d'emplois, des services sociaux (santé éducation,..)

La facilité d'accès renvoie à la problématique de l'enclavement de certains quartiers ou à l'absence de moyens de déplacement reliant les nouvelles zones d'urbanisation périphériques aux zones

d'activités et de services, situées dans les agglomérations. Les déplacements pendulaires pèsent sur les budgets et sur le temps des ménages pauvres et constituent souvent un obstacle à leur intégration.

La question des déplacements dans les grandes agglomérations urbaines constitue un enjeu social et économique, pris en compte récemment par les pouvoirs publics. Le Ministère de l'Intérieur appuie les collectivités locales en particulier des grandes villes pour les doter à travers les PDU, de véritables outils de planification et de programmation des projets de déplacements.

Dans le monde rural, la question de l'accessibilité reste posée pour les localités enclavées.

Le premier PNRR (programme national de routes rurales) pour le désenclavement du milieu rural, mis en place en 1995, visait la réalisation de 11.236 Km de routes, dont environ 5.149 Km revêtues de bitume. En 2005, année de son achèvement, le taux d'accessibilité des populations rurales au réseau routier a atteint 54 %, et l'objectif fixé par le deuxième programme national de routes rurales (PNRR-2) engagé en 2005, est de le porter à 80% en 2015<sup>37</sup>.

Le Programme national des routes rurales a permis des avancées importantes qui ont eu des effets notamment sur l'amélioration des conditions de vie des habitants (réduction du temps de déplacement, accès plus aisé aux services de soins..) mais l'effort devra se poursuivre pour généraliser l'accès à l'ensemble des localités.

Dans ce sens, une Caisse pour le Financement Routier (CFR) créée en 2004 est destinée à financer les réalisations retenues dans le cadre du PNRR2 à raison de 1500 km/an à l'horizon 2015.

## 6. Respect du milieu culturel

Cet indicateur renvoie à la prise en compte des spécificités culturelles en matière d'habitat. La question a suscité un débat entre une approche moderniste (cités d'Ecochard) et celle culturelle (quartier *Habous*) dans les opérations d'habitat réalisés sous le protectorat.

La question est présente dans les interventions publiques notamment en matière de sauvegarde des médinas et des Ksour, objets d'études, de documents d'aménagement et de sauvegarde et de quelques interventions de réhabilitation qui sont demeurées très ponctuelles et insuffisantes au regard du nombre d'ensembles inscrits dans la liste du patrimoine mondial de l'UNESCO<sup>38</sup> et du poids démographique et économique de ces ensembles.

Sur le plan législatif, la loi 22-80 du 25 décembre 1980 relative à la conservation des monuments historiques, des sites, des inscriptions des objets d'art et d'antiquité régleme les interventions dans les ensembles patrimoniaux en particulier dans les médinas et dans les Ksour présahariens. Par ailleurs, plusieurs médinas sont couvertes de documents d'aménagement et de sauvegarde opposables aux tiers mais dont la mise en œuvre se heurte à l'insuffisance des moyens et au déficit en encadrement au regard de l'ampleur des besoins de protection.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Rapport Genre 2008. Ministère des finances et de la privatisation (Direction des études et des prévisions financières)

<sup>38</sup> Les médinas de Fès, Meknès, Essaouira Tétouan et le Ksar Ait Benhaddou

<sup>39</sup> Le département de l'Habitat a organisé avec l'appui de la BM le 31 mars 2009 un séminaire sur la stratégie de développement et de sauvegarde des médinas qui a restitué les conclusions de l'étude commandée à la BM

Notons toutefois que les médinas ont fait l'objet d'un programme d'intervention au cours des dix dernières années qui a porté sur la requalification des espaces publics, le traitement de l'habitat menaçant ruine et la réhabilitation du patrimoine dans 14 centres historiques.<sup>40</sup>

Sur 31 médinas, 21 ont fait l'objet de conventions totalisant près de 1400 Millions de Dh

Le budget alloué aux interventions dans les médinas au cours de la période 1999-2009 est évalué à 1,3 MDH dont 55% apportés par le BGE et plus récemment par le FSH.

La médina de Fès (117 059 habitants et 23 344 logements) en particulier fait l'objet d'un programme d'interventions conduit par l'ADER de Fès portant sur le confortement des constructions et de plusieurs opérations menées par le HAO notamment sur la réhabilitation du triangle historique<sup>41</sup>, mais qui portent essentiellement sur l'espace public (confortement des façades des maisons et pavage des rues).

A l'inverse dans la médina de Marrakech (182 000 habitants et 33 392 logements) Al Omrane a initié avec la commune une nouvelle forme d'intervention basée sur une aide ou indemnisation directement versée aux occupants et destinée à les aider à la réhabilitation, par leurs soins, de leurs maisons.

La question du respect du milieu culturel renvoie également aux nouvelles réalisations notamment dans les lotissements, ZUN et dans les villes nouvelles qui pourraient constituer des champs d'expérimentation en matière d'innovation architecturale et d'adaptation par rapport aux besoins culturels en urbanisme et en logement.

Sur le plan des réalisations, on peut constater l'absence de réponses adaptées au contexte local et culturel et une démarche d'uniformisation, voire de standardisation qui prévaut dans les solutions apportées en matière de logement en particulier dans les programmes de résorption des bidonvilles. Les lotissements et les logements économiques se ressemblent d'une région à une autre sans prise en compte des contraintes climatiques du milieu, ni des spécificités culturelles.

Il est vrai que le processus d'auto-construction notamment dans les opérations de recasement par le bénéficiaire lui-même ne favorise pas la maîtrise des produits réalisés malgré les tentatives d'encadrement technique menées par les opérateurs publics dans les années 80 et 90, mais il est vrai aussi que l'innovation architecturale et l'adaptation des logements aux spécificités culturelles ne constitue pas une priorité dans les programmes publics de logements.

## **E - ACCESSIBILITE ECONOMIQUE**

Cet indicateur renvoie au coût financier du logement qui doit se situer à un niveau qui ne menace pas la satisfaction des autres besoins fondamentaux (alimentation, santé, transport...). Les coûts afférents au logement comprennent le coût d'accès et les charges (eau, électricité...), rapporté au revenu du ménage, ils indiquent le taux d'effort que chaque ménage est appelé à consentir pour occuper le logement

---

<sup>40</sup> Dix ans d'interventions en médina Groupe Al Omrane juillet 2009

<sup>41</sup> Médina de Fès Réhabilitation du triangle historique Groupe Al Omrane Mai 2009

## 7. Solvabilité et dispositifs financiers

L'enquête nationale et niveau de vie 1998-99 indique que 50% des ménages urbains disposent de moins de 3500 DH/ mois et 30% des ménages ont un revenu de moins de 1,5 SMIG.<sup>42</sup>

On en déduit qu'un ménage urbain sur deux dispose d'un revenu inférieur au seuil de solvabilité pour l'accès à un logement estimé à environ 3600 DH / mois et qu'il doit consacrer la totalité de ses revenus de 5 années pour accéder à un logement de VTT de 200 000 DH.

Pour « *solvabiliser* » les ménages à faibles revenus, l'Etat a mobilisé des ressources destinées au secteur du logement, mis en place plusieurs dispositifs pour accroître l'offre en logements en agissant sur son coût et pour faciliter son accès pour les ménages à faibles revenus par des garanties pour l'accès au crédit bancaire. Parmi ces mesures et ces dispositions prises, on peut citer la mise en place du FHS, du FOGARIM, la mobilisation du foncier public destiné aux programmes de logements.

### **Le Fonds Solidarité Habitat : ressources inégalement réparties**

Le Fonds Solidarité Habitat remplace depuis 2002 le Fonds Social de l'Habitat. Il est alimenté par les produits de la taxe spéciale sur le ciment instituée par la loi de finances 2002 et destinée au financement des projets d'habitat social.

De 2002 à 2008, les ressources du fonds ont atteint 6870 millions de DH enregistrant une augmentation annuelle moyenne de 175 MD..

La répartition des ressources par programme indique que 37,6% des emplois du Fonds ont été affectés au PVS, 21,4% à la restructuration de l'HNR, 5,4% à la réhabilitation des tissus anciens, 1,1% à des programmes d'urgence et le reste affecté à divers emplois (provinces du Sud, Fogarim, Agences urbaines, et.)

La répartition des emplois du FSH par programme de lutte contre l'habitat insalubre au cours de la période 2002-2008 indique que 49% des ressources ont été affectées au programme VSB (2 559 millions de DH) ,28% à la restructuration des QHNR, 9% au traitement de l'habitat menaçant ruine et 12% au programme des provinces du Sud. La quasi-totalité est affectée au milieu urbain à l'exception du programme ZAP et centres émergents qui reçoit 2% soit 78 millions de DH.

La répartition des emplois par opérateur indique une forte concentration des ressources destinées au HAO et ses sociétés filiales qui ont reçu 81,6 % des emplois du fonds au cours de la période 2002-2008

La répartition des subventions du fonds par région économique révèle également des écarts importants encore plus significatifs quand ils sont rapportés à leur poids démographique: les

---

<sup>42</sup> Des enquêtes plus localisées et plus actualisées confirment ces pourcentages

provinces du Sud avec moins de 2,7% de la population ont reçu 15,5% des subventions du FHS, soit plus que le total des subventions affectées aux régions du grand Casablanca et de Fès Boulemane réunies.

Ces subventions s'ajoutent également aux subventions du BGE dont 87% sont affectées également aux provinces du Sud.

### **Le FOGARIM : crédit au logement concentré dans les grandes villes**

La mise en place du FOGARIM, (Fonds de Garantie des prêts au logement en faveur des populations à revenus modestes et/ou irrégulier) vise à sécuriser les banques pour les inciter à financer des crédits au logement pour ces catégories<sup>43</sup>.

Géré par la caisse centrale des Garanties, le Fogarim est alimenté à hauteur de 8,8% des emplois du FHS au cours de la période 2002-2008 soit 600 millions de DH.

Depuis sa mise en place en 2004 à fin 2008, 44 000 ménages ont bénéficié des crédits dans le cadre de ce fonds dans des conditions avantageuses (taux d'intérêt de 5,1%, un financement à hauteur de 82% et un délai de remboursement de 20 ans en moyenne et des mensualités de remboursement de 1000 à 1500 DH (80% des prêts à mensualité supérieure à 1 000 DH). L'encours total s'élève à 6,4 Milliards de DH.

La part du crédit dans le financement de la construction reste faible (14% en 2008) alors que, les prêts du Fogarim ont servi essentiellement à financer l'acquisition de logement dans 83% des cas, et à l'acquisition de terrains et la construction dans 2% des cas.

La répartition géographique des prêts indique une concentration des bénéficiaires dans les grandes villes 30% à Casablanca, 10% à Fès et 9% à Témara, des villes où se concentre la production des logements conventionnés dans le cadre de l'article 19 (VIT 200 000 DH).

Le dispositif FOGARIM semble avoir surtout fonctionné au profit des opérations de relogements réalisées par les promoteurs privés au titre de l'article 19. et ne semble pas pour le moment avoir profité aux ménages bénéficiaires du PVSB (2.000 à 2.500 ménages bidonvillois)<sup>44</sup>. La décision d'étendre la garantie du fonds au financement de l'acquisition des terrains du PVSB ne date que de 2007.

La répartition des bénéficiaires par genre fait apparaître une part importante des femmes parmi les bénéficiaires 42% en 2008 mais en légère baisse par rapport à 2007 (45%).

Pour pérenniser le fonds et consolider ses ressources, en 2008, il a été décidé de fusionner le Fogarim avec le Fogaloge public<sup>45</sup> en un seul fonds Daman Essakan.

Mais à l'avenir, plusieurs interrogations persistent sur le ciblage des catégories de bénéficiaires.

Les données indiquent un fléchissement dans le rythme de progression des crédits Fogarim au cours des deux dernières années en comparaison avec les deux premières années de démarrage même si la

---

<sup>43</sup> Voir Rapport annuel 2008 Production et performance du Fogarim Mars 09 .Direction du Trésor et des finances extérieures

<sup>44</sup> Premiers éléments d'évaluation HAO

<sup>45</sup> Les activités du Fogaloge stagnent malgré ses ressources de 350 MDH

progression des prêts en chiffre absolu est significative. L'extension du Fogarim aux bénéficiaires du PVSB n'a pas encore produit les effets attendus d'autant que 89% des prêts sont destinés à l'acquisition de logements construits.

### **Autres dispositions**

D'autres dispositions fiscales sont prévues pour faciliter l'accès au logement. Il s'agit d'exonérations fiscales et de dégrèvements qui sont prévus dans le cadre de l'autopromotion (logement auto-livré) et portant sur la TVA sur le coût de la construction, de la TVA sur les intérêts du prêt déductible de l'IGR, de la taxe d'habitation sur les nouvelles résidences principales. Même si ces dispositions ne profitent pas spécifiquement aux ménages à faibles revenus, elles contribuent à accroître le parc logements et à fluidifier le marché

A l'inverse, il n'existe pas de système d'allocation logement en faveur des ménages qui n'ont pas de moyens de payer un logement.

## **CONCLUSION**

Plusieurs enseignements se dégagent de l'évaluation de la mise en œuvre du droit au logement au regard des objectifs des OMD et du PIDESC :

### **Amélioration des conditions d'occupation du parc logement**

Cette amélioration concerne les conditions d'habitabilité dans le logement : peuplement, cohabitation et niveau d'équipement.

Mais des variations importantes sont relevées entre le milieu urbain relativement bien équipé et le milieu rural qui, en dépit des efforts entrepris ces dernières années, accuse un retard important en matière d'accès aux services de base notamment l'eau.

En milieu urbain, l'accès à l'équipement en eau et en électricité est très avancé et dans certains cas en voie de généralisation mais le déficit persiste en matière d'assainissement. Le niveau d'équipement des logements reste variable selon les régions, les villes, et souvent selon les quartiers et la typologie d'habitat à l'intérieur de la même ville, qui elle-même est révélatrice de groupes de revenus différents.

En milieu rural, on enregistre une amélioration en matière d'accès à l'eau potable et à l'électricité mais avec une lente progression des indicateurs malgré les efforts entrepris.

### **Faible recul du bidonville au cours des deux dernières périodes intercensitaires**

Avant l'engagement du PVSB, le Maroc a initié et conduit plusieurs stratégies d'intervention dans l'objectif de résorber l'habitat insalubre et de prévenir son développement.



En dépit des efforts menés par l'Etat au cours des deux dernières périodes intercensitaires, le nombre de logements de type sommaire ou bidonville a progressé en chiffre absolu passant de 138 089 en 1982 à 298 368 en 2004, mais le phénomène a reculé en valeur relative passant de 10,3% à 9,3% et le rythme de son évolution a été réduit pratiquement par 2 passant de 4,7% de 1982 à 1994 à 2,2% entre 1994 et 2004.

On peut supposer que cette progression serait plus forte en l'absence de l'intervention publique, mais on peut également s'interroger sur l'impact limité des efforts entrepris jusqu'en 2004 sur la réduction des bidonvilles.

Le poids des bidonvilles est également variable selon les régions : 17% des logements urbains occupés dans le Grand Casablanca et 15% dans le milieu urbain de la région de Rabat-Salé-Zemmour -Zaer et 14% à Souss- Massa- Draa..

Le PVSB engagé en 2004, marque une volonté publique de résorber l'intégralité des bidonvilles à une échéance définie.<sup>46</sup> Sa mise en œuvre a permis de résorber environ la moitié des bidonvilles et de déclarer une vingtaine de villes sans bidonvilles. La poursuite du rythme de réalisation est tributaire de efforts qui seront entrepris pour surmonter les difficultés opérationnelles (mobilisation du foncier, gestion sociale des interventions) et pour inscrire les opérations dans leur contexte urbain.

### **Persistance de l'HNR et apparition de nouvelles formes d'insalubrité**

L'accroissement du parc entre 1994 et 2004 (1 307 835 unités) rapporté au nombre de logements autorisés au cours de la même période (889 052 unités) indique que 32% du parc ont été construits d'une manière non autorisée au cours de la même période dont le bidonville et l'habitat non réglementaire.<sup>47</sup>

Par ailleurs, les constructions menaçant ruine et l'insalubrité diffuse et invisible constituent de nouveaux enjeux pour l'habitat. On estime à environ 100 000 ménages qui sont concernés par l'habitat menaçant ruine, et encore plus par la cohabitation.

### **Secteur locatif en panne**

Aucune action publique n'est orientée spécifiquement vers le parc existant pour faciliter l'accès au logement non occupés, assurer le renouvellement du parc vide et dégradé et permettre une fluidité du marché aussi bien pour l'accès au locatif que pour l'accès à la propriété au parc existant.

Il faut rappeler que l'effort public est orienté exclusivement pour faciliter l'accès à la propriété et essentiellement dans les nouveaux logements construits. Or la totalité des logements autorisés par an (publics et privés) n'a pas dépassé la moyenne de 88 900 unités par an au cours de la période 1994-2004 soit moins que 2,2 % du parc existant évalué en milieu urbain à 3 950 019 unités en 2004.

---

<sup>46</sup> Initialement arrêtée à l'an 2010, puis différé à 2012

<sup>47</sup> Ces chiffres sont des approximations, car ce qui a été autorisé n'a pas été totalement réalisé, il existe un décalage entre l'année de l'autorisation de construire et l'année de réalisation du logement et une partie des logements autorisés ne se réalise pas pour diverses raisons.



Ces pourcentages révèlent la nécessité de mettre en place des dispositifs pour améliorer la fluidité du parc existant pour mieux régler le marché, notamment locatif, et faciliter en particulier l'accès au logement pour les groupes les plus démunis.

### **Ciblage de l'aide publique au logement**

L'aide publique au logement a pris plusieurs formes, en agissant à la fois sur l'offre et sur la demande, en mobilisant des moyens multiples : foncier public, exonérations fiscales, financement de programme, subvention des produits, ristourne d'intérêt.

Tous ces moyens interagissent sur le marché du logement et en modifient les règles de fonctionnement.

La distribution inégale des ressources allouées à l'habitat entre les régions et entre les milieux urbain et rural est une question difficile à trancher, entre l'impératif de redistribution des ressources et de mise à niveau des régions et des milieux, et le souci d'optimiser l'affectation des ressources publiques en évitant un saupoudrage par une distribution uniforme à toutes les régions. La question n'est pas spécifique au logement.

## **LE SECTEUR DE LA SANTE ET LE DROIT A LA SANTE**

### **I. LE SECTEUR DE LA SANTE AU MAROC**

#### **A – CARACTERISTIQUES ORGANISATIONNELLES**

La médecine au Maroc est organisée en service public dont les caractéristiques sont l'omniprésence, la prééminence et la généralisation de l'action de santé à toute la population, dans le secteur public et privé et sur toute l'étendue du territoire. Ces traits caractéristiques font du service public le principal acteur et moteur du développement tendant à assurer et garantir la protection de la santé des citoyens, fondée sur l'égalité de tous.

Le service public sanitaire se concrétise à travers l'assurance et la dispensation de soins promotionnels, curatifs et préventifs dont, notamment, la prévention des risques éventuels de maladies ou d'accidents, ainsi que la garantie de services sanitaires d'un bon rapport coût-efficacité tendant à lutter contre les injustices sociales. A cet effet, en sa qualité de régulateur de l'action publique, le service public sanitaire intervient afin d'assurer l'accès aux soins à toute la population et de corriger les inégalités dans ce domaine. Ceci, à travers différents mécanismes, tels, l'assurance maladie, système de gratuité des soins ou de réduction de leur coût aux économiquement démunis, voire le financement direct des soins sous forme de subventions versées à des producteurs privés de soins ou des ONG dont la mission est d'aider les économiquement faibles.

Pour accomplir sa mission, le service public sanitaire dispose de structures et de moyens d'actions qui correspondent aux différentes formes de la puissance publique : réglementation, contrôle, planification, etc. On distingue à cet égard deux principaux niveaux d'intervention : (i) le Ministère de la Santé en sa qualité de premier responsable de la politique gouvernementale en matière de santé ; (ii) les structures d'appui, en l'occurrence les services de santé des forces armées royales, les départements ministériels et les services publics sanitaires locaux relevant des collectivités locales.

Le Ministère de la Santé est régi par le décret<sup>48</sup> relatif aux attributions et à l'organisation des services qui lui sont rattachés. A ce titre, le département à la charge d'élaborer et de mettre en œuvre la politique gouvernementale en matière de santé au bénéfice de l'ensemble de la population. Il en est ainsi le garant de la promotion du bien-être physique, mental et social des citoyens en liaison avec les autres départements concernés. Il échoit également à ce département la charge du contrôle des

---

<sup>48</sup> Décret n°2-94-285 du 17 jourmada II 1415 (21 novembre 1994) relatif à l'attribution et à l'organisation du Ministère de la Santé publique

professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques ainsi que la tutelle sur les établissements publics qui en dépendent.

L'organisation actuelle du Ministère de la Santé comprend, à l'instar de la plupart des départements, outre le cabinet du Ministre, une administration centrale composée de huit directions chargées de la conception et de la coordination de l'action sanitaire, dont l'une est dédiée à la réglementation et au contentieux ; et des services extérieurs.<sup>49</sup> Prolongement du service public sanitaire au niveau local, ces derniers sont constitués des délégations préfectorales et provinciales dont chacune est structurée, pour l'essentiel, en deux réseaux de couverture sanitaire : (i) Le réseau urbain et rural des établissements de soins de santé de base (dispensaires, centres de santé et équipes mobiles) qui sont le support des actions préventives ; (ii) le réseau hospitalier qui a pour unité de base l'hôpital public dont la fonction est de dispenser une panoplie d'actes de soins aux malades de toutes catégories d'âge souffrant d'affections diverses.

Outre la médecine officielle de l'Etat, l'organisation médicale au Maroc prévoit la médecine dite privée ou libre. Celle-ci s'adresse à toute la partie de la population susceptible de payer ses soins dans le secteur libéral ou le secteur collectif des mutuelles (CNOPS, CNSS...). La médecine privée est organisée par un arsenal législatif et réglementaire appuyé de règles éthiques et déontologiques destinés à faire respecter les principes de base de la profession libérale particulièrement ceux liés au secret professionnel, liberté de choix du praticien, liberté dans les modalités d'exercice de la profession et l'élaboration des honoraires.<sup>50</sup> Ces règles et principes sont édictés et contrôlés par des corporations professionnelles, en l'occurrence, les ordres de médecins<sup>51</sup>, chirurgiens dentistes<sup>52</sup>, pharmaciens<sup>53</sup> et sages femmes<sup>54</sup> dont l'organisation, les attributions, le financement et le régime juridique sont contenus dans les textes les constituant.

Il faut noter à cet égard que, compte tenu de la faible participation du secteur libéral à l'action de santé publique et eu égard aux moyens limités du secteur public, les structures d'action dont dispose le Ministère de la Santé n'ont qu'une influence limitée sur la préservation et l'amélioration de la santé de la population marocaine. En effet, étant marqué par l'absence d'une politique claire de partenariat secteur public et secteur privé, ce domaine laisse apparaître des obstacles qui entravent une communication et une collaboration efficace entre deux entités éminemment verticales. L'insuffisance de collaboration entre les deux secteurs a pour effet un dédoublement des efforts, un gaspillage de ressources et des démarches de part et d'autre souvent incohérentes.

---

<sup>49</sup> Décret op. Cite

<sup>50</sup> In Lhassane Bouziani, op.cit

<sup>51</sup> Dahir portant loi n° 1-84-44 du 21 mars 1984 relatif à l'ordre National des médecins, B.O n° 3725 du 21/3/1984

<sup>52</sup> Dahir portant loi n° 1-75-451 du 15 février 1977 relatif à l'ordre des chirurgiens dentistes, B.O n° 3364 du 20/4/1977

<sup>53</sup> Dahir portant loi n° 1-75-453 du 17 décembre 1976 instituant un ordre des pharmaciens, B.O n° 33351 du 19/1/1977

<sup>54</sup> Dahir du 21 février 1955 relatif à l'ordre des sages femmes, B.O n° 2214 du 1/4/1955

Cette insuffisance au niveau de la collaboration touche aussi l'organisation actuelle du Ministère. Compte tenu des expériences vécues, cette organisation montre certaines limites liées à la coordination des structures et la représentation au niveau local. L'hypertrophie de l'administration centrale (avec ses huit directions) face à l'atrophie de son prolongement au niveau provincial rend cette péréquation difficile à gérer non seulement entre les directions mais aussi entre les structures de la même direction. D'autant plus que celles-ci (coordination et représentativité) sont devenues sources de conflits de compétences entre le central et le périphérique et de gaspillage de moyens au moment où ces derniers deviennent de plus en plus rares.

## **B - CADRE REGLEMENTAIRE**

S'agissant de la législation actuelle régissant le secteur sanitaire, celle-ci laisse entrevoir un champ non négligeable de textes législatifs se rapportant directement ou indirectement à la santé. Parmi les textes recensés, dénombrés et classifiés en sections par les services concernés<sup>55</sup>, nous retenons deux sections de volume inégal et d'intérêt important étant donné l'impact de leur teneur juridique sur le développement du service public sanitaire et l'amélioration de la santé de la population. Il s'agit de la protection de la santé et de l'accès aux soins.

### **1. La protection de la santé**

Les textes relatifs à la protection de la santé sont prépondérants. L'analyse qualitative du contenu de ces textes dégage une double distinction selon que l'on s'attache à leur portée quant aux personnes qu'ils concernent ou à leur teneur juridique.

A cet égard, il convient d'indiquer que la majorité des textes à portée générale s'adressent à toute la population, le reste concerne des catégories particulières de personnes. Il s'agit des malades mentaux et de personnes auxquelles est accordée une protection sociale, tels, les aveugles et déficients visuels, personnes handicapées et enfants abandonnés.

Du point de vue teneur, on distingue, d'une part ; les textes ayant une incidence sanitaire : établissements insalubres, incommodes ou dangereux, exercice à titre privé de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie vétérinaires, répression des fraudes sur les marchandises et eau. D'autre part ; les textes à objet sanitaire qui se regroupent en trois rubriques : (i) l'hygiène publique et la prophylaxie des maladies infectieuses et transmissibles, (ii) les produits et objets utiles ou nuisibles à la santé tels les médicaments et substances vénéneuses, et mesures pour la protection des enfants du premier âge ; (iii) textes relatifs aux professions de santé dont certains concernent l'organisation des instances ordinales des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes. D'autres réglementent l'exercice des professions de médecin, de pharmacien, chirurgien-dentiste et herboriste, d'infirmier et d'opticien-lunetier.

---

<sup>55</sup> Cf. Ministère de la Santé, «Dossier thématique : droit à la Santé », Direction de la Réglementation, 2004

Parmi ces textes, il est opportun de signaler que la loi relative à l'exercice de la médecine<sup>56</sup> a rompu avec les règles d'exercice de la médecine que consignait le dahir de 1960. Parmi les innovations que cette loi a introduites on relève la réorganisation du contrôle de l'accès à la profession médicale et de son exercice en responsabilisant davantage l'ordre national des médecins.

De plus, cette loi dont le champ d'application se limite à l'exercice de la médecine à titre privé, a consacré et renforcé la valeur juridique de trois principes importants : indépendance professionnelle, libre choix du médecin par le malade et secret médical. Auparavant, ces principes ne figuraient que dans le code de déontologie médicale. Par ailleurs, cette loi a prévu de nombreuses règles applicables aux cliniques et établissements assimilés ainsi qu'aux cabinets médicaux. Intervenant en matière d'offre de soins, ces règles à connotation essentiellement normative versent dans le sens de la protection des patients fréquentant les établissements de santé privés.

## 2. L'accès aux soins

Les textes concernant cette section sont rares, bien que la dimension d'accès aux soins constitue le domaine le plus important mais aussi le plus controversé de l'action sanitaire. Les textes relevant de la section accès aux soins renferment principalement les dispositions réglementant l'accès aux établissements de santé publics (centres hospitaliers) et privés à but lucratif (cliniques et établissements assimilés et laboratoires d'analyses médicales) et non lucratif (ligue nationale de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, fondation Cheikh Zayed et œuvres sociales mutualistes).

L'accès aux soins étant tributaire de la condition économique et de la couverture financière, cette section inclut également les textes, relatifs à la sécurité sociale et à la mutualité, qui instituent l'obligation d'affiliation du personnel actif et retraité de l'Etat et des collectivités locales aux sociétés mutualistes. A cet égard, il faut mentionner le texte de loi portant code de la couverture médicale de base<sup>57</sup> qui non seulement constitue un instrument clé dans la réforme du financement de la santé au Maroc, mais reconnaît expressément le droit à la santé pour la première fois au Maroc, en termes plus explicites que ceux utilisés par la Loi suprême du pays. Dans son préambule, ce texte stipule : «...Concrétiser l'engagement de l'Etat, qui consacre le droit à la santé tel que prévu par les conventions internationales, la présente loi constitue le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale et consolide les droits acquis par les citoyens marocains bénéficiant d'une assurance maladie... ». Aussi, la concrétisation du droit à la santé par cette loi traduit-elle la détermination de l'Etat à promouvoir le secteur de la santé pour plus d'équité et d'égalité dans l'accès aux soins.

A ces textes, il faut ajouter ceux accordant *la gratuité des soins* à certaines catégories de personnes : résistants, malades indigents, étrangers sous réserve de réciprocité, pupilles de la nation et malades mentaux placés sous surveillance médicale.

---

<sup>56</sup> Dahir n°1.96.123 du 5 Rabi II 1417 (21 août 1996) portant promulgation de la Loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine

<sup>57</sup> Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulgué par le Dahir n° 1-02-296 du 25 Rajib 1423 (3 octobre 2002)

En outre, plus récemment, dans le cadre du programme de la maternité sans risque, c'est un arrêté du Ministère de la Santé qui a réitéré le bénéfice de ce principe au profit des femmes qui accouchent dans les maisons d'accouchement et les maternités hospitalières du Ministère, ceci inclut la dispensation d'un séjour obligatoire de trois jours d'observation dans ces structures.

Enfin et s'agissant de la fiscalité, la loi de finances 2001 a exonéré les actes médicaux et paramédicaux de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). A son tour, la loi de finances 2002 a étendu cette exonération aux prestations assurées par les cliniques et établissements assimilés ainsi que les laboratoires d'analyses médicales. Le but escompté par ces mesures fiscales est d'agir sur les prix des prestations dans le sens de la baisse et de favoriser, par voie de conséquence, l'accès aux soins au niveau du secteur privé.

Ainsi, eu égard de ce qui précède, le droit positif marocain contient une série de textes juridiques dont l'agencement révèle, jusqu'à un certain degré, l'intégration du droit à la santé dans la politique publique. Cependant, pour des raisons citées ci-après, le dispositif législatif qui compose ce droit demeure insuffisant, segmentaire et par conséquent inachevé. Il n'exprime pas une politique nationale de santé et ne reflète pas l'existence d'un système national de santé. Les normes juridiques, datant en majorité de la période coloniale ou copiant celles des pays dits avancés, ne correspondent pas toujours à la réalité du pays et demeurent pour la plupart inapplicables ou désuètes, voire inadaptées en ce sens qu'elles sont uniformes pour tous les établissements sanitaires de même type ou ne tiennent pas compte du lieu d'implantation. De plus, elles n'encadrent pas la totalité des structures sanitaires publiques et les actions menées par les pouvoirs publics en faveur de la population. C'est en tout cas ce qui résulte du rapprochement de ce dispositif avec des domaines clés de l'action sanitaire curative et préventive. En l'occurrence et d'une part, des structures publiques du réseau hospitalier et celles du réseau ambulatoire des soins de santé de base ; et d'autre part, des programmes sanitaires préventifs et de soins de santé de base que le Ministère met en œuvre pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population, notamment la plus défavorisée.

Les réformes juridiques engagées depuis l'indépendance ont été non seulement timides et sectorielles mais souvent inadaptées au contexte économique et social. Les retouches opérées n'ont pas pu résoudre les aspects négatifs du système de santé, particulièrement les disparités entre les régions d'un côté, le milieu urbain et rural de l'autre. A titre d'exemple, le problème de la carte sanitaire en tant que support d'optimisation des ressources et facteur d'harmonisation d'offre de soins et des principales composantes publiques et privées du système de santé n'a pas vu le jour et son problème demeure le parent pauvre de toutes les réformes engagées.

Par ailleurs, l'édification de la législation sanitaire est monopolisée par l'administration publique, le rôle du secteur privé dans ce domaine est quasi-absent. Ce monopole est accentué par un « centralisme administratif » de la gouvernance du système de santé que ce soit dans ce domaine ou celui de la planification des programmes d'action sanitaire.

## C - POLITIQUES PUBLIQUES

Les programmes d'action sanitaire des gouvernements qui se sont succédés depuis l'indépendance et les mesures prises pour leur mise en œuvre témoignent de la détermination à concrétiser une volonté de réforme visant le développement humain durable. La mise en œuvre de ces programmes se reflète dans les différents plans successifs de développement économique et social que le Ministère de la santé a adoptés de l'indépendance à nos jours.

Il importe de souligner à cet égard que l'action sanitaire est demeurée intégrée, globale et continue à travers les différents plans qui ont eu le mérite de la consigner en politique nationale de santé. Les orientations qui en découlaient ont touché un grand nombre de domaines d'activités liés directement ou indirectement au droit de la population de jouir de sa santé.

Dans ce processus, les autorités sanitaires ont constamment tenté d'adapter l'action sanitaire au contexte socio-économique du pays. Ainsi, durant la décennie qui a suivi l'indépendance et durant laquelle le Maroc devait faire face au vide laissé par le départ massif des cadres étrangers, les efforts ont été orientés vers la formation du personnel nécessaire au fonctionnement de l'administration en général et des établissements sanitaires en particulier. Ensuite, durant les années soixante-dix où les assises d'un système de santé « mixte » (public et privé) devaient être établies, l'action sanitaire s'est orientée vers les grandes réalisations et les investissements dans le secteur médical et pharmaceutique. Enfin et à partir de la décennie quatre-vingt où les pouvoirs publics devaient faire face à la crise financière qui a affecté les services publics à caractère social en général et sanitaire en particulier, les efforts se sont orientés vers la réduction des difficultés d'accès des populations défavorisées aux soins et services de santé, en intégrant dans les plans successifs, en appui aux actions programmées, l'approche des soins de santé primaires comme l'une des stratégies directrices de l'instauration de la santé pour tous et les principes de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Les principales actions ont consisté, entre autres, en l'intégration de la planification familiale dans les programmes sanitaires, l'incitation des ménages à l'amélioration de leur état de santé, l'appel quasi-constant des collectivités à la participation aux actions de santé, l'extension de la sécurité sociale et la mise en place de la couverture médicale dans le cadre de la réforme du financement.

En outre, la démarche de planification par objectifs et par programme, entamée avec le plan quinquennal 1981-1985, en a été la pleine formulation du processus d'élaboration des plans de santé. Au fil des années, cette démarche a évolué pour aboutir au mode de planification basée sur les résultats qui marque l'actuel Plan stratégique 2008 -2012 (voir infra). Avec ce plan, la planification sanitaire est passée d'une logique d'efficacité à une logique d'efficience.

Cependant, il faut souligner qu'à l'instar des plans des pays en développement, la planification sanitaire marocaine semble se caractériser par l'absence d'une doctrine sanitaire et d'une volonté politique de se procurer les moyens et d'appliquer les décisions prises. En témoignent les niveaux



d'atteinte des objectifs de ces plans dont la réalisation a presque toujours été en deçà des ambitions et des objectifs de départ. L'accumulation des retards et le rattrapage des insuffisances en étaient la règle et le lot de chaque plan.

Ce qui a dévié ces plans de leurs cibles est probablement ce souci permanent de maintenir les équilibres budgétaires dans un contexte déjà déficient qui hantait le planificateur au moment de l'élaboration du plan et le gestionnaire lors de son exécution.

Ce qui a aussi manqué dans ce processus de planification est la marginalisation de la population lors de l'élaboration des plans. Le contexte budgétaire ne le permettant pas, le planificateur ne voyait pas l'utilité d'une telle participation. Du moins, jusqu'au Plan actuel où les orientations sanitaires pour la période 2008-2012 ont été présentées et discutées dans un colloque national « Ensemble pour le droit à la santé »<sup>58</sup> en présence d'une frange importante de professionnels de santé, toutes catégories confondues, de média, ONG et représentants de la population.

### **Les orientations du plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012**

S'appuyant essentiellement sur le renforcement de la décentralisation et de la réforme du système de santé y compris sa gouvernance, ainsi qu'une politique sanitaire basée sur le partenariat et la proximité,<sup>59</sup> les orientations de ce plan s'articulent autour de quatre fonctions correspondant à quatre axes stratégiques d'intervention :

- La première fonction est relative à la séparation entre la prestation et le financement des services de santé. Pour cette première orientation stratégique, le plan préconise l'introduction de nouveaux mécanismes de financement, notamment l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux Personnes Economiquement Démunies (RAMED)
- La décentralisation et la régionalisation, deuxième fonction du système de santé et deuxième axe stratégique du plan, préconisent l'institution des directions régionales et le transfert aux autorités régionales les pouvoirs requis pour faciliter l'accès de la population aux services de santé à travers l'ensemble du territoire marocain.
- La troisième fonction concerne la mobilisation d'un financement suffisant et équitable. Différentes voies de financement sont à cet égard prévues pour augmenter le budget du Ministère de la Santé, à savoir : (i) au delà de 2020, extension de l'AMO aux professions libérales et aux indépendants, ce qui est sensé faire passer le niveau actuel de couverture de 30% à 48% ; (ii) renforcement du partenariat avec les collectivités locales et les ONG pour mobiliser les ressources pour la santé ; (iii) réduction des coûts des biens médicaux et des soins par la

---

<sup>58</sup> Colloque organisé le 28 février 2008 à Rabat, sous la présidence de Madame la Ministre de la Santé



mise en place d'une politique ambitieuse du médicament générique ; (iv) l'adoption de la loi sur la carte sanitaire.

- Le quatrième axe du plan se rapporte à l'instauration de la bonne gouvernance du système national de santé. Il est prévu que ce mécanisme d'administration du système s'oriente vers des options qui découlent directement des constats et des dysfonctionnements relevés lors de diagnostic et analyse de l'état de santé de la population et du système de gouvernance mis en place pour la protection du droit à la santé de la population.

Par ailleurs, conscient des enjeux définis dans la Déclaration du millénaire pour le développement, le planificateur consacre dans le plan l'engagement du Maroc à l'égard des OMD. Cet engagement se manifeste à travers la prévision et le développement d'actions concrètes destinées non seulement à promouvoir les huit objectifs de la déclaration mais aussi à poursuivre et soutenir les trois objectifs directement liés à la santé, à savoir : (i) réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans, (ii) améliorer la santé de la mère en réduisant de trois quart la mortalité maternelle, (iii) combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies en inversant les tendances actuelles.

Dans ce cadre, le plan prévoit de réduire, à l'orée de 2012 : (i) le taux de mortalité maternelle de 227 à 50 pour 100 000 naissances vivantes, (ii) le taux de mortalité infantile de 40 à 15 pour 1000 naissances vivantes, (iii) la charge de morbidité liées aux maladies transmissibles, en particulier, l'incidence de la tuberculose toutes formes à 65 nouveaux cas pour 100 000 habitants et la tuberculose pulmonaire à microscopie positive à 30 nouveaux cas pour 100 000 habitants ; et enfin maintenir l'incidence annuelle du paludisme autochtone à 0 cas.

## **II. LE DROIT A LA SANTE AU REGARD DU P.I. RELATIF AUX DESC ET DES OMD**

Il s'agit dans ce chapitre d'analyser l'état de santé de la population qui prévaut dans le contexte sanitaire actuel et de vérifier, d'un côté, dans quelle mesure les critères (retenus comme éléments d'analyse des DESC) de disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité de soins et services sont pris en compte dans l'opérationnalisation de l'action sanitaire, de l'autre côté, à quel degré les cibles des OMD sont atteintes. Ceci à travers ; d'une part, la mise en évidence des acquis de la politique sanitaire en matière de santé et l'identification des insuffisances et/ou dysfonctionnements qui entravent le développement du secteur; et d'autre part, l'état actuel de progression des cibles des OMD vers les objectifs assignés à l'horizon de 2015, y inclus les défis à relever et les perspectives du développement du secteur.

### **A- LES ACQUIS À CONSOLIDER**

Depuis l'indépendance, les autorités sanitaires se sont inlassablement investies pour améliorer la santé du citoyen marocain. Les politiques adoptées et qui se sont continuellement adaptées aux besoins évolutifs de la population, se sont soldées par des progrès qui ont eu un impact positif

incontestable sur la santé de la population en général et de la mère et de l'enfant en particulier. Les progrès réalisés et à consolider se révèlent à travers une batterie d'indicateurs de santé et de services dont les principaux sont présentés ci-après.

### **1. La réduction de la fécondité**

Le recul de l'âge du mariage des femmes (actuellement de 29,4 ans) et le recours aux moyens de contraception (passé d'un niveau insignifiant durant les années 1960 à plus de 63% en 2004<sup>60</sup>), sont les deux phénomènes qui ont permis de réduire la fécondité à 2.5 enfants par femme en 2004 au lieu de 7 enfants par femme en 1962. La réduction a été plus accentuée en milieu urbain mais plus lente en milieu rural.

La baisse de la fécondité a eu comme conséquence une maîtrise du taux d'accroissement démographique qui a évolué de 2.7% en 1964 à 1.4% en 2004, et une augmentation nette de l'espérance de vie à la naissance qui est actuellement de 72ans.<sup>61</sup>

### **2. La mortalité infanto-juvénile et maternelle**

De manière générale, les niveaux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) et de mortalité maternelle ont été réduits de façon significative mais demeurent relativement élevés par rapport aux niveaux enregistrés dans des pays comparables (infra) :

- Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une baisse rapide et régulière depuis le début des années quatre-vingts. Largement influencé par la mortalité infantile (moins d'un an), ce taux est passé, entre 1980 et 2004, de 138‰ à 47‰. Le taux de mortalité infantile a régressé de 51%, passant, durant la même période, de 91‰<sup>62</sup> à 40‰<sup>63</sup>.

La mortalité infantile est elle-même fortement influencée par la mortalité néonatale qui intervient durant le premier mois de la vie au moment où l'enfant est des plus fragiles. Cette dernière se situe à hauteur de 27 ‰ au lieu de 54 ‰ entre 1992-1996.

- Quant au taux de mortalité maternelle, il est passé de 332 à 227 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes<sup>64</sup>, entre 1987 et 2004. Mais cette diminution reste peu significative, elle ne reflète pas l'avancée qu'a connue le système national de santé en matière d'extension de la couverture sanitaire.

Le développement des programmes de santé maternelle et infantile a certainement contribué à infléchir les niveaux de mortalité bien que ces derniers restent, malgré tout, élevés. Ceci incite à consolider les résultats obtenus et à réadapter les stratégies suivies jusqu'à maintenant pour réduire

---

<sup>60</sup> Ministère de la Santé Publique, ORC Macro et Programme Arabe pour la promotion de l'enfance, «Enquête sur la population et la Santé familiale (EPSF), 2003-2004 », Mars 2005.

<sup>61</sup> Id., 12

<sup>62</sup> Ministère de la Santé Publique et Institute for Resource development / Westinghouse DHS, « Enquête Nationale de Fécondité et sur la Planification familiale au Maroc (ENFPF), 1980

<sup>63</sup> cit. 12

<sup>64</sup> op cit., 12

davantage les taux de mortalité actuels, au moins à des niveaux qui approchent ou égalent ceux des pays de même niveau économique et social.

### **3. La morbidité globale**

L'incidence des maladies transmissibles a été fortement réduite avec des perspectives d'éradication ou d'élimination pour certaines d'entre elles.

Depuis plus de deux décennies, des stratégies conformes au contexte épidémiologique spécifique à chaque maladie ont été élaborées et mises en œuvre pour les principaux programmes prioritaires. Les interventions menées à ce jour dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles ont eu pour effet<sup>65</sup> :

- Un meilleur contrôle des maladies épidémiques et une tendance à la diminution de la mortalité qui leur est attribuée grâce à l'adoption au début des années 90 d'une stratégie basée sur la détection précoce, la déclaration obligatoire et la riposte rapide en cas d'épidémies ;
- La perspective à terme de l'éradication ou l'élimination d'un certain nombre de maladies dont celles de l'enfant (poliomyélite, diphtérie, tétanos néonatal, rougeole) et parasitaires (paludisme et bilharziose en particulier) en plus de l'amélioration de la situation des ophtalmies transmissibles surtout celles relatives au trachome.
- Le contrôle de l'endémie tuberculeuse grâce à la décentralisation de la prise en charge et son intégration dans le réseau des soins de santé de base (infra)
- L'enregistrement d'importants acquis en matière de lutte contre les IST/SIDA grâce à la surveillance épidémiologique, la prévention, la prise en charge des malades et à l'implication de la société civile et des autres départements sociaux (infra).

Par ailleurs, il y a lieu de signaler l'élaboration de plans d'actions nationaux spécifiques pour la prévention et la lutte contre les pandémies grippales, dont la grippe aviaire (2005) et plus récemment la grippe porcine (H1N1) (2009). Par exemple, pour la préparation de la riposte à la pandémie H1N1, un manuel de procédures pour les professionnels de santé et des supports d'information et de sensibilisation de la population furent élaborés au même titre que l'acquisition d'un stock stratégique en antiviraux pour le traitement de la grippe et en vaccins pour l'immunisation des personnes à risque. Dans le même élan, le Ministère a mis en place à l'Institut Pasteur de Casablanca un laboratoire performant servant au diagnostic de la grippe porcine.

Cela dit, la charge globale de morbidité dans notre pays reste dominée par les maladies transmissibles et la morbidité maternelle et périnatale, ainsi que par l'émergence progressive des

---

<sup>65</sup> Ministère de la Santé, « Politique de santé : acquis, défis et objectifs. Plan d'action 2005 - 2007

maladies non transmissibles (tumeurs; maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires; maladies de l'appareil circulatoire...).

#### **4. L'offre de soins**

Globalement, l'offre de soins a connu une évolution positive mais beaucoup d'iniquités persistent. A cet égard et depuis l'indépendance, un important effort a été consenti par l'Etat pour étendre la couverture sanitaire à l'ensemble du territoire en construisant et en réhabilitant ou reconstruisant un certain nombre d'établissements de soins existants. Le même effort a été entrepris pour améliorer l'encadrement du système par les ressources humaines requises pour les prestations de soins et les activités de promotion, de prévention et de lutte contre les maladies.

##### **a) L'offre publique**

Elle concerne les deux principaux réseaux d'offre de soins et services : le Réseau des établissements de soins de santé de base «ESSB» dit ambulatoire et le réseau hospitalier

##### **Réseau des ESSB**

L'offre de soins du secteur public a connu un développement appréciable, particulièrement au niveau du réseau des ESSB qui constitue la porte d'entrée au système de santé. Leur nombre est passé de 1653 en 1990 à 2578 en 2006, soit une progression de 56%. La desserte habitants par ESSB s'est fortement améliorée, passant d'un ESSB pour 14 600 en 1990 à 1 ESSB pour 12000 habitants en 2006 enregistrant une hausse de 18%. Dans le milieu rural, pour la même période, la desserte est passée d'un ESSB pour 10 000 habitants en 1990 à 1 pour 7 200 en 2006, soit une amélioration de 28,7%. Toutefois, des inégalités interrégionales et interprovinciales persistent au niveau rural où l'écart avec le ratio national reste relativement élevé<sup>66</sup>.

Des déséquilibres de couverture entre les provinces se sont accentués avec le ciblage fait par des projets financés en faveur des provinces les plus démunies. Malheureusement, les ESSB construits dans ce cadre restent souvent fermés par défaut de ressources humaines. Même lorsqu'ils sont ouverts, ils restent très peu fréquentés faute de disponibilité des produits essentiels de soins (notamment les médicaments), en raison des crédits dérisoires alloués, dans ce cadre, au niveau du budget de fonctionnement.

Malgré tout, ces établissements qui jouent un rôle très important dans la dispensation des soins ambulatoires de base, ont réalisé plus de 16 millions de consultations médicales au cours de l'année 2005. Une amélioration non négligeable comparativement aux taux antérieurs.

##### **Réseau hospitalier**

En 2006, le réseau des hôpitaux publics compte 122 établissements hospitaliers totalisant une capacité de 26 452 lits. Le secteur public continue à dominer l'offre hospitalière disponible avec 79%

---

<sup>66</sup> - Santé en chiffres 2007 - Plan 2008- 2012, op. cit.

de la capacité litrière totale qui est de 33.6600 lits (secteurs public et privé à but lucratif et à but non lucratif compris)<sup>67</sup>.

En général, les activités des hôpitaux ont connu une nette augmentation au niveau de toutes les spécialités. A titre d'exemple, durant la période 2003-2005, le nombre de patients admis au niveau de ces établissements a dépassé le seuil de 2,5 millions d'admissions. De même, au cours de la même période, près de 745 mille accouchements ont été enregistrés, ainsi que 800 mille interventions chirurgicales avec une moyenne de 160 interventions chirurgicale par chirurgien<sup>68</sup>.

Par ailleurs, il importe de souligner que dans le cadre de la réforme hospitalière, le Ministère de la Santé procède à la mise à niveau des hôpitaux, les rénove et les équipe ou même en construit de nouveaux (sachant que 50% des hôpitaux ont plus de 30 ans et 60% des équipements de radiologie ont plus de 15 ans) en donnant la priorité aux hôpitaux locaux qui offrent des services et soins de santé de proximité et en accordant plus d'importance aux maternités hospitalières.

En fait, dans le cadre de la réforme du système de santé, le réseau hospitalier a bénéficié d'une attention particulière pour répondre au mieux aux besoins de la population en matière de diagnostic et de traitement. Ainsi, en plus de la rénovation du patrimoine hospitalier et de la mise en place de nouveaux centres hospitaliers universitaires (Marrakech, Fès et Oujda), le réseau hospitalier s'est enrichi de la réalisation de pôles d'excellence à savoir, la création de centres d'ophtalmologie pédiatrique (Salé et Casablanca), centres des brûlés (Rabat et Agadir), le centre national de lutte contre la douleur à Rabat et le centre national d'hémato-oncologie pédiatrique à Rabat ainsi que l'implantation/extension des services de psychiatrie ou de santé mentale (Casa El Fida-Derb Sultan, Ain Sebaa-Hay Mohammadi, Nador, Béni Mellal, Laâyoune, Taza, Errachidia, Chefchaouen et Sidi Kacem), soit une moyenne de 100 nouveaux lits par an

De même et dans le cadre du renforcement du dispositif du Ministère de la Santé en matière de prise en charge du cancer, et sous l'impulsion de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, le centre d'oncologie d'Oujda a été mis en fonction (2006). Deux autres centres d'oncologie sont en cours de construction à Al Hoceima et à Casablanca avec un financement du Ministère de la Santé, de l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer, de la Fondation Mohammed V de solidarité, de l'Agence de développement des provinces du Nord et des Conseils Régionaux et locaux concernés.

Les équipements des établissements hospitaliers ont connu aussi un intérêt particulier du département. Ainsi ce dernier a procédé à la mise à niveau du plateau technique de 40 hôpitaux (équipements des urgences, bloc opératoire, radiologie et laboratoire) ainsi que des scanners et appareils d'Imagerie à Résonance Magnétique (IRM) au niveau des 4 Centres Hospitaliers Universitaires. Le Ministère s'est de même impliqué dans les opérations visant à développer les capacités de l'Institut National d'Hygiène dans les domaines de la recherche et de la coopération.

---

<sup>67</sup> Id., 23

<sup>68</sup> « Bilan 2003 - 2006 », op. cit.

En application de la déclaration gouvernementale concernant la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale, 52 centres d'hémodialyse ont été créés dans le cadre d'une nouvelle approche visant à mettre en place 250 appareils d'hémodialyse avec l'ensemble des produits médicaux nécessaires, maintenir ces appareils et former les personnes qui s'en occupent. Cette opération a été menée en vertu, d'une part d'un contrat-cadre de cinq ans et d'autre part dans le cadre de partenariat avec les ONG.

Enfin, dans le domaine de la réhabilitation des personnes handicapées, 27 antennes de rééducation et 16 ateliers d'appareillage ont été équipés durant la période 2003-2006.

### **b) L'offre privée**

Le secteur privé englobe tous les cabinets de consultation, de diagnostic ou de soins exerçant sous un régime libéral. Ce secteur s'est bien développé au cours des vingt dernières années, mais reste davantage localisé dans les grandes agglomérations urbaines et dans quelques petites villes et centres de moyenne importance et très rarement dans le milieu rural. Les données relatives à la desserte par les composantes de l'offre de soins privée se présentent comme suit (tableau n° 2) :

**Tableau 2 : Situation de l'offre de soins du secteur privé, 1997 - 2006**

<b>Année</b>	<b>Habitants cabinet de radiologie</b>	<b>Habitants laboratoire médical</b>	<b>Habitants par cabinet de consultation</b>	<b>Habitants pharmacie</b>	<b>Habitants par cabinet chirurgien dentiste</b>
<b>1997</b>	326 545	138 991	7822	10 554	27 022
<b>2006</b>	188 610	95 477	5344	6151	13 627

Source : Ministère de la Santé - DPRF

Il importe de souligner que, de manière générale, l'offre globale publique et privée est marquée par une faible complémentarité entre les deux secteurs. Cette offre n'a pas permis d'établir l'équilibre entre les différentes régions et encore moins entre les différentes provinces en matière de services de santé de base.

### **5. Ressources humaines en santé**

L'accès aux services de santé ne peut être assuré que si les besoins en matière d'encadrement humain sont couverts. Or, les problèmes qui pèsent lourdement sur les responsables sanitaires sont justement la formation et la répartition rationnelle des cadres en tenant compte à la fois des milieux urbain et rural et des spécificités de chaque région (démographie, contexte socioculturel, voies d'accès, etc.)

#### **Sur le plan quantitatif**

Malgré les difficultés, le niveau de desserte en 2006 par les médecins de l'ensemble des secteurs est de un médecin pour 1925 habitants contre 3873 en 1990 et 9017 en 1980 (tableau n° 3).

**Tableau 3 : Evolution des effectifs médicaux dans les secteurs public et privé (1960-2006)**

Année	Population	Secteur public		Secteur privé		Ensemble secteurs	Habitants médecin	Densité 10.000 Habitants
		Nbre médecins	%	Nbre médecins	%			
1960	11.637.00	431	44	548	56	979	11 887	0,7
1980	19.332.00	1 267	59,1	877	40,9	2 144	9 017	1,1
2000	28.705000	7 233	52,2	6 620	47,8	13 853	2 072	4,8
2005	30.204000	9268	56,8	7039	43,2	16 307	1 845	5,2

Source : Ministère de la Santé, DPRF

En matière d'encadrement médical, des efforts louables ont été déployés : le nombre de médecins des deux secteurs, public et privé, n'a cessé de croître depuis l'indépendance du pays. De 979 médecins en 1960, ce chiffre a dépassé les 2 144 en 1980 pour se situer à 16 297 en 2005.

En 2005, le secteur privé représente 43% des effectifs (7039) dont 85,3% de spécialistes. Six spécialités totalisent 52,3% de médecins : gynécologie obstétrique, chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, cardiologie et radiologie. Ces mêmes spécialités sont toutes concentrées à plus de 50% de l'effectif total de la spécialité dans deux régions, celles du Grand Casablanca et de Rabat-Salé Zemmour-Zaër.

En ce qui concerne le personnel paramédical tous secteurs confondus, son effectif en 2005 est de 26 282. La desserte est de un paramédical pour 1149 habitants.

Pour ce qui est des pharmaciens, le nombre pour les deux secteurs est de plus de 8000 en 2005 soit un pharmacien pour 3776 habitants. Il y a lieu de mentionner que la majorité des pharmaciens est installée dans le secteur privé avec également une forte concentration sur l'axe casa-Rabat. Quant au nombre de chirurgiens dentistes, il est pour les deux secteurs de 2 800 soit un chirurgien dentiste pour 10 500 habitants. La quasi-totalité de cet effectif exerce dans le secteur privé.

La comparaison des densités enregistrées par type de professionnels de santé par habitant avec certains pays européens et méditerranéens laisse apparaître, pour le Maroc, des taux relativement bas et ce pour tous les profils (tableau n° 4).

**Tableau 4 : Comparaison des densités des principaux profils de professionnels de santé entre le Maroc et quelques pays européens et méditerranéens (pour 10 000 habitants)**

Pays	Médecins		Infirmiers * et Sages-femmes *		Chirurgiens dentistes		Pharmaciens	
	Densité	Année	Densité	Année	Densité	Année	Densité	Année



Maroc	5	2002	9	2002	1	2002	1,8	2002
Iran	11,9	2001	16,1	2001	2,1	2001	1,7	2001
Tunisie	9	2003	36,4	2003	1,6	2003	2,3	2003
France	30,3	1997	49,7	1996	6,7	1996	10,0	1997
Italie	55,4	1997	29,6	1989	6,4	1997	10,2	1996
<b>Egypte</b>	22,2	2003	<b>26,5</b>	<b>2003</b>	<b>3,0</b>	<b>2003</b>	9,5	<b>2003</b>

\* infirmiers diplômés et auxiliaires.

\*\* Sages -femmes et infirmières accoucheuse du secteur public.

Par ailleurs, 5506 postes budgétaires ont été utilisés au titre des années 2003 à 2006. Ce qui a permis au Ministère de recruter 1054 médecins généralistes, 2426 infirmiers, 50 pharmaciens, 25 chirurgiens dentistes, 134 assistants médicaux, 133 ingénieurs, 51 cadres administratifs et 112 techniciens ainsi que l'intégration de 1521 médecins résidents. Ceci a permis d'ouvrir 276 établissements de santé qui étaient fermés faute de ressources humaines, deux centres d'oncologie à Agadir et à Oujda et 11 hôpitaux locaux.<sup>69</sup>

Dans le cadre du dialogue social, le Ministère de la Santé, avec l'appui du Gouvernement, est parvenu à répondre aux revendications des syndicats à la quête d'une amélioration de la situation matérielle et morale des professionnels de santé.

### **Concernant la formation des professionnels de santé**

En général, le Ministère a acquis une certaine autonomie au niveau national dans la formation des professionnels de santé, profils et spécialités confondus.

Ainsi, le développement des capacités nationales de formation des médecins à partir de 1962 a permis de pourvoir le système en médecins généralistes et spécialistes, en pharmaciens et chirurgiens dentistes. La formation médicale, concentrée jusqu'en 1995 sur les seules villes de Rabat et Casablanca s'est renforcée par la mise en fonction de trois facultés supplémentaires à Fès, Marrakech et Oujda. Dans ce cadre, le numerus clausus des quatre facultés de médecine en matière de formation (Casablanca, Rabat, Fès et Marrakech) est relevé à 3300 médecins à l'horizon de 2020.

Quant au système de formation du personnel paramédical du Ministère de la Santé, il est l'un des systèmes de formation les plus anciens du Maroc. Le système des études paramédicales a connu plusieurs réformes depuis l'indépendance pour adapter le produit formé aux priorités sanitaires du pays. La dernière réforme remonte à 1993 avec pour objectif de doter le système, tant au niveau des secteurs public que privé, en personnel infirmiers et techniciens qualifiés et compétents. Les structures actuelles de formation sont au nombre de 21 avec une capacité d'accueil de l'ordre de 1700 étudiants.

Durant la période 2003-2006 un effectif de 5294 lauréats ont été formés, la capacité de formation est ainsi passée de 665 lauréats en 2002 à 1735 en 2006, soit une progression de 160%. En outre, de

<sup>69</sup> « Bilan 2003 - 2006 », op. cité



nouvelles sections ont été créés en matière de formation de base, et ce, pour satisfaire les besoins dans certaines spécialités comme la psychomotricité, la greffe d'organes artificiels, la formation de techniciens ambulanciers en vue de renforcer le système d'urgence pré-hospitalière (SAMU), et la formation de techniciens spécialisés en maintenance biomédicale.

La formation continue a connu également un développement considérable grâce à la mise en place d'un plan de formation continue au niveau central, régional et provincial. En effet, et afin d'améliorer la qualité des services et en faire bénéficier l'ensemble des professionnels de la santé, le département a doté 24 unités de formation continue en moyens audio-visuels tout en généralisant le système informatique à toutes les préfectures et provinces. Plusieurs sessions de formation relatives à des domaines de santé ont été ainsi organisées au profit des cadres régionaux et provinciaux et certains cadres étrangers originaires des pays africains francophones.

En conclusion, l'accroissement du nombre de professionnels de santé formés par l'ensemble de ces institutions, y compris ceux qui sont formés à l'étranger et dans les écoles privées nationales, a permis de renforcer l'encadrement médical et paramédical du pays sans toutefois arriver à des ratios comparables à ceux des pays avec un niveau de développement socio-économique similaire à celui du Maroc, ni au ratio préconisé récemment par l'OMS comme norme de couverture minima d'un système de santé qui est de 2,5 prestations de soins pour mille habitants<sup>70</sup>. Dans notre pays, ce ratio se situe à 1,9 pour l'ensemble des secteurs et de 1,14 pour le secteur public.

## **6. La sécurité sanitaire**

La sécurité sanitaire repose sur un triptyque composé de l'évaluation *a priori* de l'innocuité du produit avant qu'il ne soit mis à la disposition du citoyen, du contrôle *a posteriori* de l'innocuité du produit une fois entré en contact avec l'Homme et de l'intervention des autorités pour mettre fin au préjudice dès que le risque pour la santé publique est identifié.

### ***Veille sanitaire***

La veille sanitaire consiste à assurer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population et de détecter tout événement susceptible de l'altérer. Elle repose sur toutes les informations et données produites par le dispositif national de surveillance épidémiologique, des laboratoires et instituts nationaux ainsi que de tous les établissements de soins du pays. De même que la veille sanitaire s'appuie sur toutes les informations épidémiologiques à caractère régional et international dont elle évalue le risque sanitaire sur le plan national.

### ***Sécurité transfusionnelle***

La transfusion sanguine est l'une des activités les plus sensibles dans un système de santé, en raison de la nature des produits utilisés. De ce fait, les pouvoirs sanitaires sont soumis à des impératifs d'ordre éthique pour protéger la personne humaine et à des impératifs d'ordre professionnel pour introduire les techniques les plus appropriées garantes de la qualité et de la sécurité du produit.

---

<sup>70</sup>In Plan 2008-2012, op. Cite.

Aussi, le Ministère de la Santé a toujours veillé à ce que les activités de transfusion sanguine se déroulent dans le respect des normes de sécurité et d'éthique internationales élaborées notamment par l'OMS et par la Société Internationale de Transfusion Sanguine.

Partant de ce souci permanent, le Maroc s'est doté d'un dispositif juridique d'avant-garde pour garantir l'exercice de cette activité dans des conditions optimales de sécurité<sup>71</sup>. Ce dispositif revêt une importance particulière puisqu'il a permis à notre pays de renforcer la sécurité transfusionnelle par l'institution du comité transfusionnel et l'instauration des règles d'hémo-vigilance.

### ***Protection contre les rayonnements ionisants***

L'utilisation de plus en plus accrue des rayonnements ionisants dans divers secteurs économiques: médecine, industrie, enseignement, recherche scientifique, agriculture, hydrologie, etc. avait poussé le Ministère de la Santé à créer le Centre National de Radioprotection qui est devenu l'autorité réglementaire nationale chargée du contrôle de toutes les pratiques impliquant l'utilisation des sources de rayonnements ionisants, de la prévention contre les méfaits de ces rayonnements et du développement des moyens nécessaires pour limiter l'impact éventuel sur les travailleurs, la population et l'environnement. Tous ces aspects de contrôle ont été consacrés par la loi n° 005-71 du 12 octobre 1971 relative à la protection contre les rayonnements ionisants ainsi que ses décrets d'application.

## **7. La politique du médicament**

Dans le cadre de la politique du médicament, et compte tenu de l'engagement du gouvernement à rendre accessible ce produit extrêmement important pour les soins et à rationaliser son utilisation, le Ministère de la Santé a déployé d'importants d'efforts pour développer une industrie pharmaceutique nationale performante assurant une bonne couverture des besoins du marché national.<sup>72</sup> Dans ce cadre et depuis le début des années 1990, d'importants investissements ont été réalisés pour satisfaire à la fois la demande du marché national en médicaments et les exigences de qualité dictées aussi bien par l'Administration que par les maisons mères ou par les titulaires de licence.

---

<sup>71</sup> Loi n°23-04 complétant la loi n°03-94 relative au don, au prélèvement et à l'utilisation du sang humain (BO n° 5480 du 5/12/2005).

- Ministère de la Santé, Commission médicament : « Projet de politique pharmaceutique nationale : état des lieux et recommandations prioritaires – Eléments de synthèse », mars 2008.

Ministère de la Santé, « Rapport de la commission chargée d'élaborer une nouvelle stratégie d'approvisionnement des établissements de santé en médicaments et en consommables médicaux », février 2008.

- Ministère de la Santé « Bilan 2003-2006 et perspectives de l'action gouvernementale dans le domaine de la santé », Février 2007

L'industrie pharmaceutique nationale est actuellement constituée de 35 unités dont 4 spécialisées dans les solutés et produits pour hémodialyse. Cette industrie met actuellement à la disposition du citoyen marocain près de 5000 produits dont 70% sont fabriqués localement. La production nationale est absorbée à 80% par le marché privé, 10% par le public et 10% pour l'exportation, vers des pays européens, arabes, asiatiques ou encore africains. Le secteur de la distribution et le réseau des officines quant à eux couvrent l'ensemble des zones urbaines mais peu de zones rurales.

En outre, s'agissant de l'approvisionnement en médicaments, le Ministère a adopté un certain nombre de mesures notamment la centralisation des commandes et des achats, pour assurer la pérennisation de la qualité et la disponibilité des médicaments dans les établissements de santé. Dans le même sens, le Ministère de la Santé poursuit sa politique de mise en place des dépôts régionaux de médicaments afin de contribuer à mettre en œuvre la déconcentration des achats de ces produits.

De même, des efforts louables ont été entrepris à différents niveaux de la logistique d'approvisionnement des médicaments du secteur public afin de rationaliser la gestion du médicament. Ils ont porté sur la révision et l'actualisation de la nomenclature des médicaments, de l'élaboration des commandes, du regroupement d'achats et de l'utilisation du marché cadre. Le renforcement de l'encadrement des pharmacies provinciales et hospitalières par des pharmaciens a également contribué à cette amélioration.

Par ailleurs, la promulgation de la Loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie a comblé les vides juridiques qui existaient dans ce domaine sous l'empire de la Loi de 1960. Le nouveau code offre les outils d'un meilleur encadrement du secteur du médicament et de la pharmacie dans toutes ses formes d'application.

Malgré le développement de ce secteur, des défis persistent à cause d'un certain nombre de dysfonctionnements qui seront abordés plus bas. Ils sont en lien avec l'accès de la population au médicament, la promotion des médicaments génériques, le renforcement du contrôle de qualité et l'utilisation et la mise en place d'institutions de surveillance et de vigilance.

## **B - INIQUITES ET DYSFONCTIONNEMENTS**

Il s'agit d'insuffisances majeures qui entravent le développement du secteur et ralentissent l'amélioration de l'état de santé, et par conséquent compromettent la pleine jouissance du droit à la santé. Ils peuvent se résumer comme suit :

## 1. Iniquités spatiales

Elles concernent, en premier lieu, l'état de santé de la population entre les milieux de résidence, les régions et les niveaux socio-économiques. Celles-ci se manifestent principalement à travers les indicateurs de base de santé, à savoir, l'espérance de vie à la naissance, la mortalité infantile et la mortalité maternelle.<sup>73</sup>

L'espérance de vie à la naissance par milieu de résidence (pour l'ensemble des sexes) montre une disparité dans l'évolution entre milieux urbain et rural qui est passé de 2,9 ans en 1967 à 9,3 ans en 1987. Ce phénomène s'explique d'une part, par la forte réduction de la mortalité infantile dans le milieu urbain et d'autre part, l'accélération de l'urbanisation.

Un écart constant persiste également entre les milieux urbain et rural en matière de Mortalité infantile. Cet écart qui était de l'ordre de 32,6 en 1962-1966 est tombé à 12,6 en 1997-2001.

Concernant la mortalité maternelle, l'analyse des données obtenues à partir des données des enquêtes<sup>74</sup> montre que le rythme de baisse entre 1987 et 1992 est enregistré surtout en milieu urbain où le taux de mortalité maternelle a diminué de 2,3 fois en l'espace de 8 ans. Tandis qu'en milieu rural, cette baisse n'a été que de 1,2 fois.

Ceci montre les efforts importants qui devront être entrepris en faveur du milieu rural pour réduire ces écarts et corriger ces inégalités en matière d'état de santé.

Il s'agit, en second lieu, d'inégalités d'accès aux soins pour certains services de la santé de la mère et de l'enfant, particulièrement en milieu rural. A ce sujet, la dernière enquête sur la santé et la population a montré ce qui suit :

<b>Prestations de services</b>	<b>National</b>	<b>urbain</b>	<b>rural</b>
Accouchement en milieu surveillé	63%,	<b>75,2 %</b>	<b>26,6 %</b>
Consultation prénatale	68%,	<b>85%</b>	<b>48%</b>
Prévalence contraceptive	63,4%,	<b>65,8%</b>	<b>51,7%</b>
Consultations post-natales	65%	<b>87 %</b>	<b>42%</b>
Taux de césariennes	5,4	<b>9,1</b>	<b>1,6</b>
Couverture vaccinale	87,1%,	<b>94,8%</b>	<b>80,9%</b>

## 2. Insuffisance des moyens de financement

Concernant en premier lieu le budget du Ministère de la Santé, celui-ci ne dépasse pas 1,7% du PIB et ne représente que 5,5% du budget de l'État en 2007 contre plus de 7% au cours des années soixante. La moyenne du budget du Ministère de la Santé par habitant est estimée à 205 dirhams en 2005.

<sup>73</sup> - Ministère de la Santé Publique et *Institute for Resource development* / Westinghouse DHS, « Enquête nationale sur la Planification familiale, Fécondité et la Santé de la population au Maroc (ENPS), 1987 », Mars 1989.

- Ministère de la Santé Publique et Macro International Inc. DHS, « Enquête nationale sur la population et la Santé (ENPS II), 1992 », Août 1993.

<sup>74</sup> ENPS I, ENPS II, ESPF, op. cite

En ce qui concerne la structure des dépenses du Ministère de la Santé, en 2001, le réseau hospitalier a bénéficié de 49% du total des dépenses contre 47% en 97/98, tandis que la part du réseau des ESSB a été de 38% en 97/98 et 37% en 2001.

Les dépenses consacrées exclusivement aux programmes de santé prioritaires ont représenté au sein des dépenses totales (en dehors des CHU) 17,7% en 97/98 et 22,6% en 2001, soit une progression de 4,9 points. Quant aux dépenses des programmes de santé maternelle et infantile et de la planification familiale, ils ont représenté 61,4% en 97/98 et 67% en 2001 du financement global des programmes de santé.

En second lieu, le financement global de la santé, tous secteurs confondus, la dépense globale de santé est faible. Elle est de seulement 663 Dirhams par habitant et par an en 2001 soit 5% du PIB contre 4,5% en 1997 et 3,4% en 1987. Comparé à des pays à développement économique similaire, cette dépense est faible. A titre d'exemple, le niveau des dépenses global s'élève à 6,4% du PIB en Iran, 6,5% en Tunisie, 9,5% en Jordanie et 12,2% au Liban.<sup>75</sup>

La source principale de financement de la santé reste dominée par le paiement direct des ménages qui contribuent à hauteur de 56,8%, contre 45% pour le financement solidaire collectif de la santé : fiscalité nationale et locale 28% et assurance maladie à peine 16%<sup>76</sup>.

En raison, d'une part, du coût élevé des soins et des médicaments et, d'autre part, de la faiblesse du financement collectif et solidaire, une bonne partie de la population marocaine se trouve devant un choix difficile, soit renoncer aux soins soit s'endetter.

Il s'agit là en fait de l'une des faiblesses du système de santé : un financement inéquitable car les coûts ne sont pas partagés par un système de financement solidaire, efficace et progressif, chacun selon sa capacité contributive et non chacun selon sa morbidité.

Mise à part les résultats globaux de l'analyse des données disponibles, le nouveau régime de l'assurance maladie obligatoire n'a pas fait l'objet d'une étude approfondie pour pouvoir apprécier à leur juste valeur, ses modalités d'application et son impact économique et social, trois ans après sa mise en vigueur. Le RAMED ou régime d'assistance médicale aux économiquement démunis, qui devait démarrer début 2007, accuse des retards, il est encore en phase d'expérimentation dans le site pilote de la région d'Azilal-Tadla.

### **3. Difficultés d'utilisation et d'optimisation des ressources disponibles**

#### **a) Les ressources humaines**

Dans notre pays, la problématique liée aux ressources humaines est marquée par :

- L'absence de vision à moyen et long terme et d'une planification stratégique prenant en compte le développement des compétences professionnelles. Le mode actuel de gestion des ressources humaines se limite à l'administration des dossiers du personnel.

<sup>75</sup> Ministère de la Santé, « Comptes nationaux de la santé : 1997/98 », Direction de la Planification et des ressources financières, mars 2000. Ministère de la Santé, « Comptes nationaux de la santé : 2001 », Direction de la Planification et des ressources financières, décembre 2005.

<sup>76</sup> Id., 32

- L'insuffisance notoire en personnel de santé particulièrement les médecins, les sages femmes et les infirmiers ; ainsi que le personnel administratif de niveau intermédiaire, particulièrement au niveau des régions et des hôpitaux.
- L'insuffisance en termes de capacité de formation et de recrutement par rapport aux besoins. La capacité actuelle de formation est de 450 médecins et 1200 infirmiers par an dont 300 pour les services de santé des FAR et une centaine dans le cadre de la coopération internationale ; faible possibilité de recrutement engendrée par le nombre insuffisant de postes ouverts, lui-même aggravé par la suppression des postes vacants en raison des départs à la retraite.<sup>77</sup>.
- Les besoins pressants dans certaines spécialités médicales telles que l'anesthésie, la gynécologie obstétrique, la chirurgie générale, la pédiatrie et la psychiatrie ainsi que l'apparition de nouveaux besoins tels que la gériatrie, la cancérologie et la néphrologie.
- La mauvaise répartition spatiale de la plupart des spécialités dont la concentration est évidente dans les grands centres urbains notamment à Casablanca, Rabat, Kénitra, Marrakech, Agadir et Tanger, (environ 51% des spécialistes exercent dans ces provinces).

#### ***b) La productivité des établissements des soins reste très moyenne***

##### **Au niveau du réseau hospitalier**

La desserte habitants par lit pour l'année 2006 s'est légèrement détériorée par rapport à 1997. De 868 habitants en 1997, elle atteint 919 en 2006 enregistrant une baisse d'environ 6%. La répartition par région montre que 9 régions ont un ratio de desserte inférieur à la moyenne nationale alors que 7 régions ont un ratio de desserte supérieur à la moyenne nationale.

Le nombre moyen d'hospitalisation dans le secteur public est de 943 019 admissions chaque année, dont 30% d'accouchements. L'analyse des performances du réseau hospitalier public montre une sous-utilisation des lits.

Le taux d'occupation moyen (TOM) pour 2006 est à peine de 53,7% avec une durée moyenne de séjour de l'ordre de 4,6 jours. La moyenne des interventions chirurgicales par an et par chirurgien est de 205 soit 0,9 interventions par jour. Le nombre moyen de consultations par médecin et par an est de 1 184 soit 5,3 consultations par jour. Il en résulte une sous-utilisation manifeste des infrastructures et des équipements, qui découle de plusieurs éléments notamment le déficit en ressources humaines et l'insuffisance des dotations en médicaments et fongible<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup>Travail de la sous-commission formation : « Rapport sur la stratégie de développement des compétences du personnel du Ministère de la santé, 2008-201 », Avril 2008. Op.cit. « Bilan 2003-2006 et perspectives de l'action gouvernementale dans le domaine de la santé », Février 2007

<sup>78</sup>Ministre de la Santé, Commission hôpitaux : « Rapport sur l'amélioration du service rendu des hôpitaux publics, Plan d'action pour la période 2008-2012 ». Avril 2008.

### **Au niveau du réseau des établissements de soins de santé de base**

A ce niveau, malgré l'effort soutenu d'implantation des ESSB en milieu rural, la population demeure encore mal desservie en raison de la distance assez longue qui la sépare de l'établissement de soins le plus proche. Une étude réalisée par le Ministère de Santé en octobre 2003 révèle que 25% de la population rurale se trouvait toujours à plus de 10 km d'un établissement de soins, accusant une légère amélioration par rapport à 1987 où ce pourcentage atteignait 36%<sup>79</sup>.

Le nombre moyen de consultations médicales par an et par habitant enregistré en 2006 s'élève à 0,5. Ce nombre, déjà très faible, n'accuse qu'une augmentation peu sensible par rapport à 1997 où il était de 0,3 pour l'ensemble des consultations.

Au niveau des soins paramédicaux, le nombre moyen par an et par habitant a atteint, 0,9. Ce nombre, déjà très faible n'accuse lui aussi qu'une augmentation insignifiante par rapport à 1997 où il était de 0,7 pour l'ensemble.

## **4. Autres dysfonctionnements**

### ***Gestion peu efficiente de l'approvisionnement du secteur public en médicaments***

Les crédits réservés à l'achat des médicaments et des consommables médicaux dans les budgets de fonctionnement et d'investissement sont très importants (environ 450 millions de dirhams pour l'exercice 2002). Malgré les efforts déployés, la gestion de l'approvisionnement continue à poser des problèmes liés essentiellement aux retards de livraisons aux hôpitaux et aux ruptures de stock.

### ***Gestion mal structurée des déchets hospitaliers***

Les déchets hospitaliers sont composés de 60 à 70% de déchets ménagers et assimilables, 20 à 30% de déchets spécifiques et de 3 à 10% de déchets à risque. La production de ces déchets varie entre 1,5 Kg et 4,5 Kg par lit et par jour. Sur la base de cette moyenne, le volume annuel des déchets produits par tous les secteurs y compris l'industrie pharmaceutique, peut être estimé à 31 000 tonnes. Les hôpitaux publics en produisent plus de 50%.

Les procédés de traitement utilisés actuellement sont l'incinération et le broyage/stérilisation. Il n'existe pas de stratégie bien établie pour le traitement des déchets hospitaliers et la réglementation existante est insignifiante.

### ***Faible développement de la recherche en santé***

Dans notre système, mises à part les quelques études réalisées par certains programmes, en collaboration avec des organisations internationales, et les enquêtes sectorielles liées à des projets spécifiques telles que les enquêtes population et santé, la recherche en matière de santé reste très limitée et souffre de l'absence d'une structure de coordination et de fonds propres. De plus, outre les rapports d'enquêtes sur la population et la santé, les quelques recherches effectuées ne sont pas toujours publiées en raison notamment de l'insuffisance d'une presse nationale médicale spécialisée

---

<sup>79</sup> Direction de la Planification et des ressources financières



## C - ETAT ACTUEL DES OMD

Les OMD reliés à la santé se rapportent à la santé de la mère et de l'enfant et à la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies transmissibles. Les objectifs qui en résultent sont à l'horizon de 2015:

- Réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans,
  - Améliorer la santé de la mère en réduisant de trois quart la mortalité maternelle,
  - Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies en inversant les tendances actuelles
- Ces objectifs se déclinent en cibles qui constituent les éléments d'analyse de cette étude. Ce sont :

<b>Cible A, objectif 4</b>	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité enfants de moins de 5 ans.
<b>Cible A, objectif 5</b>	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.
<b>Cible B, objectif 5</b>	Atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé procréative.
<b>Cible A, objectif 6</b>	D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.
<b>Cible B, objectif 6</b>	Atteindre, d'ici à 2010, l'accès universel aux traitements contre le VIH/sida pour tous ceux qui en ont besoin.
<b>Cible C, objectif 6</b>	D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

A l'instar de la démarche d'analyse de la situation sanitaire globale, l'analyse de chacune des cibles OMD aborde en premier lieu les acquis à consolider et en second lieu les iniquités et dysfonctionnements y compris les défis à relever pour les surmonter.

### 1. Réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Pour atteindre cette cible, ce taux doit passer de 47‰ à 28‰ en 2015.

#### Acquis à consolider

Comme il a été précédemment mentionné, dans notre pays, le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans demeure relativement élevé malgré une baisse importante de 76 pour mille en 1992<sup>80</sup> à 47 pour mille en 2004<sup>81</sup>. Cette baisse a été plus marquée pour la période de vie de 1 à 5 ans, alors qu'elle a peu évolué dans la période néonatale (0 à 1 mois) et post-néonatale (1 à 12 mois) (données de la mortalité néonatale et post-natale en supra).

<sup>80</sup> ENPS II, 1992, op.cité

<sup>81</sup> EPSF, 2003-2004 », op.cité.



Quant à la mortalité juvénile (1 an à 5 ans), elle est passée de 20 ‰ durant la période 1987-91<sup>82</sup> à 7 ‰ en 1999-2003<sup>83</sup> (5‰ en milieu urbain et 15‰ en milieu rural).

La baisse enregistrée a été générée particulièrement par les programmes spécifiques de la santé de l'enfant. Parmi lesquels :

- Le Programme national d'immunisation qui a eu le plus d'impact et qui a généré, durant la décennie quatre-vingt-dix, une diminution de l'ordre de 95 % pour le tétanos néonatal, 84 % pour la rougeole et 86 % pour la coqueluche<sup>84</sup>. En matière de morbidité, aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré (depuis 1987), ni de diphtérie (depuis 1991). Le nombre annuel de cas de coqueluche est devenu très faible variant entre 30 et 70 cas ;
- Le Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques a contribué à réduire à hauteur de 47 % la mortalité des enfants de moins de un an et de 69 % celle des enfants 12 à 59 mois<sup>85</sup>. Grâce aussi aux campagnes de mobilisation sociale et aux efforts d'éducation des mères, les pratiques communautaires en matière de prise en charge par la Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) ont connu une amélioration notable ;
- Le Programme de lutte contre la malnutrition quant à lui a contribué à la diminution de la mortalité par malnutrition à hauteur de 49 % en période néonatale et de 75 % en période juvénile<sup>86</sup>.

A cela s'ajoute l'apport d'autres actions que le Ministère a développé en rapport avec la promotion de l'allaitement maternel et la lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments (vitamine D et iode puis plus récemment vitamine A et fer).

Par ailleurs, une des actions importantes qui favorise la progression vers la cible OMD liée à l'enfant est l'adoption de la stratégie «Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant» (PCIME) que l'OMS a initiée au début des années 1990 en appui aux programmes de santé infantile. Cette stratégie a été intégrée au paquet de soins destiné à l'enfant pour accélérer la cadence du processus de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le cadre des OMD.

### **Iniquités et dysfonctionnements**

Il s'agit d'insuffisances et de difficultés qui affectent la santé de l'enfant et qui freinent la progression vers les OMD, à savoir :

- Persistance des principales causes des décès des moins de 5 ans, représentées notamment par les maladies infectieuses, les malformations, la malnutrition et autres maladies non transmissibles, en plus des causes périnatales qui sont fortement liées aux conditions de déroulement de la

---

<sup>82</sup> Id. 43

<sup>83</sup> Id. 44

<sup>84</sup> PAPCHILD, 1997.

<sup>85</sup> Institut National d'Administration Sanitaire « Enquête sur les Causes et les Circonstances de Décès (ECCD), 1998.

<sup>86</sup> Id. 48

grossesse et de l'accouchement et des soins fournis en post partum.

- Facteur déterminant de survie de l'enfant, l'allaitement maternel connaît un recul important et un net déclin pendant les 6 premiers mois : la durée moyenne de l'allaitement au sein n'étant que de 14.2 mois alors qu'elle se situait à 15.5 mois en 1992<sup>87</sup>.
- Emergence des maladies liées à l'environnement : Il s'agit de l'asthme et des allergies qui progressent de manière préoccupante. Or, malgré une amélioration des conditions de diagnostic et l'acquisition de médicaments de plus en plus puissants, nous assistons à une recrudescence de ces deux affections.
- Insuffisances liés à la gouvernance de la composante pédiatrique du système de santé. Il s'agit de :
  - Inadaptation de la formation et de la démographie médicale aux spécificités de l'enfant, marquée en particulier par : (i) Insuffisance accentuée de pédiatres et surtout de néonatalogues ; (ii) Pénurie de certains profils de professionnels de santé adaptés aux exigences de la prise en charge de l'enfant : pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciennes, orthoptistes, orthophonistes, sages femmes, puéricultrices... ; (iii) Disparités au niveau de la répartition des pédiatres d'une région à une autre et par milieu urbain et rural aussi bien dans le secteur public que privé.
  - Déficit important de moyens affectés à la pédiatrie se traduisant par : (i) L'absence d'un plan d'action national de périnatalité et néonatalogie ; (ii) Difficultés de prise en charge du nouveau-né en salle d'accouchement et dans les suites de couches, par manque, entre autres, de moyens humains et matériels ; (iii) Manque de moyens de transfert des nouveau-nés, ce qui affecte de manière considérable la qualité des soins dédiés au nouveau-né.
  - Cloisonnement interne de la pédiatrie hospitalière et ambulatoire, se traduisant par un manque de coordination entre l'hôpital et les ESSB d'une part, pédiatres et médecins généralistes, infirmières hospitalières et infirmières SMI d'autre part. De même qu'une faible articulation avec les différents programmes de santé infantile.
  - Dispositif de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant peu cohérent et non adapté à la situation actuelle.
  - Insuffisance de politique d'accompagnement sanitaire des enfants porteurs de handicaps et des enfants maltraités. Cet accompagnement est délégué aux associations privées, dont les actions sont le plus souvent initiées par des parents d'enfants handicapés ou maltraités.

### **Défis à relever**

L'objectif de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans doit s'inscrire dans le cadre d'une politique nationale de promotion et de protection de la santé de l'enfant. Une politique

---

<sup>87</sup> EPSF, 2004

nationale de santé de l'enfant, adoptée officiellement au plus haut niveau de l'Etat, peut susciter l'engagement national requis et le convertir en orientation claire au regard de la réalisation des cibles des OMD. Elle constitue aussi un élément moteur pour l'action à long terme. Cette politique peut être déclinée selon les axes suivants :

- **Réorganisation et renforcement des structures de prise en charge de l'enfant.** Ceci implique la révision de l'organisation des soins tant en milieu hospitalier qu'ambulatoire. A l'hôpital, la composante périnatale du programme " maternité sans risques " devrait être renforcée avec l'instauration d'unités régionales de néonatalogie pour le nouveau-né. Au niveau des ESSB, le système de référence et de contre-référence devrait être institutionnalisé en vue de l'intégration et la continuité des soins dans le cadre d'une vision globale de la santé de l'enfant.
- **Promotion et renforcement des soins préventifs et curatifs de l'enfant.** Cela suppose la généralisation la PCIME avec introduction de la composante « Enfant sain » (PCIE ou prise en charge intégrée de l'enfant non malade) dès la première semaine de la vie en vue de dépister ou prévenir tout risque de maladie ou d'handicap durant cette phase de grande vulnérabilité de l'enfant. Les actions à visée préventive et curative relevant des différents programmes sanitaires spécifiques à l'enfant seront renforcés et consolidés dans le cadre de la PCIE (vaccination, lutte contre les carences nutritionnelles, lutte contre les maladies diarrhéiques, suivi médical de l'enfant, etc.), y compris l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux adaptés aux besoins de l'enfant.
- **Développement des ressources humaines en charge de la santé de l'enfant.** Pour pallier les insuffisances de pédiatres et surtout de néonatalogues, il importe que les médecins généralistes bénéficient d'une formation de base et continue pour exercer correctement les multiples actes pédiatriques requis en milieux hospitalier et ambulatoire.
- **Communication, plaidoyer et mobilisation sociale en faveur de la santé de l'enfant.** Ces actions doivent avoir comme buts prioritaires à poursuivre la sensibilisation des collectivités, des associations sur la problématique de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles ; les informer sur les interventions prioritaires et les soins préventifs et curatifs prodigués à l'enfant dans le cadre des différents programmes sanitaires développés en leur faveur.
- **Développement du partenariat et de la collaboration intersectorielle.** Dans ce cadre, la santé de l'enfant bénéficiera de tout l'intérêt qu'elle mérite au niveau de la coopération nationale et internationale. Des partenariats stratégiques, opérationnels et durables, répondant aux besoins du système et s'inscrivant dans les lignes d'action de la politique nationale de santé, seront encouragés, dynamisés et consolidés dans le domaine de la santé de l'enfant mais aussi de la mère dont l'enfant est indissociable..

## 2. Amélioration de la santé maternelle

A la même enseigne que la santé de l'enfant, l'amélioration de la santé de la mère est une des priorités du plan 2008-2012 du Ministère de la Santé. Cette orientation matérialise l'engagement du Ministère de la Santé envers la réalisation non seulement des OMD mais aussi des objectifs de l'Initiative Mondiale pour une maternité sans risque.

### Acquis à consolider

Les progrès réalisés pour améliorer la santé maternelle sont louables mais ils n'ont pas été suffisants pour réduire la mortalité maternelle qui demeure élevée dans notre pays. Avec le ratio actuel de 227 décès maternels *pour* 100.000 naissances vivantes pour la période 1995-2003<sup>88</sup> le problème reste entier. Et ce, malgré les efforts consentis et la baisse enregistrée par rapport à la période 1985-91 où ce ratio était de 332 pour 100.000 naissances vivantes<sup>89</sup>

Ce ratio varie selon le lieu de résidence : il est de 267 pour 100.000 naissances en milieu rural contre 187 en milieu urbain. Selon un rapport conjoint OMS/Unicef, ce ratio diminue trop lentement pour être en mesure d'atteindre le cinquième objectif du millénaire

Ces décès, en partie liés aux mauvaises conditions de déroulement de la grossesse et de l'accouchement, sont générés par des insuffisances en soins et services de prise en charge de la mère et des déficits quantitatifs et qualitatifs en personnel compétent capable d'intervenir efficacement en situation d'urgence auprès des femmes en couches particulièrement dans les milieux périurbain et rural.

Par ailleurs, en matière de santé reproductive, en plus de la réduction importante de l'indice synthétique de fécondité et de l'augmentation significative de l'utilisation des moyens contraceptifs (supra), il importe de souligner la couverture importante réalisée en matière de consultation prénatale, accouchements assistés, consultations post-natales et pratiques de césariennes (voir tableau 4 ci-dessus)

Il y a lieu de souligner aussi l'appui structurel, logistique et technique apporté à la santé reproductive en termes d'aménagement, rénovation et équipement des maternités hospitalières, blocs opératoires, maisons d'accouchements, fourniture d'ambulances, dotation en médicaments et fongibles, formation des professionnels de santé dans le domaine de la santé maternelle et néonatale en plus de l'initiation de projets novateurs comme l'expérience de la mutuelle communautaire, classe des mères et éducation parentale

Il est aussi opportun de signaler la création d'une commission nationale permanente chargée de l'élaboration et du suivi du plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le cadre du Plan d'Action Santé 2008 – 2012 et des OMD.

---

<sup>88</sup> PAPFAM, 2004, op.cité

<sup>89</sup> EDS 1992.

## Iniquités et dysfonctionnements

Ils sont liés à plusieurs facteurs dont :

- **Accès aux soins** : le « manque d'argent » est le principal obstacle d'accès aux soins chez 74% de femmes, 60 % des femmes sont heurtées à des problèmes d'accès physique (distance) aux soins<sup>90</sup> et 46 % de non-recours aux maternités par manque de transport<sup>91</sup>. En plus des difficultés d'accès à la césarienne en milieu rural et pour les pauvres.
- **Qualité des soins** : absence de normes fonctionnelles des structures d'accouchement, pas d'indicateurs de suivi de qualité des processus de prise en charge, audit clinique peu développé, pas de système de contrôle de qualité et manque d'évaluation à tous les niveaux.
- **Gouvernance du système de prise en charge de la mère** : faible intégration des soins obstétricaux d'urgence dans la gestion globale des établissements de soins hospitaliers. Le projet « Maternité sans risque » n'est pas ciblé comme objectif dans la réforme de santé et la santé de la mère et de l'enfant n'est pas intégrée parmi les soucis de la réforme hospitalière. A cela s'ajoute l'absence de responsabilisation des services extérieurs sur les résultats du programme de lutte contre la mortalité maternelle et infantile
- **Insuffisances de ressources** : en particulier en personnel (quantité, qualité, disparité par milieu) et de budget pour le programme.
- **Problèmes socioculturels et économiques** : analphabétisme, très faible participation communautaire et sous-utilisation des maternités rurales.

## Défis à relever

- **Réaffirmation de l'engagement politique** pour redynamiser le programme de santé maternelle dans le cadre des OMD. La commission qui a été créée dans le cadre du Plan 2008-2012 doit être maintenue.
- **Promotion/plaidoyer** pour les objectifs spécifiques du plan 2008-2012, à savoir, réduire le taux de mortalité maternelle de 50 décès pour 100 000 naissances d'ici 2012, y compris les objectifs intermédiaires qui concourent à la réduction de cette mortalité : Planification familiale (65 % à l'orée de 2012), Accouchement en milieu surveillé (90 %), Consultations prénatales (80 %), Consultations postnatales (80 %) et Taux de césarienne (7 %)

## Axes d'intervention

---

<sup>90</sup> PAPFAM, 2004

<sup>91</sup> EPSF, 2004.

### ***Réduction des barrières d'accès aux SONU :***

Mise en œuvre de tous les moyens nécessaires pour augmenter le taux d'accouchement en milieu surveillé, améliorer la couverture par les soins prénatals et renforcer les soins du post partum avec un ciblage des provinces à faible couverture, des zones rurales et des zones pauvres (INDH). Pour accélérer l'atteinte des objectifs : (i) gratuité des SONU, accouchement, transport (ambulance), médicaments et fournitures (Kits, médicaments vitaux et sang) ; (ii) mise en place des SAMU obstétricaux en milieu rural ; (iii) disponibilité d'un personnel qualifié : formaliser la garde et l'astreinte; doubler les postes de sages femmes et de résidents en Obstétriciens, stage par roulement de 6 mois pour les résidents en 4<sup>ème</sup> année et renforcement du personnel des structures d'accouchement.

### **Amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse :**

Elle consistera en la prévention et le dépistage des grossesses à risque notamment par la mise en place d'unités médicales mobiles (UMM), en milieu rural en particulier, consolidation des acquis en PF et renforcement de la participation communautaire dans ce domaine, certification et mise à niveau des structures d'accouchement (audit clinique), organisation de la filière néonatalogie et concours qualité, humanisation des structures d'accouchement (séjour de 48 heures, assistance à l'accouchement, création d'espaces d'accueil et d'un numéro économique pour les plaintes).

### **Amélioration de la gouvernance et du pilotage des programmes de santé mère/enfant :**

Le système de surveillance des décès maternels et néonataux et de suivi des actions et mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat autour de la maternité sans risque.

En matière de planification familiale, l'accroissement du taux de couverture contraceptive à 65% chez les femmes mariées se réalisera conformément aux prévisions du Plan 2008-2012 : amélioration de la qualité des prestations de planification familiale, promotion des méthodes de longue durée (dispositif intra utérin et contraception chirurgicale volontaire) et élargissement du paquet d'activités de planification familiale incluant la réhabilitation des centres de référence en santé reproductive.

## **3. Lutte contre le VIH-SIDA, le paludisme et d'autres maladies**

Avant d'analyser les cibles relevant de cet objectif, il importe de signaler que les maladies transmissibles dont celles liées aux OMD 6 ont, depuis l'indépendance, représenté la charge de morbidité la plus importante et constituaient en permanence une menace de santé publique avec des risques d'épidémies souvent meurtrières de maladies telles que le paludisme, la tuberculose, le choléra, la méningite, la rougeole, etc. Ces maladies, grâce aux efforts soutenus de lutte, dans le cadre

des programmes sanitaires, ont fini par être sous contrôle, leur incidence réduite à des niveaux très bas et pour quelques-unes d'entre elles, éliminées ou éradiquées : paludisme, bilharziose. Il en est de même pour les maladies infectieuses de la première enfance, évitables par la vaccination, elles sont sous contrôle total et la plupart d'entre elles en voie d'élimination : poliomyélite, diphtérie, tétanos néonatal.

Concernant les maladies non transmissibles et chroniques, notamment le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale et la santé mentale; elles constituent l'une des causes importantes d'hospitalisation dans notre pays. La prise en charge de ces maladies se fait dans des conditions optimales dans les centres hospitaliers universitaires où existent toutes les ressources nécessaires au diagnostic et aux soins. Par contre, les capacités d'intervention dans ce domaine au niveau régional et provincial sont plus ou moins disponibles et inégalement réparties : insuffisance de médecins spécialistes, parfois non disponibilité des équipements de diagnostic et de prise en charge appropriée à la spécialité, etc.

### **Acquis à consolider**

#### **VIH/sida**

Au Maroc, la prévalence du VIH reste à un niveau très faible. Le système de surveillance sentinelle de l'infection montre que la séroprévalence chez les femmes enceintes est relativement faible (0,08% en 2007) et marque une quasi-stabilité depuis l'année 2000, année où la prévalence la plus élevée (0,15%) avait été relevée.

La prévalence du VIH chez les populations couvertes par la surveillance sentinelle montre des chiffres plus élevés. Entre 2,5% et 3% chez les professionnels du sexe et entre 0,6% et 1,1% chez les prisonniers de sexe masculin. Deux autres groupes concernés par la surveillance sentinelle, les porteurs des IST et les tuberculeux, enregistrent une prévalence plus fiable<sup>92</sup>.

Les estimations faites à partir des données sur la séroprévalence montrent une augmentation régulière de nombre de personnes vivant avec le VIH qui est passé de 14 500 en 2003 à 20 000 en 2006.

Le premier cas de sida a été notifié au Maroc en 1986. A la fin de 2007, le nombre cumulé de malades du sida a atteint 2548. L'incidence du sida a marqué une augmentation régulière depuis 1993, particulièrement au niveau de certaines régions du pays. 67% des cas ont été enregistrés entre 2001 et 2007, contre 33% entre 1986 et 2000.

Le mode de transmission hétérosexuel largement prédominant a augmenté pour atteindre 83% au cours de la période 2001- 2007 contre 24% entre 1986 et 1990. Si les femmes ne représentaient que

---

<sup>92</sup> Ministère de la Santé, « Programme de réduction des risques VIH parmi les usagers de drogues injectables », Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, 2008.



19 % des cas de sida au cours de la période 1986- 1990, leur part est passée à 47% entre 2003 et 2007<sup>93</sup>. Ceci témoigne et à l'instar des données dans le monde à une féminisation du sida.

D'autre part, s'agissant des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), leur incidence reste élevée. Ces maladies constituent l'une des principales causes de consultation au niveau des ESSB, particulièrement chez la femme. En dépit de la grande proportion de sous-notification, majorée par l'absence de déclaration du secteur privé et l'automédication, le nombre de cas d'IST notifiés par les services du Ministère de la Santé a accusé une augmentation régulière pour atteindre 376 669 cas en 2006. Mais une proportion très importante de ces cas (72%) est représentée par les pertes vaginales dont 93% ne seraient pas liées à une vraie IST. Parmi ces IST, 58 918 cas d'écoulements urétraux chez des hommes et 12 347 cas d'ulcérations génitales chez des hommes et des femmes, ont été notifiés en 2006, soit respectivement 15,6% et 3,3% des cas.

Une étude réalisée en 2005 a montré des risques importants de transmission du VIH liés à la consommation de drogues injectables (partage des seringues, multi partenariat sans protection).

Selon les dernières estimations, le nombre de personnes vivant avec le VIH est passé de 14 500 en 2003 à 22 300 en fin 2007.

Cela dit, les progrès importants réalisés par le Maroc pour atteindre l'objectif lié au SIDA tiennent à la gratuité de la trithérapie pour tous les patients atteints du SIDA, le Maroc étant l'un des pays à relever ce défi et généraliser l'accès au traitement de la maladie. Il a aussi consolidé les efforts de prévention notamment en matière d'actions de sensibilisation sur les dangers de cette maladie mortelle via l'organisation des campagnes de sensibilisation sociale et de développement de la coopération avec notamment le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

### **Tuberculose<sup>94</sup>**

La tuberculose demeure un problème de santé publique au Maroc. En atteste le nombre dénombré en 2006 qui s'élève à 26 099 nouveaux cas, soit une incidence cumulée de 85 pour 100 000 habitants par an. Malgré la persistance de la maladie, l'incidence de la Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive (TPM+) suggère la diminution de la transmission du Bacille de Koch dans la population depuis 1996 (année de pic maximal).

La tuberculose est une maladie de l'adulte jeune : 70 % des cas ont entre 15 et 45 ans, 57 % des cas concernent des hommes. Cette maladie observe des pics de fréquence dans les zones les plus urbaines et les plus peuplées.

---

<sup>93</sup> Royaume du Maroc, « Objectifs du millénaire pour le développement », rapport national 2007, septembre 2008.

<sup>94</sup> Source : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, Unité de gestion des projets du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.



Le progrès réalisé par notre pays dans ce domaine tient à l'atteinte de l'objectif tracé lié à la cible 20 : à savoir dépister plus de 80 % des cas de cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) et guérir plus de 85 % des cas par la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS).

### **Paludisme<sup>95</sup>**

Concernant cette maladie, depuis le lancement du programme de lutte antipaludique en 1965, le nombre de cas est passé de 30.893 à 64 cas en 1978. Cette période a également connu l'élimination de l'espèce plasmodium falciparum, dont le dernier cas remonte à 1973.

Toutefois, la situation épidémiologique du paludisme autochtone à plasmodium vivax n'a été maîtrisée que vers la fin des années quatre vingt dix. Afin d'appuyer cette tendance, une Stratégie d'Élimination du Paludisme Autochtone (SEPA) a été adoptée en 1999. Celle-ci a permis de neutraliser le dernier foyer de transmission en 2002 et le dernier cas de paludisme autochtone a été dépisté en 2004. Depuis cette date, aucun foyer actif ni cas autochtone n'ont été enregistrés.

L'élimination du paludisme autochtone a été consolidée et confirmée durant la période 2005-2007. Actuellement, les activités de surveillance se poursuivent dans le cadre de la phase de maintien de l'élimination de la maladie en vue de renforcer la vigilance et de prévenir le risque de la réémergence du paludisme dans notre pays. Pour accélérer la réalisation de cet objectif, un programme intense de collaboration intersectorielle active est adopté.

Parallèlement à cet effort, le contrôle du paludisme importé de l'étranger, par la prévention et la prise en charge précoce des malades, constitue un axe stratégique important de cette phase de maintien. La décentralisation de l'activité de conseil aux voyageurs devra contribuer à la réalisation des objectifs.

### **Iniquités et dysfonctionnements**

Ils sont en relation avec un certain nombre de contraintes et difficultés qui, non contrôlés, risquent de freiner la consolidation des acquis. Elles se résument ainsi :

<b>VIH/SIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tabous et stigmatisation</li><li>- Décentralisation</li><li>- Intégration à des programmes de développement</li><li>- Insuffisance de ressources humaines.</li></ul>
<b>Tuberculose</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pauvreté et analphabétisme : deux facteurs favorisant l'éclosion et la dissémination de la tuberculose ;</li><li>- Insuffisance de moyens de supervision et d'évaluation sur le terrain ;</li><li>- Insuffisance du personnel qualifié pour le diagnostic microscopique ;</li><li>- Stigmatisation du personnel de santé;</li></ul>

<sup>95</sup> Unité de gestion des projets du Fond Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, source op.cité.

	- Faiblesse des stratégies de mobilisation sociale.
<b>Paludisme</b>	- Difficulté de couverture sanitaire dans les zones d'accès difficile ; - Insuffisance de la participation communautaire en matière de lutte antipaludique ; - Insuffisance de la collaboration intersectorielle.

### Défis à relever

Par rapport au VIH/sida, le Ministère dispose d'un plan ambitieux spécifique à la Stratégie Nationale de lutte contre le sida, 2007- 2011. Ce plan a pour objectif stratégique d'assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH. La mise en œuvre de cet objectif suggère le déploiement de quatre actions spécifiques ciblant : (i) la prévention à destination des populations clés les plus exposées au risque d'infection, (ii) la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, (iii) la mise en place d'un dispositif d'appui psychosocial, (iiii) promotion de mesures et d'actions destinées à assurer un environnement social favorable et une gestion efficace et efficiente<sup>96</sup>. Il importe donc d'optimiser la réalisation des orientations de ce plan dans le cadre du Plan du Ministère dans la perspective de stopper la propagation du VIH/Sida et de garantir l'accès universel aux traitements.

Concernant la lutte antipaludique, dans le but de maintenir l'élimination du paludisme autochtone dans notre pays et de satisfaire les conditions pour l'octroi de la certification de cette élimination par l'OMS, il y a lieu de renforcer les axes suivants dont certains s'appliquent aussi à la lutte antituberculeuse :

- Renforcer les activités de surveillance dans les zones à risque ;
- Promouvoir la collaboration intersectorielle ;
- Décentraliser l'IEC (conseils pour prévenir l'importation du paludisme de l'étranger) au profit des voyageurs à destination des pays endémiques) ;
- Doter le programme de lutte en ressources humaines et financières suffisantes afin de maintenir la vigilance ;
- Assurer une mise à niveau des compétences et des structures du programme.

Pour maîtriser et renverser la tendance de la situation actuelle de la tuberculose, il serait judicieux de continuer à conjuguer les efforts dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose dont les activités ont été primées en 2004 par l'Organisation Mondiale de la Santé.

En plus de ces actions, la promotion de programmes de lutte contre la pauvreté et de l'habitat insalubre est de nature à jouer un rôle prépondérant non seulement pour contrecarrer le paludisme et la tuberculose mais aussi inverser la tendance actuelle des autres maladies transmissibles.

## CONCLUSION

<sup>96</sup> Ministère de la Santé, « Plan stratégique national de lutte contre le sida, 2007 – 2011 », Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies.

Érigé en tant que droit fondamental de l'homme, le droit à la santé a été proclamé dans divers textes internationaux, principalement le préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la santé. Ses éléments constitutifs apparaissent à travers les résolutions de l'OMS et des actes internationaux comme éléments de protection de la santé de la population, l'accès aux soins et l'action intersectorielle en faveur notamment de certaines catégories de personnes vulnérables, en particulier la femme, l'enfant, la personne âgée et l'handicapé physique ou mental.

Le tout devant trouver ses fondements dans le respect des principes de liberté, d'égalité et de dignité de la personne humaine. Élément nécessaire à l'égalité des droits et des chances en matière de santé, l'équité implique l'accès aux soins et la possibilité de bénéficier des services de santé selon les besoins plutôt que selon d'autres facteurs discriminatoires tels que le sexe, l'âge, le revenu, l'emplacement géographique, le statut d'assuré ou pas, etc. La mise en œuvre de ces principes passe par l'organisation de la solidarité, la participation et la responsabilisation de l'individu, de la collectivité et de la société civile.

L'ancrage du droit à la santé dans le contexte national suppose des adaptations au niveau politique, économique et socioculturel.

Au Maroc, l'exercice effectif du droit à la santé dépend de la volonté politique. Cette volonté existe quoique l'enjeu majeur soit au niveau socio-économique, facteur déterminant de toute politique sanitaire. Le droit à la santé est ainsi érigé en service public dont les caractéristiques sont l'omniprésence, la prééminence et la généralisation de l'action de santé à toute la population, dans le secteur public et privé et sur toute l'étendue du territoire. Ces traits caractéristiques font du service public sanitaire le principal acteur et moteur du développement tendant à assurer et garantir une protection de la santé des citoyens, fondée sur l'égalité de tous.

Pour accomplir sa mission, le service public sanitaire dispose de structures et de moyens d'actions qui correspondent aux différentes formes de la puissance publique : réglementation, contrôle, planification, etc. On distingue deux principaux niveaux d'intervention : (i) le Ministère de la Santé en sa qualité de premier responsable de la politique gouvernementale en matière de santé ; (ii) les structures d'appui, en l'occurrence les départements ministériels et les services publics sanitaires locaux relevant des collectivités locales. S'adjoit à cette organisation, la médecine libérale qui s'adresse à toute la partie de la population susceptible de payer ses soins dans le secteur privé ou collectif des mutuelles.

A cet égard, il importe de souligner que les structures d'action dont dispose le Ministère de la Santé, étant donné leurs moyens limités, accentués en plus par la faible participation du secteur libéral à l'action de santé publique, n'ont qu'une influence limitée sur la préservation et l'amélioration de la santé de la population marocaine. L'insuffisance de collaboration entre ces deux secteurs clés de l'action sanitaire a pour effet un dédoublement des efforts, gaspillage des ressources et des démarches souvent incohérentes.

Cette déficience au niveau de la collaboration touche aussi l'organisation actuelle du Ministère. Celle-ci est due à l'insuffisance de communication et de coordination des structures et à la représentation au niveau local. L'hypertrophie de l'administration centrale (avec ses huit directions) et l'atrophie de

son prolongement au niveau provincial rendent la liaison difficile à gérer non seulement entre les directions mais aussi entre les structures de la même direction.

Au plan réglementaire, le droit positif marocain contient un ensemble de textes juridiques dont l'agencement révèle un certain degré d'intégration du droit à la santé. L'arsenal législatif et réglementaire qui le compose demeure cependant insuffisant, segmentaire et par conséquent inachevé ou obsolète. Il n'exprime pas une politique nationale de santé et ne reflète pas l'existence d'un système national de santé. De plus, il n'encadre pas la totalité des structures sanitaires publiques et des actions menées par les pouvoirs publics en faveur de la population (programmes sanitaires, organisation hospitalière y compris la prise en charge des urgences, affirmation des droits des malades particulièrement le droit à un dossier médical tenu à jour et garantissant la confidentialité, etc.). C'est ce qui résulte du rapprochement de cet arsenal avec deux domaines clés qui, au plan juridique, restent en friche. Il s'agit d'une part des structures publiques hospitalières et d'actions ambulatoires et d'autre part, de celles du secteur privé dont les textes juridiques se caractérisent par la lenteur d'adaptation des textes juridiques aux changements et aux exigences de développement du secteur.

La planification des programmes d'action sanitaire, qui au demeurant a constitué le leitmotiv de la politique sanitaire depuis l'indépendance, est demeurée intégrée, globale et continue à travers les différents plans qui se sont succédé et qui ont eu le mérite de consigner les choix stratégiques en politique nationale de santé. Les orientations qui en découlaient ont touché un grand nombre de domaines d'activités liés directement ou indirectement au droit de la population de jouir de sa santé.

Durant ce processus, les autorités sanitaires ont constamment adapté l'action sanitaire au contexte socio-économique du pays. Que ce soit pour faire face au vide laissé par le départ massif des cadres étrangers en formant le personnel devant assurer la gouvernance du système de santé, soit corriger les inégalités d'accès aux soins provoqués par les déficits budgétaires et la crise financière qui a affecté les services sociaux et sanitaires Et ce, en intégrant dans les plans successifs l'approche des soins de santé primaires comme stratégie directrice de l'instauration de la santé pour tous et les principes de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Pour l'essentiel, les principales actions se sont orientées vers l'intégration de la planification familiale dans les programmes sanitaires, l'incitation des ménages à l'amélioration de leur état de santé, l'appel quasi-constant des collectivités à la participation aux actions de santé, l'extension de la sécurité sociale, la mise en place de couverture médicale dans le cadre de la réforme du financement, etc.

Au fil des années, la démarche de planification a évolué et s'est perfectionnée pour aboutir au mode de planification basée sur les résultats qui marque l'actuel Plan du Ministère 2008 -2012. Avec ce plan, la planification sanitaire est passée d'une logique d'efficacité à une logique d'efficience.

Cependant, il faut souligner à cet effet qu'à l'instar des plans des pays en développement, la planification sanitaire a manqué de volonté politique de se procurer les moyens d'action et d'appliquer les décisions prises. En attestent les niveaux d'atteinte des objectifs de ces plans dont la

réalisation a presque toujours été en deçà des ambitions et des objectifs de départ. L'accumulation des retards et le rattrapage des insuffisances en étaient la règle et le lot de chaque plan. Ce qui a aussi manqué aussi dans ce processus de planification est la marginalisation de la population lors de l'élaboration des plans. Le contexte budgétaire ne le permettant pas, le planificateur ne voyait pas l'utilité d'une telle participation. Du moins, jusqu'au Plan actuel où les orientations sanitaires pour la période 2008-2012 ont été présentées et discutées dans un colloque national « Ensemble pour le droit à la santé » en présence d'une frange importante de professionnels de santé, de média, ONG et représentants de la population

Au plan opérationnel et depuis l'indépendance, les autorités sanitaires se sont inlassablement investies pour exprimer le droit à la santé dans les faits en rendant notamment disponibles, accessibles, acceptables et de qualité les services et soins de santé, à même d'améliorer l'état de santé du citoyen marocain. Les politiques adoptées, qui se sont continuellement adaptées aux besoins évolutifs de la population, se sont soldées par des progrès qui ont eu un impact positif incontestable sur la santé de la population en général et de la mère et de l'enfant en particulier.

Il s'agit principalement de l'impact positif de la réduction du niveau de fécondité qui a eu comme conséquence une maîtrise du taux d'accroissement démographique, et une augmentation nette de l'espérance de vie à la naissance. De manière générale, les niveaux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité maternelle ont été réduits de façon significative au même titre d'ailleurs que l'incidence et la prévalence des maladies transmissibles y compris les infections périnatales, causes principales de cette mortalité, qui ont été fortement réduites avec des perspectives d'éradication ou d'élimination pour certaines d'entre elles. L'offre de soins publique et privée s'est également notablement étendue sur le plan physique, parallèlement au développement des ressources humaines au regard des besoins d'encadrement du système de santé. En outre, dans le domaine des médicaments, le pays arrive actuellement à produire plus de 70 % de ses besoins. Cette évolution se poursuit, aujourd'hui, à travers divers chantiers de réformes touchant différentes facettes de l'action sanitaire.

Malgré ces progrès importants et régulièrement enregistrés, certains problèmes et imperfections subsistent et affectent négativement la performance du système de santé marocain. Sans prétendre à l'exhaustivité, ces dysfonctionnements sont relatifs à la pénurie des ressources humaines, le sous-financement du secteur et le faible partenariat entre les secteurs public et privé. De même, comme tous les pays à revenu intermédiaire et les pays émergents, le Maroc est confronté au double défi des maladies chroniques et à la réémergence de certaines maladies, ainsi qu'à des disparités importantes dans l'accès aux soins.

A cela s'ajoute des problèmes de gouvernance qui se traduisent par une répartition et une utilisation relativement inefficace et inéquitable des ressources ainsi que par de faibles capacités de gestion du secteur. Cela est dû, notamment, à l'insuffisance et à l'inadaptation de l'encadrement juridique et réglementaire du système de santé et surtout à l'absence des pratiques évaluatives et de reddition des comptes, particulièrement nécessaires dans un contexte dominé par l'exercice illégal de la médecine

(emploi par le secteur privé des ressources humaines du secteur public hors d'un cadre réglementaire), le phénomène d'absentéisme, la pratique de la corruption dans les établissements de soins et la faiblesse des moyens de motivation du personnel notamment les programmes sociaux. La gouvernance du système est enfin marquée par un faible développement de la recherche en santé, non seulement clinique mais aussi opérationnelle.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) redonnent au secteur de la santé une place prioritaire. En effet, parmi les huit objectifs, trois concernent directement la santé. Il s'agit de : i) réduire des deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ; ii) réduire de trois quart le taux de mortalité maternelle ; iii) stopper la propagation du VIH/sida, maîtriser le paludisme et les autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle d'évolution de ces maladies.

La nouvelle vision du Ministère de la Santé à l'horizon 2015 s'inscrit fermement dans l'atteinte de ces objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Comme elle vise également à mettre en cohérence des réformes profondes actuellement mises en œuvre dans tout le système de santé à savoir la réforme de financement (Assurance Maladies Obligatoire «AMO» et Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis «RAMED»), la réforme hospitalière, la réforme institutionnelle et la réforme de la dépense publique.

En somme, la nouvelle stratégie vise, en conséquence, à améliorer les performances du système de santé (son efficacité et sa réactivité) pour répondre au mieux aux besoins accrus de la population en matière de santé et ceci à la quête d'un état de santé et de bien être de la population marocaine meilleur et plus décent.

## **Défis**

Dans les deux décennies à venir et au même titre que la plupart des pays, le Maroc devra, en matière de santé, faire face à de nombreux défis. Ces défis se rattachent aux facteurs qui influencent la santé, lesquels facteurs connaissent une évolution importante.

Certaines mutations qui se produisent s'observent à l'échelon mondial. Il en est ainsi des progrès des sciences et de la technologie, du processus de mondialisation et du mouvement de renforcement des droits de l'Homme et des libertés individuelles.

Une place à part est à réserver aux facteurs économiques, sociaux et culturels tels qu'ils s'insèrent dans le contexte particulier du Maroc. A ces deux facteurs, il faut ajouter le système de santé lui-même.

Dans ce domaine de vive sensibilité où il est nécessaire de concilier obligations et libertés, le rôle de la législation ne peut être que limité. A titre d'exemple l'intervention de la loi du 26 juin 1995 relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux, n'a eu que peu d'emprise sur la réalité. C'est dire que toute action législative ayant pour effet d'agir sur les comportements doit être conjuguée avec des mesures de renforcement de l'éducation, de l'information et de la sensibilisation en matière de santé.

A l'instar des personnes handicapées, le problème de la santé des personnes âgées et de leur prise en charge tant sur le plan médical que social commence à se poser avec acuité du fait du fléchissement des valeurs traditionnelles favorisant la solidarité familiale. Dans le cadre de la solidarité nationale,



l'une des solutions réside dans la mise en place de services médico-sociaux, intervenant en coordination avec les services sanitaires reposant sur une base légale. La question qui reste posée est de savoir s'il est possible de consentir des sacrifices dans ce sens.

Les facteurs socio-économiques constituent un déterminant essentiel de la santé. Il est en effet admis que plus il y a baisse du niveau de développement socio-économique, plus il y a élévation de la prévalence des maladies.

La pauvreté est au cœur de la problématique à tel point que l'Organisation Mondiale de la Santé a retenu sa réduction comme une priorité pour l'action dans le cadre de « la santé pour tous pour le 21<sup>ème</sup> siècle ».

Dans un contexte de pauvreté, il est important d'adopter une législation permettant d'affecter au secteur de la santé un pourcentage suffisant du budget de l'Etat. C'est déjà là l'une des facettes de l'équité concrétisée par une assistance médicale aux personnes démunies.

Sur ce plan, il y a lieu de souligner l'apport de la loi portant code de la couverture médicale de base. Ce code met l'accent sur le principe de la solidarité et de l'équité pour garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population. Deux piliers le sous-tendent : un mécanisme public de prise en charge pour les personnes démunies et un système contributif pour les personnes à revenu formel et stable et assujetties à l'obligation d'assurance maladie. Ce dispositif constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé.

En effet, l'autre facette de l'équité est à situer au niveau de l'accès aux soins. Nous arrivons là au système de santé lui-même. Il est admis qu'un système de santé équitable assure l'accès de chaque individu à des soins et services disponibles, acceptables, de qualité adéquate sans lui imposer de charge excessive.

Concrètement et si la notion d'équité en matière de santé repose sur la capacité de l'Etat à redistribuer les ressources et à réduire les écarts, elle s'exprime par la protection sanitaire de l'ensemble de la population et l'organisation d'une offre de soins accessible à tous.

C'est cette préoccupation qui préside actuellement à l'élaboration du projet de loi relatif au système national de santé et à l'offre de soins. Ce projet tend à organiser l'offre de soins tant publique que privée pour répondre aux besoins de la population dans le cadre de la répartition géographique plus équitable de cette offre au moyen d'une carte sanitaire nationale et de schémas régionaux.

Du côté de la population, l'autonomie de la personne s'exprime en termes de dignité humaine. Dans ce cadre, deux points méritent d'être mis en relief : la protection des personnes qui se prêtent à l'expérimentation et aux essais cliniques et l'adoption d'une charte des malades.

D'une manière générale, il importe d'organiser les rapports entre les professionnels de santé et les personnes qui recourent au système sanitaire dans le cadre de la démocratie à laquelle s'attachent pour les uns et pour les autres des droits et des obligations, bases de l'humanisation et source d'une meilleure communication entre eux.

Enfin, l'efficacité en tant « qu'exigence sociale qui se manifeste par la nécessité, dans un contexte où les ressources sont rares, d'optimiser un résultat en santé ou en qualité des soins en fonction des ressources mobilisées à cette fin ».

Vue sous un certain angle, l'efficience suppose le respect de l'éthique et une intervention plus accrue des pouvoirs publics pour exercer des contrôles sur le fonctionnement du système de santé.



## **L'ENSEIGNEMENT ET DROIT A L'EDUCATION**

Le secteur de l'éducation au Maroc se définit, à l'instar des autres secteurs sociaux, par ses caractéristiques liées à l'offre et à la demande des services éducatifs et par le référentiel de normes juridiques et réglementaires qui encadrent ces services. Etant donné que la mise en œuvre de la Charte nationale d'éducation et de formation coïncide avec la déclaration des Objectifs du Millénaire pour le Développement, la présentation desdites caractéristiques porte plutôt sur leur évolution depuis le début de la décennie, en interne et avec d'autres secteurs gouvernementaux, institutions nationales, instances des Nations Unies et avec des ONG nationales et étrangères.

### **A. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES**

#### **1. Développement de la scolarité**

En principe, plus le système d'éducation et de formation est développé, mieux il est en mesure d'assurer des services de qualité à tous les jeunes scolarisés. Les indicateurs de scolarité dans les divers cycles d'enseignement selon la région, le milieu, le genre, les tranches d'âges et d'autres critères témoignent du niveau de développement de ce système. Il sera question dans ce rapport de l'évolution des indicateurs pouvant renseigner sur les niveaux de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'application du PIDESC :

- L'évolution du taux de scolarité au niveau national selon les tranches d'âges (4-5 ans, 6 ans, 6-11 ans, 12-14 ans et 15-17 ans), le milieu et le genre ;
- L'évolution de la parité genre (filles/total des enfants scolarisés) au niveau national et par académie selon le cycle d'enseignement et le milieu ;
- L'évolution du rendement des cohortes scolaires virtuelles et du taux de réussite au baccalauréat selon les filières et le genre ;
- L'évolution du taux national de déperdition scolaire selon le cycle et le niveau.

L'évolution de ces indicateurs permettra de relever certaines contraintes au développement de la scolarité qui entravent la réalisation des OMD et l'application des DESC.

#### **Evolution de la démographie scolaire**

Les moyennes nationales des indicateurs de la scolarité cachent souvent des écarts importants entre les différentes Académies Régionales d'Education et de Formation (Aref). Les moyennes de ces dernières dissimulent à leur tour des écarts entre les Délégations Provinciales et entre les communes de chaque Délégation. Dans certaines communes, la scolarisation est presque généralisée, dans d'autres au sein d'une même province son taux est bien en deçà de moyennes provinciales.

Les taux de scolarité sont habituellement calculés dans la carte scolaire pour les tranches d'âges 4-5 ans, 6 ans, 6-11 ans, 12-14 ans et 15-17 ans (Tableau 1 en annexes).

L'idéal de ce diagnostic serait de rendre compte de tous ces écarts, mais il est plus réaliste de mettre l'accent sur ceux des moyennes de certains indicateurs de scolarité au niveau des académies où il est fort probable que les performances dans la réalisation des OMD et dans l'application des DESC sont moins bonnes.

Les taux nationaux cachent d'importants écarts entre les régions. En 2006-07 par exemple, le taux global de scolarisation régional variait :

- de 77,0% à Al Houceima Taza Taounat à 99,2% à Laâyoune Boujdour pour les enfants de 6 ans, soit un écart de 22,2% (cet écart est de 24,6% pour les filles);
- de 79,4% à Al Houceima Taza Taounat à 98,7% à Laâyoune Boujdour pour les enfants de la tranche d'âge 6-11 ans, soit un écart de 19,3% (cet écart est de 26,7% pour les filles) ;
- de 52,6% à Al Houceima Taza Taounat à 95,9% à Laâyoune Boujdour pour les enfants de la tranche d'âge 12-14 ans, soit un écart de 43,3% (cet écart est de 56,0% pour les filles) ;
- de 31,4% à l'académie de la région de l'Oriental à 84,8% à Laâyoune Boujdour pour les enfants de la tranche d'âge 15-17 ans, soit un écart de 53,4% (cet écart est de 61,9% pour les filles).

Les taux d'abandon (Tableau 2 en annexes) pour multiples raisons compromettent les efforts déployés et les moyens investis en matière de scolarisation. Une plus grande rigueur dans l'application des textes interdisant le travail des enfants n'ayant pas atteint l'âge légal minimum requis pourrait persuader les employeurs de ne plus employer les enfants et les parents de ne plus les retirer de l'Ecole tant qu'ils sont en âge de scolarité obligatoire.

L'évolution des statistiques depuis 1991 montre que le phénomène des déperditions scolaires existait toujours avec des proportions plus ou moins semblables à l'exception de quelques pics entre 1996 et 1998.

Les parts des filières de l'enseignement technique industriel sont restées stationnaires depuis le début de la décennie autour d'une moyenne de 5% d'élèves de l'enseignement qualifiant. Celles des filières scientifiques se sont améliorées progressivement en passant de 43,7% en 1999-2000 à 48,3% en 2006-07. Avec les ratios réunis de 53,3% des filières scientifiques et techniques en 2006-07, on est bien loin de l'objectif de 66,7% fixé par la Charte pour la fin de la décennie.

La contribution de l'enseignement privé à la scolarisation (ratio par rapport au nombre global d'enfants scolarisés) a atteint en 2008-09 les proportions de 9,3% au primaire, 4,7% au secondaire collégial et 5,9% au secondaire qualifiant contre les proportions respectives de 4,7%, de 1,4% et de 6,7% en 1999-00. Ces proportions diffèrent beaucoup d'une région à l'autre et au sein de chaque région et sont bien en deçà des 20% fixés par la Charte pour la fin de la décennie en cours.

Le Ministère de l'Education Nationale a ouvert dès la rentrée scolaire 1996-97 des classes intégrées pour enfants handicapés, mais une quinzaine de Délégations provinciales n'en ont pas encore ouvert et le rythme d'extension au sein de chaque Délégation est assez lent. Cependant, il faut signaler que 32,4% d'enfants présentant un handicap léger sont scolarisés selon l'approche inclusive

dans les classes normales (Enquête faite par le Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées en 2004).

La couverture des délégations provinciales par le réseau de classes intégrées pour enfants handicapés s'est certes améliorée d'année en année, mais cette couverture est toujours incomplète et reste symbolique dans certaines délégations provinciales.

Les composantes de l'enseignement supérieur ont évolué entre 1999-00 et 2006-07 d'un effectif global de 293.249 à 369.493 étudiants répartis comme suit :

- De 249.253 étudiants dont 42% filles à 272.578 étudiants dont 46% filles dans l'enseignement universitaire ;
- De 27.010 à 23.850 étudiants dans la formation des cadres ;
- De 9.266 à 22.456 étudiants dans l'enseignement supérieur privé ;
- De 7.720 à 50.609 étudiants dans la formation professionnelle post-baccalauréat.

Un survol des données du tableau 3 (en annexes) concernant la proportion des filles par rapport à l'ensemble des élèves au primaire, au secondaire collégial et au secondaire qualifiant en milieu urbain et en milieu rural suffit pour constater que, sur le plan national :

- La parité genre (filles/ensemble des élèves du même cycle) s'est légèrement améliorée dans tous les cycles en milieu rural mais reste toujours en-deçà de la parité en milieu urbain ;
- La parité genre s'est améliorée au secondaire qualifiant pour dépasser 50% en 2007-08 alors qu'elle s'est stabilisée au primaire et au secondaire collégial respectivement autour des valeurs de 48,2% et 47,7% ;
- L'écart entre le milieu urbain et le milieu rural s'est réduit durant les six dernières années, passant de 3,5% à 2,6% au primaire, de 14,3% à 11% au secondaire collégial et de 12,9% à 11% au secondaire qualifiant. Il reste, toutefois, important aux deux cycles de l'enseignement secondaire sachant que l'écart enregistré entre 2003-04 et 2007-08 est plus important dans le secondaire qualifiant (avec +2,0% pour le milieu urbain et +3,9% pour le milieu rural) que dans le secondaire collégial (avec +0,5% en milieu urbain et +2,8% en milieu rural) et très réduit pour le primaire.
- Les moyennes nationales de la parité selon le cycle et le milieu cachent d'importantes fluctuations régionales sans doute plus inquiétantes aux niveaux provincial et local.

Une analyse plus fine des données sur la parité genre rend compte de ces fluctuations régionales émoussées. Les moyennes régionales sont :

- En dessous des moyennes nationales en milieu urbain à tous les cycles d'enseignement primaire et secondaire dans cinq académies régionales toutes à caractère montagneux et disposant d'une forte proportion d'espace rural (Al-Houceima Taza Taounate, Guelmim Smara, Meknès Tafilalet, Souss Massa Drâa et Tadla Azilal) ;

- En dessous des moyennes nationales en milieu rural à tous les cycles dans deux académies régionales (Al-Houceima Taza Taounate et Marrakech Tensift Al Haouz), au primaire dans trois autres académies (Abda Doukkala, Rabat Salé Zemmour Zaer et Tadla Azilal), aux deux cycles du secondaire dans trois autres académies (Tanger Tétouan, Souss Massa Drâa et Gharb Chrarda Bni Hssen) et au secondaire qualifiant dans trois académies (Guelmim Smara, Meknès Tafilalet et Tadla Azilal) ;
- En baisse au primaire aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural dans la plupart des académies, notamment à Guelmim Smara, Oued Dahab Lagouira et Souss Massa Drâa et en hausse partout aux deux cycles du secondaire ;
- En hausse au secondaire collégial aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural dans la plupart des académies avec des augmentations supérieures à celles des moyennes nationales dans les académies de Guelmim Smara, Souss Massa Drâa, Meknès Tafilalet et Marrakech Tensift Al-Haouz ;
- En hausse au secondaire qualifiant dans les deux milieux pour la plupart des académies avec des augmentations supérieures à celles enregistrées au niveau national, notamment à Guelmim Smara, Souss Massa Drâa, Tadla Azilal, Marrakech Tensift Al-Haouz et à Meknès Tafilalet.

Dans le Département de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique les effectifs d'étudiant(e)s en 2007-08 ont atteint 261.174 dont 127.681 étudiantes aux premiers et second cycles (soit une parité genre de 48,9%) et 31.120 dont 11.736 étudiantes au troisième cycle (soit une parité genre de 37,7%).

### **Evolution du rendement scolaire**

Rappelons que la Charte nationale d'éducation et de formation a fixé comme objectifs suivants : sur une cohorte de 100 élèves inscrits en 1ère année du primaire en 1999-2000, 90 devraient finir en 2005 ce cycle ; 80 devraient achever le collégial en 2008 ; et 60 devraient atteindre la fin du secondaire qualifiant en 2011 dont 40 admis au baccalauréat. La réalisation de ces objectifs suppose de très faibles taux de déperdition scolaire.

Les données du tableau 4 (en annexes) montrent que le rendement des cohortes virtuelles s'améliore progressivement au primaire aussi bien pour les garçons que pour les filles mais ce rendement reste en deçà des 90% visés par la Charte. Celui des cohortes virtuelles du secondaire collégial et du secondaire qualifiant se stabilise autour des mêmes moyennes nationales respectives de près de 78% (des inscrits en 1ère année de collège) au collégial et 84% (des inscrits aux tronc communs du lycée) au secondaire qualifiant, avec de meilleures performances pour les filles que pour les garçons.

Selon les données des derniers recensements scolaires, sur une cohorte de 100 élèves 70 (dont 62 avec succès) finissent le primaire, 47 (dont 24 avec succès) finissent le collégial et 40 (dont 13 seulement obtiennent le baccalauréat) achèvent le secondaire qualifiant.

En 2005-06, les taux moyens de promotion d'un cycle au suivant sont de 81,1% du primaire au secondaire collégial (contre 79,7% en 2003-04), de 48,2% du collégial aux tronc communs du secondaire qualifiant (contre 51,4% en 2003-04). Dans les deux cas, les taux de promotion des filles sont supérieurs à ceux des garçons avec un ratio de 1.20 en 2006-07 contre 1.12 en 2003-04.

Par ailleurs, l'indice de durée de vie scolaire s'établissait en 2006-07 à 5,6 années pour un élève au primaire (contre 5 années seulement en 1999-00), à 7,8 années pour un élève au collégial (contre 6,5 années en 1999-00) et à 9,3 années pour un élève ayant atteint le secondaire qualifiant (contre 7,6 années en 1999-00). La durée de vie scolaire est réduite par les taux élevés de rupture de scolarité qui ont atteint, en 2008-09, les moyennes de 3,3% au primaire, de 12,9% au secondaire collégial et de 13% au secondaire qualifiant contre les taux moyens respectifs de 5,2%, de 14,5% et de 14% en 1999-00.

La Charte nationale d'éducation et de formation a fixé les orientations à suivre dans l'organisation des examens pour tirer le meilleur profit des apprentissages et acquis scolaires. Le système conçu pour mettre en œuvre ces orientations tente de concilier les parts du local, du provincial, du régional et du national dans ces examens, d'une part, et celles du contrôle continu réservé à l'enseignant et à l'établissement scolaire et des épreuves normalisées à l'échelle provinciale, régionale ou nationale, d'autre part.

L'examen du baccalauréat a subi de profonds changements par rapport à l'ancienne organisation avec 25% de la note du baccalauréat pour le contrôle continu, 25% pour l'examen normalisé à l'échelle de l'académie portant sur quelques matières enseignées et 50% pour l'examen de fin cycle qualifiant normalisé à l'échelle nationale et portant sur d'autres matières.

L'analyse de l'évolution des taux de réussite au baccalauréat dans les différentes filières (Tableau 5 en annexes) permet de constater que :

- Le taux de réussite national, abstraction faite des filières, s'est amélioré ces dernières années. Etant donné que la première session du baccalauréat, dont les épreuves portent sur les nouveaux curricula, s'est déroulée en 2007-08 et que les épreuves des sessions précédentes ont porté sur les curricula antérieurs à la réforme en cours, il est difficile de savoir si cette amélioration est due à la qualité des nouveaux curricula ou à une plus grande efficacité de l'enseignement ou à la qualité des examens du baccalauréat ou à une combinaison des divers facteurs ;
- Les taux de réussite sont meilleurs pour les filles que pour les garçons exceptés ceux de la filière de l'enseignement originel ;
- Les meilleurs taux sont ceux des filières, par ordre décroissant, des sciences mathématiques, de l'enseignement technique industriel, de l'enseignement technique commercial et des sciences expérimentales ;
- Les taux les plus bas sont ceux des filières de lettres et de l'enseignement originel.

Ces taux nationaux cachent d'importantes fluctuations régionales. A titre d'exemple, le taux régional de réussite au baccalauréat des élèves scolarisés en 2007-08 varie :

- Entre 38,70% au Grand Casablanca et 68,25% à Oued Dahab Lagouira (toutes filières et genres confondus), soit un écart de 29,55% ;
- Entre 39,78% à Laâyoune Boujdour et 73,19% à Oued Dahab Lagouira (toutes filières confondues) pour les filles, soit un écart de 33,41% ;

- Entre 35,12% au Grand Casablanca et 64,43% à Oued Dahab Lagouira (toutes filières confondues) pour les garçons, soit un écart de 13,84%.

En faisant un zoom plus fin au niveau des lycées, ces écarts seront certainement encore plus grands. Ce qui témoigne de grandes disparités en termes de rendement scolaire et donc de qualité des apprentissages et d'efficacité des pratiques pédagogiques.

Le Département de l'Education Nationale participe depuis 1998 à certaines études internationales organisées par l'Association internationale de l'évaluation des acquis scolaires (IEA) dont le siège est à Amsterdam : TIMSS-R (Third international mathematics and science study – replication) en 1999 et TIMSS en 2003 et 2007 portant sur les acquis scolaires en mathématiques, sciences physiques et sciences de la vie et de la terre en 4ème année primaire et en 2ème année collégiale ; PIRLS en 2001 et 2006 portant sur les acquis en matière de compétences langagières ; etc. Ces études ont montré, en gros, que le niveau des acquis scolaires des élèves marocains aux matières et niveaux susmentionnés est inquiétant. Ce qui témoigne de sérieux problèmes au niveau de la qualité des apprentissages et des curricula et au niveau de l'efficacité de l'enseignement.

Le conseil supérieur de l'enseignement et le Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique viennent d'achever une étude sur les acquis scolaires dont les premiers résultats confirment ceux des études internationales susmentionnées.

### **Contraintes au développement de la scolarité**

Les principales contraintes au développement de la scolarité se situent au niveau de l'accessibilité des services éducatifs, de leur qualité, de la gouvernance et des conditions sociales des familles. L'inaccessibilité, voire la non-disponibilité des établissements scolaires pose encore de sérieux problèmes, notamment au secondaire pour les filles en milieu rural mais aussi au primaire pour les catégories sociales vulnérables comme les enfants aux besoins spécifiques, les enfants nomades et de zones montagneuses enclavées, les enfants en bas âge qui travaillent, les enfants sans domicile fixe, les jeunes en milieu carcéral, etc.

Les faibles taux de scolarisation des enfants handicapés mentaux et auditifs, en particulier, ralentissent la généralisation de la scolarité. Malgré les efforts entrepris en matière de formation des éducateurs à la Faculté des Sciences de l'Education et, depuis deux ans, par le Centre national Mohammed VI des personnes handicapées, les besoins en personnels spécialisés continuent à agir comme facteur limitant à toute initiative de développement. Comme il n'est fait aucune exception dans les divers textes législatifs et réglementaires marocains sur les droits à la scolarité, on peut se demander comment se justifie l'absence ou le petit nombre de classes intégrées dans certaines délégations provinciales et l'absence de cursus de formation initiale en éducation d'enfants handicapés dans les institutions de formation des cadres relevant du Département de l'Education Nationale.

Les distances parcourues par les enfants en milieu rural pour se rendre aux établissements scolaires sont parfois importantes. L'expérience des tentes-classes en milieu nomade, notamment dans l'Oriental à Bni Guil, Maatarka et Tandrarra n'a eu aucun succès parce que ces tentes ne sont pas adaptées à l'environnement local, ne sont pas acceptées par les communautés nomades et présentent des difficultés pour les fréquents déplacements souvent imprévisibles de ces communautés.



## 2. Développement en matière de supports éducatifs

Dès que la Charte nationale d'éducation et de formation a été mise œuvre, de nombreux chantiers de réforme ont été lancés : révision des curricula des divers cycles et champs disciplinaires et élaboration de manuels scolaires de l'élève et guides pédagogiques de l'enseignant ; révision du système d'examens certificatifs ; et redéfinition de la vie scolaire dans les établissements. L'accent est mis dans le présent rapport sur les aspects susceptibles de renseigner sur l'application des DESC et la réalisation des OMD.

### Principales innovations pédagogiques

La mise en œuvre de la Charte nationale d'éducation et de formation, sur le plan pédagogique, s'est traduite par les principales innovations suivantes :

- Le passage d'une structuration de l'éducation de base en enseignement fondamental avec deux cycles (six années pour le premier et trois pour le second) et enseignement secondaire (en un seul cycle de trois années) à une nouvelle structuration en enseignement primaire en deux cycles (un premier cycle de quatre années intégrant le préscolaire et un cycle moyen de même durée) conduisant au certificat d'études primaires et un enseignement secondaire de six années avec deux cycles de trois années chacun dont le premier conduit au brevet d'enseignement collégial et le second au baccalauréat ;
- Le passage d'une année scolaire en trois trimestres d'une durée totale d'environ 32 semaines à une organisation en deux semestres de 17 semaines chacun dans tous les cycles d'enseignement. Chaque semestre, réparti en deux blocs séparés d'une semaine de relâche pour les élèves, dispose de ses propres curricula ;
- L'introduction de nouvelles matières telles la langue amazighe, l'éducation à la citoyenneté au primaire et au collégial, l'informatique, les sciences de l'ingénieur et des disciplines artistiques au secondaire qualifiant ;
- La libéralisation de la conception des manuels scolaires et leur diversification pour chaque matière enseignée ;
- La refonte du système d'évaluation des apprentissages, notamment en matière d'évaluation formative et d'examens certificatifs de fin des cycles primaire et collégial et du baccalauréat ;
- L'introduction de l'éducation aux « droits de l'Homme et démocratisation de la vie scolaire ». Le Département de l'Education Nationale s'est ouvert aux principaux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux s'intéressant à l'éducation aux droits de l'Homme par le biais de partenariats sur l'éducation aux droits de l'Homme. Une cellule centrale des droits de l'Homme et de la citoyenneté a ainsi été créée en fin 2004 dans le but de faire converger les efforts des divers acteurs et d'assurer la cohérence et l'efficacité de leurs actions ;
- Par ailleurs, quelques innovations importantes ont été introduites dans la gestion du système d'éducation et de formation pour promouvoir la participation des élèves à la vie scolaire. Enfin, le Parlement des enfants a été créé en mai 1999.

## **Contraintes au développement des supports éducatifs**

Si d'importants efforts et moyens ont été investis dans la production des programmes, des manuels scolaires et guides pédagogiques et dans la dotation des établissements en équipements informatiques et supports multimédia et en matériels didactiques, le handicap principal reste celui de la mise à niveau des enseignants pour qu'ils puissent s'approprier la réforme pédagogique, utiliser au mieux les supports éducatifs susmentionnés, promouvoir la qualité des apprentissages et mobiliser davantage les élèves pour la participation à la vie scolaire.

A titre d'exemple, l'adoption de l'approche par compétences dans les curricula, ne s'est assez concrétisée ni dans la conception des manuels scolaires ni dans la pratique pédagogique en classe et l'évaluation des apprentissages parce qu'aucune formation en bonne et due forme à cette approche, à ses fondements théoriques et à ses applications n'a été dispensée en faveur des auteurs de manuels et aux acteurs pédagogiques, inspecteurs et enseignants.

### **3. Développement des ressources humaines**

Les efforts consentis pour améliorer les indicateurs de scolarité ont porté essentiellement sur la mise en place des infrastructures et équipements scolaires et sur la production de supports éducatifs et l'achat de matériel didactique, mais peu sur la formation initiale des ressources humaines, notamment les enseignants des divers cycles.

#### **Evolution des effectifs d'enseignants**

Les données du tableau 6 (en annexes) montrent que les proportions d'enseignants âgés de 50 ans et plus, dans les trois cycles, a plus que doublé par rapport à celles du début de la décennie alors que celles de moins de 30 ans se sont stabilisées. Au rythme actuel de remplacement des départs en retraite, le système sera bientôt contraint de recourir à une formation de masse où il sera difficile d'assurer un minimum de qualité pour satisfaire ses besoins en enseignants.

Paradoxalement, les établissements de formation des cadres sont restés sous-utilisés et on a continué à utiliser les anciens programmes de formation pour former des enseignants destinés à enseigner de nouveaux curricula.

L'extension de la scolarisation et l'accélération de son rythme au primaire puis au secondaire collégial et au secondaire qualifiant ne pouvaient être imaginées sans une intense formation des personnels enseignant, administratif et technique en exercice et une formation initiale d'effectifs suffisants d'enseignants. Or, comme le montrent les données du tableau 7 (en annexes), la dotation en nouveaux postes budgétaires affectés au Département de l'Education Nationale a été réduite de moitié en 2003 pour se stabiliser à 3500 postes chaque année.

Les postes des retraités ne pouvant plus être conservés par ledit département, ceux nouvellement créés suffisent à peine à remplacer les départs en retraite. La situation s'est aggravée en 2005 avec le départ volontaire de près de l'équivalent de quatre années de dotation en nouveaux postes. Face à cette situation, la proportion de classes à niveaux multiples, en milieu rural et périurbain, a atteint un niveau inquiétant. Par ailleurs, en 2006-07 les taux nationaux de classes de plus de 41 élèves ont atteint le maximum de 20,4% au primaire, 19,7% au secondaire collégial et 26,1% au secondaire qualifiant. Les écarts des taux régionaux des classes de plus de 41 élèves ont varié :

- Au primaire entre 8,1% et 27,7% ;



- Au secondaire collégial entre 25,3% et 42,7% ;
- Au secondaire qualifiant entre 23% et 79,4%.

### **Evolution des taux d'encadrement**

Au début de la décennie, le taux national d'encadrement pédagogique était de 29 élèves par enseignant au primaire, 19 au collège et 14 au lycée contre les taux respectifs de 27 élèves, de 17 et de 13 élèves au début des années 90. Ce taux a légèrement fluctué au niveau national entre 28 et 29 élèves par enseignant au primaire, mais cette stabilité cache des écarts importants atteignant 8 points entre les milieux urbain et rural avec 32 élèves par enseignant en milieu urbain en 2007. Par ailleurs, le taux national d'encadrement pédagogique a augmenté annuellement de 3,9% et 3,6% respectivement au secondaire collégial et au secondaire qualifiant pour atteindre en 2007 les taux de 25 élèves au secondaire collégial et 18 au secondaire qualifiant respectivement au lieu de 19 et 14 élèves en 2000. Ces taux cachent aussi d'importantes fluctuations entre régions et entre communes locales et d'un milieu à l'autre.

Si ces taux ne présentent aucune corrélation avec l'efficacité de l'enseignement et la qualité des apprentissages, il va sans dire que le milieu rural, composé souvent de douars éclatés et de petites agglomérations, impose une carte scolaire avec des établissements à structure pédagogique incomplète et des classes à effectifs parfois très réduits et utilise beaucoup plus d'enseignants pour beaucoup moins d'élèves que les moyennes du taux d'encadrement.

La principale conséquence de ce déséquilibre est l'augmentation du nombre de classes pléthoriques en milieux urbain et périurbain et de classes à niveaux multiples en milieu rural.

## **4. Développement en matière d'infrastructures et d'équipements**

### **Evolution du réseau d'établissements scolaires**

Le nombre d'établissements scolaires du secteur public est passé entre 1999-00 et 2008-09 :

- de 5940 à 7054 écoles primaires (sans compter 13.401 satellites des secteurs scolaires en milieu rural, soit une différence de 1114 écoles en 9 ans et une moyenne nationale annuelle de 123 écoles supplémentaires ;
- de 972 à 1559 collèges (dont 658 en milieu rural), soit une différence de 587 collèges et une moyenne annuelle de 65 collèges supplémentaires. Ce qui correspond à 60% du nombre de collèges créés jusqu'en 2000 et à presque le triple du nombre de collèges construits entre 1992-93 et 1999-00 ;
- de 543 à 784 lycées (dont 174 en milieu rural), soit une différence de 241 lycées et une moyenne annuelle de 27 lycées supplémentaires ou plus de 40% du nombre total de lycées créés jusqu'en 2000.

Le taux d'utilisation des salles de classe, abstraction faite des cycles d'enseignement, a augmenté progressivement depuis le début des années 90 passant de 1,37 (nombre de classes/nombre de salles) en 1991-92 pour se stabiliser entre 1999-00 et 2002-03 à 1,42 avant de reprendre une diminution progressive suite essentiellement à :

- une concentration des nouvelles créations dans le rural avec des établissements secondaires à effectifs réduits ; et à
- des milliers de salles non utilisées dans la plupart des grandes villes en raison des déplacements de populations vers le périurbain induits par les politiques publiques en matière de lutte contre l'habitat insalubre et de redéploiement des habitants des bidonvilles et du développement aux centres de ces villes d'un enseignement privé économiquement accessible.

La « Grille Ecole de Qualité », élaborée par le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, avec l'assistance technique et la contribution financière de l'Unicef, et mise en application en 2005-06, après son expérimentation dans sept délégations, se décline en six dimensions et 30 sous-dimensions comme le montre l'encadré (en annexes). Chaque sous-dimension se décline à son tour en plusieurs énoncés<sup>97</sup>. A ce jour, il n'existe pas de publication sur l'évaluation de l'application de cette grille.

### **Contraintes au développement des infrastructures et équipements scolaires**

Les efforts déployés en matière d'infrastructures scolaires après 2000 ont été, certes, essentiellement orientés vers le milieu rural, puisque le taux de couverture des collectivités rurales par l'enseignement collégial est passé de près de 28% à 53,9% en 2008-09 durant la même période et 22% des lycées se situent en milieu rural, mais des difficultés persistent encore au niveau des infrastructures et équipements scolaires :

- en 2007 une proportion de 76,5% des satellites d'écoles primaires ne sont pas reliés au réseau d'eau potable, 62% n'ont pas l'électricité et 73% ne disposent pas de sanitaires ;
- L'état des locaux atteint parfois un degré d'insalubrité ne permettant pas les conditions minimales requises, notamment dans les zones montagneuses où les températures hivernales sont très basses pendant des semaines voire des mois pendant lesquels la scolarité peut être profondément compromise en absence de chauffage ;
- Des problèmes liés à l'aménagement du territoire (absence de route, d'eau potable, d'électricité, de moyens de transport, etc.) agissent comme facteur limitant au développement du réseau d'écoles primaires et de leurs satellites ;
- Le nombre important de satellites d'écoles primaires (13.401 en 2008-09) n'ayant pas les six niveaux du primaire compromet la rétention des élèves et la qualité de l'offre éducative et occasionne de grands gaspillages en matière de ressources humaines ;
- Les équipements de laboratoires scientifiques et les matériels didactiques (mais aussi les effectifs élevés des classes) ne permettent pas de dispenser les travaux pratiques et expériences en adéquation avec les nouveaux curricula des matières scientifiques. D'importants investissements ont été faits, certes, en matière d'équipement en nouvelles technologies de l'information et de la communication et de formation des personnels à leur utilisation, mais il n'est pas établi scientifiquement que les moyens multimédia

---

<sup>97</sup> Comme on peut le constater, trois dimensions et 17 sous-dimensions sont dédiées à la qualité des infrastructures, des équipements et des matériels didactiques.

peuvent remplacer les apprentissages par la manipulation expérimentale ou en ateliers d'enseignement technologique.

## 5. Développement intersectoriel de l'offre en éducation

Connaissant l'impact de la qualité de l'éducation et de la formation sur le développement humain et économique et considérant que l'éducation est « l'affaire de tous », il va sans dire que la réussite du système marocain d'éducation et de formation passe nécessairement par une plus large ouverture du système sur l'environnement socioculturel et économique et par une implication effective des partenaires dans la gouvernance du réseau d'établissements pour l'amélioration de ses performances pédagogiques. D'ailleurs, de nombreuses expériences réussies avec la contribution et parfois l'initiative de départements ministériels, d'institutions nationales, d'Agences des Nations Unies, de grandes entreprises citoyennes et de partenaires de différents niveaux territoriaux montrent à quel point l'amélioration des indicateurs de la scolarité ne peut être du seul ressort des départements de l'éducation et de la formation et peut être accélérée par les efforts conjugués, l'expertise et le savoir-faire des divers partenaires.

Après de nombreuses tentatives depuis les années 90, le Département de l'Education Nationale a récemment mis en place trois écoles communales en partenariat avec les collectivités et autorités locales dans des milieux où beaucoup d'ingrédients de l'échec de la scolarité sont réunis (Ecole Sebt Aït Rahou à la délégation de Khénifra, Ecoles de Maatarka et de Bni Guil à la délégation de Figuig Bouarfa). Depuis 2000, la Fondation BMCE pour l'éducation et l'environnement a mis progressivement en place un réseau d'écoles communautaires rurales comptant actuellement 57 écoles sur des sites où le service éducatif public n'était pas accessible, avec un préscolaire intégré au cursus primaire, un renforcement de l'enseignement des langues dont l'amazighe, un soutien pédagogique systématique pour les enfants éprouvant des difficultés d'apprentissage et un appui social aux élèves sous forme de cartable, fournitures et manuels scolaires et aux parents sous forme de microcrédits pour activités génératrices de revenus. Ce créneau semble porteur d'espoirs.

De nombreux partenariats avec d'autres secteurs gouvernementaux, des institutions nationales (fondations), des entreprises nationales et multinationales citoyennes, des ONG et des Agences des Nations Unies ont aidé le Département de l'éducation nationale à la recherche de solutions aux problématiques de la santé scolaire, de l'appui social, des espaces verts des établissements, de l'éclairage et du chauffage, etc.

Les actions inter et multisectorielles en cours sont souvent le fruit d'une initiative collective de plusieurs départements ministériels et d'institutions nationales ou d'Agences des Nations Unies qui jouent un double rôle d'assistance technique et de contribution au financement de programmes pilotes.

L'une des principales contraintes à ce genre d'action se situe au niveau des difficultés rencontrées dans la généralisation des actions pilotes et la pérennisation de leurs résultats. Dès que le partenaire se retire en fin de programme pilote, les résultats de ce dernier sont rarement capitalisés. Une seconde contrainte réside dans la discontinuité des programmes et actions en raison de changements de gouvernements ou de changements de priorités du même gouvernement.

Les programmes inter ou multisectoriels qui réussissent mieux sont ceux initiés avec les financements nécessaires, un suivi régulier et une reddition des comptes en bonne et due forme.

## 6. Développement de l'appui social en milieu scolaire

L'offre scolaire se situe à deux niveaux : une offre éducative proprement dite qui se traduit en supports éducatifs (curricula, manuels scolaires et guides pédagogiques, matériels didactiques, fonds bibliothécaire, etc.), en personnels enseignant, administratif et technique chargés de veiller à la bonne utilisation de ces supports et en infrastructures et équipements nécessaires à la réalisation de l'action pédagogique ; et un appui social indispensable pour attirer les enfants à l'école, notamment en milieu rural et les y retenir le plus longtemps possible au moins jusqu'à ce qu'ils achèvent la scolarité obligatoire fixée à 6-15 ans par la loi 04.00 du 19 mai 2000.

Ce deuxième niveau de l'offre scolaire peut être subdivisé en deux types : un appui social financé par le budget du Département de l'Education Nationale tels les internats et les cantines scolaires qui se justifient par la compensation de la non-disponibilité ou de l'inaccessibilité des établissements scolaires ; et un appui social qui suscite la contribution d'autres acteurs, partenaires dudit département, et qui profite essentiellement aux enfants issus de familles nécessiteuses comme la construction de foyers « dar attaliba » pour jeunes filles accédant au collège en milieu rural, la distribution de kits cartables, fournitures et manuels scolaires au début de chaque année scolaire et de kits vêtements d'hiver en zones montagneuses froides, l'achat de lunettes de correction et d'appareils numériques pour élèves malentendants, de bicyclettes pour élèves habitant loin de leur collège, etc.

### Appui social financé par le budget de l'éducation

Pour pallier les problèmes de non-disponibilité ou de non-accessibilité des établissements, différentes mesures ont été adjointes à l'offre scolaire depuis l'indépendance : mise en place de structures d'hébergement (internats et « dar talib ou taliba ») ; octroi de bourses d'internat ou d'enseignement supérieur ; dispense d'un service de cantines scolaires ; et contribution au transport scolaire.

Avec l'intensification et l'accélération du rythme de la scolarisation, notamment en milieu rural, des internats fermés auparavant ont été rouverts et de nombreux autres construits ainsi que des foyers dar talib(a) et des services de cantines assurés là où les distances parcourues par les élèves pour se rendre à l'école ou au collège sont importantes. Entre 2004 et 2007, les effectifs annuels moyens de bénéficiaires de ces formes d'appui social s'élèvent à :

- 44.300 internes boursiers de l'enseignement secondaire qualifiant (contre une moyenne annuelle de 31.000 internes entre 92-93 et 99-00) dont 17% en milieu rural et 39.600 internes boursiers de l'enseignement secondaire collégial (contre une moyenne annuelle de 29.000 internes entre 92-93 et 99-00) dont 47% en milieu rural ;
- 690 internes de l'enseignement primaire dont 37% en milieu rural ;
- 945.500 bénéficiaires des cantines scolaires pour l'enseignement primaire avec 90% en milieu rural et 21.900 au secondaire collégial avec 94% en milieu rural (contre une moyenne annuelle globale de 934.000 durant la période 92-93 à 99-00).

A partir de 2008-09 dans le cadre d'un programme baptisé Tayssir (kits cartables, fournitures et manuels scolaires et aide financière aux parents) conçu pour lutter contre les déperditions scolaires

dans 270 écoles et leurs satellites de 132 communes INDH relevant de cinq régions (La région de l'Oriental, Marrakech Tensift Al Haouz, Meknès Tafilalet, Souss Massa Drâa et Tadla Azilal). 80.000 élèves de 47.000 familles sont concernées par ce programme.

Par ailleurs, pour l'année 2007, le nombre global de bénéficiaires de dar talib(a) a atteint 28.986 élèves (1416 au primaire, 22646 au secondaire collégial et 4924 au secondaire qualifiant) dont 30% de filles dans chaque cycle.

Dans le Département de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique, le nombre global de boursiers et de semi-boursiers a atteint en 2007-08 respectivement 112.189 et 41.272, soit un effectif total de 153.461 et une proportion de 52,5% de l'effectif global des étudiants des divers cycles au titre de la même année universitaire.

### **Appui social financé dans le cadre de partenariats**

Mises à part les contributions importantes des associations de parents d'élèves et d'autres partenaires locaux dans la distribution de cartables en début de l'année, de fournitures et manuels scolaires aux élèves issus de familles nécessiteuses, des opérations nationales d'appui social à la scolarisation ont été entreprises :

- En partenariat avec la Fondation Mohammed V pour la Solidarité et le Ministère du développement social durant trois années (2004-07) au bénéfice, chaque année, des élèves de 1ère année du primaire (240.000 kits manuels scolaires et 110.000 cartables) et de filles rurales de 1ère année de collège (37.000 kits manuels scolaires) ;
- A l'initiative de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité au bénéfice d'élèves des zones montagneuses à hiver très froid (25.000 kits de vêtements d'hiver chaque année) appartenant à 18 délégations provinciales depuis 2005-06 ;
- En partenariat avec la Centrale Laitière depuis mai 2003 au bénéfice de centaines de milliers d'élèves des cantines scolaires et des élèves de 11 centres de colonies de vacances (petit déjeuner) et d'une centaine d'élèves malentendants chaque année (appareils numériques d'audition), etc.

## **B. CADRE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE**

### **1. Eléments du référentiel national du droit à l'éducation**

Au niveau national, le droit à l'éducation est réglementé par un référentiel dont on peut citer :

- La constitution marocaine qui stipule dans l'article 13 de ses versions de 1962, 1970, 1972, 1992 et 1996 que « Tous les citoyens ont également droit à l'éducation et au travail » ;
- La Charte nationale d'éducation et de formation, mise en œuvre en 2000, qui a défini les fondements et principes à respecter et s'est donné comme objectifs à atteindre durant la décennie actuelle, entre autres : (1) Offrir l'accès à l'enseignement primaire à tous les

enfants âgés de 6 ans en 2002 ; (2) Généraliser l'inscription en 1ère année du préscolaire en 2004 aux enfants âgés de 4 ans ; (3) Réaliser un taux d'achèvement du primaire à 90% en 2005, du secondaire collégial à 80% en 2008 et du secondaire qualifiant à 60% dont 2/3 admis au baccalauréat en 2011 ; (4) Réduire le taux d'analphabétisme à 20% à l'horizon 2010 et l'éliminer quasiment en 2015.

- Les nouvelles lois du 19 mai 2000 issues de la Charte nationale d'éducation et de formation, notamment le Dahir 1.00.201 portant loi n° 05.00 relative à l'enseignement préscolaire des enfants de 4 à 6 ans et le Dahir 1.00.200 portant loi n° 04.00 d'obligation de l'enseignement de 6 à 15 ans réformant le Dahir n° 1.63.071 du 13 novembre 1963 rendant, à l'époque, l'enseignement obligatoire pour les enfants marocains, garçons et filles, à partir de 7 ans jusqu'à 13 ans, le Dahir 1.00.202 portant loi 06.00 comme statut principal de l'enseignement privé, Dahir 1.00.203 portant loi 07 créant les académies régionales d'éducation et de formation, etc.
- Le Plan d'action national multisectoriel pour l'enfance (PANE 2006-15 Pour un Maroc digne des enfants) structuré en dix objectifs, dont le suivi est assuré par l'Observatoire national des droits de l'enfant, a été élaboré et mis en œuvre en application à un plan international similaire intitulé « Pour un Monde digne des enfants ».

## **2. Contraintes à l'application des textes juridiques et réglementaires**

De nombreuses contraintes, essentiellement d'ordre économique, s'opposent à l'application des textes juridiques et réglementaires en vigueur. A titre d'exemples :

- La non-application de la loi 04.00 du 19 mai 2000 relative à l'obligation de la scolarité de 6 à 15 ans est due à l'absence ou l'inaccessibilité du collège, voire de l'école primaire dans certains espaces géographiques enclavés, la mobilité des familles nomades qui vivent de l'élevage et dont les circuits de transhumance sont souvent imprévisibles, le travail illégal des enfants (petites bonnes, petits bergers, apprentis en artisanat, etc.), le mariage précoce des filles, en contradiction avec le code de la famille, en raison de la précarité en milieu rural, l'utilisation par les mères de leurs filles dans les travaux domestiques, les enfants des rues, etc.
- La non-application de la loi 05.00 du 19 mai 2000 relative au préscolaire est essentiellement due à l'absence d'investisseurs du secteur privé en milieu rural pour des raisons de rentabilité (les parents ne peuvent pas payer les frais de scolarité dans le préscolaire en milieu rural) et la faible offre du secteur public (9,7% en 2008-09 tous secteurs publics réunis contre 28,6% pour le préscolaire privé moderne et 61,7% pour le préscolaire traditionnel).
- D'autres contraintes à l'application des textes juridiques et réglementaires en vigueur relèvent du sentiment de certaines populations que ces textes ne tiennent pas compte de leur culture et de leur mode de vie ou de l'absence de persuasion des parents.



## **I. L'EDUCATION AU REGARD DU PIDESC ET DES OMD**

Les documents officiels de cadrage élaborés au niveau national pour honorer les engagements des pouvoirs publics envers les citoyens marocains et le système des Nations Unies et pouvant servir de repères pour l'analyse de la situation des droits économiques, sociaux et culturels et des Objectifs du Millénaire pour le Développement sont les suivants :

- La Charte nationale d'éducation et de formation parue en septembre 1999 et le Plan d'urgence (2009-12) conçu par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique pour en accélérer et optimiser l'application ;
- Les lois issues de la Charte (2000), notamment celle de l'obligation de la scolarité et les décrets et arrêtés ministériels réglementant leur application ;
- Le Plan d'Action National pour l'Enfance « Pour un Maroc digne de ses enfants » (2006-15) et le rapport bilan des deux premières années présenté par le Gouvernement marocain en mai 2008;
- Les conventions de partenariat entre le Ministère et les Agences des Nations Unies (Unicef, Unesco, Unfpa, Unifem, Oms, Onu/Sida, etc.) sur diverses thématiques de promotion du droit au développement ;
- Le premier rapport du Conseil supérieur de l'enseignement (2008).
- Etant donné que les faiblesses de la scolarisation sont surtout liées au milieu rural, à la faible scolarisation des filles et de certaines catégories sociales vulnérables, c'est essentiellement sur les politiques publiques dédiées à la résolution des problèmes sources de ces faiblesses que l'analyse est centrée. Un intérêt particulier est accordé également aux politiques publiques dédiées aux diverses formes de soutien social que le secteur de l'éducation assure, seul ou avec des partenaires, pour attirer les enfants à l'école dans les milieux défavorisés et les y maintenir au moins jusqu'à la fin de la période de scolarité obligatoire.

### **A. DROIT A L'EDUCATION AU REGARD DES DESC**

Une analyse de contenu des articles du PIDESC, notamment ceux de la partie 3 et des missions des Départements chargés des quatre secteurs sociaux (éducation, emploi, habitat et santé) permet de relever les observations suivantes :

- A chaque article de la partie 3 du PIDESC, on peut faire correspondre un secteur social directement responsable (ou maître d'œuvre de son application), le(s) secteur(s) dont l'implication est indispensable et le(s) secteur(s) dont la contribution est souhaitable ;
- L'application du PIDESC nécessite une action intégrée et une gouvernance inter et multisectorielle impliquant au moins les quatre secteurs sociaux retenus dans la présente étude ;

- Le secteur de l'éducation est directement responsable (ou maître d'œuvre) de l'application des articles 13 et 14. Son implication est indispensable dans l'application de l'article 6 (§2), de l'article 10 (§1) en appui aux secteurs de l'emploi et de l'habitat et de l'article 15 (§1 à 3). Il est, par ailleurs, souhaitable que le département chargé de l'éducation contribue à l'application de tous les articles au moins par le biais de la sensibilisation des jeunes scolarisés, de la production scientifique et de l'animation culturelle.

## 1. DESC et secteur de l'éducation

Les constats sur le niveau d'application des divers articles du PIDESC sont nuancés entre ce que prévoient la constitution et les textes législatifs et réglementaires et les guides de procédures, d'une part, et ce que les données actuelles permettent de justifier, d'autre part.

La gratuité est assurée dans l'enseignement public au primaire, au secondaire et au supérieur, mais pas au préscolaire qui relève essentiellement du secteur privé.

Pour définir la nature et les attributs des services publics censés être dispensés aux citoyens en matière d'éducation au primaire, le Département de l'Education Nationale a élaboré une grille de qualité pour l'école primaire avec l'assistance technique et financière de l'Unicef. Un programme de formation à l'utilisation de cette grille a été organisé avec l'Unicef en faveur des inspecteurs de l'enseignement primaire avant sa mise en application en 2005-06. Les deux cycles de l'enseignement secondaire ne sont malheureusement pas concernés par cette grille. C'est là un chantier utile dont les résultats permettraient de mettre fin aux jugements arbitraires en faveur ou contre la qualité des services éducatifs offerts dans les établissements d'enseignement des deux cycles.

Il y a encore de la place pour l'amélioration des performances au niveau de l'application des textes législatifs et de ladite grille de qualité puisque :

- L'enseignement préscolaire n'est pas généralisé à tous les enfants âgés de 4-5 ans et, par conséquent, l'équité n'est pas assurée à l'accès au primaire, lui-même pas encore généralisé, notamment aux catégories sociales vulnérables (enfants handicapés, enfants de nomades et de zones montagneuses enclavées, enfants de la rue, etc.) ;
- La qualité des services éducatifs n'est pas partout assurée et diffère entre les milieux urbain, périurbain et rural ;
- La violence faite aux enfants en milieu scolaire (Etude faite pour le MENJ et l'Unicef par l'Ecole de psychologie de Casablanca en 2005), malgré l'interdiction formelle de toute forme de châtimeut à l'Ecole, compromet les vellités de « plein épanouissement de la personnalité humaine » en milieu scolaire ;
- Les déperditions scolaires sont tellement importantes que 29% des enfants quittent l'école primaire avant d'atteindre la fin du primaire et retombent souvent dans l'analphabétisme.

L'enseignement est, certes, obligatoire de 6 à 15 ans révolus et accessible gratuitement (Art.13, §2a), mais des problèmes persistent encore :



- Au niveau de la rigueur de l'application de la loi 04.00 du 19 mai 2000 puisque 6,5% d'enfants de la tranche d'âge 6-11 ans correspondant essentiellement au primaire (exceptés quelques élèves ayant intégré la 1ère année primaire avant d'atteindre l'âge de six ans) ne sont pas scolarisés en 2007-08, une moyenne de 24% d'enfants abandonnent l'école primaire avant d'atteindre l'âge plafonnant la scolarité obligatoire, le Département de l'Education Nationale ne dispose pas encore d'infrastructures et d'équipements appropriés et de professionnels formés en nombre suffisant pour appliquer l'obligation de la scolarité aux enfants présentant les divers handicaps ;
- Au niveau de la gratuité parce qu'en réalité, même si aucun frais de scolarité n'est exigé dans les établissements d'enseignement public, la scolarité d'un enfant coûte annuellement à ses parents à peu près l'équivalent de la dépense publique qui s'élève à 5.118DH au primaire et à 7.615DH au secondaire collégial (Comptes de l'éducation, 2005) ;
- Au niveau de l'accessibilité parce que l'offre éducative est encore inaccessible en milieux nomades et dans les zones de montagnes enclavées.

L'enseignement secondaire, général et technique, est gratuit et généralisé aux 16 régions du Royaume. Les problèmes inhérents à son inaccessibilité en milieu rural sont en majorité résolus par l'octroi de bourses d'internat aux élèves orientés, notamment vers les filières d'enseignement technique.

Le système éducatif marocain dispose d'un enseignement technique industriel essentiellement en génies mécanique et électrique dispensés dans un réseau d'une quarantaine d'établissements couvrant la presque totalité du territoire, mais la proportion des élèves de cet enseignement ne dépasse pas 5,4% de l'effectif total des élèves du secondaire qualifiant en 2008-09. Les curricula des filières industrielles sont conçus en adéquation avec les tendances et les exigences de l'économie du pays, mais des problèmes de manque de passerelles avec l'enseignement technologique supérieur agissent comme facteur limitant au développement de ce type d'enseignement. D'ailleurs, l'enseignement technique en génie d'économie et de gestion attire plus d'élèves parce que ses filières ne souffrent pas autant de manque de passerelles avec les filières tertiaires de l'enseignement supérieur. Mises à part ces limites assez faciles à dépasser, l'article 13 (§2b) peut être considéré comme assez convenablement appliqué.

L'enseignement supérieur est gratuit dans les établissements universitaires et les écoles de formation des cadres. Un système de bourses d'études (52,5% de l'effectif global des étudiants des divers cycles au titre de l'année universitaire 2007-08) et un réseau de cités universitaires permettent de soulager les étudiants nécessiteux et de réduire les problèmes de l'inaccessibilité des universités et des écoles de formation des cadres pour les bacheliers des régions non encore couvertes par le réseau d'établissements d'enseignement supérieur.

Bien qu'il soit encore nécessaire d'élargir davantage ce réseau et d'innover en matière de financement des études supérieures dans le sens de l'amélioration de la qualité pédagogique et de la recherche scientifique, on peut considérer que l'article 13 (§2c et §2e) fait l'objet de suffisamment d'efforts de la part du département de tutelle.

Le système éducatif dispose, depuis mai 1998, d'une politique publique en éducation non formelle en vue d'intégrer les enfants âgés de 9 à 15 ans qui n'ont jamais fréquenté l'école ou qui l'ont précocement quittée et d'une politique de lutte contre l'analphabétisme. Malgré les avancées faites

dans ce domaine, avec une intense participation des ONG et un travail inter et multisectoriel soutenu, beaucoup de chemin reste à faire pour qu'il n'y ait plus d'enfants en âge de scolarité obligatoire hors de l'école qui ne bénéficient pas au moins d'une éducation de base de qualité.

Au lendemain de l'indépendance, le taux d'analphabétisme était de 87%. Après plus de cinquante ans, il est estimé en 2009 à environ 32%. C'est dire que malgré toutes les bonnes volontés, on n'a pu réduire ce fléau que d'une moyenne annuelle de 1%. A ce rythme, il faut attendre 38 autres années pour venir à bout de l'analphabétisme. Il faut changer de méthode ! D'ailleurs, le Maroc a été invité par le Comité de suivi du PIDESC à « faire le nécessaire pour régler le problème toujours actuel du taux élevé d'analphabètes, en particulier parmi les femmes des zones rurales » (E/C.12./1/Add.55). Tant que l'article 13 (§2d) ne fait pas l'objet d'une politique publique plus rigoureuse, le droit des citoyens au développement humain ne sera pas honoré et le développement économique du pays restera sérieusement affaibli.

Au Maroc les parents ont la liberté absolue de choisir pour leurs enfants l'enseignement public gratuit à tous les cycles ou l'enseignement privé payant dispensant les programmes officiels des départements de l'éducation et de la formation et souvent un corpus supplémentaire en matière de renforcement des langues étrangères ou d'augmentation de l'enveloppe horaire hebdomadaire de certaines disciplines comme les mathématiques et les sciences. Comme il existe des établissements primaires et secondaires de missions étrangères françaises, espagnoles, américaine ... créées par conventions avec les ambassades étrangères et que la capacité d'accueil de ces établissements dépasse largement le nombre d'enfants étrangers vivant au Maroc, les parents marocains, qui ont les moyens de payer les frais de scolarité fixés par ces missions, ont la liberté d'inscrire leurs enfants dans ces établissements. Les diplômes de ces écoles sont homologués avec ceux du système éducatif marocain et permettent à leurs détenteurs d'accéder aux cycles équivalents de l'enseignement public marocain s'ils le désirent. Par ailleurs, la réglementation en vigueur dans le système éducatif permet la souplesse nécessaire pour que des jeunes, d'origine étrangère, poursuivent leurs études dans les établissements publics et privés marocains quelle que soit leur religion, si bien que l'article 13(§3) du PIDESC est convenablement appliqué. En outre, rien n'empêche un investisseur étranger de créer un établissement privé au Maroc tant que l'éducation qui y est prévue est conforme aux normes minimales prescrites pour tous les établissements publics et privés marocains. L'application de l'article 13(§4) ne pose aucun problème au Maroc.

Outre les mesures prises au niveau de la conception des curricula des divers champs disciplinaires et cycles d'enseignement pour assurer la transmission des normes sociales aux générations successives, la promotion des invariants de la culture et de la civilisation marocaine et des valeurs universelles, la vie scolaire et universitaire se caractérise souvent par la planification de programmes extracurriculaires centrées sur des activités artistiques et culturelles (théâtre scolaire, théâtre universitaire, ciné-clubs, clubs de peinture contemporaine, etc.), favorisant ainsi l'application de l'article 15(§1a et 1c, §2 et §3) en appui au Ministère de la culture. D'ailleurs, une convention de partenariat est signée entre les deux départements dans ce sens.

Mis à part quelques obstacles d'ordre déontologique liés à la recherche scientifique dans certains domaines médicaux comme c'est très souvent le cas partout ailleurs dans d'autres pays, les institutions marocaines de recherche scientifique n'ont d'autres freins que ceux des moyens qui restent modestes dans les universités et centres de recherche marocains. L'application au Maroc de l'article 15(§1b, §2 et §3) ne pose pas de problème de principe.

### **3. DESC dont la contribution du secteur de l'éducation est nécessaire**

Le système éducatif marocain dispense aux élèves dès leur 2<sup>ème</sup> année collégiale (dès l'âge de 13 ans) un service d'orientation scolaire et professionnelle et prévoit des passerelles vers le système de formation professionnelle à la fin des cycles primaire, collégial et qualifiant. Il dispose, pour s'acquitter de ce service, d'un corps de près de 900 conseillers d'orientation et d'une centaine d'inspecteurs formés au Centre d'orientation et de planification de l'éducation. L'orientation était auparavant centrée sur des campagnes d'information de masse périodiques, mais la Charte a adopté une approche éducative de conseil et d'orientation centrée sur l'accompagnement des projets personnels des élèves que les personnels d'orientation s'efforcent d'appliquer dans l'exercice de leur métier. La réalité de terrain montre que le passage à la nouvelle approche est loin d'être réussi faute de moyens pour la mise à niveau des personnels en exercice et de logistique au sein des établissements.

L'enseignement technique est gratuit et accessible à tous et partout sur le territoire marocain dans un réseau scolaire de 39 lycées d'enseignement technique industriel.

Les droits énoncés à l'article 6 (§2) sont appliqués aussi bien dans les textes que dans la réalité sur le terrain, mais il y a lieu d'améliorer les performances du système éducatif à ce niveau en élargissant davantage le réseau d'établissements pour le rendre plus accessible, en créant le baccalauréat professionnel prévu dans la Charte parallèlement au baccalauréat technologique et les passerelles nécessaires avec l'enseignement supérieur et en impliquant les opérateurs économiques dans la conception des curricula, la formation alternée des élèves et le parrainage. Cette implication ne pourrait pas nécessairement garantir une parfaite adéquation formation/emploi parce que la majorité du tissu économique marocain est informelle et parce que, même dans le secteur formel, on ne dispose pas toujours d'une visibilité suffisante du long terme pour l'exploiter dans la mise en place des filières de formation et la conception de leurs curricula.

Le cursus collégial marocain assure une matière intitulée « l'éducation familiale » et les curricula des champs disciplinaires enseignés en langues, littérature et humanités contiennent des concepts dédiés à la famille et à son nouveau code. Tous les établissements scolaires disposent d'une association de parents d'élèves qui s'implique plus ou moins dans la gestion de la vie scolaire. L'application de l'article 10 (§1) du PIDESC ne pose pas de problème, mais l'analphabétisme des parents agit comme facteur limitant à la qualité de la participation de la famille au suivi de la scolarité de ses enfants avec l'administration des établissements scolaires.

### **4. DESC dont la contribution du secteur de l'éducation est souhaitable**

Les conditions d'accès à la fonction d'enseignement sont régies par des textes législatifs et réglementaires et des procédures établis après consultation des syndicats. Aucune distinction discriminatoire envers la femme aussi bien dans l'accès à la fonction et la promotion de carrière que dans la rémunération n'existe à ce jour. Des mesures de discrimination positive envers les femmes sont prises au niveau de la mobilité géographique organisée à la fin de chaque année scolaire, notamment pour les enseignantes veuves ou divorcées (la grille de notation des candidats au mouvement annuel des personnels enseignant et administratif attribue des points supplémentaires aux veuves et divorcées pour leur permettre de rejoindre leurs parents). Le secteur de l'éducation se conforme convenablement aux dispositions de l'Article 7 du PIDESC.

Le Département de l'enseignement scolaire compte à lui seul plus de trente syndicats dont six sont représentés au Parlement, celui de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique a un syndicat fortement impliqué dans la gestion pédagogique et administrative au niveau central et au niveau des universités et des établissements d'enseignement supérieur non universitaires. La création des syndicats est régie par des textes législatifs et réglementaires connus de tous les personnels de l'éducation et de la formation et valables à toute la fonction publique. Des élections de commissions paritaires sont organisées périodiquement au niveau central et au niveau des établissements d'enseignement.

Le Département de l'enseignement scolaire met un certain nombre de ses fonctionnaires à la disposition des syndicats pour les aider à gérer les affaires syndicales des divers corps de métiers et a prévu l'implication de certains membres élus à ces commissions dans la composition des conseils d'administration des académies régionales d'éducation et de formation. Mis à part le fait que le droit de grève, garanti par la constitution marocaine, n'est pas encore traduit en textes législatifs et réglementaires pour rendre plus transparents et détendus les rapports entre les syndicats et l'administration centrale et territoriale et éviter les fréquentes tensions qui compromettent la qualité de la vie au travail et celle du service rendu aux élèves et aux étudiants, le secteur de l'éducation contribue assez convenablement à l'application de l'Article 12 du PIDESC.

Le secteur de l'éducation dispose d'une mutuelle générale depuis plusieurs décennies et s'est doté récemment d'une fondation d'œuvres sociales (Fondation Mohammed VI des œuvres sociales des personnels de l'éducation et de la formation). Il a également souscrit à une assurance pour tous les élèves au sein des établissements scolaires ou dans leur environnement immédiat. Il reste beaucoup à faire en faveur des conditions de vie et de travail des enseignants, certes mais on peut considérer que le secteur de l'éducation contribue suffisamment à l'application de l'Article 9 du PIDESC.

Les curricula des champs disciplinaires scientifiques tels que les sciences de la vie et les sciences physiques ainsi que celui de l'éducation familiale réservent une part assez importante à l'éducation nutritionnelle, tant du point de vue de l'étude de la composition des nutriments, de leur valeur énergétique et des régimes alimentaires qu'en ce qui concerne les techniques de conservation des aliments. Le secteur de l'éducation dispense au public scolaire les savoirs et savoir faire nécessaires en matière d'application de l'Article 11 (§2a).

Les curricula des mêmes champs disciplinaires contiennent des concepts d'éducation sanitaire (hygiène alimentaire, hygiène de la reproduction, puériculture, maladies sexuellement transmissibles et autres maladies contagieuses comme la tuberculose). Il reste beaucoup de place pour les concepts d'hygiène et d'éducation sanitaire dans les curricula des sciences de la vie, des langues et de la culture familiale pour s'acquitter convenablement des dispositions de l'Article 12 du PIDESC.

## **B. DROIT A L'EDUCATION AU REGARD DES OMD**

Une première analyse de contenu des Objectifs du Millénaire pour le Développement et des missions respectives des départements ministériels chargés des quatre secteurs sociaux retenus dans la présente étude permet de faire quelques observations préliminaires sur le degré de couverture des OMD par ces secteurs et sur le degré d'implication de chacun dans leur réalisation :

- Pour chaque OMD, on peut identifier un secteur responsable, le(s) secteur(s) dont l'implication est indispensable et le(s) secteur(s) dont la contribution est souhaitable ;

- La réalisation des OMD ne peut se faire sans le recours à un travail intégré nécessairement inter ou/et multisectoriel des quatre secteurs ;
- Le secteur de l'éducation est directement responsable des OMD.2 et 3 pour la réalisation desquels l'implication du secteur de l'emploi est indispensable et celle de la santé souhaitable (OMD.2, cible A) ;
- L'implication du secteur de l'éducation est indispensable (OMD.6, cible A) et souhaitable en appui au secteur de la santé (OMD.5, cible B) et en appui au secteur de l'emploi (OMD.1, cibles A et B) ;
- Les quatre secteurs sont concernés au même niveau par l'intégration des principes du développement durable dans les politiques nationales (OMD.7, cible A) ;
- D'autres départements ministériels non impliqués dans la présente étude contribuent aussi à la réalisation des OMD (OMD.1, cibles A et B et OMD.7, cible A).

## **1. OMD sous la responsabilité du secteur de l'éducation**

Il convient de rappeler que :

- Les élèves de l'école primaire marocaine appartiennent essentiellement à la tranche d'âge 6-11 ans, certes mais aussi à celle de 12-14 ans lorsqu'ils ont redoublé au moins à un niveau de leur cursus scolaire ;
- Les enfants accédant à l'école primaire marocaine à l'âge de six ans (voire à cinq ans et demi selon un récent arrêté ministériel paru en 2006) n'ont pas tous bénéficié du préscolaire puisque le taux de scolarité des enfants de la tranche d'âge 4-5 ans n'est que de 63,8% en 2008-09. Ceux qui en ont bénéficié n'ont pas suivi le même type de préscolaire puisque celui-ci est en 2008-09 moderne privé (28,6%) ou moderne public (9,7% tous secteurs réunis) ou traditionnel (61,7% assurés par les msids ou écoles coraniques).
- L'analyse de l'évolution des indicateurs de scolarité, de parité genre, du rendement et des déperditions scolaires permet de constater que :
- Les derniers points pourcentage sont difficiles à réaliser en vue d'atteindre la généralisation préconisée par l'OMD.2 en raison de difficultés et contraintes essentiellement liées aux catégories sociales non encore ou peu scolarisées telles que les enfants handicapés et les enfants de familles nomades, des zones montagneuses enclavées et des douars éclatés, mais aussi aux déperditions scolaires ;
- La scolarisation des enfants handicapés peine à se développer malgré les efforts déployés et l'appui de plusieurs départements ministériels (Départements chargés de la Santé, des personnes handicapées et du développement social) et institutions nationales (Fondation Mohamed V pour la Solidarité) et d'un tissu associatif agissant aux niveaux régional et local. Une douzaine de délégations provinciales sur 69 délégations (2008-09) n'ont pas encore ouvert de classes intégrées pour enfants handicapés. Sachant que les

effectifs des classes intégrées se situent normalement entre dix et douze enfants et que la proportion du handicap dépasse partout dans le monde la moyenne de 5%, on comprend mieux le long chemin qu'il reste à faire pour satisfaire la demande de l'éducation pour cette catégorie d'enfants.

- L'importance des déperditions scolaires (71% d'élèves finissent le primaire, les autres abandonnent en cours de cycle et alimentent la population d'analphabètes) pour diverses raisons compromet sérieusement le rendement des cohortes et la généralisation de la scolarisation ainsi que les résultats des efforts entrepris et des moyens investis dans la lutte contre l'analphabétisme ;
- Les écarts importants du rendement des cohortes témoignent de sérieux problèmes d'équité entre les élèves des milieux rural et urbain et entre les filles et les garçons.

Pour s'acquitter correctement des OMD 2 et 3, le Département de l'Education Nationale nécessite l'implication du Département de l'emploi pour toutes les questions relatives à la réglementation du travail des 290.000 employés des corps enseignant, administratif et technique (accomplissement des horaires hebdomadaires dus, réglementation des congés de maladie, du droit de grève, du recours à l'horaire continu dans les établissements, de la formation continue des personnels en exercice, etc.). Il est par ailleurs souhaitable que le Département de la santé intervienne dans l'encadrement des services de santé assurés dans les établissements scolaires, notamment dans ceux qui disposent d'un internat et d'une infirmerie. D'ailleurs, le Département de l'Education Nationale a recruté seize médecins en 2005 pour s'occuper au niveau de chaque académie régionale de ce travail en étroite collaboration avec les services extérieurs du Ministère de la santé. Il a, en outre, signé des conventions avec des médecins pour suivre l'état d'hygiène et de santé dans les établissements disposant d'un internat.

- En définitive, au rythme de développement des indicateurs de scolarité au primaire, il semble difficile d'envisager le passage d'un rendement de 71% d'élèves qui finissent ce cycle et le plafond de 100% fixé par l'OMD.2.

### **3. OMD dont la réalisation nécessite la contribution du secteur de l'éducation**

Comme le Département de l'Education Nationale dispose de près de 38% des fonctionnaires de la fonction publique, d'une population scolaire de près de sept millions d'enfants et jeunes marocain(e)s et d'un accès facile aux parents d'élèves, il est à la fois, d'une part, une large population cible pour l'investissement à moyen et long termes en éducation sanitaire et nutritionnelle par le développement de comportements sanitaires positifs et, d'autre part, un outil par excellence de sensibilisation de masse aux dangers de certaines maladies infectieuses contagieuses et aux conditions d'hygiène permettant de les éviter.

Outre les contenus des curricula qui contiennent des concepts relatifs au VIH/Sida (OMD.6), aux maladies sexuellement transmissibles, à l'hygiène de la reproduction, à la vaccination et à la sérothérapie, à la puériculture, à la malnutrition, aux anomalies génétiques... le Département de l'Education Nationale a signé de nombreuses conventions de partenariat pour adjoindre les efforts de son potentiel humain à ceux des personnels du Département de la santé dans le domaine de la sensibilisation et de la lutte contre les épidémies ainsi que dans l'éducation extracurriculaire en matière de comportements sains. Il a également signé des conventions multisectorielles impliquant



les deux départements de l'éducation et de la santé et certaines Agences spécialisées des Nations Unies (ONU/SIDA, UNFPA, etc.).

Les curricula sont riches en concepts de santé procréatrice et d'hygiène de la reproduction (OMD.5, cible B) ainsi qu'en concepts d'écologie et d'éducation environnementale (OMD.7, cibles A et B). Par ailleurs, le Département de l'Education Nationale a signé une convention de partenariat en 1997 avec la Société IMM à travers laquelle un programme de santé de la reproduction est dispensé chaque année en faveur de centaines de milliers de filles scolarisées ayant atteint l'âge de la puberté et, depuis quatre ans, en présence de dizaines de milliers de leurs mères.

### **C. L'EDUCATION AU REGARD DES DESC ET OMD COMBINES**

L'analyse de contenu des DESC et des OMD séparément permet de constater, d'une part, qu'ils rendent opérationnelle la Déclaration des droits de l'Homme (1948) et, d'autre part, qu'ils présentent des liens communs justifiés par le souci de respect des DESC (1966) dans la formulation des OMD.

Le croisement des DESC et des OMD pour le secteur de l'éducation, en tenant compte du niveau d'implication de ce dernier, permet de constater, comme le montre le tableau 8 (en annexes), que :

- Les articles 12 et 13 et les OMD 2 et 3 sont liés et s'adressent au secteur de l'éducation en priorité mais gagneraient à susciter une concertation et des interventions inter et multisectorielles pour que ce secteur puisse s'acquitter efficacement des exigences de leur application;
- Les articles 6 et 10 et l'OMD 6 sont liés et s'adressent au secteur de l'emploi, mais suscitent aussi une nécessaire contribution du secteur de l'éducation dans le cadre d'actions inter et multisectorielles ;
- Les articles 7 à 12 et les OMD 1, 5 et 7 sont liés, s'adressent aux secteurs sociaux de l'emploi, de l'habitat et de la santé et suscitent moins l'implication du secteur de l'éducation, bien que celle-ci reste souhaitable.

### **CONCLUSION**

L'amélioration des performances du système d'éducation et de formation vis-à-vis des droits énoncés dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et des Objectifs du Millénaire pour le Développement se situerait à plusieurs niveaux :

- La résolution de la problématique complexe et urgente de l'iniquité ;
- La résolution de la problématique de la gouvernance du système d'éducation et de formation ;
- La résolution de la problématique de la non-application du référentiel de normes juridiques et réglementaires en vigueur aussi bien par les pouvoirs publics que par les familles ;



- La résolution de la problématique du suivi et de l'évaluation des performances des établissements d'enseignement dans le cadre de la reddition des comptes aux pouvoirs publics et aux contribuables.

### **Disparités d'accès à l'éducation**

Près du tiers des enfants accédant à la 1ère année du primaire n'ont pas bénéficié de l'enseignement préscolaire. Un tiers seulement de ceux qui en bénéficient sont allés dans une maternelle, les autres ont fait le msid ou école coranique.

Le modèle actuel de l'école primaire ne convient pas aux enfants présentant un handicap mental ou auditif et aux enfants de nomades et des zones montagneuses enclavées.

L'enfant passe trop de temps à étudier des curricula trop éclatés et atomisés qu'il n'arrive pas à intégrer tout seul en compétences transversales utiles et monnayables.

Un modèle d'école plus diversifié et des curricula recentrés sur les compétences essentielles permettra d'honorer les engagements du pays vis-à-vis des Déclarations des Nations Unies qu'il a signées et ratifiées, plus particulièrement les articles 6, 10, 11, 13 et 14 du PI-DESC et les OMD 2, 3 et 7.

### **Contexte juridique**

Un regard critique sur le cadre juridique du secteur de l'éducation, au vu des DESC et des OMD permet de dégager les constats suivants :

- Les dispositions des textes juridiques et réglementaires ne sont pas toutes appliquées avec la rigueur nécessaire ;
- Certaines problématiques récurrentes manquent de normes juridiques et réglementaires comme la gestion financière des établissements, la lutte contre l'analphabétisme, l'éducation non formelle, la réglementation des grèves ainsi que certains aspects de la déontologie du métier d'enseignement comme les heures supplémentaires payantes, la violence en milieu scolaire, l'exercice du soutien psychologique aux élèves par des enseignants non qualifiés ;
- Certains aspects de la gestion financière des établissements scolaires sont encore régis par des arrêtés viziriels datant du protectorat.

### **Gouvernance**

L'amélioration de l'application des articles 13, 14 et 15 du PI-DESC et une plus grande performance dans la réalisation des OMD 3, 4 et 7 reposent sur le transfert aux académies et aux établissements scolaires de plus d'attributions. Le renforcement des attributions des académies et des établissements scolaires et leur responsabilisation auraient pour conséquences :

- Une plus grande rigueur dans l'application des textes législatifs et réglementaires liés à l'obligation de la scolarité, à l'action pédagogique, à la transparence en matière de

gestion des ressources, à la lutte contre les déperditions scolaires et contre d'autres fléaux à portée locale ;

- Une meilleure coordination intra-sectorielle et intersectorielle et avec les acteurs locaux;
- Une dynamique de rénovation et d'innovation dans la résolution des problématiques spécifiques d'accessibilité, d'adaptabilité et d'acceptabilité des infrastructures, des équipements et des services éducatifs, d'une part, et dans l'adéquation des formations aux exigences socioéconomiques du milieu, d'autre part.

### **Suivi et évaluation**

Le renforcement des attributions des académies régionales d'éducation et de formation et de leur autonomie aurait dû être assorti de la mise en place d'un système d'évaluation périodique des performances des établissements d'enseignement et des structures administratives décentralisées et déconcentrées.

Le manque de ce système compromet la réalisation des résultats escomptés et la promotion des bonnes pratiques de gouvernance centrée sur les résultats et retarde l'instauration progressive d'un processus d'imputabilité et de reddition des comptes en rapport avec les objectifs et les financements alloués à leur réalisation et avec l'application des diverses Déclarations des Nations Unies, en l'occurrence le PI-DESC et les OMD.

## LE SECTEUR DE L'EMPLOI ET LE DROIT AU TRAVAIL

### I- LE SECTEUR DE L'EMPLOI AU MAROC

Ce chapitre se propose de mettre en lumière les tendances globales de l'emploi, les instruments juridiques et les politiques publiques mises en place, sachant que le droit au travail ne se réalise pas uniquement par des mesures normatives mais requiert aussi l'existence de politiques publiques qui garantissent l'effectivité de ce droit.

#### A - PRINCIPALES CARACTERISTIQUES

La population en âge de travailler représente 51% de la population totale dont plus de la moitié est située dans le milieu rural et 76, % sont des hommes.

Les jeunes de moins de 34 ans représentent 49,8% de la population en âge de travailler et les personnes âgées, 5,8%. Cette dernière catégorie est plus fortement présente en milieu rural (8,5%). Enfin, la proportion des enfants de moins de 15 ans est minime, localisée principalement dans le milieu rural.

#### Emploi et chômage.

	2000	2003	2004	2005	2007	2008
<b>Taux d'emploi</b>	46,0	46,4	46,9	46,4	46,0	45,8
Masculin	68,2	69,1	69,3	68,6	68,7	68,7
Féminin	24,5	24,4	25,2	24,7	24,4	24
<b>Taux de chômage</b>	13,6	11,4	10,8	11,0	9,8	9,6
Urbain	21,5	19,3	18,4	18,4	15,4	14,7
Masculin	19,9	17,4	16,6	16,5	13,9	13,0
Féminin	26,7	25,8	24,3	24,9	20,8	20,3

En 2008, *le taux d'emploi* des adultes est en légère baisse, par rapport à 2000. Cette baisse affecte davantage les femmes qui trouvent plus de difficultés à s'insérer dans le marché de l'emploi.

La répartition de l'emploi selon les régions est marquée par des déséquilibres. La région du grand Casablanca, affiche les taux d'emploi les plus élevés, avec 11,9% du total, suivi de Marrakech Tensift al Haouz et de Souss Massa Draa. A l'autre pôle, les régions du Sud, de Fès Boulemane et l'Oriental, ne canalisent, qu'une faible part de l'emploi total<sup>98</sup>.

<sup>98</sup> HCP, Activités, emploi et chômage 2007, p.58

**Le taux de chômage**, en forte croissance durant les deux dernières décennies semble décliner depuis 2000. Ce phénomène est principalement urbain (14,7%) et moins rural (4,0%). Il touche davantage les femmes que les hommes.

Le taux de chômage cache aussi de fortes disparités régionales. Le tableau 7bis en annexe montre qu'en 2007, celui-ci touche au premier rang la région du grand Casablanca (19,7%), avec plus d'intensité en milieu urbain, suivi de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, l'Oriental, Souss Massa Draa. Les régions dont les taux sont inférieurs à la moyenne nationale sont Tadla-Azilal (2,5 %) suivie de Taza-Al Hoceima-Taounate (3,2%), de Fès-Boulmane (3,5), Chaouia-Ouardigha (4,1%) Oued -Ed-dahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour- Sakia-El Hamra (4,7%)<sup>99</sup>.

**Le niveau d'éducation de la population employée** a progressé ces dernières décennies mais demeure faible. 43,6% des actifs employés sont sans niveau scolaire, 49% ont un niveau primaire ou secondaire et 7,4% ont un niveau supérieur. La proportion des sans niveau scolaire s'élève à 63,1% en milieu rural. La part des actifs sans qualification a baissé mais reste élevée. Elle représente 64,8% de la population active en 2008 contre 69,6% en 1999. Il va de soi que dans un contexte d'ouverture ce manque de formation pèse sur la compétitivité.

**La structure de l'emploi selon les secteurs d'activité.** Le tableau 6bis en annexe, révèle le poids encore important de l'agriculture, suivie du secteur des services qui devient le principal pourvoyeur de l'emploi urbain. En revanche, le secteur industriel, ne représente qu'une faible part des emplois.

**L'emploi dans le secteur informel.** L'emploi informel occupe 39,0% de l'emploi non agricole<sup>100</sup>. Défini comme l'ensemble des unités qui ne tiennent pas une comptabilité complète, le secteur informel est dominant dans la sphère urbaine (71,6% des unités) et se concentre dans les secteurs employant une main-d'œuvre composée essentiellement de non salariés. La contribution du secteur informel non agricole au PIB est estimée à 17 pour cent.

Les régions de Tanger Tétouan, Doukkala, Meknès, Fès, l'Oriental, sont des pôles de concentration. L'expansion de l'emploi informel s'explique par la montée du chômage, les déscolarisation en relation avec la dégradation du système éducatif, l'urbanisation et la migration, la montée de la pauvreté, les incidences des politiques de stabilisations mises en œuvre dans les années 80 et l'affaiblissement du cadre réglementaire. Il mobilise principalement, des jeunes, des femmes, des enfants, des déscolarisés, des migrants ruraux mais aussi des diplômés et des petits fonctionnaires. L'emploi informel se compose majoritairement de travailleurs de l'auto-emploi (70,5%) et le salariat y est faible (16,8 %). Les unités qui occupent quatre personnes et plus ne représentant que 4,8 pour cent de l'ensemble des unités informelles et 18,4 pour cent des emplois informels.

**Le développement du travail à temps partiel.** L'une des tendances du marché du travail est le développement du salariat temporaire, occasionnel, à temps partiel et d'autres formes atypiques

---

<sup>99</sup> : HCP : Activités emploi et chômage 2007, p.63

<sup>100</sup> Enquête Nationale sur le Secteur Informel non Agricole 1999/2000

d'emploi. La part des salariés travaillant à temps complet (26 jour par mois) régresse, passant de 43.3% en 1994 à 37.7% n 1999<sup>101</sup>. En revanche, la proportion des salariés qui travaillent moins de 15 jours passe de 8,9% 13%, entre les deux dates.

## **B - LE CADRE REGLEMENTAIRE**

Le code du travail (2003), intervient dans un contexte marqué par l'ouverture de l'économie marocaine et la signature d'accords de libre échange avec l'Union européenne. Celui-ci a introduit des changements, dont les plus importants portent sur les thèmes objet de cette étude et seront détaillés dans le second chapitre. Ils se déclinent comme suit :

- Les réglementations de l'embauche et du licenciement, dont les conditions sont désormais libéralisées.
- Les libertés syndicales et le droit de grève, dont l'une des nouveautés est d'avoir institué le dialogue social à travers la convention collective.
- La flexibilité des salaires et de la durée de travail par l'institutionnalisation de nouvelles formes d'emploi (travail temporaire, à temps partiel...).
- Les relations individuelles et collectives du travail : la négociation collective,
- Les conditions de travail. L'hygiène et la sécurité des salariés, la réparation des accidents du travail et les maladies professionnelles, la mise en place du conseil supérieur de médecine du travail et des risques professionnels.

Des réformes concernant le travail des femmes, des mineurs de moins de 18 ans et des salariés handicapés.

- En matière de lutte contre le travail des enfants et afin d'harmoniser la législation du travail avec les conventions internationales (138 et la 182) d'importantes avancées sont réalisées. Il s'agit essentiellement du relèvement de l'âge minimum d'accès au travail de 12 ans à 15 ans révolus, l'abrogation des différentiels du SMIG fondés sur l'âge, qui réduisent les discriminations de salaire qui frappaient jusqu'ici les jeunes de moins de 18 ans. Il faut ajouter, le renforcement du contrôle de l'inspection du travail dans l'application de cette législation et le relèvement des amendes en cas de violation des dispositions régissant le travail des enfants, est mis en place<sup>102</sup>. Il faut souligner également qu'il a été procédé, récemment à l'élaboration d'un projet de loi régissant le travail domestique dont l'un des objectifs est la lutte contre le travail des « petites bonnes », la fixation de l'âge d'admission au travail à 15 ans (loi 34-06).

---

<sup>101</sup> Ministère de l'emploi et de la formation professionnelle (2004), Le salaire minimum au Maroc, direction de l'emploi, p.143

<sup>102</sup> La transgression de l'âge minimum d'admission à l'emploi est punie d'une amende de 25.000 à 30.000 dirhams. En cas de récidive l'amende est doublée et un emprisonnement de 6 jours à 3 mois est prononcé ou l'une des deux peines seulement.

- Concernant les personnes handicapées, des avancées sensibles ont été réalisées, avec la promulgation de la loi 05/81 relative à la protection des non-voyants et la loi 7/92 relative à la protection sociale des personnes handicapées, la création du haut commissariat aux handicapés, en 1994, le quota d'obligation d'emploi dans la fonction publique dans la limite de 7%, la mise en place du secrétariat d'Etat chargé des handicapés qui s'est accompagnée d'une multiplication des associations dont l'objectif est la défense des droits de ces catégories.
- Des améliorations dans la non-discrimination salariale et la protection des femmes enceintes...Le non-respect de ces dispositions est désormais sanctionné par une amende de 15 000 à 30 000 dirhams qui est doublée en cas de récidive
- Il consacre le principe d'égalité de traitement et de chances entre les salariés en ce qui concerne leur recrutement, leur formation professionnelle, la répartition du travail, leur rémunération, leur avancement, le bénéfice d'avantages sociaux, les mesures disciplinaires. Des articles prohibent toute sorte de discrimination, de préférence, de distinction ou d'exclusion entre les salariés en raison de leur race, appartenance ethnique, origine sociale, handicap, sexe, situation conjugale, mœurs, opinions politiques, convictions religieuses, activités syndicales ou mutualistes.

## **C - POLITIQUES PUBLIQUES**

Il s'agit de faire un rappel des principaux axes d'intervention de l'Etat en matière d'emploi. Les politiques en relation avec les thèmes de l'étude seront approfondies dans la seconde partie.

Avant les années 2000, l'accent est mis sur des politiques globales visant plusieurs objectifs où l'emploi n'est pas prioritaire. Par ailleurs on peut distinguer les actions indirectes orientées vers le soutien aux entreprises<sup>103</sup> qui se traduisent par des incitations fiscales, la création de centres régionaux d'investissement, le soutien aux PME... et d'autres actions qui sont plus directes comportant des mesures actives de l'emploi: Il s'agit de l'aide à la création de l'emploi, la formation professionnelle, la promotion de l'employabilité, le crédit jeunes promoteurs, les services de conseils et d'assistance aux jeunes promoteurs, etc.

### **1. Les actions en direction des jeunes**

A partir de 2005, l'Initiative emploi présentée par le gouvernement constitue un tournant dans la politique de l'emploi. Elle s'appuie sur des incitations macro-économiques avec pour objectif, la création de 200 000 emplois parmi les jeunes chômeurs dans le cadre de l'auto-emploi. Quatre orientations principales sont mises en place :

---

<sup>103</sup> A titre d'exemple, on peut citer le programme IDMAJ et les mesures récentes de prise en charge par l'Etat des cotisations patronales à la CNSS, en contrepartie, les entreprises s'engagent à ne pas réduire de plus de 5% leur effectif et à respecter les salaires minimums et d'autres

*Le programme d'appui à l'auto-emploi (Moukawalati) qui s'adresse aux jeunes chômeurs désireux de créer leur propre entreprise et aux petites entreprises travaillant dans le secteur informel souhaitant se formaliser.*

*Les Contrats de premier emploi qui renforcent l'action des contrats formation insertion et s'adressent aux jeunes en chômage depuis plus de 12 mois (IDMAJ et TAAHIL). Dans ce contexte l'Etat agit en accordant des avantages aux entreprises.*

*La création d'un observatoire national de l'emploi afin de suivre les activités d'intermédiation du travail et la création des fonds régionaux pour l'emploi.*

## **2. Les actions dans le milieu rural**

**La Promotion nationale (PN)** est mise en place en 1961. Elle consiste en la réalisation de travaux d'utilité publique, afin de résorber le chômage. Depuis sa création jusqu'en 1999 près de 66.000 emplois par an ont été créés<sup>104</sup> et à partir de 2001, la PN a distribué 7 millions de journées de travail par an. Cette politique est financée sur le budget de l'Etat et les montants alloués sont calculés sur la base de 5,05% de la partie des 30% de la T.V.A.

## **3. Les actions en direction des femmes**

En matière d'emploi, on ne peut réellement parler de politiques dirigées vers ces catégories. Les actions existantes relèvent davantage de la lutte contre la pauvreté et le soutien à l'auto-emploi à travers le microcrédit et les AGR<sup>105</sup>. La micro finance s'est organisée à partir d'ONG locales encouragée et impulsée par le gouvernement et les partenaires internationaux<sup>106</sup>. La majorité est constituée de femmes avec environ 60 à 70% des bénéficiaires<sup>107</sup>.

Dans le même sens, en 2005, l'Initiative nationale de développement humain (INDH) en tant qu'initiative de lutte contre la pauvreté, comporte quatre programmes, l'adoption de politiques publiques mieux ciblées et l'appropriation par les bénéficiaires des projets de développement. En milieu rural, l'objectif est la réduction du taux de pauvreté dans 360 communes, par le soutien à l'accès aux équipements sociaux, sanitaires et éducatifs de base, le soutien à l'Action sociale et la mise en place d'AGR qui intègre la dimension genre. L'éligibilité du projet est conditionnée par la participation financière des bénéficiaires représentant au moins 10 % du coût du projet.

---

<sup>104</sup> Dans le cadre du projet BAJ, 7.858 emplois ont été créés depuis 1997. Pour plus de détails, voir, Banque Mondiale (2002, note sur la protection sociale 19 décembre 2002 Moyen-Orient et Afrique du nord, groupe des secteurs sociaux).

<sup>105</sup> Les institutions de MF, sont au nombre de 16 dont les plus représentatives sont Al Amana, Zakoura qui se démarque par l'ampleur de leurs programmes puis, Fondép et l'AMSSF. Le nombre total des prêts distribués depuis la création se monte à 4, 522,773 clients et le taux de remboursement serait de 99%.

<sup>106</sup> A titre d'exemple, dès 1998, le PNUD et le gouvernement Marocain ont mis en place le programme Microstart, visant à améliorer l'accès des micros entrepreneurs à bas revenus aux services financiers, avec une approche destinée à renforcer les capacités des associations locales.

<sup>107</sup> Voir [www.fnam.ma](http://www.fnam.ma).



Parmi les autres actions de promotion de l'emploi des femmes, on relève celles qui portent sur le renforcement du mécanisme national chargé des questions du genre, l'implantation et le développement dans certains ministères (MEFP, ministère de la modernisation...) des bases d'une prise en charge institutionnelle de l'égalité des sexes dans leur politique et champs d'action, ... Ces actions sont appuyées par les organismes internationaux et des associations actives sur le terrain, jouant un rôle de plaidoyer et nouant des partenariats avec les pouvoirs publics et les organismes internationaux (UNIFEM, UNICEF, ACDI ...) que ce soit dans le domaine de l'éducation, du développement ou dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

#### **4. Les engagements de l'Etat dans de lutte contre le travail des enfants.**

En 2000, le Maroc a élaboré une loi stipulant que « l'enseignement fondamental est obligatoire pour tous les enfants de 6 à 15 ans révolus ». Il a aussi élaboré et adopté un plan national d'action sur le travail des enfants en 1999 qui lui a permis d'adhérer au programme IPEC et à l'adoption du Plan d'Action National pour l'Enfance (PANE) en 2006 qui se propose entre autres, l'amélioration de la vulnérabilité économique, la protection des enfants et la participation de ceux-ci dans le processus de développement. Enfin, il faut signaler, la mise en place d'un Bureau National de lutte contre le travail des enfants, au sein du Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, la désignation de points focaux chargés de la lutte contre le travail des enfants dont la mission est d'assurer le suivi et le contrôle de la situation des enfants au niveau local de même que la mise en place d'un Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE). Parmi les programmes, on peut citer le programme de lutte contre le travail des petites filles domestiques à Casablanca (UNICEF), le programme Inkad celui de la lutte contre le travail des enfants dans l'artisanat à Fès et à Marrakech. D'autres programmes portent sur des AGR et la réduction des abandons scolaire (IPEC) ou encore la lutte contre le travail des enfants par le microcrédit, sans parler des actions de prévention et de sensibilisation, la formation et de renforcement des capacités nationales et locales.

#### **5. La réforme du dispositif de la formation professionnelle**

C'est en 1974 qu'est créé l'Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail. La réforme de 1984 introduit de nouveaux modes de formation. Parallèlement, l'Etat renforce les politiques d'encouragement au secteur privé de la formation. La Charte nationale d'éducation et de formation a posé les fondements de la réforme de la formation professionnelle. Les impératifs d'amélioration de la compétitivité, la signature d'accords de libre échange avec l'UE imposaient des normes auxquelles devait répondre le système de formation. Les sources de financement se composent de la part du Budget Général de l'Etat et la taxe de la formation professionnelle (74,5%),

du secteur privé (ménages et investissement privé : 20,7 %) et les dons de la coopération internationale de 4,8 %, pour l'exercice 2007.<sup>108</sup>

De 1997 à 2007, l'effectif des stagiaires et des lauréats a plus que doublé. Toutefois, le fait que le dispositif reste principalement centré sur les entreprises structurées, l'implication limitée des partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques concertées en matière de formation professionnelle, les problèmes de financement, la faible implication des entreprises dans la formation en cours d'emploi<sup>109</sup> et l'inefficacité de l'aide à l'insertion, sont tout autant de contraintes qui limitent l'efficacité du dispositif de FP.

## 6. Les institutions d'intermédiation entre l'offre et la demande de travail

La disponibilité se réfère au fait qu'il doit exister dans les Etats des services spécialisés ayant pour fonction d'aider et de soutenir les individus afin de leur permettre de trouver un emploi. Dans ce sens l'Etat mis en place les institutions d'intermédiation.

Plusieurs organes d'intermédiation entre l'offre et la demande d'emploi ont été successivement mis en place par l'Etat au Maroc, On compte parmi les importants de ces organes les suivants :

- Les bureaux de placement, dont la création remonte au Protectorat (Dahir du 7 mai 1940), constituaient un passage obligé dans toute procédure d'embauche. L'embauche directe et libre était rare.
- Les Centres d'Information et d'Orientation pour l'Emploi (CIOPE).
- Le Conseil National de la Jeunesse et de l'Avenir (CNJA). Celui-ci a posé les jalons d'une politique de l'emploi en élaborant, dès 1991, des mesures et une approche globale d'insertion qui intègre les aspects macroéconomiques, institutionnels, financiers, avec un traitement différencié du chômage des jeunes selon le milieu urbain et rural. Parmi ces mesures, le rôle de l'organisation des partenaires sociaux dans la régulation de l'emploi fut un acquis. L'incapacité du CNJA à mettre en place les mesures préconisées a mené à sa dissolution en 2003.
- L'Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi et des Compétences (L'ANAPEC) fut créée en 2000. Il s'agit d'un service public d'intermédiation qui s'appuie sur une logique d'insertion et de coordination, mettant en relation offreurs et demandeurs d'emploi. Elle s'adresse aux jeunes diplômés. La mise en place de l'ANAPEC signe la fin du monopole du placement par le service public, dans un contexte marqué par la libéralisation de l'embauche. L'intermédiation devient aussi du ressort des agences de recrutement privées. Les ANAPEC contribuent faiblement à l'insertion des demandeurs d'emploi. Près de 70% des entreprises n'y font pas appel<sup>110</sup>. L'accès est réservé exclusivement aux jeunes diplômés de l'enseignement supérieur et aux lauréats des

---

<sup>108</sup> Il s'avère que 20% seulement des entreprises marocaines proposent des formations à leurs employés, alors que pratiquement toutes les entreprises chinoises et polonaises interviennent dans ce domaine. Voir Banque mondiale (2006)

<sup>109</sup> Ministère de l'Emploi et de la formation professionnelle. Initiatives emploi, Journées d'actions pour la création d'emploi 22 et 23 septembre 2005, p. 31

<sup>110</sup> Voir Bouharrou Ahmed, Le droit à l'emploi au Maroc

centres de formation professionnelle. Les catégories n'ayant aucun niveau de formation en sont exclues. Par ailleurs, la libéralisation de l'embauche et du recrutement, l'association du service public et du secteur privé dans la gestion du marché du travail ne favorisent pas le contrôle et la gestion rationnelle, efficace et transparente du marché du travail<sup>111</sup>.

A la lumière de ce cadre global, il s'agit maintenant d'examiner le droit au travail à travers les avancées ou reculs des cibles des OMD et des indicateurs du PIDESC.

## **II- Le DROIT A L'EMPLOI AU REGARD DES OMD ET DES DESC**

Les liens entre les droits économiques sociaux et culturels et les OMD concernent de nombreux aspects. En effet, tous les deux soulèvent et s'attaquent aux problèmes posés par la discrimination, l'exclusion ou l'insuffisance d'accès de certaines catégories au droit à travailler. Ils soulèvent également les questions du travail décent, la vulnérabilité des conditions de travail et des revenus, l'absence de moyens et la déresponsabilisation... qui sont à l'origine de la pauvreté et des différents problèmes de développement humain.

L'objet de cette partie est d'analyser les avancées ou reculs des cibles des OMD et des indicateurs du PIDESC, objets de l'étude et les contraintes qui entravent la réalisation de ces objectifs. Il est question de faire ressortir l'implication des autres secteurs dans l'avancement \ recul de ces droits. Une attention particulière sera accordée aux catégories spécifiques. Les thématiques qui ressortent sont :

- La pauvreté, emploi et revenus,
- Le salaire et l'emploi,
- La protection sociale,
- Les conditions de travail (hygiène et sécurité dans l'emploi, repos et congés),
- Les relations de travail : libertés syndicales et droit de grève,
- La promotion des femmes dans l'emploi et la protection de leur maternité.

### **A – PAUVRETE, EMPLOI ET REVENU**

Le manque de revenus et la pauvreté sont liés à l'incapacité d'accéder au marché du travail, source de revenus monétaires, mais également à la précarisation de l'emploi. L'objet de cette section est de mettre en lumière le lien entre pauvreté et faible accès au revenu à travers l'examen des inégalités face à la consommation, l'évolution du plein emploi. Avant d'examiner ces aspects, l'évolution de la pauvreté au Maroc s'impose.

#### **1. L'incidence de la pauvreté**

---

<sup>111</sup> Royaume du Maroc, Objectifs Du Millénaire pour le développement (2008), rapport 2007

**Réduction de l'extrême pauvreté.** La cible 1 des OMD prévoit la réduction de moitié, entre 1990 et 2015 de l'extrême pauvreté, fixée à l'origine à un dollar par jour. Au Maroc le seuil de pauvreté est fixé à deux dollars par jour. Si on prend en compte la première mesure, des progrès sont perceptibles.

Le tableau 10, montre qu'entre 1990 et 2007, la proportion de la population disposant de moins de 1 dollar par jour est passée de 3,5% à 0,6%, avec des tendances similaires pour les deux sexes<sup>112</sup>.

Par ailleurs, *l'indice d'écart de la pauvreté* a progressé entre 1990 et 2001 (de 0,0271 à 0,0346) pour régresser ensuite se situant à 0,0192 en 2007. Ce recul de l'extrême pauvreté n'est pas propre au Maroc. Il est à l'œuvre notamment en Asie et dans certains pays de l'Afrique Subsaharienne plus affectés par la faim.

**L'incidence de la pauvreté selon l'indicateur national.** Jusqu'au début des années 1990, la tendance est à la baisse de la pauvreté. Depuis, les Enquêtes Nationales sur le Niveau de Vie des Ménages (ENNVN), montrent que la pauvreté absolue et la pauvreté relative ont progressé entre 1990-91 et 1998-99 : de 7% à 10% pour la première et de 14,6% à 19% pour la seconde. La pauvreté relative s'est établie à 8,8% en 2008, selon les données du HCP<sup>113</sup>. En dépit d'une diminution de celle-ci depuis 2000, la tendance montre qu'au sein des pays arabes « le Maroc demeure mal classé ». Du 117<sup>e</sup> rang mondial en 1995, le Maroc est passé à la 124<sup>e</sup> place en 2005, à la 127<sup>e</sup> place en 2007 et à la 130<sup>e</sup> place en 2009. En effet, plusieurs études sur la pauvreté<sup>114</sup> au Maroc, mettent en évidence les constats qui suivent.

Dans le milieu rural les progrès en matière de réduction de la pauvreté sont moins rapides. Six pauvres sur 10 sont des ruraux (ENNVN), mais avec des poches de pauvreté tant en milieu urbain que rural.

La répartition selon les régions fait apparaître une hétérogénéité des situations. Trois régions (Meknès-Tafilalet, le Centre nord, Nord Ouest) concentrent à elles seules 40 % des pauvres et les provinces du BAJ, 36% des pauvres. **La carte de la pauvreté montre que les taux de pauvreté sont moindres dans les provinces du sud que dans les provinces au Centre et au Sud-est.**

La pauvreté affecte plus les femmes et les enfants, en raison des disparités de statut au sein de l'emploi (voir infra), le manque de possibilités d'exercer une activité productive, les disparités de

---

<sup>112</sup>-Banque mondiale, (2007) « Se soustraire à la pauvreté au Maroc »,

-Direction de la statistique (2001), « Analyse du profil et de la dynamique de la pauvreté »,

-Banque mondiale, (2004), « Rapport sur la pauvreté : comprendre les dimensions géographiques de la pauvreté pour en améliorer l'appréhension à travers les politiques publiques »

<sup>113</sup> ODM 2009, rapport 2010

<sup>114</sup>-Banque mondiale, (2007) « Se soustraire à la pauvreté au Maroc »,

-Direction de la statistique (2001), « Analyse du profil et de la dynamique de la pauvreté »,

-Banque mondiale, (2004), « Rapport sur la pauvreté : comprendre les dimensions géographiques de la pauvreté pour en améliorer l'appréhension à travers les politiques publiques »

salaires (voir infra) et de l'éducation. Ainsi, en 2005, l'IDH est de 0,666 pour les hommes et de 0,621 pour les femmes. La pauvreté affecte aussi les travailleurs du secteur informel. Enfin l'incidence de celle-ci est 1,5 fois plus élevée parmi les enfants que parmi les adultes. La pauvreté prive de capacités certaines catégories plus que d'autres.

- La pauvreté est multidimensionnelle. Elle est en lien avec l'égalité des chances et l'accès au droit. L'étude précitée<sup>115</sup> montre l'existence de liens entre la pauvreté monétaire et de multiples formes d'exclusion notamment des réseaux sociaux, et du pouvoir. Le bien-être dépend aussi du sentiment d'inclusion et de dignité tel que l'accès à des soins de santé décentes, à une bonne éducation, à faire valoir ses droits, à préserver sa dignité, à obtenir de l'information, ou à partager à parts égales les opportunités économiques. Disposer de revenus est inséparable de la préservation de la dignité.

## 2. Les inégalités des revenus et la consommation

La part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation finale, s'est pratiquement stabilisée voire même régressé depuis 1990, passant de 6,6% en 1990 à 6,5% en 2001 et 6,5% en 2007 (tableau 10).

La dernière enquête Nationale sur les revenus et niveaux de vie des ménages de 2007<sup>116</sup> indique des écarts plus significatifs puisque les 20% de la population la plus pauvre ne disposent que de 5,4% des revenus, cependant que le quintile supérieur concentre 52,6% des revenus. Ainsi la réduction des inégalités des revenus n'a pas connu d'améliorations sur la période considérée<sup>117</sup>.

L'examen sur une plus longue période fournit un éclairage plus significatif. Le tableau 10, relatif la distribution des dépenses selon les deux déciles extrêmes montre que, entre 1985 et 2007, l'écart entre les 10% les plus favorisés et les 10% les moins favorisés s'est légèrement creusé au niveau national, après avoir connu une amélioration entre 1985 et 1998. L'écart est passé de 11,8 en 1998 à 12,2 fois en 2001 à 12,6 en 2007.

Les mêmes disparités en matière de revenus existent selon le milieu et les régions. Le tableau 9, relatif à l'évolution des dépenses annuelles moyennes par ménage, entre 1985 et 2007, montre que les écarts existants entre milieu urbain et rural se sont renforcées jusqu'en 2001 pour régresser entre 2001 et 2007.

Les indicateurs régionaux (tableau 12) montrent que les inégalités face aux dépenses entre les deux déciles de la population se sont plus creusées depuis 1985, à Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, à Tanger Tétouan et Marrakech Tensift Al Houz où les inégalités se sont accélérées. Dans les régions du Sud,

---

<sup>115</sup>HCP(2009) Les résultats ont été présentés en juillet 2009. Elle porte sur un échantillon de 7200 ménages, dans les diverses couches sociales et régions du Maroc.

<sup>116</sup> Il faut cependant, noter que la dépense de consommation annuelle moyenne par personne a connu entre 2001 et 2007 des augmentations de 2,3% en termes réels (ODM 2007).

<sup>117</sup> Voir première partie

Gharb-Chrarda-Béni-Hssen, Chaouia-Ouardigha les inégalités sont moins fortes et se sont légèrement réduites.

### **3. L'évolution du plein emploi productif**

Le plein emploi participe fortement à la réduction de la pauvreté et un travail décent. Sa promotion est considérée comme le moyen d'assurer dans la pratique la mise en œuvre du droit au travail. Le nombre de travailleurs pauvres ayant un emploi ne peut régresser quand la productivité n'augmente pas. Trois indicateurs permettent de suivre les évolutions : le taux de croissance du PIB par travailleur, le ratio emploi/population qui indique le degré de réalisation du plein emploi (taux d'emploi), et le statut dans le travail.

#### ***Le produit intérieur brut (PIB) par travailleur.***

Le PIB réel par travailleur sert souvent d'indicateur de l'évolution du niveau de vie des travailleurs quand il se répercute sur leur salaire. Selon le HCP, le taux de croissance moyen annuel de celui-ci est estimé, pour la période 2000 -2004 à 4,3%. La tendance sur une plus longue période 2000-2007 montre une évolution plus lente (3,72%). Ceci veut dire que le niveau de vie des travailleurs connaît un léger ralentissement permettant difficilement aux personnes ayant un emploi de faire face à la pauvreté. La progression de la productivité généralement faible et irrégulière n'a pas permis à nombre de personnes ayant un emploi, d'échapper à la pauvreté. La croissance n'est pas suffisamment intensive en travail.

#### ***Le taux d'emploi***

Comme on l'a examiné dans la première partie, en 2008, le taux d'emploi des adultes est de 45,8%. Ce taux s'élève à 38% en zone urbaine et 57,4% en milieu rural, autrement dit plus de 60% de la population urbaine en âge de travailler n'a pas de possibilités pour accéder aux sources de revenus que procure l'emploi. En effet, le phénomène qui a contribué à la dégradation du plein emploi est la montée du taux de chômage depuis le milieu des années 80, tout particulièrement en milieu urbain. L'évolution depuis 2000 montre un recul du chômage, celui-ci continue à toucher des catégories qui pendant longtemps ont été épargnées : les femmes, les jeunes et les diplômées du supérieur.

Il existe en effet des déficits et une inégalité notoire d'accès des femmes aux sources de revenus et en dépit de leur progression dans la population active, leur taux d'emploi n'est que de 24,4% contre 68.7% pour les hommes. Moins de 3 femmes sur 10 en âge d'être économiquement actives, travaillent effectivement, alors que c'est le cas pour plus de 7 hommes sur 10.

Les femmes sont plus fortement et plus durablement touchées par le chômage que les hommes. En 2000 celui-ci est de 26,7% pour les femmes, contre 19,9% pour les hommes (écart de 6,8 points). En 2008, on assiste à une baisse du chômage pour les deux sexes, mais l'écart s'approfondit légèrement. Nul doute que ce taux de chômage élevé à des incidences négatives sur l'amélioration des revenus.

Le chômage affecte davantage les jeunes et les primo demandeurs d'emploi (voir tableau 2 en annexe), et davantage les diplômés du supérieur que ceux de niveau moyen ou les sans diplômes. Ainsi l'accès au droit à l'éducation n'assure pas systématiquement l'accès à l'emploi et aux ressources que procure un travail décent

Les enfants de moins de 15 ans, supposés ne pas travailler, constituent 2,3% de la population active employée, 90,8% d'entre eux travaillent en milieu rural et 55,9% sont de sexe masculin. Toutefois, la tendance est à la baisse de leur travail (7,7% en 1987 à 6,3% en 1999), en relation avec les progrès réalisés en matière de scolarisation.

La région de Doukkala est celle qui emploie la plus forte proportion d'enfants suivie de Tadla du Gharb, Chaouia, Marrakech. Les régions les moins concernées sont le grand Casablanca, Oued Eddahab, Rabat, Tanger. Ceci confirme le fait que c'est le monde rural qui exploite le plus d'enfants où des facteurs en interaction continuent d'agir : ruptures scolaires, conditions de l'offre éducative, éloignement de l'école, pauvreté des parents.

Le taux d'emploi des jeunes ruraux de moins de 20 ans est plus élevé que ceux en milieu urbain, ce qui veut dire que nombre d'adolescents sont encore retenus par le travail.

Les personnes âgées et les personnes handicapées ne représentent qu'une faible part de la population employée (respectivement 6,1% et 5%). Le taux de chômage des personnes handicapées s'élève à 55,2%, taux largement supérieur à la moyenne nationale avec un accès à l'emploi plus difficile pour les femmes que pour les hommes.

Au total, l'importance du chômage contrecarre la progression du plein emploi, et l'accès aux ressources que procure un travail décent.

### ***Le poids des travailleurs indépendants et des aides familiales non rémunérés.***

Le statut dans l'emploi est non seulement un indicateur significatif de l'emploi décent, de sa qualité et de son degré de protection, mais également du degré de pauvreté en raison de la corrélation existante entre ces statuts et les revenus des ménages. Le tableau 5, en annexe, permet de dégager les observations suivantes.

- L'emploi indépendant, souvent lié à un impératif de survie, est en progression depuis 2000 (25,4% en 2000 et 28,8% en 2008) ;
- La proportion des aides familiales, non rémunérées, régresse entre 2001 et 2008 (de 30,4% à 22,3%), tout en demeurant importante. Ces deux formes d'emplois représentent plus de **51% du total des emplois** tous statuts confondus, en progression depuis le milieu des années 1980 ;
- En revanche le salariat qui signifie en principe protection, stabilité et régularité des revenus (voir infra) poursuit son déclin. Bien plus le salariat se flexibilise. La crise de l'emploi officiel dans la fonction publique et dans le secteur privé et la mise en défaut de l'emploi



salarié, ont accéléré la montée de l'emploi atypique, à temps partiel, temporaire ou occasionnel<sup>118</sup>.

### ***Les femmes et l'emploi non rémunéré***

Les femmes sont plus exposées que les hommes aux emplois non rémunérés et aux faibles revenus. Le tableau 6, relatif au taux de féminisation selon le statut dans l'emploi, indique que les femmes sont majoritairement employées comme aides familiales non rémunérées<sup>119</sup>, avec des proportions encore plus significatives en milieu rural, où 78.7% d'entre elles travaillent sous ce statut, contre seulement 28% des hommes<sup>120</sup>. Par ailleurs, si ce taux a baissé au niveau national, il a en revanche progressé parmi les femmes (de 48,7% en 2000 à 54,6% en 2007) et demeure plus élevé que la moyenne nationale. Le recours à cette main-d'œuvre s'avère d'autant plus fonctionnel qu'elle est quasi-gratuite, non protégée et disponible<sup>121</sup>. Sa progression est révélatrice des faibles progrès accomplis en matière de développement humain.

## **4. Les déterminants de la faiblesse des revenus**

Au-delà de l'importance des formes d'emplois non, ou peu rémunérées, de nombreuses contraintes en interaction continuent à entraver les avancées vers la réduction de la pauvreté monétaire liée à l'emploi. Certaines relèvent du secteur de l'emploi et d'autre, des autres secteurs.

### ***Une faible dynamique de création d'emplois***

Entre 1970 et 1980 le taux de création d'emploi est de 5,6% en moyenne annuelle, alors que dans les années 1990, il n'a pas dépassé 2,2% par an, taux inférieur au rythme d'accroissement de la population active. D'une manière générale les créations d'emplois n'arrivent pas à compenser les pertes.<sup>122</sup> Le *secteur informel* se caractérise certes, par une dynamique positive de création d'emplois, mais sous des formes précaires à l'exemple de l'auto emploi (69% des actifs)<sup>123</sup> et la pluriactivité. Il s'agit en outre d'emplois peu qualifiés, émanant des déscolarisés, de femmes, d'éléments de l'exode rural disposant de faibles niveaux scolaires et d'une formation qui s'effectue pour l'essentiel sur le tas, en dehors du système officiel. Cette dynamique de création d'emplois est limitée également du fait que les emplois sont concentrés principalement dans les micro-services et le micro commerce qui fournissent 91,2% de l'ensemble des emplois et dont le principal trait est la faiblesse des qualifications.

---

<sup>118</sup> Par aide familiale, on se réfère à toute « personne active occupée qui travaille dans un ou plusieurs établissements pour le compte d'un membre de sa famille ou de son ménage sans contrepartie, à condition qu'elle réside chez la personne pour qui elle travaille.

<sup>119</sup> Activités, emploi et chômage 2007, rapport de synthèse, p.26

<sup>120</sup> Voir R. Mejjati, Alami, "Femmes et marché du travail au Maroc". International Union For The Scientific Study Of Population, actes du Colloque

<sup>121</sup> Centre Marocain de conjoncture, Lette n. 190, Avril 2008

<sup>122</sup> ENSINA 1999/2000 DS; 2003, p.165.

<sup>123</sup> Banque mondiale (2006)

### ***La fragilité de la croissance économique***

La croissance s'est révélée insuffisante, fragile, volatile, «et pas suffisamment durable pour enclencher une dynamique de création d'emploi et d'éradication de la pauvreté<sup>124</sup>. Entre 1975 et 1990, le taux de croissance annuel moyen a été de 1,7%, taux inférieur à des pays de développement comparables (Egypte 2,7%) et de 1990 à 2005, la moyenne annuelle a légèrement reculé (1,5%). En outre, la croissance demeure principalement tirée par les marchés extérieurs et la demande externe et peu centrée sur l'élargissement du marché intérieur et la demande interne qui supposerait une politique redistributive, en faveur des salariés et des catégories pauvres, à travers une politique d'élargissement du salariat. La croissance demeure fortement dépendante de l'agriculture qui représente environ 16% du PIB, et des secteurs exportateurs (chimie, agro-alimentaire et textile).

### ***Les inégalités des revenus face à la consommation***

Les inégalités entre catégories sociales, entre milieu et les régions entravent le développement humain, mais aussi la croissance économique elle-même et par conséquent accentuent la pauvreté, comme le montre nombre d'expériences dans le monde (Brésil, Inde). Ces expériences ont en effet révélé l'existence d'un double dividende de la réduction des inégalités sur la réduction de la pauvreté et la croissance. La réduction des inégalités contribue à réduire la pauvreté à travers un effet de redistribution et accélère la croissance par l'effet de la demande et de la consommation<sup>125</sup>. La croissance économique est donc un moyen de réaliser le développement, mais non une fin en soi. Une croissance forte et durable est une condition nécessaire mais pas suffisante pour éradiquer la pauvreté, quand il existe dans les pays d'énormes inégalités de revenus. En l'absence de politiques redistributives de grande ampleur et équitables, les opportunités d'emploi demeureront faibles et la pauvreté persistera.

### ***Les limites des politiques de lutte contre la pauvreté.***

En matière d'emploi celles-ci ont pris la forme de politiques sociales ciblées, constituant des filets de sécurité, tels que la Promotion nationale ou la politique du microcrédit. Cependant, Il s'agit de politiques réservées à une partie de la population sur d'autres bases que celles des droits économiques et sociaux que supposent des politiques active de l'emploi. Souvent le mauvais ciblage, la nature même de ces actions, leur mode fonctionnement, l'absence de coordination ont débouché sur des résultats peu probants.

Au-delà des déficits quantitatifs examinés dans cette section, l'objectif du droit au travail n'est pas seulement de cet ordre. Les emplois proposés doivent être acceptables, convenables en termes d'équité des salaires, de protection sociale, de sécurité et d'hygiène dans le travail. Il s'agit d'apprécier dans quelle mesure les droits fondamentaux au travail sont respectés et de suivre les déficits/

---

<sup>124</sup>J.P. Cling et al. (2004) La croissance ne suffit pas pour réduire la pauvreté : le rôle des inégalités, Document de travail, DIAL.

<sup>125</sup>Le salaire minimum au Maroc, Ministère de l'emploi et de la formation professionnelle(2004). Direction de l'emploi, p.11

privations de droit sans perdre de vue les inégalités de situations qui peuvent résulter de l'âge, du sexe, des qualifications, du handicap.

## **B - SALAIRE ET EMPLOI**

Le salaire équitable est au cœur du développement humain à travers la relation emploi-pauvreté (compte tenu de l'influence que leurs niveaux exercent sur les revenus) et du droit au travail. Le droit à un salaire équitable sera analysé à partir de l'évolution de la politique salariale et de ses limites, du degré d'accessibilité au SMIG, les obstacles qui limitent cette accessibilité, les niveaux de salaires. La discrimination/non discrimination à l'égard des femmes sera examinée plus loin.

### **1. L'action de l'Etat**

Au sein de l'économie marocaine, la structure des salaires est déterminée par la segmentation du marché du travail. On peut d'une manière générale distinguer deux segments : un segment qui se caractérise par une stabilité de l'emploi, des hauts salaires, une protection sociale, l'utilisation de technologies intensives en capital et une présence syndicale. Il correspond globalement aux structures de l'administration centrale, les entreprises publiques et le secteur privé disposant de capacités de négociation collective. Le second segment se caractérise par des emplois instables, de bas salaires, des activités à faible intensité technologique et une quasi-absence de syndicats. Dans ce segment, ce qui détermine le niveau de salaire, c'est le poids du secteur privé dépourvu de conventions collectives, l'importance des effectifs de salariés travaillant sous des contrats à durée déterminée et l'importance du secteur informel.

La législation du travail, impose à l'entreprise des obligations envers les salariés et lui reconnaît des droits en ce qui concerne ses exigences en matière de production, cherchant à allier les objectifs économiques et les objectifs sociaux.

L'Etat, en concertation avec les partenaires sociaux, régule et fixe le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) et le salaire minimum agricole garanti (SMAG). Au-delà du SMIG et du SMAG qui sont fixés d'une manière ponctuelle et légale, la fixation de la rémunération obéit à la loi de l'offre et de la demande et fait l'objet de négociations entre l'employeur et les représentants des travailleurs, éventuellement dans le cadre d'une convention collective. Le salaire minimum est un instrument de la régulation salariale du secteur formel, mais également des bas salaires que ce salaire doit protéger. Le SMIG a connu des ajustements permanents et, sur une période de 30 ans il a fait l'objet de 21 augmentations. Les plus substantielles ont eu lieu dans les années 80, suite à la dégradation des niveaux de vie en relation avec le programme d'ajustement structurel. Dans les années 90, le SMIG a quasiment stagné et dans les années 2000, il a connu de nouvelles augmentations à la suite d'accords avec les syndicats dans le cadre du dialogue social. On estime l'augmentation du Smig à 7,2% par an au cours de 34 dernières années (BM 2006).

Parmi les avancées, il y a lieu de noter les revalorisations des situations statutaires, salariales et indemnitaires dans l'administration publique.

## 2. Les faiblesses de la politique salariale

### *Faible accessibilité et adaptabilité du SMIG*

Les catégories de la population active concernées par le SMIG sont théoriquement les salariés employés dans les entreprises formelles de l'industrie, du commerce et des professions libérales. Or, à peine le tiers de ces entreprises versent le SMIG et d'une manière générale « cette catégorie de salarié représente 8 à 9% de l'emploi total urbain »<sup>126</sup>.

Les autres catégories, (les aides familiaux, les apprentis, certains travailleurs indépendants, de même que ceux du secteur informel) ne sont pas concernées par le SMIG. Parmi les causes du non-respect, il y a lieu de citer son inadaptation aux formes d'organisation en lien avec la faiblesse du salariat stabilisé, l'existence d'une main d'œuvre familiale, d'apprentis, de journaliers, d'occasionnels, payés à la tâche, à la pièce ou à la période. D'autres raisons interviennent, comme l'insuffisance des rendements (70,1%) et des ressources ou le caractère discontinu de l'activité.

### *Faiblesse des salaires et non observation du SMIG*

Dans les entreprises du secteur formel, les changements introduits dans la demande de travail avec le développement des CDI, du travail à temps partiel et temporaire influencent le niveau des salaires avec une tendance à leur baisse dans la mesure où ces catégories perçoivent en général des salaires et avantages sociaux moins élevés. Il faut ajouter que les entreprises qui ont les salaires les plus faibles ont des taux de création d'emplois les plus élevés et une forte mobilité de la main d'œuvre, cependant que les entreprises qui distribuent de haut salaires ont des taux de créations d'emplois plus faibles<sup>127</sup>.

Par ailleurs, le respect du SMIG dans ce secteur n'est pas toujours la norme. Le taux de non-observation<sup>128</sup> est estimé à 13% en moyenne entre 1995 et 1999, en particulier dans les grandes entreprises<sup>129</sup>. C'est ainsi que les visites effectuées par les inspecteurs du travail en 2008, font ressortir (voir annexe) que la transgression de cette réglementation est plus fréquente que les autres.

Le secteur informel se distingue comme on l'a vu, par une dynamique positive de création d'emplois, or c'est dans ce secteur que les salaires sont les plus faibles.

Une proportion insignifiante des entreprises informelles (0,2%) respecte les normes relatives au salaire minimum. En outre, le montant des rémunérations est variable selon les catégories de la main-d'œuvre. Celle des employeurs et des ouvriers qualifiés est supérieure au SMIG, alors que celle des gérants et des apprentis est inférieure. Les apprentis, les enfants, certains travailleurs de l'auto emploi demeurent la catégorie pour qui les revenus sont les plus bas suivis par les aides familiales. Cette faiblesse de la rémunération est accentuée dans ce secteur par l'irrégularité de l'emploi. Les

---

<sup>126</sup> Évaluation des gains et des pertes d'emploi dans l'industrie, Direction de l'Emploi (2004)

<sup>127</sup> Le salaire minimum au Maroc(2004), op.cit. Le taux de non respect est le rapport entre le nombre de salariés payés en dessous du SMIG et le total des salariés (p.72)

<sup>128</sup> Ibid, p. 74.

<sup>129</sup> Évaluation des gains et des pertes d'emploi dans l'industrie, ibid.

données montrent par ailleurs que ce sont souvent des contraintes d'ordre économique et la faiblesse des rendements qui expliquent la faiblesse des salaires dispensés.

Il faut ajouter à ces facteurs, les incidences qu'exerce l'inflation sur la baisse des salaires et sur le pouvoir d'achat. Les ajustements du SMIG n'interviennent pas automatiquement. Le SMIG a pendant longtemps progressé à un taux inférieur à l'inflation<sup>130</sup>. Selon l'enquête menée par la Direction de l'emploi<sup>131</sup>, le salaire moyen annuel brut dans l'industrie au cours des deux dernières décennies a connu certes, une progression mais très vite rattrapée par l'augmentation des prix à la consommation avec une perte de pouvoir d'achat de 0,9%. L'abrogation de la loi sur l'échelle mobile des prix des salaires, n'y est sans doute pas étrangère.

### ***Les reculs du code du travail***

Ils concernent le régime des primes, la suppression de l'échelle mobile des prix et des salaires et les incidences de la flexibilité salariale.

La rémunération du travail s'appuie sur plusieurs composantes : le salaire et un certain nombre de primes et d'avantages sociaux. Cependant, à l'exception des primes d'ancienneté, le régime de ces primes n'est pas réglementé ce qui pose le problème de leurs nature facultative ou obligatoire.

- De plus le code du travail abroge la loi sur l'échelle mobile des prix des salaires sans la remplacer par des dispositions permettant d'indexer obligatoirement l'évolution des salaires sur l'évolution du coût de la vie. Au lieu de prévoir l'unicité du salaire minimum garantissant un minimum de vie dans la dignité, le code consacre la possibilité de fixer plusieurs niveaux de salaires minima pour l'industrie, l'agriculture, l'administration, etc.

- Dans le même sens, l'introduction de la flexibilité salariale permet à l'employeur de diminuer les salaires proportionnellement à la diminution de la durée du travail, ce qui constitue une régression par rapport à la loi de 1936 relative à la fixation de la durée du travail, qui interdit d'abaisser les salaires suite à une diminution de la durée de travail.

### ***Ouverture, compétitivité, flexibilités salariales***

Le contexte d'ouverture et de libéralisation s'appuie sur un mode de développement tiré par les exportations et la demande externe et suppose une compression des salaires afin de rester compétitif sur les marchés extérieurs<sup>132</sup>. Dès lors l'allègement du coût du travail et l'assouplissement des conditions d'embauche et de licenciement, introduits par le code du travail sont jugés nécessaires. La

---

<sup>130</sup>Voir « Estimation de la boucle prix salaire» Direction de l'emploi (2004)

<sup>131</sup>La concurrence livrée par les marchés asiatiques et du pourtour méditerranéen, plus compétitifs que le Maroc ont laminé la compétitivité du secteur textile. Or c'est sur les salaires que semble se répercuter les coûts additionnels. Le dernier réajustement du salaire minimum qui a eu lieu le premier juillet 2009, (+5%) ne concerne pas le secteur textile, secteur exportateur où se concentre la majorité du salariat féminin. Selon le patronat, la masse salariale représente jusqu'à 65% des coûts de production. Du coup, une augmentation de 5% du Smig fait renchérir ces coûts de 3%. Voir l'Économiste, 30 juin 2009

<sup>132</sup> Ministère de L'emploi des Affaires Sociales et de La Solidarité; 1999, *Enquête sur le secteur informel localisé en milieu urbain* (ESILMU), Rabat.

réduction du salaire est supposée incitative à l'embauche et à la croissance économique. Pourtant, il n'est pas sûr que ces mesures incitent à la croissance, car le salaire ne comporte pas uniquement une composante coût pour l'entreprise qu'il s'agit de compresser, mais aussi un effet sur la productivité par son incidence sur l'effort productif et un effet débouché en raison de son impact sur la demande interne.

Dans le même sens, les contrats de travail à durée déterminée (CDD) non seulement précarisent le droit au travail mais peuvent être économiquement inefficaces. Ils favorisent des arbitrages pour le licenciement plutôt que pour la formation des travailleurs que suppose leur stabilisation de longue durée, formation qui peut produire à la fois l'équité et l'efficacité économique dans le sens où la compétitivité ne se joue plus uniquement par les prix mais aussi par la qualité.

## C - LA SECURITE SOCIALE

L'accès à la sécurité sociale est un aspect important du droit au travail et du développement humain et son absence un critère d'exclusion sociale et de travail non décent. Le régime marocain de protection sociale couvre les salariés du secteur public et ceux du secteur privé. Les salariés du régime public sont gérés par la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et ceux du régime privé par la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Ce régime assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès, et il sert les prestations familiales. Le dispositif comporte la CNSS, la caisse marocaine de retraite (CMR), RCAR, CNOPS, CIMR, l'AMO, les accidents du travail.

### 1. Les avancées dans les engagements de l'Etat

#### *La progression du taux de couverture*

En 2008, le taux de couverture de la protection sociale est de 28%. Le nombre de salariés déclarés auprès de la CNSS a atteint 2,4 millions contre 1,9 million en 2007. En fin 2007, les entreprises affiliées et les salariés déclarés à la CNSS sont en hausse de 111% par rapport à 2006. *Les secteurs les plus représentatifs en matière d'affiliation sont le commerce et les services (22% des salariés et 42% des entreprises) le BTP, (17% des salariés et 14% des entreprises), le textile-confection (12% des salariés et 3% des entreprises).*

#### *L'élargissement de la protection sociale*

**Celle-ci s'étend à la couverture des soins maladies.** Avant l'adoption en 2006 d'une assurance maladie obligatoire (AMO) la souscription à l'assurance maladie restait facultative, laissée à la discrétion de l'employeur privé. Depuis la moitié de la décennie 1990, le système de protection sociale a connu des réformes en particulier l'élargissement de la couverture sociale, la mise en place de l'AMO et un régime d'assistance médicale aux économies faibles (Le RAMED). *Le régime devrait compter, en 2009, 2,3 millions de salariés, soit 345 285 personnes de plus en provenance du secteur agricole du BTP, de l'industrie) et des secteurs des services et du commerce.*

**Depuis l'été 2005, l'affiliation à l'AMO** concerne une catégorie dont les personnes assujetties au régime de sécurité sociale (CNSS) en vigueur dans le secteur privé. **Les bénéficiaires de l'AMO**



sont le souscripteur et les membres de sa famille. Elle s'est élargie aux travailleurs indépendants et couvre environ 34% de la population qui dispose de revenus dépassant 7.000 DH. Elle couvre les frais de soins de maladie ou des accidents, les frais de maternité et la réhabilitation physique et fonctionnelle et a été étendue aux soins ambulatoires.

Quant au régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis (le RAMED), les bénéficiaires sont les personnes économiquement faibles, non assujetties à un régime d'AMO, leur(s) conjoint(s), leurs enfants à charge jusqu'à 21 ans, leurs enfants handicapés quel que soit leur âge. Il concernerait potentiellement 8,4 millions de personnes. Ce régime est financé par l'Etat, les collectivités locales et la participation des bénéficiaires. Le coût global de ce régime pour l'année 2008 s'élève à plus de 2,6 milliards de dirhams ce qui représente un peu plus de 320 dirhams par bénéficiaire et par an.

### ***Le régime de retraite***

Dix régimes de retraite (dont 6 régimes internes à des établissements publics) existent au Maroc. Les principales caisses de retraite sont la CNSS, la CMR, le RCAR et la CIMR. En 2005, celle-ci couvrait 25,6 % de la population active totale. Ce sont les caisses de retraite obligatoire qui enregistrent les taux de couverture les plus importants.

## **2. Les dysfonctionnements et les contraintes**

### ***Faiblesse du nombre de salariés affiliés à la CNSS***

Dans les entreprises du système formel, le nombre des affiliés à la CNSS a atteint 105.070 adhérents jusqu'au 28 février 2009 alors que le nombre des salariés s'élève à 1.816.507. La plupart des travailleurs et personnes à leur charge en sont exclues. On estime par ailleurs, à 2,04 millions de salariés déclarés, alors que le secteur privé emploie, selon la CNSS, 3,7 millions de personnes.

Avant la mise en place de l'AMO, l'assurance maladie facultative ne couvrait que 15 à 16 % de l'ensemble de la population, essentiellement des travailleurs du secteur formel urbain et la sécurité sociale ne couvre que 23 % seulement de la population active (travailleurs du secteur formel). Par ailleurs, la progression du chômage parmi les populations se traduit par une baisse de la protection sociale d'une manière générale.

### ***Faible accès et inadaptabilité aux travailleurs ruraux et du secteur informel***

Le droit à la protection sociale concerne peu les catégories du monde rural et demeure inadapté en raison du statut dans le travail. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale et la Mutuelle Agricole Marocaine d'Assurances couvrent moins de 4% de l'ensemble des salariés agricoles et moins de 0,6% de la population rurale active.

Le développement de l'économie informelle, fait que, que la plupart des travailleurs n'ont jamais accédé aux mécanismes formels de la protection sociale, soit sont entrain de la perdre à travers la montée du chômage. Ces travailleurs ne sont financés ni par un système de cotisations, ni par un



mécanisme d'aide sociale. En effet, 93% des entreprises du SI n'ont aucun ouvrier affilié<sup>133</sup>. Face à un système excluant, la précarité juridique demeure la règle. Comme pour les autres déficits, les défavorisés en matière de travail décent, le sont aussi en matière de protection sociale. Or les fragilités liées au travail sont plus nombreuses dans le secteur informel du fait de son caractère souvent invisible de l'emploi et du fait que les catégories qui investissent ce secteur (femmes, enfants, migrants ruraux) sont souvent le plus exposées aux accidents de travail.

### ***Discrimination envers les catégories spécifiques***

Concernant les femmes, cette discrimination est liée à la loi régissant la sécurité sociale qui stipule que si les deux époux sont immatriculés à la sécurité sociale, les allocations familiales sont versées au père.

- Parmi les travailleurs handicapés, seuls 12% de cette catégorie sont affiliés à la CNSS, à une assurance ou à une mutuelle et une petite minorité est couverte en totalité. Cette déficience est prise en charge par les familles ou par des ONG caritatives. Les initiatives nationales pour la prévention des handicaps sont particulièrement peu importantes (campagne de sensibilisation).

-Concernant, les personnes âgées, un peu plus du quart ayant déjà travaillé avant 60 ans, bénéficient, d'une pension de retraite. Les femmes sont plus vulnérables (10,1%) contre 31,9% des hommes. Les ruraux sont largement plus nombreux à ne pas bénéficier de la retraite, comparés aux citadins. Face à ce déficit, l'Etat mobilise de plus en plus d'autres instances de régulation pour assurer la protection sociale : la famille, les associations caritatives ou/et ONG de développement. Or, si les mécanismes traditionnels d'entraide, continuent en partie à fonctionner, ils tendent à se tarir dans le contexte actuel de crise.

### ***Faible couverture et dysfonctionnement du régime de retraite***

Le taux moyen de cotisation au Maroc de 5% est faible comparé à des pays de niveau plus ou moins similaire de développement (20% en Turquie, 35 % au Portugal, 31 % en Pologne, 30 % au Brésil, 26 % en Argentine). Le secteur privé demeure encore en retard. Alors que celui-ci emploie plus de 80% de la population active occupée, seulement 55% des adhérents y travaillent. De plus, nombre de dysfonctionnements attribuables à la multiplicité des régimes de retraite, la diversité des tutelles, l'absence de contrôle de la part de l'Etat, le manque de gouvernance des caisses de retraite handicapent et menacent ce système. Selon les responsables, une étude sur laquelle s'appuiera une réforme des régimes de retraites est en cours.

### ***Une protection incomplète : l'absence de droits à une allocation chômage***

---

<sup>133</sup> M. Catusse (2006) L'action publique face aux « débordements » du social au Maroc Décharge et métamorphoses d'un « État social.

Cette absence explique le développement du secteur informel, lieu de la précarité des actifs. C'est vraisemblablement aussi ce qui permet d'expliquer l'apparent paradoxe entre la baisse du taux de chômage face au développement de la crise.

### ***Les difficultés de financement***

La lenteur de la croissance économique, la hausse du chômage, l'affaiblissement de la solidarité familiale, tendent à croître la pression exercée sur le système de protection sociale. Bien qu'en augmentation depuis la décennie 1990, les dépenses publiques de protection sociale, restent faibles au Maroc. De l'ordre de 12,5% du PIB en 1998, elles restent inférieures aux 19% en Tunisie ou aux 18% en Algérie<sup>134</sup>. Les dépenses consacrées à la sécurité sociale par rapport au PIB ont doublé depuis 1990, mais elles ne touchent, qu'une faible partie de la population active, celle qui est salariée. Le secteur public absorbe environ 50 pour cent des bénéficiaires (bien qu'il ne représente que 10 pour cent de la population active). Les régimes de retraite sont largement sous-financés<sup>135</sup>, alors que le nombre des retraités augmente et que le nombre de nouveaux cotisants ne croît pas. Selon les responsables, alors qu'en 1980, 14 salariés finançaient un retraité, en 2008, seuls cinq salariés le font et les prévisions pour 2020 tablent sur 1 salarié pour un retraité.

### ***Un faible respect des réglementations***

En 2007, seuls 18% des salariés sont déclarés à plein temps. *Les entreprises affiliées à la CNSS pratiquent encore, des déclarations irrégulières des employés ainsi que la sous-déclaration.* Sur 3,7 millions de salariés du secteur privé, 1,7 million ne sont pas déclarés<sup>136</sup>. Cette situation est fréquente en particulier dans les secteurs à forte utilisation de main-d'œuvre et dans l'intérim<sup>137</sup>. A ceci s'ajoute des redressements et des régularisations non suivies d'effets, des pratiques (non conformes à la réglementation) qui voient certains déclarer leurs salariés immédiatement après l'embauche, d'autre des mois plus tard pour «période d'essai»(CNSS, rapport 2007).

## **D - LES CONDITIONS DE TRAVAIL AU MAROC**

Les conditions de travail seront abordés au regard des conditions de sécurité et d'hygiène et du repos et des congés rémunérés.

### **1. La sécurité et l'hygiène dans le travail**

---

<sup>134</sup> Banque Mondiale 2002, Note sur la protection sociale, Moyen Orient et Afrique du Nord

<sup>135</sup> Les campagnes de contrôle et d'inspection en juin 2008 ont permis de régulariser 33.134 salariés dont la moitié a été immatriculée pour la première fois à la CNSS. Voir L'économiste 22-12- 2008

<sup>136</sup> Les redressements des déclarations des entreprises opérant dans l'intérim avoisineraient en moyenne les 8.000%.

<sup>137</sup> Le code fixe aussi la responsabilité des employés à l'intérieur de l'entreprise. Négligence ou manquement aux prescriptions relatives à la sécurité considéré comme une faute grave, le code prévoit des amendes allant de 10000 à 20000 Dhs.

Les pressions que connaît le monde du travail ont des effets sur la sécurité et la santé des salariés. Au Maroc, les risques du travail sont inégalement répartis selon les branches et secteurs.

### ***L'action de l'Etat***

La législation du travail au Maroc comporte un certain nombre de réglementations relatives au respect des normes d'hygiène et de sécurité des salariés. Des avancées en matière de protection des travailleurs et d'amélioration des conditions de travail sont réalisées, avec un ensemble de mesures portant sur la sécurité au travail que doivent respecter les employeurs<sup>138</sup>, les services médicaux du travail obligatoire dans les entreprises ayant au moins 50 salariés ou dans les entreprises dont l'activité expose les salariés aux risques professionnels, la mise en place des comités de sécurité et d'hygiène et le renforcement du corps de l'inspection du travail.

- Des nouveautés en matière de réparation des accidents du travail et les maladies professionnelles<sup>139</sup> et la mise en place du conseil supérieur de médecine du travail et des risques professionnels sont introduites.
- Le travail des femmes et des mineurs de moins de 18 ans et le travail des salariés handicapés sont réglementés<sup>140</sup>.
- D'un autre côté, le ministère de l'Emploi a élaboré un plan d'action portant sur la sensibilisation régionale, la formation et le renforcement de l'inspection du travail<sup>141</sup>. Enfin un projet de création d'un Institut national de santé et de sécurité au travail est programmé et la réforme des accidents du travail est entrée en vigueur en janvier 2008.

Signalons également l'augmentation de 20% du montant des indemnités accordées aux victimes des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Enfin il est important de souligner le rôle de la société civile à travers les associations caritatives et de solidarité permettant de répondre aux besoins des plus démunis. D'autres associations professionnelles telles que l'Association marocaine des industriels du textile-habillement (AMITH) se sont engagées à accompagner les entreprises du secteur, pour promouvoir le travail décent.

### ***Les contraintes***

---

<sup>138</sup> L'employeur est tenu de déclarer l'accident dans les 48 heures, de verser une indemnité journalière à la victime pendant son incapacité temporaire qui est égale à la moitié du salaire pour les 28 jours qui suivent l'accident et au deux tiers (2/3) à partir du 29e jour. En ce qui concerne les maladies professionnelles, le travailleur atteint d'une maladie professionnelle bénéficie des avantages fixés par la législation, sur les accidents du travail

<sup>139</sup> L'une des principales mesure envers les handicapés, lest la consultation d'un médecin du travail lors du recrutement avec une visite annuelle et le droit d'être affecté à un poste correspondant à son handicap, après une formation de réadaptation, sauf si cela s'avère impossible

<sup>140</sup> Entre 2005 à 2007, 140 inspecteurs du travail ont été nommés au niveau des provinces, la formation de 25 cadres et celle de 23 ingénieurs ont renforcé l'organisme de l'inspection du travail. Pour 2009, le recrutement de 15 inspecteurs et de cinq médecins du travail pour augmenter le taux de couverture des établissements soumis à la législation du travail. Direction de l'emploi

<sup>141</sup> Direction de l'emploi

**Une faible application de la réglementation.** A la fin 2008, seules 14% (420) des entreprises occupant au moins 50 salariés ont constitué un comité de sécurité et d'hygiène. On ne relève que 4 inspections médicales du travail, 12 médecins chargés de l'inspection du travail, 2 hygiénistes, 2 ingénieurs chargés de l'inspection du travail (direction de l'Emploi). Seules les villes de Rabat, Casablanca, Meknès et Fès disposent de médecins chargés de l'inspection du travail. Enfin le nombre de délégués des salariés ne dépasse pas 25%<sup>142</sup>.

Les données montrent que les dispositions destinées à assurer l'hygiène et la santé des actifs au sein des entreprises ne sont pas toujours observées. A la fin de l'année 2008, 27412 observations portant sur la transgression des règles d'hygiène et 39094 sur la transgression des règles de sécurité ont été relevées. Il en est de même des observations relatives aux déficits portant sur la médecine du travail et le fonctionnement des comités d'hygiène et de sécurité<sup>143</sup> et sur les accidents de travail (voir annexe).

Une plus grande fréquence des accidents de travail est relevée à Fès, Marrakech et Casablanca et dans les secteurs du textile, bâtiment et travaux publics (BTP), qui sont les plus exposés<sup>144</sup>. Sur 831.588 observations concernant l'application du code du travail, les plus nombreuses portent sur la santé et la sécurité professionnelle. Par ailleurs, un sondage réalisé par le ministère de l'Emploi indique, trois ans après l'entrée en vigueur du code du travail, que seules 15% des entreprises sont conformes à cette législation

**La situation dans les entreprises du secteur informel.** Si la grande majorité des entreprises localisées (73%) n'ignorent pas l'existence des règles d'hygiène et de sécurité, plus de la moitié d'entre elles (55,9%) estiment respecter en partie ces normes. Par ailleurs, peu nombreuses sont les unités qui souscrivent à une assurance pour le local (17,7%) et la situation n'est guère plus reluisante en ce qui concerne l'assurance pour les employés puisque seuls 10, 7% des entrepreneurs déclarent en disposer.

**La résistance des entrepreneurs.** L'application de ce droit se heurte à la résistance des entrepreneurs pour ce qui a trait à l'application de la nouvelle loi sur les accidents du travail et les dispositions concernant la médecine du travail<sup>145</sup> (suppression de l'obligation de disposer d'un médecin du travail à temps plein).

-Il est important de signaler que le **manque d'information, de sensibilisation** des différents acteurs (salariés, entrepreneurs, etc.), de formation des inspecteurs du travail et le manque de

---

<sup>142</sup> Ibid.

<sup>143</sup> Ibid.

<sup>144</sup> Elle propose de «modifier les articles 304 et 305 du Code du travail en augmentant de 50 à 200 le nombre de salariés. Elle propose aussi de «prévoir la création et l'adhésion à des services médicaux interentreprises selon les besoins.

<sup>24</sup> Ministère du Développement Social, de la Solidarité, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et ILO/IPEC, Le travail des enfants au Maroc: Diagnostic et proposition de plan national et de plans sectoriels d'action, 1999.

moyens pour mobiliser davantage de ressources humaines, sont les principaux facteurs qui entravent l'action et les avancées dans l'accès à ce droit.

**Les enfants et les conditions de travail.** Les études existantes font ressortir les conditions dans lesquelles s'effectuent le travail des enfants et les métiers et travaux dangereux qu'ils exercent. Des locaux exigus, mal aérés, mal éclairés et insalubres, en particulier dans l'artisanat et dans les activités de réparation. Les dispositions d'hygiène de sécurité et de santé des enfants dans le travail ne sont pas observées dans ces activités.

Les enfants sont exposés à des risques sérieux durant leurs tâches<sup>24</sup> en particulier dans les travaux dangereux et qualifiés de pires formes, parmi lesquels la mendicité, les activités exercées par les enfants des rues, le travail des petites filles domestiques, dans le secteur du tapis, du cuir, la dinanderie... C'est ainsi que 54% des enfants courent des risques sérieux et très sérieux, 43% des risques moyens et seulement 3 % ne fait face à aucun risque<sup>146</sup>. Les enfants sont exposés à certaines maladies pulmonaires à des contraintes physiques et psychologiques.... La manipulation de produits dangereux, l'absence de moyens de protection, le port de charges, les postures inadaptées, les risques d'accidents exercent des effets sur la santé et la sécurité des enfants. Le travail des enfants, dans les activités, agricoles et informelles, se déroule dans des conditions souvent dangereuses, ce qui a des conséquences sur leur éducation et leur santé.

## **2. Repos et congés rémunérés**

La législation prévoit pour chaque salarié le droit à un congé après six mois de travail, continus et effectifs. L'ancienneté donne droit à un jour et demi ou 2 jours de congés supplémentaires par période de cinq années de service. Les jours de fête et de repos hebdomadaire de même que les arrêts de travail pour maladie ne sont pas comptabilisés dans le congé. Le salarié a droit à une compensation durant son congé annuel égal au montant qu'il devait toucher s'il était resté à son travail. Le repos hebdomadaire d'une durée minimum de 24 heures consécutives pour tout le personnel d'un même établissement est prévu.

Les données portant sur le degré de respect de ce droit sont rares. Celles relatives au secteur informel et celles portant sur l'évolution des conflits fournissent cependant quelques indications. Dans le secteur informel, seulement 40% des unités respectent cette réglementation, avec une intensité variable selon la taille. Ce sont les unités de plus de quatre actifs qui respectent le plus cette disposition.

Par ailleurs, cet aspect du droit au travail est à l'origine de l'enclenchement des conflits individuels en dépit de la mise en place d'instruments d'aplanissement du climat social. Les statistiques relatives à l'évolution des conflits indique que le non-paiement des congés payés, (23,73%) est le second motif à l'origine des conflits individuels après celui liés au licenciement (27,63%). Dans le même sens, nombre de conflits surgissent en relation avec le non-paiement des heures supplémentaires, des jours fériés travaillés et d'ancienneté, des congés payés (voir tableau en annexe).

---

<sup>146</sup> Voir UCW

## **E - LIBERTES SYNDICALES ET DROIT DE GREVE**

Les premiers acquis sociaux ont été le fait du mouvement syndical, sous le premier gouvernement marocain. On peut citer à ce titre, l'indexation du SMIG sur le coût de la vie, la stabilité de l'emploi, les conditions du licenciement et la création de la CNSS.

### **1. Les avancées**

Parmi ces avancées, il y a lieu de souligner, celles portant sur les engagements du Maroc, l'adoption des conventions collectives et du dialogue social, l'amélioration du cadre d'exercice de la liberté syndicale et l'appui des agences internationales. Par ailleurs, des instruments juridiques internationaux protègent le droit de grève et la Constitution marocaine garantit ce droit.

Le Maroc a adhéré à la Convention n°87 sur la liberté syndicale et l'article 9 de la constitution consacre ce principe de même que le Code du travail dans son article 36, interdisant aux employeurs de licencier des travailleurs qui auraient participé à une action légitime de syndicalisation. Le multi syndicalisme est de mise au Maroc et sur les dix-sept centrales existantes, les plus représentatives sont l'Union marocaine du travail (UMT), l'Union générale des travailleurs du Maroc (UGTM), la Confédération démocratique du travail (CDT) et la Fédération démocratique du Travail (FDT).

#### ***L'adoption des conventions collectives et du dialogue social***

Elles constituent une avancée dans la modernisation des relations de travail et en matière de démocratisation des relations professionnelles. Dans le nouveau code du travail, la convention collective est obligatoire, annuelle. Elle peut être organisée au niveau de l'entreprise et du secteur, ou pouvant avoir lieu au niveau national dans un cadre tripartite impliquant le gouvernement, les représentants patronaux et syndicaux. Elle est reconnue comme moyen efficace de promouvoir l'efficacité, d'aborder les questions d'équité et de donner une place plus importante au contrat entre partenaires qui deviennent producteurs de normes<sup>147</sup>, à la négociation et au compromis, tout en sortant de la logique du conflit.

#### ***L'amélioration du cadre d'exercice de la liberté syndicale***

Celle-ci s'exprime par la reconnaissance et la représentativité des syndicats, ayant obtenu le plus grand nombre de voix aux élections des 65 délégués du personnel. Il s'agit également du droit de désigner les délégués syndicaux, les délégués des salariés, le comité d'entreprise, le bureau syndical et le comité de sécurité et d'hygiène.

#### ***Le recul des conflits***

Le tableau 14, en annexe, relatif à l'évolution des conflits entre 1998 et 2007 fait apparaître une tendance à l'amélioration du climat social repérable à travers la baisse des conflits collectifs et du nombre d'établissement en grève entre 2000 et 2007. Entre 1998 et 2008, le nombre de conflits a

---

<sup>147</sup> CMC, lettre n.190. avril 2008

connu son point le plus haut en 1998 et le point le plus bas en 2007. Examiné cette fois-ci sous l'angle des conflits individuels, la période 2000-2007 est marquée par une évolution irrégulière, avec quelques améliorations concernant par exemple, le nombre de réclamations satisfaites. Ce qui montre que les médiations initiées ont contribué à atténuer la rigueur des conflits sociaux permettant la réintégration de certains salariés.

### ***Le rôle des agences internationales***

On peut à ce titre évoquer le rôle joué par le BIT dans le projet d'amélioration des relations professionnelles par la promotion du dialogue social et le renforcement de l'administration du travail. Ses actions s'inscrivent en appui à la mise en œuvre du code du travail. Le projet de travail décent dans le textile habillement va dans le même sens. Un de ses objectifs est l'amélioration du dialogue social au niveau de ce secteur par le renforcement des compétences et du cadre institutionnel de concertation tripartite et bipartite.

## **2. Les facteurs limitatifs du droit syndical**

### ***L'absence de ratification de la convention sur la liberté syndicale***

Le gouvernement marocain n'a toujours pas ratifié, la convention n. 87 sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical. Il s'ensuit des conséquences en matière de violations des libertés syndicales. Dans certaines activités, le recours à la sous-traitance et à l'externalisation des services, à l'intérim, aux entreprises fictives et au secteur informel précarise la main-d'œuvre, rendant de la sorte la syndicalisation particulièrement difficile. Les conditions de travail s'accompagnent dans nombre de cas, d'absence de garanties des droits syndicaux<sup>148</sup>, notamment dans le secteur du textile. Renvois, arrestations, représailles, licenciements, poursuites judiciaires, en cas d'actions de grève<sup>149</sup>.

**Les négociations collectives** menées uniquement par l'organisation syndicale «la plus représentative», sont jugées excluant à l'égard des autres syndicats, portant atteinte à leur représentativité. De plus, la loi ne stipule pas clairement si certaines catégories de fonctionnaires (enseignants, responsables des prisons, gardiens de phares, employés des eaux et forêts) jouissent des droits de négociation collective.

Il faut souligner que seuls 10 établissements ont jusque là, déposé une convention collective<sup>150</sup>. Le tissu industriel et économique étant formé essentiellement de PME, n'a pas permis d'enregistrer de progrès significatif dans la mise en œuvre de cette pratique.

---

<sup>148</sup>Le rapport sur les violations syndicales 2006 signale des cas parmi lesquelles le licenciement de cent cinquante travailleurs en raison de leur appartenance à un syndicat, des poursuites judiciaires contre dix travailleuses suite à une grève dans une entreprise de confection, licenciement en raison d'activités syndicales, répression d'une manifestation entraîne la mort d'un syndicaliste, licenciements collectifs pour cause d'action syndicale...voir [www.ituc-sci.org](http://www.ituc-sci.org)

<sup>149</sup> Voir R. Mejjati Alami (2003): «Commerce équitable, genre et Droits du travail» – Maroc : INTERMON OXFAM, Rapport.

<sup>150</sup> Direction de l'emploi, [www.emploi.gov.ma](http://www.emploi.gov.ma)



### ***L'individualisation de la relation salariale***

L'institutionnalisation de la flexibilité c'est à dire la possibilité de réduire le salaire ou de procéder au licenciement pour des motifs économiques, technologiques ou de restructuration sont considérés comme des atteintes au droit syndical. Elle conduit à une individualisation de la relation de travail, elle-même menant au contournement de l'intermédiation syndicale dans la négociation. L'individualisation et la personnalisation des décisions qui concernent les horaires, l'organisation du temps de travail et les salaires sont négociables directement avec les chefs d'entreprises.

### ***L'accessibilité limitée***

L'accès au droit syndical ne concerne que les salariés insérés dans des relations formelles de travail avec contrat de travail et qui peuvent de la sorte accéder aux services médicaux, aux comités de sécurité et d'hygiène et à la représentation professionnelle. Pourtant, le droit aux personnes qui travaillent dans le secteur informel de s'affilier à des syndicats est un principe qui est reconnu par les organes de contrôle de l'OIT<sup>151</sup>. En fait, la qualité de travailleur stabilisé, faible dans les entreprises du secteur informel, fait que l'intérêt de l'engagement syndical n'est pas toujours perçu. A la différence des normes internationales qui s'appliquent à tous les travailleurs, les normes nationales ne s'appliquent qu'aux salariés et encore, pas tous les salariés. Dans le même sens, les membres de la magistrature n'ont pas le droit de former des syndicats et pour les employés de maison, une loi spéciale déterminera les conditions d'emploi et de travail (art. 4 du code du travail). Il en est de même des paysans indépendants, des artisans, des commerçants qui n'auront plus de cadre juridique pour créer un syndicat ou exercer une activité syndicale à moins de recourir à la loi sur les associations.

Le recul du salariat stabilisé soulève le problème de représentativité syndicale, difficile à estimer. La baisse du taux de syndicalisation est la règle dans de nombreux pays tiré par les effets pervers de la précarité de l'emploi et de la déréglementation du travail. Le secteur informel, qui demeure fortement pourvoyeur d'emplois n'intéresse pas les centrales syndicales. Pour des motifs de dégradation de l'emploi et de la montée du chômage les centrales syndicales se focalisent sur le secteur formel, ce qui constitue une entrave au droit du travail et limite leurs actions.

### ***L'inexistence du dialogue social dans les PME***

C'est que la représentation syndicale est, soit considérée au sein des unités comme menaçant des relations de travail de type paternaliste, soit que les travailleurs eux-mêmes n'en perçoivent pas l'intérêt du fait de la méconnaissance de son rôle. Or ce dialogue est créateur de règles admises par tous les partenaires et favoriserait à la fois la compétitivité de ces entreprises comme les conditions de travail des salariés. Il est utile de rappeler que ces entreprises représentent 80% des emplois salariés, alors que la négociation entre salariés et employeurs y est inexistante.

---

<sup>151</sup> La commission d'experts a demandé à ce que dans les pays où la législation refuse le droit syndical dans le secteur informel, des mesures soient prises pour garantir ce droit aux personnes qui y travaillent,

### ***Les difficultés du syndicalisme***

Ces difficultés ne sont pas propres au Maroc. La mondialisation et la concurrence qui l'accompagnent, tendent à fragiliser les entreprises et du coup, l'organisation des salariés. Il est tout de même important de souligner que cette fragilisation peut être contre-productive en l'absence de concertation. Le droit syndical dans les entreprises est pour les salariés un garant de l'expression de leur droit et pour les entreprises, un facteur de stabilité avec des organisations syndicales partenaires, en mesure d'asseoir leur légitimité sur l'élaboration des propositions collectives et leurs capacités de mobilisation.

Dans le même sens, les centrales syndicales estiment que le nouveau code a donné plus de prérogatives aux délégués des salariés, qui ne sont pas forcement syndiqués. Ils représentent les travailleurs au niveau du comité d'entreprise, du comité d'hygiène et de sécurité comme des interlocuteurs uniques ce qui constitue une contradiction avec la convention n°135 de l'OIT. En revanche la protection des représentant syndicaux, membres des bureaux syndicaux au niveau des entreprises des travailleurs est remise en cause.

### ***La position des représentants patronaux***

Parmi les propositions considérées comme s'opposant aux droits acquis, le mémorandum Emploi présenté par Confédération Générale des Entrepreneurs Marocains. Ce dernier comporte des propositions concernant les procédures et les indemnités de licenciement, la liberté de travail, la période d'essai, le contrat de travail, le droit de grève et la médecine du travail<sup>152</sup>. Dans le même sens, le dialogue social bute sur de nombreux points en particulier, les libertés syndicales.

### ***Les restrictions apportées au droit de grève***

Le code du travail n'a pas pris de position claire et définitive sur plusieurs questions sociales :

-Les textes d'application sur le droit de grève n'ont pas encore vu le jour et la liberté de grève n'est toujours pas clarifiée.

-La constitution garantit le droit de grève, avec toutefois certaines restrictions à l'égard des fonctionnaires, passibles de sanctions. Des **restrictions imposées aux manifestations publiques** et les employeurs ont le droit de suspendre pendant sept jours tout travailleur qui empêcherait les non grévistes de se rendre au travail. Une récidive au cours de l'année peut entraîner une suspension de 15 jours.

-Dans le cadre du Code pénal, les sit-in sont interdits et les employeurs ont le droit de suspendre pendant sept jours à 15 jours tout travailleur qui empêcherait les non grévistes de se rendre au travail.

---

<sup>152</sup> L'Économiste 17-10- 2008

### ***La recrudescence des conflits***

Celle-ci marque l'année 2008, en particulier dans l'industrie textile et de l'habillement. Les motifs officiels de certains conflits collectifs concernent le retard de paiement des salaires (20,64%), le licenciement du personnel (18,43%), suivis de, la non application de certaines dispositions de la législation du travail, (15,45%), et les sanctions infligées à certains salariés.

D'autres motifs à l'origine de grèves portent sur la non affiliation et immatriculation des salariés à la CNSS, la réduction de la durée de travail, l'amélioration des conditions de travail, le non-respect des protocoles d'accord...qui sont à l'origine de 34,2% des conflits collectifs... Ainsi, nombre de grèves ont pour motifs la non application de la législation du travail.

Quant aux motifs qui sont à l'origine, des conflits individuels, ils sont en premier lieu liés au licenciement (27,63%), au non-paiement des congés payés (23,73%) et versement et respect des salaires .A cela d'autres motifs viennent s'ajouter, tels que les entraves à la liberté syndicale<sup>153</sup>.

## **F - LES FEMMES ET L'EMPLOI : PROMOTION ET PROTECTION.**

Ces principes constituent une préoccupation commune entre les OMD et le PIDESC qui affirment le principe de non-discrimination ou d'égalité de traitement et de chances en matière d'emploi et de profession de certaines catégories. Les données existantes portent essentiellement sur les femmes. Celles concernant les personnes handicapées en la matière sont quasi inexistantes.

### **1. La promotion de l'égalité des sexes dans le travail**

Il s'agit de suivre l'évolution des disparités entre les sexes dans les différents degrés d'enseignements et d'examiner si cette évolution permet à ces dernières une égalité d'accès et de promotion dans l'emploi.

#### ***Les avancées***

L'évolution des rapports de féminité dans les différents niveaux d'enseignement.

Entre 1990 et 2007, les rapports de féminité dans les différents niveaux d'enseignement révèlent une tendance positive. Ce rapport est passé de 66 à 87 dans l'enseignement primaire, de 69 à 81, dans l'enseignement collégial, de 66 à 94 dans le lycée et de .56 à 84 dans l'enseignement supérieur.

#### ***L'accès à certaines professions.***

La scolarité a débouché sur l'accès à certaines femmes à des professions qualifiées et prestigieuses, considérés pendant longtemps, comme le monopole des hommes (avocates, médecins, pharmaciennes).

---

<sup>153</sup> Évolution des conflits individuels et collectifs de travail entre 2000 et 2008, directions du travail.

Elles occupent actuellement 10,5% de sièges au parlement, en évolution par rapport à 1990 où elles ne représentaient que 0,7%. Cette proportion est supérieure à la moyenne des 8,3% des parlementaires élus en Afrique du Nord<sup>154</sup>.

Au niveau local, avant les élections de juin 2009, la représentation des femmes au sein des collectivités locales atteignent seulement 0,56%, contre 99,47 % pour les hommes. Une loi visant à réserver 12 % de sièges aux femmes a fait passer leur nombre à plus de 3.000 dans les Conseils communaux, cependant qu'en 2003, elles n'étaient que 26 à y siéger. Il faut souligner pour la première fois, l'élection d'une femme à la tête d'une mairie.

-Entre 1990 et 2007, la proportion de femmes parmi les directeurs dans l'administration publique a progressé passant de 9,8% à 11,1% (ODM 2007 HCP), cependant que les femmes dans la magistrature et les femmes cadres supérieurs et membres des professions libérales se sont stabilisés. Cependant, malgré l'accroissement des taux de féminisation dans les différents niveaux d'enseignement, et ces avancées, les femmes demeurent concentrées dans les secteurs vulnérables et n'accèdent pas d'une façon égalitaire à la promotion dans le travail.

### ***Des discriminations persistantes***

Celles-ci sont repérables à travers la persistance de l'emploi des femmes dans le secteur agricole, dans la faible promotion dans l'emploi et la discrimination salariale qui souvent agissent en inter relation.

### ***L'agriculture demeure le principal secteur de l'emploi des femmes.***

Le tableau 7 permet de dégager les constats suivants : L'agriculture marquée par une forte informalité demeure le principal pourvoyeur de l'emploi des femmes et semble en progression entre 2000 et 2007. Rappelons qu'elles travaillent majoritairement sous le statut d'aides familiales.

Dans le secteur non agricole (qui emploie près de 60% des femmes), les taux de féminisation de l'emploi sont relativement plus importants dans l'industrie, mais la tendance est au déclin. C'est dans la confection que se concentre l'emploi des femmes, secteur dont les caractéristiques sont d'entretenir la précarité de l'activité féminine, sous la forme d'une main-d'œuvre occasionnelle circulant entre pôle formel et pôle informel, selon les aléas des marchés extérieurs. Dans l'administration générale, l'emploi des femmes n'a pratiquement pas évolué. Celles-ci demeurent concentrées dans les secteurs sociaux (services fournis à la collectivité) qui présentent de moindres possibilités de carrière.

***Faible promotion dans l'emploi*** Selon l'UNIFEM, au niveau du parlement, une proportion de 30% des femmes est le seuil à partir duquel les femmes sont en mesure de prêter appui aux questions relatives à l'égalité des sexes. Or, cette proportion n'est pas encore acquise. En somme, malgré la progression des femmes dans l'enseignement supérieur, (cf. supra), la faiblesse des postes

---

<sup>154</sup> UNIFEM (2009) Rapport 2008/2009 sur la condition de la femme dans le monde

occupés dans les fonctions de direction et de décision au niveau des instances étatiques demeure prégnante et à compétences égales, les femmes ont des difficultés à évoluer dans la hiérarchie professionnelle. Après l'accès à l'emploi, le plafond de verre est le deuxième handicap dans la promotion dans l'emploi. Une enquête menée par le ministère de la Modernisation du secteur public<sup>155</sup> livre à cet égard des éléments intéressants.

- Dans l'administration publique, le taux de féminisation de l'effectif du personnel civil est de 31% et le taux de participation des femmes fonctionnaires aux postes de responsabilité est à peine de 8.53 %.

- Alors que pourcentage global des cadres supérieurs est de 46,51%, celui des femmes n'est que de 29,46, Les femmes sont plutôt surreprésentées dans le personnel d'exécution (26,52% contre 20,64%, pour l'ensemble).

- Elles ne sont pas représentées au niveau des postes de Secrétaire général, de Directeur général et d'Inspecteur général. Celles qui sont chef de service et assimilé, ne représentent que 12.69% de cette catégorie. Ce pourcentage n'est que de l'ordre de 7.08% pour le poste de directeur et assimilé. La faible représentation est frappante et ne correspond pas à la proportion des diplômées du supérieur.

### ***Les discriminations salariales***

Les données sur les salaires sont rares et fragmentaires. Celles qui existent permettent de dégager quelques tendances et identifier les déterminants.

Selon les ODM (2007), les salaires moyens de femmes demeurent « nettement plus bas que ceux des hommes ». Dans la fonction publique, ils n'en représentent que 80 % (OMD 2007).

La discrimination salariale est plus forte dans le secteur privé que dans le secteur public (puisqu'elle explique 87.5% de l'écart salarial) aussi bien dans le bas de la distribution que dans le haut de celle-ci. D'autres sources<sup>156</sup> confirment ce constat. Les écarts de salaire les plus faibles (3%) le sont dans l'administration et services publics, alors que les plus importants se situent dans les services domestiques (64%).

Dans les échelons supérieurs (échelle 10 et plus), les salaires moyens des femmes ont baissé entre 1994 et 1998 et se sont stabilisés jusqu'en 2002. Le coefficient de Gini indique que l'écart des salaires est passé de 0,291 en 1994 à 0,338 en 2002, soit une détérioration de deux points. Ainsi, les opportunités d'accéder à des positions de responsabilités demeurent moindres que pour les hommes<sup>157</sup>.

## **2. Les facteurs qui entravent l'égalité dans la promotion et l'égalité salariale**

---

<sup>155</sup> Enquête sur le personnel de l'Etat au titre de l'année 2001/2002 [www.mssp.org.ma](http://www.mssp.org.ma)

<sup>156</sup> Belghazi, S. (1995) *Emploi féminin urbain et avantage compétitif du Maroc*, Rapport CERAB et l'UNRISD, mimeo, UNRISD, Genève.

<sup>157</sup> Banque Mondiale, 2006, Promouvoir la croissance et l'emploi par la diversification productive et la compétitivité, p, 148

Parmi les facteurs qui entravent l'égalité dans la promotion dans l'emploi et les salaires, il y a lieu de souligner :

### ***Le sur-chômage des femmes diplômées***

Le taux de féminisation de la population au chômage a progressé plus rapidement pour les diplômées du supérieur passant entre 2001 et 2006 de 43,6% à 46,3%, taux supérieurs à ceux des hommes. Étant plus fortement touchées par le chômage, elles demeurent sous représentées dans les secteurs et dans les postes de prise de décision et à la promotion et ceci en dépit de l'évolution favorable de leur taux de scolarisation. Ainsi, la promotion de l'égalité dans l'éducation ne s'accompagne pas toujours de la promotion équivalente dans l'emploi.

### ***Le poids du travail à temps partiel parmi les femmes***

Entre 1994 et 1999, la part des hommes qui travaillent à plein temps est passé de 43,35% à 37,9% et celle des femmes a davantage baissé (de 32,9% à 26,5%). La tendance s'est vraisemblablement approfondie avec l'institutionnalisation de la flexibilité dans la gestion de la main-d'œuvre. C'est dans le secteur textile (13%) et cuir et dans l'agro alimentaire, secteurs largement féminisés, que la proportion des personnes travaillant à temps complet est la plus faible. Or comme on l'a vu, le travail à temps partiel est généralement moins bien rémunéré et moins protégé.

### ***L'inégal accès à la formation***

D'une manière générale, la formation professionnelle demeure sélective, non valorisée pour les femmes et très peu diversifiée et qualifiante pour les handicapés. En 2008, seulement 22% des effectifs en formation par apprentissage sont des femmes<sup>158</sup>, en particulier dans le milieu rural où la fréquentation des écoles de formation demeure faible. Au-delà de l'aspect quantitatif, les femmes reçoivent des formations qui sont très souvent le prolongement du travail domestique, moins valorisées sur le marché du travail. Les filières à forte présence féminine sont l'agriculture (29%) et le textile habillement cuir (29%). En revanche, la filière industrie métallique et métallurgique et énergie n'est ouverte qu'à 1% des filles ! L'inégal accès à l'éducation-formation, et les filières de formation différentes empruntées par les filles et les garçons induisent des inégalités de salaire et de promotion de carrière, puisque l'acquisition d'une formation a normalement pour objectif l'acquisition des compétences, source de promotion.

### ***Les normes sociales et les logiques de genre***

Des déterminants et des normes sociales contribuent à construire des statuts, (aides familiales) et des situations d'inégalités dans la promotion ou des salaires, à partir du moment où le salaire des femmes est considéré par les normes sociales comme salaire d'appoint. Le chômage des femmes, bien que les affectant plus que les hommes, de même que le statut d'aide familiales sont admis

---

<sup>158</sup> Etat et perspectives du système d'éducation et de formation, Conseil supérieur de l'enseignement, rapport annuel 2008

socialement. Ils ne constituent pas une préoccupation des pouvoirs publics au même titre que le chômage des diplômés et des jeunes. ...

La ségrégation sexuelle verticale dans le secteur public a des effets sur les écarts salariaux entre les hommes et les femmes. Par conséquent, les différences salariales et de promotion ne renvoient pas uniquement à la situation professionnelle des femmes mais aussi à leur place dans la société ; Elles s'expliquent, par les rapports de pouvoir (au sein de l'unité de production, de la famille et de la société). Le monde économique et celui du travail sont un des enjeux majeurs d'accès à l'égalité.

### **3. La protection de la maternité des femmes salariées**

Parmi les nouveautés introduites par le code du travail, la protection des femmes salariées pendant et après la maternité et contre le licenciement est un acquis.

Il s'agit entre autres des trois mois de congé indépendamment de l'accord de l'employeur, de l'interdiction du licenciement pendant la grossesse et durant 14 semaines après l'accouchement et de disposer d'une demi-heure le matin et d'une demi-heure l'après-midi pour allaiter sur les lieux du travail avec obligation pour les établissements où travaillent plus de 50 femmes d'aménager des locaux réservés à cet effet.

Dans la pratique, les entraves à ce droit, sont principalement d'ordre réglementaire et le droit des femmes salariées à disposer d'une chambre d'allaitement est réduit à néant, car il faut attendre les décrets d'application qui en préciseront les règles et les conditions. De plus, la loi interdit le licenciement sauf pour faute grave. Or cette formulation peut laisser ouverte la porte au libre arbitre de l'employeur, en l'absence d'une liste qui limite les cas de faute grave. C'est ainsi que les organes de contrôle font état de licenciement de certaines femmes pour cause de grossesse. (UNIFEM). Par ailleurs, si l'AMO couvre les risques et les frais de soins de maladie ou des accidents, les frais de maternité en sont exclus.

## **CONCLUSION**

Parmi, les avancées, en matière de droit à l'emploi, il y a lieu de souligner les réglementation en matière de relations et de conditions de travail, la tendance à l'amélioration du climat social, la réglementation en matière de discrimination à l'égard du travail de femmes, des enfants, des handicapés..., la réforme du système de formation professionnelle, des programmes et politiques de l'emploi à l'endroit des jeunes, la mise en place des institutions d'intermédiation du marché du travail, l'élargissement du taux de couverture sociale, le dispositif institutionnel de la médecine du travail...

Cependant de nombreux points faibles et des déficits continuent à entraver les avancées qui peuvent être regroupés en trois axes majeurs.



### **En matière d'amélioration de l'équité**

La croissance de l'activité économique et les politiques publiques mises en œuvre ne se sont pas traduites par une répartition équitable de l'emploi entre rural et urbain, entre régions et entre différentes catégories de la population en termes d'accès à la consommation. Elles sont révélatrices des déficits en matière de décentralisation.

L'accès à l'emploi, est marqué par de fortes inégalités entre milieu urbain (38%) et milieu rural (57,4%) et entre les régions (le grand Casablanca, affiche les taux d'emploi les plus élevés) entre secteurs d'activités, et entre diplômés et non-diplômés.

Le chômage à forte proportion de diplômés est l'expression des difficultés de conversion du droit à l'éducation en capacités d'avoir des qualifications qui assurent l'insertion par l'emploi. Il constitue une entorse à l'exercice du droit au travail au même titre que la précarité sociale ou la pauvreté

Les progrès en matière de réduction de la pauvreté liés aux revenus sont moins rapides dans le milieu rural, et dans 3 régions, en particulier les provinces BAJ.

Les inégalités face à la consommation, entre les 20% les plus riches et les plus pauvres, n'ont guère connu d'améliorations entre 2000 et 2007. Elles sont plus fortes dans le milieu urbain et se sont plus accélérées dans trois régions (Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Tanger Tétouan et Marrakech Tensift Al Houz.

### **Iniquité catégorielle.**

Les jeunes, les femmes, les diplômés et les handicapés connaissent des difficultés particulières d'accès à l'emploi et un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale. L'iniquité concerne aussi le statut dans l'emploi entre les hommes et les femmes et parmi les enfants, qui déterminent pour ces catégories les faibles capacités d'accéder aux activités productives.

### ***Concernant les Femmes.***

Le chômage de cette catégorie affecte prioritairement les diplômées du supérieur. Une autre caractéristique de la précarité de leur emploi, c'est qu'elles travaillent majoritairement comme aides familiales non rémunérées, et dans les secteurs les plus informels.

Les progrès en matière de scolarisation n'ont pas d'impact significatif sur l'amélioration de la promotion dans le travail. Les diplômées du supérieur demeurent sous-représentées dans les secteurs et dans les postes de prise de décision.

Les facteurs qui entravent la chance de promotion dans l'emploi sont tributaires des inégalités d'accès à la formation, son insuffisance, de l'importance en leur sein du travail à temps partiel, du poids des normes sociales et des rapports de pouvoir au sein de la société, de la famille, de l'entreprise, de l'administration.

Les discriminations salariales à l'endroit des femmes ressortent essentiellement dans le secteur privé et l'accès limité des femmes à la protection sociale

Les enfants. En dépit du recul du travail des enfants et des lois portant sur le relèvement de l'âge du travail à 15 ans révolus, nombre d'enfants et d'adolescents sont encore retenus dans le travail tout particulièrement dans le rural, l'artisanat et le secteur informel ou ils travaillent sous le statut d'apprentis.

Les personnes handicapées connaissent des discriminations par le faible accès à l'emploi et à la protection sociale en dépit des réglementations portant sur les quotas. Seuls 12% de cette catégorie sont affiliés à la CNSS, à une assurance ou à une mutuelle et une petite minorité est couverte en totalité.

Concernant les personnes âgées, un peu plus du quart bénéficient d'une pension de retraite. Avec une vulnérabilité plus grande des femmes et des ruraux.

### **L'iniquité économique et de revenus et des conditions de travail.**

L'accès au SMIG, à la protection sociale, au syndicalisme est limité aux travailleurs du secteur formel. Le SMIG ne concerne que 8 à 9% de l'emploi officiel et une infime minorité du secteur informel. Les catégories les plus vulnérables du secteur informel et de l'agriculture en sont exclues (travailleurs non qualifiés, de l'auto-emploi, les apprentis, les enfants).

-En matière de protection sociale. Il y a lieu de souligner l'absence d'allocation chômage, et la faiblesse des taux de couverture des régimes de retraite dans le secteur privé et le secteur informel.

### **En matière de gouvernance et de renforcement du processus de décentralisation / déconcentration**

#### **Les politiques publiques.**

Le modèle développement à l'œuvre est faiblement créateur d'emploi. L'insuffisance, la volatilité de la croissance économique, sa nature tirée essentiellement par les marchés extérieurs, n'a pas eu d'impacts sur l'emploi et sa répartition équitable, de même que ce mode de développement n'a pas résolu les inégalités entre groupes sociaux.

Un certain nombre de politiques publiques identifiées dénotent de déficits en matière de développement humain et de droits humains.

- La politique de flexibilité salariale, supposée incitative à l'embauche et à la croissance économique, s'oppose à la fois au droit du travail, au développement humain et à la croissance économique elle-même. Le faible niveau de croissance résulte en partie de la faiblesse de la demande, elle-même liée à la faiblesse du salariat et des salaires trop faibles.
- On peut citer aussi, les dysfonctionnements des caisses de retraite, leur manque de gouvernance, les difficultés et l'insuffisance de leur financement.
- Les progrès réalisés en matière de formation professionnelle ne cachent pas les limites de cette institution, en particulier la faible implication des entreprises, l'inefficacité de l'aide à

l'insertion, le manque d'implication des partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques concertées, en plus de son caractère inadapté.

- Les services d'intermédiation entre l'offre et la demande de travail est une avancée certaine. Cependant, leur faible rôle, l'absence de vision stratégique, le manque de moyens humains, l'absence de système de contrôle et de suivi... sont autant d'obstacles qui limitent leur efficacité.

### **Déficits en matière de coordination des actions.**

Les déterminants des contraintes concernant les aspects de l'emploi analysés, révèlent une pluralité de facteurs à l'origine de ces déficits. Certaines relèvent du secteur de l'emploi, et d'autres, des autres secteurs. Leur levée nécessite une coordination des actions entre plusieurs institutions et acteurs aussi bien dans la conception des politiques que de leur mise en œuvre, et leur suivi. La coordination permet d'accroître l'efficacité et l'efficience des actions et des projets.

A titre d'exemple, la lutte contre le travail des enfants, et la promotion du travail femmes et des handicapés, montrent que pour faire face aux discriminations, les politiques publiques doivent dépasser les cloisonnements institutionnels, en impliquant les politiques éducatives, de formation professionnelles, la santé, le développement social...

La politique protection des travailleurs en matière de santé, de sécurité et d'hygiène appelle à la coordination entre différentes institutions : Le ministère de l'Emploi, de la Santé, l'Education nationale mais aussi le ministère de l'agriculture sachant que le travail des enfants a des implications sur leur santé et sur leur l'éducation.

L'amélioration des indicateurs de l'emploi ne peut se réaliser sans un rendement dans le secteur de la santé et sans des bouleversements socio-économiques dans le domaine de l'éducation et dans d'autres secteurs.

### **En matière de cadrage législatif et réglementaire**

La faiblesse du cadre réglementaire est liée soit à l'absence de réglementation, son inadaptation ou à son affaiblissement.

**La faible application de la réglementation** du travail, que ce soit en matière de SMIG, de protection sociale, de respect des règles d'hygiène et de sécurité, a lieu essentiellement dans le secteur informel mais aussi dans certains pans des entreprises formelles par une baisse du salariat protégé.

Ce déficit de la réglementation a lieu aussi dans l'application de la réglementation portant sur les conventions collectives et du dialogue social faible.

Il en est de même de l'absence de textes d'application sur la liberté de grève, et l'inexistence de lois sur les libertés syndicales.

**Une réglementation inadaptée** au fonctionnement des micro-entreprises du secteur informel et du secteur agricole. *Le SMIG et la sécurité sociale, tels qu'ils existent*, ne visent que le noyau dur du salariat stabilisé, employé dans les entreprises formelles. Or le salariat n'est pas dominant dans l'agriculture

et le secteur informel qui concentrent les catégories qui ont le plus besoin d'un système de protection.

### ***L'affaiblissement du cadre réglementaire***

Il concerne certains aspects tel que l'introduction *de la* flexibilité salariale qui constitue une régression par rapport à la loi de 1936 relative à la fixation de la durée du travail et qui interdit d'abaisser les salaires suite à une diminution de la durée de travail..

### ***Les catégories spécifiques et la réglementation***

Les principales déficiences en matière de respect des réglementations sont les suivantes :

- La loi sur le quota de 7% des fonctionnaires handicapés est rarement appliquée dans la fonction publique et quasi-inexistante dans le secteur privé.
- Concernant les femmes, en dépit des progrès accomplis, les lois concernant la protection de la maternité ne sont pas appliquées. De même qu'elles ne peuvent accéder aux allocations familiales versées au père.

Le travail des enfants, bien qu'en recul, persiste dans le monde rural. On a souligné le faible respect des réglementations interdisant le travail des enfants de moins de 15 ans et leur utilisation dans les travaux dangereux dans le monde rural, dans l'artisanat et le secteur informel. Ces conditions d'emploi, préjudiciables à leur dignité, leur moralité, leur sécurité, leur santé et leur éducation vont à l'encontre du développement et des droits humains. Les enfants, en tant qu'apprentis, sont faiblement rémunérés. L'application de la loi relative à l'abrogation des différentiels du SMIG fondés sur l'âge demeure non appliquée dans de larges pans du monde du travail.

## **CONCLUSION GENERALE**

Au terme des analyses sectorielles sur l'éducation, l'emploi, le logement et la santé en matière de droit au développement, il est nécessaire de porter un regard croisé afin de dégager des conclusions transversales sur des problématiques communes.

Les politiques publiques dans les quatre secteurs révèlent une prise de conscience de l'Etat et sa volonté de mettre en œuvre des droits économiques dans ces secteurs. Certains projets ou interventions de l'état vont dans le bon sens et sont significatifs de l'avancement des droits humains. Néanmoins, en dépit des acquis et des avancées dans ce domaine on relève des déficits, des écarts et des disparités liés à des dysfonctionnements dans la gouvernance, à une faiblesse du cadre juridique et réglementaire et à des lacunes de suivi et d'évaluation.

## **I. DISPARITES D'ACCES AUX DROITS**

L'analyse met en lumière la problématique de l'iniquité dans l'accès aux droits dans les quatre secteurs, selon les milieux urbain et rural, les régions, les territoires et les catégories de population. Cette iniquité se manifeste davantage pour les groupes vulnérables. Ces inégalités sont renforcées par les écarts enregistrés dans la répartition du financement public entre les régions et les milieux. A titre d'exemple, la ville de Casablanca, qui constitue la locomotive économique du pays, abrite des îlots de pauvreté, concentre le tiers des bidonvilles du pays et souffre également de la problématique de l'habitat menaçant ruine. A l'inverse, les provinces du sud sont les mieux dotées en infrastructures scolaires et les plus subventionnées dans les programmes d'habitat.

Ces écarts, qui peuvent s'expliquer par une volonté de mise à niveau de certains territoires ou par des impératifs socioéconomiques ou encore par des dysfonctionnements du marché, constituent des entraves à l'accès aux droits socio-économiques.

En matière d'accès aux droits, plusieurs autres exemples illustrent le déficit existant et les disparités entre les milieux géographiques et humains.

Pour mettre fin à l'iniquité dont sont victimes près du tiers des enfants qui n'ont pas bénéficié de l'enseignement préscolaire à leur accès en 1ère année du primaire, il est nécessaire d'étudier la possibilité de rendre obligatoire, gratuit et public le préscolaire à tout les enfants marocain, garçon ou fille y compris les enfants présentant un handicap léger à moyen, et de contracter les partenariats ou contrats programmes nécessaires avec les acteurs publics et privés pour assurer une offre de qualité.

Comme il est partout vérifié que les enfants ayant bénéficié d'un préscolaire de qualité ont un bon rendement scolaire au moins au primaire, les incidences financières de la mise en place d'un préscolaire généralisé de qualité seront amorties par les gains qui seront générés par la diminution des taux de déperditions scolaires (actuellement très coûteuses) à ce cycle. Cette opération permettra d'améliorer les performances du système éducatif marocain dans l'application des articles 6, 10, 11,

13 et 14 du PI-DESC et dans la réalisation des OMD 2 et 3 et aurait pour conséquence une création massive d'emplois (estimés à 60.000) et donc une meilleure performance par rapport à l'OMD 1.

Pour mettre fin à une autre forme d'iniquité dont sont victimes les enfants présentant un handicap mental ou auditif léger à moyen et les enfants de nomades et des zones montagneuses enclavées, il semble opportun de revoir le modèle actuel d'école primaire dans la perspective d'une diversification des services éducatifs, tenant compte des caractéristiques psychophysiologiques des enfants et des spécificités du milieu. Par ailleurs, les mesures nécessaires devraient être prises pour assurer la même qualité des services éducatifs partout et pour tous les enfants, notamment par la création de filières de formation initiale d'éducateurs spécialisés capables d'enseigner dans ces écoles et par l'implication des acteurs locaux dans la gestion de l'école.

Avec un réseau d'écoles identiques partout en infrastructures, équipements, pratiques pédagogiques et gestion du temps scolaire, l'objectif d'une Ecole adaptée à son milieu et ouverte sur son environnement ne peut être qu'un vœu pieux. Il se dégage de certains écrits sur l'école marocaine que l'enfant passe trop de temps chaque jour à l'école à suivre des curricula trop éclatés et atomisés qu'il n'arrive pas à intégrer tout seul en compétences transversales utiles et monnayables.

Les mêmes moyens déployés actuellement et le recentrage des curricula sur les compétences essentielles dans la vie et pour la poursuite des études au collège suffisent pour innover en termes de modèles d'école communautaire intégrant les spécificités socioculturelles et économiques essentielles du milieu. Ce modèle d'école permettra au système éducatif de s'acquitter de ses obligations envers tous les enfants, de réhabiliter l'Ecole pour qu'elle soit en harmonie avec son environnement immédiat et de lui restituer l'image positive qu'elle avait au sein de la société. Il permettra également d'honorer les engagements du pays vis-à-vis des Déclarations des Nations unies qu'il a signées et ratifiées, plus particulièrement les articles 6, 10, 11, 13 et 14 du PI-DESC et les OMD 2, 3 et 7.

En matière d'accès à l'emploi, on relève également de fortes inégalités qui prennent plusieurs formes et impactent le niveau de vie et de consommation :

- Des variations dans les taux de chômage et d'emploi entre milieu urbain et milieu rural, entre les régions et entre les catégories. A titre d'exemple le grand Casablanca, affiche les taux d'emploi les plus élevés. Les jeunes, les femmes, les diplômés et les handicapés sont plus fortement touchés par le chômage.
- Des inégalités régionales en matière d'accès aux revenus et à la consommation. Les progrès en matière de réduction de la pauvreté liés au revenus sont moins rapides dans le milieu rural, et dans trois régions, en particulier les provinces du BAJ. Les inégalités face à la consommation, entre les 20% les plus riches et les plus pauvres persistent. Elles sont plus fortes dans le milieu



urbain et se sont plus accélérées dans trois régions :Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Tanger Tétouan et Marrakech Tensift.

- Des inégalités en matière de respect du droit du travail entre les secteurs formel et informel et selon le genre notamment en termes de rémunération, de conditions du travail et de protection sociale.
- L'accès au SMIG, à la protection sociale, à l'encadrement syndical ne concernent qu'une faible proportion des travailleurs du secteur formel et une infime minorité du secteur informel. Il y a lieu de souligner l'absence d'allocation chômage, et la faiblesse des taux de couverture des régimes de retraite dans le secteur privé et le secteur informel.

Concernant les catégories spécifiques il a été relevé :

- Une sous représentation des diplômées femmes du supérieur dans les secteurs et dans les postes de prise de décision, résultant des inégalités d'accès à la formation, ainsi que la discriminations salariales et leur accès limité à la protection sociale ;
- La persistance du travail des enfants, tout particulièrement dans le rural ;
- Une discrimination envers les personnes handicapées par leur faible accès à l'emploi et à la protection sociale en dépit des réglementations portant sur les quotas et un faible accès aux pensions de retraite des personnes âgées ;
- Enfin de larges pans de l'emploi n'accèdent pas aux libertés syndicales.

En matière d'accès à un logement convenable pour les populations à faibles revenus, des apports incontestables sont enregistrés mais des retards et des écarts entre les régions, les milieux et les quartiers persistent. Des insuffisances notoires sont relevées, notamment pour le milieu rural et les périphéries des grandes villes. L'amélioration globale des conditions d'occupation du parc logement dissimule des écarts entre les milieux urbain et rural et entre les régions. Des ressources financières accrues ont été mobilisées pour le secteur du logement, mais leur affectation indique une inégale répartition entre milieu urbain et rural et selon les régions.

Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une accélération du rythme de production des logements réglementaires, évoluant de 50.000 à 120.000 unités par an, mais aussi à une persistance de l'habitat non réglementaire et des autres formes d'habitat insalubre concernant les populations à faible revenu. En dépit des efforts entrepris et des moyens importants mobilisés, des écarts subsistent encore entre les normes énoncées dans le PI-DESC et la situation en matière de logements. L'accès à un logement décent pour des ménages à bas revenu reste un objectif à

poursuivre, globalement et spécifiquement sur certains territoires, pour réduire les disparités importantes en matière d'accès au logement selon les régions, les milieux urbain et rural et les quartiers d'une même ville.

L'ampleur du déficit cumulé en logements, la progression des besoins et la difficulté du ciblage des groupes à revenus faibles par les programmes publics rendent difficile la réalisation de cet objectif. Des progrès sont certes enregistrés et les différents dispositifs mis en place permettent de mesurer la progression dans l'accès au logement pour tous et, à terme, pour garantir le plein droit au logement, en particulier pour les groupes à bas revenu.

En matière de santé, les progrès réalisés ont globalement eu un impact positif sur l'amélioration de l'état de santé de la population. Les principaux indicateurs socio-économiques dont le taux d'accroissement démographique et l'indice synthétique de fécondité ont été maîtrisés, l'espérance de vie à la naissance allongée à 72 ans en moyenne. Ceci grâce, d'une part, à la baisse significative de la mortalité des enfants et la forte réduction de la prévalence de plusieurs maladies transmissibles dont l'élimination des plus meurtrières d'entre elles ; d'autre part, à l'extension notable de l'offre de soins publique et privée, y compris le développement des capacités d'intervention des professionnels de santé.

Malgré ces acquis, la santé au Maroc présente encore des indicateurs de développement alarmants, témoignant du niveau de dégradation de l'état de santé des populations, en particulier parmi les catégories vulnérables et les couches défavorisées, en particulier en milieux suburbain et rural.

La mortalité maternelle et infantile demeure l'une des plus élevées au monde avec des disparités flagrantes entre les régions d'un côté, l'urbain et le rural de l'autre. Une proportion importante de femmes continue à accoucher chez elles, loin de tout encadrement médical, infirmier ou sage-femme, quoique cet encadrement demeure encore faible même dans les structures d'accouchement du Ministère de la Santé

La dégradation de l'état de santé est également due à la difficulté des plus démunis et surtout de la population rurale à accéder aux services de soins, lesquels connaissent une répartition inéquitable, tant au niveau médical que territorial. L'offre de soins est en dessous des besoins pour certaines maladies notamment, le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale, la santé mentale et les maladies cardiovasculaires, qui, elles, commencent à se poser avec beaucoup d'acuité chez les personnes âgées. Les personnes vivant avec le VIH/Sida, bien que sous traitement, sont en forte progression, elles aussi.

De même, l'accès aux soins de santé varie largement selon les niveaux de revenus : la plupart de la population pauvre utilise les services publics tandis que les plus aisés optent pour le privé. Les populations pauvres étant totalement exclues de l'assurance maladie. En outre, les populations urbaines les plus riches bénéficient des hôpitaux publics environ sept fois plus que les populations urbaines les plus nécessiteuses, alors qu'en milieu rural les populations à bas et moyens revenus utilisent beaucoup plus les centres santé où les soins sont gratuits.

Cette situation est par ailleurs exacerbée par d'autres facteurs externes liés à l'analphabétisme, l'insalubrité du logement, le chômage et la précarité de l'emploi, le tout combiné avec des discriminations basées sur le genre.

## II. LA GOUVERNANCE

La question de la gouvernance se pose dans les quatre secteurs en termes de déficit de coordination, de limites de la déconcentration et de l'insuffisance de l'inter-sectorialité dans la conduite des politiques publiques. Elle est également posée en termes de lacunes dans l'application des lois dans de nombreux domaines et en termes de difficultés dans l'optimisation de l'affectation des ressources. Malgré les liens nombreux qui existent entre les secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement et de la santé, on relève un manque de coordination et de synergie entre les quatre secteurs et, au-delà, avec les autres secteurs dans la mise en œuvre des politiques publiques.

Dans le secteur de l'Education, la création des académies régionales d'éducation et de formation, dans le cadre des processus de décentralisation et de déconcentration engagés et conformément aux orientations de la charte nationale de l'éducation constitue une étape décisive dans l'amélioration de la gouvernance du système.

L'expérience acquise depuis plus de six ans par ces établissements publics est suffisante pour leur transférer, ainsi qu'aux établissements scolaires, plus d'attributions et de moyens pour mieux s'acquitter du rôle de gestion de proximité axée sur les résultats. Ceci réduira, d'une part, leur dépendance et les durées d'attente souvent longues des financements préjudiciables à la qualité des services éducatifs rendus au niveau local et permettra, d'autre part, une meilleure application des articles 13, 14 et 15 du PI-DESC et une plus grande performance dans la réalisation des OMD 3, 4 et 7.

Le renforcement des attributions des acteurs et structures de gestion des académies et des établissements scolaires et leur responsabilisation auront pour conséquences :

- Une plus grande rigueur dans l'application des textes législatifs et réglementaires liés à l'obligation de la scolarité, à l'action pédagogique, à la transparence en matière de gestion des ressources, à la lutte contre les déperditions scolaires et contre d'autres fléaux à portée locale ;
- Une meilleure coordination intra-sectorielle et intersectorielle et avec les acteurs sociaux et économiques de l'environnement local nécessaire à une plus grande efficacité des diverses actions, d'une meilleure qualité des services éducatifs rendus à la communauté et à une plus grande optimisation de l'utilisation des ressources ;
- Une dynamique de rénovation et d'innovation dans la résolution des problématiques spécifiques d'accessibilité, d'adaptabilité et d'acceptabilité des infrastructures, des équipements et des

services éducatifs, d'une part, et dans l'adéquation des formations aux exigences socioéconomiques du milieu, d'autre part.

Dans le secteur de l'emploi, des acquis sont à relever avec, la tendance à la baisse du chômage, la mise en place du programme 'Initiative emploi, et les politiques de l'emploi à l'endroit des jeunes, la réforme du système de formation professionnelle, la mise en place des institutions d'intermédiation du marché du travail, l'élargissement du taux de couverture sociale, les avancées en médecine du travail, les mesures de lutte contre le travail des enfants etc.

Cependant, on note un affaiblissement du cadre réglementaire et un certain recul par rapport aux acquis sociaux dont les principaux indicateurs sont les suivants :

- L'introduction de la flexibilité salariale qui constitue une régression par rapport à la loi de 1936, et la faible application des conventions collectives.
- Un modèle de développement à l'œuvre faiblement créateur d'emplois ;
- La faiblesse de la couverture sociale, des dysfonctionnements et des déficits de gouvernance, auxquelles sont confrontées les caisses de retraite.

En matière de coordination, les causes des déficits, révèlent une pluralité de facteurs qui en sont à l'origine. Certains relèvent du secteur de l'emploi, et d'autres, des autres secteurs. Ils montrent des difficultés de coordination des actions entre plusieurs institutions et acteurs aussi bien dans la conception des politiques que de leur mise en œuvre, et leur suivi. La coordination permet d'accroître l'efficacité et l'efficience des actions et des projets. A titre d'exemple, la lutte contre le travail des enfants, et la promotion du travail femmes et des handicapés, montrent que pour faire face aux discriminations, les politiques publiques doivent dépasser les cloisonnements institutionnel, en impliquant les politiques éducatives, de formation professionnelle, la santé, le développement social... C'est aussi le cas du système de formation professionnelle qui présente des limites résultant de la faible implication des entreprises, l'inefficacité de l'aide à l'insertion, le manque d'engagement des partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques concertées.

Dans le même sens, la politique de protection de la santé, de la sécurité et de l'hygiène dans le travail manque de coordination entre les différentes institutions relevant des départements de l'emploi, de la santé, de l'éducation nationale.

Dans le secteur du logement l'action de l'Etat, prend plusieurs formes : mobilisation de terrains publics ; affectation de ressources financières et de moyens techniques et opérationnels qui contribuent à l'amélioration de la production du logement et de son accès pour le plus grand nombre à travers des programmes spécifiques en direction des ménages à faible revenu. Mais le secteur reste confronté à des dysfonctionnements multiples qui limitent l'impact des interventions publiques parmi lesquels :

- Ecart importants entre les régions malgré l'importance des réalisations en nombre d'unités réalisées (lots, logements). Casablanca et en retard dans les réalisations du PVS et ce, malgré le poids de l'insalubrité de l'habitat ;
- Eloignement des sites de recasement par rapport aux zones d'activités et des services malgré une mobilisation du foncier public pour les opérations d'habitat, ce qui pose des problèmes d'intégration faute de moyens de déplacement efficaces et laisse de côté la question du renouvellement de la réserve foncière publique pour répondre aux besoins futurs en logements ;
- Excessive concentration des moyens au sein d'un seul opérateur public au détriment des spécificités locales et de la diversité des approches malgré un renforcement de la maîtrise d'ouvrage publique ;
- Importance des réalisations sur le plan quantitatif mais peu d'avancées enregistrées en termes de qualité urbanistique et architecturale et en termes d'adaptation par rapport aux conditions environnementales et aux pratiques culturelles des habitants.

La question du logement est traitée de manière sectorielle et reste insuffisamment intégrée dans une vision globale du développement territorial. La mise en œuvre des programmes d'habitat requiert une coordination interministérielle au niveau central et une concertation au niveau local pour la conduite des opérations.

S'agissant de la gouvernance du secteur de la santé, il convient de signaler que les autorités sanitaires ont constamment tenté d'adapter l'action sanitaire au contexte socio-économique du pays, notamment, afin de corriger les inégalités d'accès aux soins provoqués par les incessants déficits budgétaires et réduire les effets de la crise financière qui a affecté les secteurs sociaux. En atteste l'appel quasi constant des collectivités locales à la participation aux actions de santé, l'incitation des ménages à l'amélioration de leur état de santé, l'extension de la sécurité sociale et la mise en place de la couverture médicale dans le cadre de la réforme du financement.

De même, en perspective de l'optimisation des ressources et du rapport qualité prix des soins de santé, un vaste chantier de réforme a été lancé, touchant différents domaines aussi bien institutionnel (régionalisation), juridique, hospitalier que financier, offrant ainsi au système de santé de nouvelles opportunités de changement. Cette réforme qui se poursuit encore a permis d'améliorer la gestion du système de santé et faire évoluer la démarche de management des programmes de santé vers un mode de gestion centré sur les résultats.

Des insuffisances persistent cependant à ce niveau. Elles ont trait à la déficience de collaboration et de coordination qui touche les structures du Ministère, entre elles et avec les services des autres secteurs. Au niveau interne, l'hypertrophie de l'administration centrale et l'atrophie de ses services extérieurs au niveau provincial rendent la liaison difficile à gérer aussi bien entre les différentes

directions centrales et les structures d'une même direction qu'avec les délégations régionales et provinciales. De là résultent les autres problèmes de gouvernance, notamment :

- Absence de politique de gestion et de développement des ressources humaines, y compris la répartition inégale des professionnels de santé à travers le pays (concentration de la majorité dans l'axe Rabat / Casablanca) ;
- Disparité dans la répartition des structures des soins publiques et privées entre les différentes régions du pays ;
- Sous financement du système de santé. Les dépenses totales de santé demeurant nettement inférieures aux besoins et constituent un obstacle au développement du secteur ;
- Absence d'une véritable politique du médicament ;
- Carences en gestion des hôpitaux publics, dont en particulier : (i) centralisation de la gestion administrative et manque de coordination avec les centres de santé à l'échelle provinciale, (ii) le manque de compétence managériale dans les hôpitaux, (iii) l'inadéquation entre le plateau technique et les ressources humaines nécessaires pour le faire fonctionner, (iv) l'absence d'utilisation d'outils modernes de contrôle ;
- Existence d'autres phénomènes, tels que l'absentéisme, la corruption, le mauvais accueil des patients, etc.

### **III. CONTEXTE JURIDIQUE**

Le Maroc qui a ratifié des conventions internationales en matière de droits humains, devrait compléter progressivement son arsenal juridique et le rendre compatible avec ses engagements internationaux.

L'analyse des quatre secteurs indique une faiblesse du cadre juridique, posée en termes de vide juridique, de caducité de certaines dispositions, de retards et d'inadaptation des textes par rapport à l'évolution de la réalité, des enjeux de la société et des pratiques des acteurs. Il faut également souligner l'absence de prise en compte des droits de certaines catégories à besoins spécifiques.

Un regard critique sur le cadre juridique et la réglementation en vigueur dans le secteur de l'éducation, au vu de l'application des DESC et de la réalisation des OMD permet de dégager les constats suivants:

- Les dispositions des textes juridiques et réglementaires ne sont pas toutes appliquées avec la rigueur nécessaire. C'est le cas par exemple de la loi relative à l'obligation de l'enseignement fondamental et celle relative à l'organisation du préscolaire, à l'enseignement privé et à la création des académies régionales d'éducation et de formation, etc. ;
- Certaines problématiques récurrentes manquent de normes juridiques et réglementaires comme la gestion financière des établissements, la lutte contre l'analphabétisme, l'éducation non formelle, la réglementation des grèves ainsi que certains aspects de la déontologie du métier d'enseignement comme les heures supplémentaires payantes, la violence en milieu scolaire, l'exercice du soutien psychologiques aux élèves en difficultés d'apprentissage par des enseignants, etc. ;
- Certains aspects de la gestion financière des établissements scolaires sont encore régis par des arrêtés *visiriels* datant du protectorat et nécessitant des amendements ;
- En matière d'emploi, on relève des avancées, mais aussi des lacunes. Ainsi, on peut souligner d'une manière générale, l'amélioration du climat social, l'amélioration des réglementations concernant les relations et les conditions de travail, et en particulier à l'égard du travail de femmes, des enfants et des handicapés ;
- Cependant des lacunes et des insuffisances dans les textes et dans leur application persistent. Ainsi, les réglementations nationales du travail ne s'appliquent qu'à une partie des entreprises et au noyau dur du salariat protégé des grandes entreprises.

Les entreprises du secteur informel sont à l'extérieur du système de régulation officiel, soit par manque de moyen, soit par tolérance à l'égard d'un secteur qui crée des emplois. On peut citer également :

- Le faible enregistrement des salariés à la CNSS ;
- L'absence de textes d'application sur la liberté syndicale et le droit de grève ;
- L'inadaptation du SMIG et de la sécurité sociale au fonctionnement des micro-entreprises du secteur informel et du secteur agricole ;
- Le non respect du quota de 7% des emplois réservés aux handicapés dans la fonction publique prévue par la loi et l'absence de son application dans le secteur privé ;
- Le respect partiel des lois concernant la protection de la maternité ;
- Le faible respect des réglementations interdisant le travail des enfants de moins de 15 ans et leur utilisation dans les travaux dangereux dans le monde rural, dans l'artisanat et leur secteur informel ;



- La faible application de la réglementation portant sur l'hygiène et la santé en particulier dans le secteur informel de l'économie.

Le droit au logement n'est pas explicitement traité dans les textes juridiques marocains, mais le pays dispose d'institutions et de textes législatifs et réglementaires qui organisent et encadrent le secteur du logement.

Globalement, le contexte juridique du secteur du logement est en constante adaptation, mais avec un rythme d'approbation des lois très lent et des difficultés dans l'application. C'est le cas, entre autres, du code de l'urbanisme, de l'urbanisme opérationnel, des rapports propriétaires/locataires. Ces exemples témoignent des difficultés de parvenir à un consensus entre les acteurs concernés pour légiférer sur des questions d'intérêts divergents comme la maîtrise du foncier, l'urbanisme opérationnel, le financement de l'urbanisation, etc..

Sur un autre registre, on observe un assouplissement des procédures d'autorisation de lotir et de construire et des dérogations par rapport aux documents d'urbanisme pour promouvoir l'investissement dans l'habitat social, mais cet assouplissement insuffisamment encadré, du point de vue réglementaire conduit à des dysfonctionnements importants, par rapport à la planification urbaine et à la cohérence du développement urbain. Enfin, il faut souligner l'absence de texte pour les besoins spécifiques en logement pour certaines catégories sociales (personnes âgées, handicapées).

En matière de santé, le droit positif marocain contient un ensemble de textes juridiques dont l'agencement révèle un certain degré d'intégration du droit à la santé. L'arsenal législatif et réglementaire qui le compose demeure cependant insuffisant, segmentaire et par conséquent inachevé ou obsolète. Il n'exprime pas une politique nationale de santé et ne reflète pas l'existence d'un système national de santé. De plus, il n'encadre pas la totalité des structures sanitaires publiques ainsi que les actions menées par les pouvoirs publics en faveur de la population, en l'occurrence : les programmes sanitaires, organisation hospitalière y compris la prise en charge des urgences, affirmation des droits des malades particulièrement le droit à un dossier médical tenu à jour et garantissant la confidentialité, etc.

#### **IV. SUIVI- EVALUATION**

Il convient de distinguer le suivi de l'évaluation : le premier, réalisé en interne, correspond à des activités liées à l'action, le second repose sur l'analyse des résultats et des moyens mobilisés par rapport aux objectifs, afin de dégager les enseignements susceptibles d'éclairer les actions.

L'objectivité requiert que l'évaluation soit externe aux structures et acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre des actions.

La capacité de suivi et d'évaluation dans les quatre secteurs reste faible en raison de l'absence ou de l'insuffisance de dispositifs institutionnels dédiés à l'évaluation.

Globalement, les quatre secteurs font l'objet de suivi, mais les évaluations réalisées sont rares et ponctuelles, si bien que leurs résultats ne sont pas suffisamment appropriés par les acteurs concernés et leur utilité sociale peu convaincante.

Dans le secteur de l'Education, pour assurer les résultats escomptés des efforts de décentralisation et de déconcentration, promouvoir les bonnes pratiques de gouvernance centrée sur les résultats et instaurer progressivement un climat d'imputabilité, le renforcement des attributions des académies régionales d'éducation et de formation et de leur autonomie gagnerait à être assorti de la mise en place d'un système d'évaluation périodique des performances des établissements d'enseignement et des structures administratives décentralisées et déconcentrées. Ce système conduirait à moyen terme à l'institutionnalisation d'un processus d'imputabilité et de reddition des comptes en rapport avec les objectifs et les financements alloués à leur réalisation et avec l'application des diverses Déclarations des Nations unies, en l'occurrence le PI-DESC et les OMD.

Dans le secteur de l'emploi, l'activité de suivi est cruciale pour améliorer les performances des interventions. Souvent le manque ou l'absence de système de contrôle et de suivi, limitent l'efficacité et affaiblit le rôle des institutions du marché du travail comme c'est le cas des services d'intermédiations ou encore dans le domaine de la protection sociale.

Le suivi est lié entre autre aux moyens disponibles pour l'assurer. A titre d'exemple, en matière de respect des conditions de travail, de protection sociale, de médecine du travail, du respect des normes sociales, ce suivi nécessite le renforcement de l'action des inspecteurs du travail et des médecins du travail. Ceci s'impose d'autant plus, quand il s'agit de la santé et de la sécurité des citoyens et des catégories fragiles tels que les enfants qui travaillent dans des secteurs portant atteinte à leur santé et à leur sécurité.

Les structures de gouvernance du marché du travail, les actions et politiques de l'emploi mises en œuvre plus récemment de même que le dispositif de Formation professionnelle seraient d'autant plus efficaces s'ils débouchaient sur la mise en œuvre de système d'évaluations souples et adaptés.

Le secteur du logement fait l'objet d'un suivi régulier, assuré au niveau central, qui s'appuie sur les données locales des inspections régionales de l'habitat et des observatoires dédiés au secteur de l'habitat. Cependant, ce suivi est souvent réduit aux aspects physiques et quantitatifs des programmes et ne traite des volets socioéconomiques et d'intégration urbaine, qu'en termes d'obstacles opérationnels à la conduite de projets.

Par ailleurs, il faut souligner l'absence de dispositif d'évaluation permanent pour accompagner la mise en œuvre des programmes. En effet, les évaluations réalisées sont peu nombreuses et ponctuelles et leurs résultats, quand elles sont faites, ne sont pas suffisamment capitalisés par les acteurs concernés.

Dans le secteur de la santé, l'essentiel de la pratique d'évaluation réside dans les évaluations routinières effectuées régulièrement, à travers un système national d'information sanitaire, pour le recueil de données requises au suivi de l'action sanitaire au niveau central et local. Au besoin ce système d'évaluation est complété par des enquêtes ponctuelles de portée quantitative et qualitative, y compris des audits cliniques.

L'insuffisance qui se dégage dans ce domaine tient à l'absence de contrôle de gestion et de reddition des comptes, particulièrement nécessaires dans un contexte dominé par l'exercice illégal de la médecine qui consiste en l'emploi par le secteur privé de ressources humaines du secteur public hors d'un cadre réglementaire, le gaspillage des ressources, le phénomène d'absentéisme, la pratique de la corruption dans les établissements de soins, le tout aggravé par la faiblesse des programmes sociaux et des moyens de motivation du personnel.

## **V. PERSPECTIVES**

### **Une croissance tirée par le renforcement des capacités**

Les déficits enregistrés dans les quatre secteurs sont attribuables à un modèle de développement qui n'a pas suffisamment pris en considération les déséquilibres et disparités entre les régions et entre les catégories sociales.

Le choix d'une politique économique privilégiant la stabilité macroéconomique et un modèle, reposant sur une croissance tirée par les exportations et sur la réduction des coûts de la main d'œuvre, se traduit par un déficit en croissance et en emplois. Les conséquences de ce choix entravent l'exercice des libertés, compromettent le développement et incite à se poser la question centrale de la valeur des droits dans la conception qu'on se fait du bien-être social. En revanche, l'investissement dans les secteurs sociaux et dans le renforcement des capacités humaines, permet une large participation à la croissance, en particulier des couches sociales les plus pauvres et des catégories les plus fragiles. Elle s'inscrit aussi bien dans l'approche de développement humain que dans celle des droits humains.

Une couverture sociale et sanitaire efficace de la main d'œuvre, une formation scolaire et professionnelle de qualité et un logement décent sont à même d'accroître la productivité en tant que condition essentielle au développement humain.

Une distribution équitable des fruits de la croissance assure, par ailleurs, un lien plus fort avec le développement humain et une plus grande justice sociale

### **Politiques publiques, gouvernance et transversalité**

A la lumière des analyses sectorielles, il est indispensable de disposer d'un modèle de développement qui allie développement humain et droits humains. Ces derniers supposent un engagement plus soutenu de l'Etat en matière de renforcement des capacités des catégories vulnérables et de leur droit au développement. Cet engagement devrait certes favoriser de manière intégrée et transversale les quatre secteurs, mais aussi les autres secteurs, notamment ceux en charge des infrastructures de base, tels les réseaux d'eau potable, d'électricité et d'assainissement etc.

En matière de politiques publiques, la stratégie qui allie développement humain et droits humains consisterait à :

- Mettre le facteur humain au cœur des préoccupations politiques en centrant l'action aussi bien sur l'équité de la distribution des richesses que sur leur production sachant qu'elles sont fortement corrélées
- Privilégier la protection des groupes vulnérables et permettre à toute la population de recevoir une formation adéquate et une couverture sanitaire efficace.
- Orienter les efforts en matière d'investissements publics vers, les milieux et les régions où les catégories souffrant de déficits, sont polarisées, afin de résorber progressivement les déficits et de corriger les inégalités et favoriser une large participation dans le processus de développement ;
- Promouvoir des politiques intégrées entre les différents secteurs aussi bien en amont, dans la conception des projets de développement, qu'en aval dans leur mise en œuvre et leur suivi. La coordination transversale devrait être un préalable à toute décision en matière de politique publique et permettre une approche globale susceptible d'accroître l'efficacité et l'efficience des actions liés aux projets.

### **Un Développement décentralisé et territorial**

Une stratégie de développement qui allie développement humain et droits humains doit être décentralisée. Elle suppose l'implication des communautés locales dans le processus de décision, dans la planification et la mise en œuvre des politiques. Dans ce sens, l'Etat, tout en gardant ses prérogatives politiques, devra renforcer les dynamiques existantes au niveau local et, le cas échéant, promouvoir des partenariats impliquant les pouvoirs publics, la société civile, les entreprises

citoyennes et les acteurs privés locaux autour de processus de développement local favorisant l'intégration sociale.

Une grande partie du développement humain et social passe par l'émergence du «local» et du «territorial» et la résolution des problèmes sociaux par des initiatives économiques locales qui contribuent à la résolution des problèmes sociaux.

Par ailleurs, la question du développement ne peut pas être appréhendée en dehors d'une démarche transversale intégrée dans une stratégie de développement territoriale, ce qui implique une articulation et une mise en cohérence des politiques publiques sectorielles appliquées à des problématiques territorialisées. Cette démarche territoriale combinant des politiques d'équipements et de mise à niveau à des actions volontaristes de planification et de développement, fondées sur la mise en valeur des potentialités existantes, doit viser à renforcer la compétitivité économique du territoire pour attirer davantage d'investissements pour créer des emplois et répondre à la demande sociale dans les différents secteurs (logement, accès aux services de base, santé, éducation, emploi et formation) dans la perspective d'un développement durable qui préserve l'environnement et renforce la cohésion sociale.

L'espace urbain qui concentre environ 60% de la population du Maroc et une grande partie de la richesse du pays se situe au centre des enjeux de développement et de la complexité de l'action publique. La maîtrise du développement urbain devient prioritaire pour renforcer la compétitivité des villes et de l'ensemble de l'économie du pays, faire face à la demande sociale dans les différents secteurs et favoriser un développement humain durable.

## ANNEXES

### ANNEXE EMPLOI

**Tableau 1 : Indicateurs d'activité, d'emploi et de chômage**

Taux d'activité	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total féminin</b>	28,1	25,6	25,1	27,7	28,4	27,9	27,2	27,1	26,6
Taux de féminisation de la population active de 15 ans et plus	26,8	25,2	24,9	26,6	28,0	27,9	27,1	27,2	26,9
Population active âgée de 15 ans et plus (en milliers)	10285	10230	10379	10902	10745	10825	10990	11148	11267
Population active occupée âgée de 15 ans et plus (en milliers)	8891	8955	9176	9484	9822	9913	9928	10056	10189
Création nette d'emploi (en milliers)	45,5	63,4	221,8	307,5	338,1	91,4	14,4	128,5	132,8
<b>Taux d'emploi</b>	46,0	45,1	45,1	46,4	46,9	46,4	46,3	46,0	45,8
Masculin	68,2	68,5	68,9	69,1	69,3	68,6	69,0	68,7	68,7
Féminin	24,5	22,5	22,1	24,4	25,2	24,7	24,6	24,4	24
Taux de l'emploi du secteur privé	88,0	87,9	88,7	89,3	89,8	90,2	90,2	90,8	91
Taux de l'emploi salarié	36,6	39,2	38,0	35,7	36,1	36,4	43,2	44,9	43,8
Taux de l'emploi aides familiales et apprentis	33,4	29,3	31,1	34,2	34,1	33,5	27,4	26,1	24,1

Source : Série établie par l'ONDH

**Tableau 2 : Indicateurs d'activité, d'emploi et de chômage**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Taux de chômage</b>	13,6	12,5	11,6	11,4	10,8	11,0	9,7	9,8	9,6
<b>Urbain</b>	21,5	19,5	18,3	19,3	18,4	18,4	15,5	15,4	14,7
Masculin	19,9	18,0	16,6	17,4	16,6	16,5	14,0	13,9	13,0
Féminin	26,7	24,7	24,2	25,8	24,3	24,9	20,9	20,8	20,3
<b>Taux de chômage des sans diplôme</b>	7,0	6,3	5,5	5,4	5,0	5,2	4,8	4,9	4,7

<b>Urbain</b>	13,1	11,8	10,4	11,3	10,5	10	9,2	9	8,3
<b>Taux de chômage des ayant un diplôme</b>									
<b>Niveau moyen</b>	26,7	24,1	22,2	22,1	20,7	20,5	18,7	18,1	18,0
<b>Niveau supérieur</b>	28,9	26,8	26,5	27,2	26,9	26,8	19,5	20,8	19,5
<b>Urbain</b>									
<b>Niveau moyen</b>	30,3	27,1	25,3	26,1	24,7	24,9	21,9	21,2	20,6
<b>Niveau supérieur</b>	28,4	26,3	26,2	27,0	27,1	26,8	19,2	20,3	19,0
<b>Structure de la durée du chômage</b>									
<b>0 à 11 mois</b>	30	31	31	30	30	31	35	34	30,6
<b>12 mois et plus</b>	70	69	69	70	70	69	65	66	69,4
Source : Haut Commissariat au Plan, Direction de la Statistique, Enquête nationale de l'emploi et de la population									
- Le taux de chômage exprime la part des chômeurs dans la population active âgée de 15 ans et plus. Ce taux est obtenu par le rapport de l'effectif des chômeurs à celui des actifs âgés de 15 ans et plus.									

Source : Série établie par l'ONDH

**Tableau 3 : Évolution du taux d'emploi des femmes par milieu de résidence**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Urbain	15,1	15,0	15,5	15,5	15,1	15,2
Rural	32,9	32,2	36,7	38,3	38,0	38,7
Ensemble	22,3	21,8	23,7	25,2	24,7	24,6

Source : HCP. A partir de 2004, la population active occupée a été ajustée selon les nouvelles

Projections de la population (RGPH 2004), Direction de l'emploi.

**Tableau 4 : Évolution du taux de féminisation de la population active au chômage par niveau de diplôme**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sans diplôme	17,3	18,6	20,7	19,7	17,9	19
Niveau moyen	22,3	23,3	24,7	25,2	26,1	22,8
Niveau supérieur	43,6	44,6	46	45,6	45,7	46,4

Source : HCP série genre [www.emploi.gov](http://www.emploi.gov)

**Tableau 5 : Structure de l'emploi selon le statut professionnel : Ensemble : 2008 (en %)**

	2001	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	4 <sup>ème</sup> trimestre 2008
Salariés		45,3	44,1



Indépendants	25,8	27,5	28,8
Employeurs		2,3	2,5
Aides familiales	30,4	22,5	22,3
Apprentis		0,7	0,7
Autres situations		1,7	1,6 1
Total	Total	100,0	100,0

Source : ODM 2007 et activité, emploi et chômage, HCP 2008

Taux de féminisation de la population active

**Tableau 6 : Taux de féminisation de la population active occupée selon le statut socio-professionnel**

Année	2000	2007
Salariés	22.1	20.7
Indépendant	14.3	13.8
Employeurs	6.6	6.8
Aide familiale	48.7	54.6
Apprenti	14.9	10.8
Associé ou membre de coopérative	7.5	10.3
Autres statut	-	-

Source : ODM 2007 et activité, emploi et chômage, HCP 2008

**Tableau 6 Bis : Structure de l'emploi adulte selon le secteur d'activité et le sexe (2007)**

Secteurs d'activités	National		
	Masc	Fem.	Ens.
Agriculture, forêt et pêche	35,5	60,0	42,1
Industrie	11,9	14,9	12,7
BTP	11,4	0,2	8,3
Services	41,1	24,8	36,7
Non déclaré	0,1	0,1	0,1
Autres services	100	100	100

HCP : Activités emploi et chômage 2007

**Tableau 7 : Taux de féminisation de la population active occupée selon les différentes branches d'activité :**

	2000	2007
Agriculture, forêt et pêche	36.2	39.1
Industrie(y compris artisanat)	37.6	31.7
BTP	0.7	0.8
Commerce	7.6	9.0
Transport, entrepôt et communication	4.4	7.4
Réparation	0.1	0.6

Administration générale	<b>18.5</b>	<b>18.7</b>
Service fournis à la collectivité	<b>34.5</b>	<b>38.6</b>
Autres services	<b>32.1</b>	<b>28.9</b>

HCP : ODM 2007

**Tableau 7Bis : Structure de la population active en chômage selon le milieu de résidence la région 2007**

	<b>Urbain</b>	<b>Rural</b>	<b>National</b>
Région du sud	4,5	5,3	4,7
Souss-Massa-Draâ	6,9	17,5	8,9
Gharb-Cherarda-Béni Hssen	6,2	9,9	6,9
Chaouia-Ouardigha	4,3	3,5	4,1
Marrakech-Tensift-Al Haouz	6,0	5,4	5,9
Oriental	9,3	16,7	10,6
Grand-Casablanca	23,2	4,5	19,7
Rabat-Salé-Zemmour-Zaér	12,6	4,9	11,1
Doukala-Abda	4,6	5,2	4,7
Tadla-Azilal	2,2	3,6	2,5
Méknès-Tafilalet	7,4	9,7	7,8
Fès-Boulemane	<b>3,8</b>	<b>2,1</b>	3,5
Taza-Al Hoceima-Taounate	<b>2,3</b>	<b>7,4</b>	<b>3,2</b>
Tanger-Tétouan	<b>6,8</b>	<b>4,5</b>	<b>6,4</b>
Total	<b>100</b>	<b>100</b>	

**Tableau 8 : Effectifs de la formation professionnelle**

	<b>1999/ 2000</b>	<b>2000/ 2001</b>	<b>2001/ 2002</b>	<b>2002/ 2003</b>	<b>2003/ 2004</b>	<b>2004/ 2005</b>	<b>2005/ 2006</b>	<b>2006/ 2007</b>	<b>2007/ 2008</b>
Secteur public									
Spécialisation	8643	9604	12257	11937	18147	17020	17961	16593	17536
Qualification	37095	37917	36660	36328	38389	37362	42322	44656	46902

Technicien (1)	27180	27957	28387	31045	41641	51647	60048	74421	86429
TOTAL	72918	75478	77304	79310	98177	106029	120331	135670	150867
Taux de féminité	32,9	30,8	31,1	32,4	31,5	34,4	36,8	34,4	34,1
Secteur privé									
Spécialisation	15632	15581		16405	16364	16190	15143	16511	13853
Qualification	15951	14902		14355	13181	12273	11675	9341	11488
Technicien (1)	24195	25962		43167	35273	37301	39452	25079	48027
TOTAL	55778	56445	59111	64337	64818	65764	66270	50931	73368
Part du secteur privé	43,3	42,8	43,3	44,8	39,8	38,3	35,5	27,3	32,7
Source : Ministère du Développement Social, de la Solidarité, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle									
(1) Y compris les techniciens spécialisés									

Source : Série établie par l'ONDH

**Tableau 9 : Niveau de vie et pauvreté**

	1985	1999	2001	2007
Dépense annuelle moyenne par ménage (en DH courants)				
Urbain	26667	56781	58900	66723
Rural	16824	32372	33994	43334
Ensemble	21475	46339	49333	57925
Ecart Urbain/Rural	1,6	1,8	1,7	1,5
Dépense annuelle moyenne par personne (en dirhams courants)				
National	3623	7823	8280	11222
Urbain	4915	10152	10642	13894
Rural	2637	5085	5288	7752
Structure des dépenses (en %)				
Alimentation et habillement	55,9	48,6	46,1	47,7
Habitation (y compris l'énergie et les équipements ménagers)	25,3	25,3	25,9	24,4
Education, santé, transport, loisirs et diverses dépenses	18,8	26,1	28	27,8
Total	100	100	100	100

Effectif des pauvres (en millier)				
National	4574	4534	4461	2773
Urbain	1250	1439	1235	829
Rural	3324	3085	3225	1945

Tableau 10

Objectif 1: La réduction de l'extrême pauvreté et de la faim						
Cibles	Indicateurs		1990	2001	2007	2015
Cible 1: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est moins de 1 dollar par jour en PPA	Proportion de la population disposant de moins de 1\$ US par jour en PPA (en %)	Ensemble	3,5	2	0,6	1,75
		Masculin	3,5	2	0,5	
		Féminin	3,5	2	0,6	
		Urbain	1,2	0,3	0,1	
		Rural	5,7	4	1,2	
		Indice d'écart de la pauvreté	Ensemble	0,0271	0,0346	0,0192
	Part du cinquième Le plus pauvre de La population dans La consommation finale	Ensemble	6,6	6,5	6,5	

Tableau 10 bis

Cibles	Indicateurs	Désagrégatio	1990	2001	2007	2015
Cible 1bis : 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 (en %)			2000-2004) 4,3	(2000-2007) 3,72	
	- Taux d'activité de la population (15 ans et plus) (en %)	Ensemble Féminin Masculin		51,3 25,5 77,9	51,0 27,1 76,1	
	-Proportion de salariés vivant avec moins de 1\$ (PPA) par jour (en %)			(2001) 0,3	0,2	

	- Proportion des indépendants dans la population active occupée (en %)	Ensemble Féminin Masculin		25,8 12,1 30,5	28,3 13,4 33,9	
	- Proportion des familiales dans la population active occupée (en %)	Ensemble Féminin Masculin		30,4 53,5 22,4	25,4 51,5 15,6	

Source : HCP : ODM 2007

**Tableau 11 : Distribution des dépenses selon les deux déciles extrêmes de la dépense annuelle par personne**

Décile de la dépense annuelle par personne	Part dans le total des dépenses (en %)											
	1985			1998			2001			2007		
	Urbain	Rural	Ensem	Urbain	Rural	Ensembl	Urbain	Rural	Ensem	Urbain	Rural	Ensem
10% les moins favorisés (D <sub>1</sub> )	2,37	3,23	2,58	2,92	3,33	2,63	2,77	3,44	2,63			
10% les plus favorisés (D <sub>10</sub> )	31,75	25,34	31,72	29,74	24,41	30,95	30,94	25,86	32,13			
Ecart (D <sub>10</sub> / D <sub>1</sub> )	13,4	7,8	12,3	10,2	7,3	11,8	11,2	7,5	12,2	12,3	8,2	12,6
- Les déciles sont calculés à partir des valeurs de la «dépense annuelle moyenne par personne» qui pa l'ensemble des personnes, rangées de façon croissante, selon la valeur de la dépense par tête, en dix classes de même taille (10%) de la population chacune.												
- L'inégalité se fonde sur l'indice de Gini reconnu à l'échelle internationale comme mesure du niveau des disparités des niveaux de vie. Cet indice se situe entre les valeurs 0 (en cas d'égalité parfaite des niveaux de vie) et 1 (en cas d'inégalité absolue).												

Source: HCP

**Tableau 12 : Rapport inter-déciles de dépenses par habitant, le moins aisé (D<sub>1</sub>) et le plus aisé (D<sub>10</sub>), dans le total des dépenses par régions**

Région	1985	2001	2007
	Rapport D10/D1	Rapport D10/D1	Rapport D10/D1
Région du sud	11	12,2	9,3
Souss-Massa-Draâ	14,3	11,8	11,5
Gharb-Cherarda-Béni Hssen	11,8	10,8	9,4
Chaouia-Ouardigha	11,3	9,8	8,5
Marrakech-Tensift-Al Haouz	12,2	11,1	13,6
Oriental	11,2	11,3	12,6
Grand-Casablanca	13,1	14,2	11,8
Rabat-Salé-Zemmour-Zaér	12,4	11,3	15,2
Doukala-Abda	11,2	10,8	12,4
Tadla-Azilal	11,1	10,9	9,8
Méknès-Tafilalet	11,6	13,8	12
Fès-Boulemane	13	12,5	12,2
Taza-Al Hoceima-Taounate	10,4	10,2	10,6
Tanger-Tétouan	11,4	10,1	15,1
Total	12,3	12,2	12,6

Source: HCP

**Tableau 13 : Visites d'inspection effectuées par les agents e l'inspection du travail (2008)**

Nombre total de visites	18476
Nombre total d'observations	831 588
Observations d'ordre général	637 832
Observations portant sur l'hygiène	27412
Observations portant sur la sécurité	39094
SMIG	48691
Travail des femmes et enfants	2427
Accidents de travail	15822
CNSS	46678
Comité d'hygiène et sécurité	3886
Comité d'entreprise	274
Délégué des salariés	3100
Délégué syndical	432
Médecine du travail	2940

Source : Tableau constitué à partir des statistiques de la Direction du travail 2009

**Tableau 14 : Évolution des conflits collectif dans les secteurs de l'industrie, le commerce et services**

Années	Conflits Collectifs							
	Grèves Evitées			Grèves Déclenchées				
	Nombre d'établissements	Nombre de conflits	Effectifs Globaux	Nombre d'établissements	Nombre de grèves	Effectifs Globaux	Effectifs grévistes	Nombre de journées perdues
1990	500	754	58914	138	206	30208	18008	189757
1991	628	899	67093	277	402	46107	27932	280012
1992	581	832	63091	0	409	48960	28932	330247
1993	681	985	70591	408	584	78502	42255	461863
1994	747	1 085	71 498	245	356	497 911	28 551	497 911
1995	729	1 108	67 967	218	299	38 345	22 544	173 727
1996	786	1 136	71 046	210	287	39 930	24 246	338 096
1997	653	949	59 415	234	320	32 621	20 961	219 706
1998	795	1 330	84 125	243	336	66 781	36 030	372 378
1999	792	1 032	90 454	284	418	55 826	35 350	414 742
2000	660	873	76 938	302	439	62 161	38 465	369 377
2001	786	1 021	84 290	194	262	54 245	33 125	249 042
2002	697	927	63 406	172	237	37 444	17 569	135 457
2003	546	712	51 391	114	146	27 663	12 501	78 328
2004	591	670	67 097	127	140	27 702	14 021	100 301
2005	680	832	81901	116	154	43049	23357	72745
2006	548	722	64989	155	207	44196	19154	86795
2007	439	518	56 353	110	143	30 315	12 012	64 701
2008	516	634	67216	140	178	37271	22192	99158



1er trimestre 2009	179	197	27885	52	57	10228	5749	65 676
--------------------	-----	-----	-------	----	----	-------	------	--------

Source : Ministère de l'emploi : Direction du travail

<b>Évolution des conflits individuels dans les secteurs de l'industrie, le commerce et services</b>					
Conflits individuels					
Années	Nombre de conflits	de	Nombre total de réclamation	Réclamations Satisfaites	Ouvriers Réintégrés
1990	26944		49925	34685	3635
1991	31149		58006	40776	3593
1992	33255		64411	43264	3686
1993	34269		67017	42563	4035
1994	34 962		67 515	42 823	4 782
1995	35 062		70 813	41 978	4 487
1996	32 990		65 518	41 037	3 995
1997	30 842		60 156	34 872	3 739
1998	35 977		73 969	51 291	4 888
1999	37 648		77 856	44 315	5 504
2000	41 974		90 517	53 965	5 738
2001	39 158		85 029	47 053	5 092
2002	33 613		77 196	46 109	4 293
2003	31 476		73 655	38 891	3 892
2004	32 136		72 487	38 322	3 977
2005	37 138		88383	48783	4656
2006	33981		76356	43135	4472
2007	32 901		74 311	41 865	4 505
2008	37538		80968	46614	4805

1er trimestre 2009	10 852	24 700	13 849	1 336
-----------------------	--------	--------	--------	-------

Source : Ministère de l'emploi : Direction du travail

## ANNEXE LOGEMENT

### Textes en vigueur en rapport avec la question du logement

Référence	
Loi n°12-90 relative à l'urbanisme	Définit les documents d'urbanisme (SDAU et PA) précise les conditions de leur élaboration, leurs effets et généralise les RGC
Loi 25-90 relative aux lotissements	Conditionne l'autorisation de lotir à l'immatriculation foncière à l'équipement en infrastructures et au recours à des professionnels Prévoit la restructuration des lotissements défectueux et renforce les sanctions
Loi n° 63-99 relative à la location	Définit les droits et les obligations du propriétaire et du locataire Précise les conditions d'évictions en cas d'occupation sans titre
Loi n°64-99 relative au recouvrement des loyers	Instaure une procédure rapide de récupération des loyers
Loi n°51- 00 relative à la location -accession	Faciliter l'accès à la propriété sans apport initial Et de régler les redevances à tempérament Faciliter les transactions des logements
Loi n°44-00 relative à la vente d'immeubles en l'état futur d'achèvement	Définit les règles pour les transactions immobilières
Décret n° 2-02-177 relatif au règlement de constructions parasismiques (RPS 2000)	Définit les règles de construction parasismique à l'exception des constructions réalisées avec des matériaux traditionnels et des techniques locales
Loi 18-00 relatives au statut de copropriété des immeubles bâtis	Réglemente les rapports entre copropriétaires, précise les droits sur les parties communes indivis et rend obligatoire l'entretien et renforce le rôle du syndic
Décret 2-64-445 du 24 dec 1964 sur l'habitat économique	Définit les zones d'habitat économique et approuve le RGC applicable à ces zones
Décret n° 552-67 du 17 de 1968 relatif au crédit foncier , crédit à la construction et crédit hôtelier	Définit et les conditions d'accès au crédit (VIT et ristournes d'intérêt...)
Loi 24-83 du 5 oct 1984 relative aux coopératives	Fixe le statut des coopératives et la mission de l'ODECO (office de développement des coopératives)
Loi 1 76-258 relative à l'entretien des immeubles et à l'installation des conciergeries dans les immeubles	Impose le logement de concierge dans les immeubles où ils exercent
Loi 22-80 relative à la conservation des monuments historiques, des sites, des inscriptions des objets d'art et d'antiquité.	Définit les règles d'inscription et de classement du patrimoine notamment bâti et rend obligatoire le recours à l'avis des services des monuments historique pour toute intervention

### Evolution de la population et des ménages entre 1994 et 2004

	1994	2004
--	------	------

Population	26 073 717	29 891 708
Ménage	4 444 271	5 665 264
TAMA personnes	1,4	
TAMA ménage	2,4	

### Evolution de l'ISF et de l'âge du premier mariage

Année	ISF		Age du premier mariage	
	Urbain	Rural	urbain	rural
1982	4,29	6,59	23,7	21,0
1994	2,56	4,25	26,9	24,2
2004	2,1	3,1	29,5	27,5

### Rythme de croissance du parc occupé et non occupé et des ménages urbains

Période	1982-1994	1994-2004	1982-2004
Logements occupés	4,4%	4%	4%
Logements non occupés	11,2%	6,3%	9%
Total	5,1%	4,1%	5%
Ménages urbains	3,8%	2,5%	3,2%

### Evolution des logements et des ménages en milieu urbain

	1982	1994	2004
Nombre de ménages	1 593 263	2 521 466	3 229 810
Nombre total de logements	1 454 946	2 642 184	3 950 019
Logements occupés	1 354 192	2 242 131	3 209 786
Logements non occupés	112 126	400 053	740 233

### Etat d'avancement du programme de mise à niveau des QHNR 2002-2008

	Nombre Opérations	Nombre de ménages	Coût (MDh)	Subvention (MDh)	BGE (MDh)	FSH (MDh)
Achevées	71	69192	1171,31	424,35	98,36	325,99
en arrêt	2	1375	52,60	12,74	5,50	7,24
En cours	139	349721	3551,92	2158,65	778,00	1380,65
Non démarrées (en 2008)	40	53 347	743,52	452,05	46,00	406,05
Total	252	473 635	5 519,34	3 047,79	927,86	2 119,93

### Logements à Faible VIT (140 000 DH)

Programme du HAO pour la Période 2008/2012

Sociétés	Total		
	Urbain	Rural	Total
Al Omrane			
Agadir	19 964	2 989	22 953
Al Boughaz	1 850	8 930	10 780

AlJanoub	1 500	270	1 770
Casablanca	24 180	4 665	28 845
Fès	9 624	800	10 424
Marrakech	21 666	1 250	22 916
Méknes	4 381	1 700	6 081
Oujda	3 616	1 370	4 986
Rabat	6 554	379	6 933
Tamesna	13 450		13 450
Total	106 785	22 353	129 138

### Evolution de l'équipement des ménages selon la disponibilité des équipements dans le logement selon les milieux

année	Milieu urbain en%			Milieu rural en%		
	1982	1994	2004	1982	1994	2004
Cuisine	71,8	80,7	87,2	77,7	77,2	79,9
WC	85,2	91,1	96	19,4	32,6	59
Bain	23,5	31,3	40,9	1,5	2,2	4,8
Eau courante	62,9	74,2	83,0	2,2	4,0	18,1
Electricité	74,4	80,7	89,9	4,5	9,7	43,2

### Evolution du % de ménages occupants un logement de 1 à 2 pièces selon les RGPH

	1982	1994	2004
En milieu urbain	55,8%	47,2%	40,6%
En milieu rural	51,0%	41,4%	35,5%
Ensemble	53%	44%	39%

### Evolution de la taille moyenne des ménages

	1982	1994	2004
En milieu urbain	5,48	5,32	4,78
En milieu rural	6,35	6,58	6,03
Ensemble	5,95	6,03	5,27

### Nombre moyen de personnes par pièces

	1971	1982	1994	2004
En milieu urbain	2,3	2,1	1,8	1,6
En milieu rural	2,9	2,3	2,2	1,8
Ensemble	2,6	2,2	2,0	1,7

### Evolution de la cohabitation en milieu urbain

Milieu urbain	1982	1994	2004
Ensemble des logements occupés	1 341 920	2 242 131	3 229 810
Ensembles des ménages	1 593 263	2 521 466	3 438 055
Degré de cohabitation	118,7	112,4	106,4

### Evolution des statuts d'occupation du logement en milieu urbain

% de ménages urbains	1982	1994	2004
Propriétaires	38,7%	44,9%	52,1%
Accédant à la propriété	2,2	3,6	4,7
Locataires	43,3	35	29,2
Logement de fonction	3,8	3,2	2,2
Logés gratuitement	7,9	9,2	8,7
Autres	1,3	1,6	1,7
ND	2,8	2,5	1,5

### Répartition des emplois du FSH par région entre 2002-2008 en MDH

	Nombre de ménages	Coûts (MDH)	BGE MDH)	Subvention FSH totale	% des subventions
Chaouia Ouardigha	26 121	965,49	0,0	<b>199,95</b>	1,71
Doukkala Abda	11 440	414 ,90	0,0	<b>187,51</b>	1,60
Fès Boulemane	67 743	1 322,23	58,0	<b>600,93</b>	5,14
Gharb Chrarda Beni Hssen	39 046	1 605,03	11,74	<b>469,81</b>	4,02
Grand Casablanca	63 508	3 626,12	0,0	<b>1 1 69,48</b>	10,01
Marrakech Tensift Al Haouz	191 612	8 541,67	32,85	<b>1 374,94</b>	11,77
Meknes Tafilat	56 441	1 600	5,69	<b>541,12</b>	4,63
Oriental	77 731	1 347,19	52,10	<b>837, 32</b>	7,16
Rabat SaléZemmourZaers	128 057	6418 ,10	51,75	<b>1209,35</b>	10,35
Souss Massa Draa	115 544	2 432,78	3,0	<b>627,53</b>	5,37
Tadla Azilal	27 574	483,92	0,0	<b>241,64</b>	2,06
Tanger Tétouan	85 464	1 902,26	15,50	<b>710,94</b>	6,08
Taza Al Hoceima Taounat	22 707	576,61	26,65	<b>278,85</b>	2,38
Provinces du Sud	48 943	3 567,38	1 734,59	<b>1 817,77</b>	15,56
Divers Programmes	30 000	6 184,29		1 412,05	12,08
<b>Total</b>	<b>991 931</b>	<b>40 988,67</b>	<b>1991,90</b>	<b>11 679,17</b>	<b>100%</b>

### Evolution de l'habitat sommaire en milieu urbain selon le RGPH

Année	1982	1994	2004
Nombre de logements	138 089	239 197	298 368
% d'ensemble	10,3%	10,7%	9,3%
Accroissement/an/période		4,7%	2,2%

## ANNEXES EDUCATION

Tableau 1 : Evolution du taux national de scolarité /genre, tranche d'âge et milieu

		Taux national de scolarité en %															
		2000-01		2001-02		2002-03		2003-04		2004-05		2005-06		2006-07		2007-08	
		F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G
6 ans	U	75	76,9	88,7	90,7	100	100	95,9	97,4	94,2	94,1	91,5	93,0	87,5	89,1	92,6	93,4
	R	54,3	61,5	68	75,5	79,2	84,6	82,1	88,1	82,3	88	84,2	89,5	84,5	89,9	88,2	90,4
6-11 ans	U	87,4	92,5	91,4	95,0	95,0	98,3	96,1	98,6	95,6	97,5	95,7	97,6	93,5	95,3	94,2	96,3
	R	62,1	76,3	70,4	82,5	78,7	88,7	82,2	91,4	83,1	92,3	84,3	93,4	87,2	95,6	88,7	96,3



12-14 ans	U	76,2	90,4	77,7	92,1	78,9	91,7	79,5	91,6	81,9	92,8	83,9	94,2	86,2	95,9	88,2	97,6
	R	24,2	44,7	27,9	64,2	32,9	50,3	39	55	41,9	57,5	42,5	59,8	43,4	63,4	43,5	63,3
15-17 ans	U	53,6	66,8	56,3	70,3	59,1	73,6	60,8	74,6	62,7	75,5	63,5	75,7	64,1	76	66,2	77,5
	R	15,2	14,0	6,1	14,7	7,3	16,5	9	18,8	10,2	20,3	11,7	22,2	13,2	24,6	14,4	26,5

D'après Atlas CSE (2008, p.46)

**Tableau 2 : Evolution du taux (%) d'abandon scolaire selon le cycle et le niveau scolaire**

		2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
Primaire	1ère A. P	5,69	4,69	6,48	7,90	6,56	5,52	5,03	4,6	3,3
	2nde A. P	2,98	2,36	2,88	3,70	3,57	2,72	2,54		
	3ème A. P	3,51	3,59	3,55	5	5,36	4,38	3,96		
	4ème A. P	4,90	4,12	4,50	5,54	6,34	6,07	5,35		
	5ème A. P	7,07	6,14	6,09	7,06	8,15	7,84	7,47		
	6ème A. P	8,67	8,17	8,49	9,36	10,88	11,29	10,35		
Collégial	1ère A. C	12,10	11,30	12,40	12,60	11,30	10,40	11,08	13,1	12,9
	2nde A. C	9,90	8,70	10,40	10,90	10,20	8,70	9,22		
	3ème A. C	19,70	18,10	19,10	20,10	19,80	20,80	20,48		
Qualifiant	T. C	12,80	7,72	7,36	7,30	7,98	7,80	7,72	14,1	13
	1ère A. Bac	10,86	10,81	6,39	5,70	7	6,43	7,95		
	2ème A. Bac	21,19	16,65	16,72	12,93	23,06	23,50	24,87		

D'après Atlas CSE (2008, p.48) et regard sur l'éducation nationale (2008-09)

**Tableau 3 : Evolution de la parité genre selon le cycle et le milieu au niveau régional**

		Primaire			Collégial			Qualifiant		
		2003-04	2005-06	2007-08	2003-04	2005-06	2007-08	2003-04	2005-06	2007-08
Abda Doukkala	U	48,5	48,1	48,2	47,0	47,7	48,3	47,9	48,8	50,1
	R	43,0	43,0	43,9	34,6	36,6	37,2	46,1	43,6	45,4
Alhouceima Taza Taounate	U	47,4	47,2	47,3	41,2	41,8	41,6	40,3	42,0	44,7
	R	42,7	42,4	44,0	27,4	29,6	28,6	35,4	36,4	35,9
Chaouia Ouardigha	U	48,2	48,2	48,3	46,8	47,0	47,3	49,3	50,6	50,7
	R	44,1	44,4	45,1	39,4	38,3	39,0	43,3	46,3	45,6
Fès Boulmane	U	48,2	48,0	48,0	47,5	48,1	48,0	47,9	48,9	50,6
	R	42,0	42,6	43,7	31,7	32,2	32,7	36,3	41,2	39,7
Gharb chrarda bni Hsse	U	48,2	48,4	48,4	45,4	46,2	45,9	45,8	47,0	48,1
	R	44,8	44,6	45,8	30,8	33,2	34,0	32,3	33,5	35,2
Guelmim Smara	U	47,8	46,8	46,9	44,6	46,8	47,0	43,9	45,4	47,7
	R	46,9	46,5	46,4	35,0	38,0	40,2	29,5	35,7	38,6
Grand Casablanca	U	48,9	48,4	48,4	50,2	50,3	49,8	53,3	52,6	53,2
	R	47,5	47,2	47,5	42,8	48,4	47,7	51,0	47,7	49,7
Laâyoune Boujdour	U	47,5	47,7	47,9	49,3	49,1	49,4	51,9	51,9	52,2
	R	46,6	44,0	44,6						
Marrakech Tensift Al Haouz	U	48,5	48,3	48,3	46,2	46,8	47,8	46,3	46,7	48,8
	R	44,6	43,6	44,5	29,7	31,5	32,4	32,3	33,7	36,7
Meknès Tafilalet	U	47,9	47,4	47,9	46,4	47,1	46,8	44,9	46,4	47,5
	R	44,9	45,0	47,4	34,2	36,7	38,2	34,9	36,7	38,9
Oued Dahab Laguiria	U	48,3	47,8	47,5	45,2	48,4	49,3	47,4	46,2	46,5
	R	52,5	45,0	47,3						
Rabat Salé Zemmour Zaer	U	48,3	47,8	48,1	49,4	49,5	49,0	50,9	51,8	52,5
	R	43,0	43,6	44,9	39,6	40,2	39,0	43,6	44,1	47,0
Région de l'Oriental	U	47,4	47,2	47,3	45,9	46,4	45,8	49,2	49,6	50,5
	R	44,4	44,8	44,8	34,8	36,7	36,5	34,4	34,9	39,2

Souss Massa Draa	U	47,9	47,4	47,5	43,3	45,0	45,5	40,7	43,1	45,0
	R	46,0	45,0	45,4	29,6	33,5	34,6	29,2	33,0	35,6
Tadla Azilal	U	48,0	48,1	47,9	44,7	45,5	46,0	44,5	45,6	47,1
	R	44,2	43,9	44,6	34,2	35,5	36,6	34,8	35,8	39,5
Tanger Tétouan	U	48,5	48,1	47,8	50,1	50,0	50,2	52,1	53,9	55,2
	R	48,8	47,0	49,7	33,3	34,8	34,9	27,9	29,6	33,5
Moyennes nationales	U	48,2	47,9	48,0	47,2	47,7	47,7	48,1	48,9	50,1
	R	44,7	44,3	45,4	32,9	35,2	35,7	35,2	36,8	39,1

D'après MEN (2007-08)

**Tableau 4 : Evolution du taux national moyen de cohortes virtuelles finissant les cycles**

	2004-05			2005-06			2006-07		
	F	G	Total	F	G	Total	F	G	Total
Primaire	64,7	66,2	65,6	68,1	68,8	68,6	70,9	70,4	70,8
Collégial	81,8	73,3	77,2	84,2	75,8	79,7	82,9	74,9	78,6
Qualifiant	87,3	79,5	83,3	88,1	80,9	84,5	86,5	80,3	83,4

D'après Atlas CSE (2008, p.56)

**Tableau 5 : Evolution du taux national (%) de réussite au baccalauréat**

	2003-04		2004-05		2005-06		2006-07		2007-08	
	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G
Lettres	35,69	32,71	36,08	34,58	44,53	42,02	37,74	35,63	31,99	25,39
Sc. Exp.	51,87	45,88	53,38	48,62	45,16	38,63	50,44	44,91	54,78	47,67
Sc. Maths	86,87	79,80	83,90	74,65	87,18	80,39	90,24	83,47	93,67	89,08
E. T. commercial	63,28	54,86	68,2	61,71	67,6	61,81	73,51	66,68	56,87	45,54
E. T. industriel	74,11	66,43	77,83	70,19	78,37	69,81	82,08	77,99	76,24	64,44
E. originel	36,43	43,83	38,07	47,03	45,18	52,76	47,46	50,79	39,95	49,90
Nombre de bacheliers	47041	44035	47534	51186	51355	52122	51840	54090	48.228	47.014
Taux de réussite	41,58	43,98	45,2	43,92	46,65	43,17	45,93	43,48	44,08	39,61

D'après Atlas CSE (2008), p.63 et MEN (2008)

**Tableau 6 : Répartition des enseignants par cycles d'enseignement et tranches d'âge**

Cycle	Tranche d'âge	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07
Primaire	Effectif total	128288	132781	135199	135663	134633	131625
	Moins de 30 ans (%)	27,9	30,0	29,4	28,3	26,5	28,4
	30 à 39 ans (%)	26,7	22,9	18,6	18,3	19,1	18,8
	40 à 49 ans (%)	36,9	38,6	41,0	41	40,0	39,8
	50 ans et plus (%)	8,5	8,5	11,0	12,4	14,4	13,0
Collégial	Effectif total	52719	53521	54012	55202	56281	54241
	Moins de 30 ans (%)	12,5	12,2	10,0	10,5	10,5	13,6
	30 à 39 ans (%)	31,5	27,8	23,0	21,8	21,8	22,6
	40 à 49 ans (%)	47,8	50,1	50,6	48,1	48,1	44,6
	50 ans et plus (%)	8,2	9,9	16,4	19,6	19,6	19,2
Qualifiant	Effectif total	32672	33300	33875	34690	35675	35130
	Moins de 30 ans (%)	6,5	5,6	3,7	3,7	3,7	6,7

	30 à 39 ans (%)	42,5	37,6	28,9	25,5	25,5	24,1
	40 à 49 ans (%)	44,5	48,6	54,2	54,5	54,9	53,5
	50 ans et plus (%)	7,0	8,2	13,3	15,9	15,9	15,7

D'après Atlas CSE (2008, p.29)

**Tableau 7 : Evolution des postes budgétaires d'enseignement**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nouveaux postes (NP)	9000	9450	6850	3500	3500	3500	3500	3500	3600
Postes supprimés (PS)	1671	2329	3126	3625	3357	3473	15461	2822	-
Différence (NP - PS)	7329	7121	3724	-125	143	27	-11961	678	-

D'après Atlas CSE (2008, p.24)

**Plan de la « Grille Ecole de Qualité ».**

**Catégorie A. Environnement (emplacement, bâtiments, etc.)**

1. L'emplacement de l'école est propice
2. L'école est hygiénique et veille à la santé des élèves
3. L'école est aménagée de façon agréable
4. Le bâtiment scolaire est en bon état

**Catégorie B. Intégration de l'école dans son environnement, facilité de travail à l'école**

5. L'école est bien identifiée
6. L'école dispose d'un panneau d'affichage effectivement utilisé
7. Le bureau du directeur donne une impression favorable et accueillante aux visiteurs
8. L'école dispose d'une bibliothèque
9. L'école dispose d'une cantine scolaire
10. L'école dispose des logements des enseignants
11. L'école dispose d'une salle ouverte aux activités du village ou du quartier
12. Le rythme scolaire a été adapté en concertation avec les parents
13. L'élève participe à la vie scolaire

**Catégorie C. Conditions d'apprentissage en classe (Conditions matérielles)**

14. Les classes sont propres
15. Les conditions d'étude dans la classe facilitent les apprentissages
16. Les classes utilisent un matériel didactique complet et adapté
17. Les enfants ont tous leurs fournitures

**Catégorie D. Attitudes, méthodes, comportements pédagogiques**

18. L'enseignant donne une image positive de lui-même
19. L'enseignant a un comportement qui favorise les apprentissages
20. Le Directeur donne une image positive de lui-même et favorise les apprentissages
21. L'inspecteur a un comportement qui favorise la progression des enseignants
22. L'élève se fait une image positive de son école

**Catégorie E. Contenus scolaires**

23. Les enfants dans notre école acquièrent les compétences essentielles
24. Les enfants de notre école apprennent à s'enraciner dans leur identité

**Catégorie F. Suivi individuel des enfants**

25. L'élève bénéficie de différents types d'évaluation
26. L'élève bénéficie d'actions de soutien / remédiation

27. *Les résultats des évaluations sont communiqués aux différents partenaires pour qu'ils puissent les exploiter*
28. *L'élève bénéficie d'un soin médical adéquat*
29. *L'assiduité de l'apprenant fait l'objet d'un suivi*
30. *Des stratégies de lutte contre l'abandon scolaire sont instaurées*

Ministère de l'Education Nationale et de la jeunesse et Unicef (2005)

## **BIBLIOGRAPHIES**

### **BIBLIOGRAPHIE EMPLOI**

- Association Al Amana (2007), *La lutte contre le travail des enfants auprès des bénéficiaires d'AL AMANA.*, Rapport narratif intermédiaire

- Agénor, PR et K. El Aynaoui Politiques du marché du travail et chômage au Maroc : Une analyse quantitative Banque Mondiale, Washington DC 20433
- Banque Mondiale (2007), *Un parcours non achevé : La réforme de l'éducation nationale au Moyen Orient et en Afrique du Nord. Résumé Analytique*, Washington
- Banque Mondiale(2007), *Se soustraire à la pauvreté au Maroc*, groupe pour la réduction de la pauvreté, réduction de la pauvreté et gestion économique.
- Banque Mondiale. (2006), *Mémoire économique pays. Promouvoir la croissance et l'emploi par la diversification productive et la compétitivité.*
- Banque Mondiale, (2004), *Rapport sur la pauvreté : comprendre les dimensions géographiques de la pauvreté pour en améliorer l'appréhension à travers les politiques publiques »*
- Banque Mondiale, Organisation Internationale du Travail, Unicef, (2003) *Understanding Children's Work in Morocco (UCW)*
- Banque Mondiale (2002), *Note sur la protection sociale. Moyen-Orient et Afrique du Nord*, groupe des secteurs sociaux, Moyen-Orient et Afrique du Nord groupe des secteurs sociaux (mnsd)
- Banque Mondiale 2001, Royaume du Maroc. *Mise à jour de la pauvreté*, volume I, rapport principal
- BIT (2002), *Travail décent et économie informelle* , Genève
- BIT (2007), *Le temps de travail décent, programme des conditions du travail et d'emploi* (travail), première édition.
- Bouharrou A.(2007) le droit à l'emploi au Maroc REMAD
- Bouiyou, J. Dumas, A. Hanchane, S (2008) « Qualité de la formation professionnelle initiale au Maroc et impact des actions de formation continue sur les performances des entreprises marocaines », in *Evaluation of the Professional Training System and its Impacts on Development: Comparison Between Morocco and Tunisia*, Femise research programm 2006-2007
- Catusse, M.(2006) *L'action publique face aux « débordements » du social au Maroc*
- *Décharge et métamorphoses d'un « État social*,
- Centre Marocain de Conjoncture. Lettre. n. 90, Avril 2008
- CNSS, rapport 2007, Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- Conseil supérieur de l'enseignement, *Etat et perspectives du système d'éducation et de formation* rapport annuel 2008
- Direction de la statistique (2001), « *Analyse du profil et de la dynamique de la pauvreté* »,

- Cling J.P. et al. (2004) *La croissance ne suffit pas pour réduire la pauvreté : le rôle des inégalités*, Document de travail, DIAL
- Direction de la statistique (2000), *Enquête Nationale sur le Secteur informel non Agricole*, (ENSINA) Rabat
- Direction de la Statistique, 1999, *Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des ménages au Maroc 1998/99*, Rabat.
- Dubois, J.L.(2000) *Combattre la pauvreté dans le monde ; stratégies et études de cas*, OCDE
- El Aoufi, N. et M.Bensaid (2005/06), *Chômage et employabilité des jeunes au Maroc*, Cahiers de la stratégie de l'emploi, Laboratoire Economie des Institutions et Développement Université Mohammed V-Agdal, Rabat
- EL Yacoubi D. (2008) « La Formation Professionnelle au Maroc. Essai d'analyse des politiques publiques et des réformes ». *Femise research program 2006-2007*, Secrétariat d'Etat chargé de la Formation Professionnelle Rabat.
- HCP (2005, 2006, 2007, 2008) *Activités, emploi et chômage, rapports de synthèse*
- HCP (2009), Note d'information au sujet de la situation du marché du travail au premier trimestre de l'année 2009
- HCP (2009), *Enquête Nationale sur les revenus et niveaux de vie des ménages de 2007*
- H.C P(2008) *Rapport National sur les OMD 2007 –*
- ,
- HCP(2006), *Enquête nationale sur les personnes âgées au Maroc*, Rabat
- HCP(2004) *Enquête nationale sur les personnes âgées au Maroc*, Rabat.
- HCP (2004) *la carte de la pauvreté*
- HCP, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*, 2004.
- IKM , Planet Finance (2005), *Évaluation de l'impact de la micro-finance au Maroc* .
- Institut Royal des Etudes Stratégiques (2009), *Le Maroc face à la crise financière et économique mondiale. Enjeux et orientations de politiques Publiques*, Mai
- Jaidi, L.(2007) *la protection sociale au Maroc* , Social Watch Maroc et espace associatif, rapport annuel .
- Mejjati Alami R. (2008) *Le rôle des Activités Génératrices de Revenus dans la lutte contre le travail des enfants*. OIT /IPEC , RAPPORT
- Mejjati Alami R. (2005), « Secteur informel au Maroc et développement Humain » (1956-2005). *Human Development Report (HDR 50)*, PNUD et gouvernement Marocain

- Mejjati Alami R. (2003), *Le travail des enfants au Maroc : approche socio-économique*. Child Labour initiative in Morocco. UNICEF - Banque Mondiale BIT/IPEC
- Mejjati Alami R. (2003), « Les enfants au travail : Recherche qualitative auprès des artisans et des enfants dans le secteur de l'artisanat à FES. UNICEF,
- Mejjati Alami R. (2002), « La pauvreté des femmes sur le marché du travail au Maroc ». *Revue De Droit et D'économie*, N° 19. Université Mohamed B. Abdallah, Faculté des sciences juridiques économiques et sociales. FES,
- Mejjati Alami,R. (2002), *Commerce équitable, genre et droit du travail MAROC*. INTERMON OXFAM
- Ministère du Développement Social de la Famille et de la Solidarité, (2008), *Participation politique des femmes, levier du développement*
- Mejjati Alami R., (2001), « Femmes et marché du travail au Maroc » Women's labour : Production and reproduction, *International Union For the Scientific Study of Population, XXIV*, Congrès Général de la Population, Salvador- BRESIL, 18-24 Août 2001. Actes du colloque, CD ROM
- Ministère de l'Économie et des Finances(2009) *Rapport sur le budget Genre*, Projet de loi de finance pour l'année 2009.
- Ministère de L'emploi Des Affaires Sociales et de La Solidarité; (1999), *Enquête sur le secteur informel localisé en milieu urbain* (ESILMU), Rabat.
- Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, OIT, UNICEF, (2008), *le travail des enfants en bref*, direction du travail, Rabat.
- Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et Observatoire national de l'emploi, *Évolution de l'activité féminine entre 2001 et 2007*, Série genre et marché du travail N° 1, direction de l'emploi, Rabat
- Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- (2004), *Le salaire minimum au Maroc*, Direction de l'emploi, RABAT
- (2004) *Estimation de la boucle prix salaire* Direction de l'emploi, Rabat
- (2005). *Initiatives emploi, Journées d'actions pour la création d'emploi* 22 et 23 septembre, Rabat
- (2008). *Mesures de promotion de l'emploi*, Direction d l'emploi Rabat.
- Ministère de la modernisation du secteur public (2002) *Enquête sur le personnel de l'Etat au titre de l'année 2001/200*, Rabat
- OIT. *The fallout in Asia (2009) Assessing labour market impacts and national policy responses to the global financial crisis*.
- OIT, Objectifs du millénaire pour le développement , rapport 2008

- OIT. Egalité entre hommes et femmes et travail décent Conventions et recommandations clés pour la promotion de l'égalité entre hommes et femmes
- OXFAM NETHERLAND (2006) *Le travail des enfants de moins de 15 ans parmi les clients de la Fondep, , Rapport*
- PNUD (2007), Rapport Mondial sur le développement Humain 2007/2008 - Nations Unis,
- Objectifs du millénaire pour le développement, Rapport 2008 , New York 2008
- PNUD Maroc et HCP (2008) Objectifs du Millénaire pour le Développement, rapport national 2007
- PNUD Maroc et HCP (2006) - Rapport National sur le Développement Humain 2005 Femmes et dynamiques du développement
- PNUD et MDSFS (2005), *Ensemble pour un développement humain. Pour une politique de développement social intégré*
- Secrétariat chargé de la famille de l'enfance et des personnes handicapées (2004). *Enquête Nationale sur le Handicap*, Synthèse des résultats, Rabat.
- Taouil, R. (2008) « Qualité des institutions et équité au Maroc: Le marteau et les clous de la Banque mondiale». *Revue Critique économique* n.22, printemps été 2008.
- UNIFEM (2009) Rapport 2008/2009 sur la condition de la femme dans le monde

## **BIBLIOGRAPHIE SANTÉ**

- Royaume du Maroc, « Objectifs du Millénaire pour le Développement », Rapport National 2007, septembre 2008
- Ministère de la Santé, « Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeunes – ENIMSJ 2006 – 2007, Direction de la Planification et des Ressources Financières, janvier 2008
- Ministère de la Santé Publique et Institute for Resource development / Westinghouse DHS, « Enquête nationale sur la Planification familiale, Fécondité et la Santé de la population au Maroc (ENPS), 1987 », Mars 1989.
- Ministère de la Santé Publique et Macro International inc. DHS, « Enquête nationale sur la population et la Santé (ENPS II), 1992 », Août 1993.
- Ministère de la Santé Publique et Macro International inc. DHS, « Enquête de Panel sur la population et la Santé (ENPS), 1995 », Janvier 1996.
- Ministère de la Santé Publique, « Enquête PAPCHILD », Ministère de la Santé, 1997.
- Ministère de la Santé Publique, « Enquête sur les causes et circonstances de décès des enfants de moins de 5 ans, Institut National d'Administration Sanitaire, Maroc, 1998.



- Ministère de la Santé Publique, ORC Macro et Programme Arabe pour la promotion de l'enfance, «Enquête sur la population et la Santé familiale (EPSF), 2003-2004 », Mars 2005.
- Ministère de la Santé, « Politique de la santé de l'enfant au Maroc : analyse de la situation », Direction de la Population, octobre 2005.
- Ministère de la Santé, « Politique de santé : acquis, défis et objectifs. Plan d'action 2005 - 2007
- Ministère de la Santé, Plan d'action santé 2008-2012, « Réconcilier le citoyen avec son système de santé », juillet 2008
- Ministère de la Santé ; « Colloque sur la santé, Ensemble pour le droit à la santé », 22 février 2008, synthèse des recommandations des ateliers de travail : Réformes du système national de santé Atelier 2 : Lutte contre la mortalité maternelle et infantile Ministère de la Santé, « Santé, vision 2020 », 2007.
- Ministère de la Santé « Plan d'Action National pour l'Enfance 2006 – 2015 : Un Maroc Digne de ses Enfants ».
- Ministère de la Santé, « Contribution du secteur de la Santé à l'Initiative Nationale pour le Développement Humain », Ministère de la Santé, juin 2006
- Ministère de la Santé, « Etude de la charge de morbidité globale au Maroc, rapport de synthèse », Septembre 2000.
- Ministère de la Santé, « Audit technique de l'organisation du ministère de la santé dans la perspective de la mise en place des structures régionales de la santé », rapport de la phase 2, diagnostic, version définitive, octobre 2002.
- Ministère de la santé, « Plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2007-2011 », Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, décembre 2006.
- Ministère de la Santé « qualité des soins de santé primaires de l'enfant de moins de 5 ans », enquête nationale au niveau des formations sanitaires, Direction de la Population, 2007.
- Ministère de la Santé, «Dossier thématique : droit à la Santé », Direction de la Réglementation, 2004
- Ministère de la Santé « Bilan 2003-2006 et perspectives de l'action gouvernementale dans le domaine de la santé», Février 2007
- Ministère de la Santé, « Comptes nationaux de la santé : 1997/98 », Direction de la Planification et des ressources financières, mars 2000. Ministère de la Santé, « Comptes nationaux de la santé : 2001 », Direction de la Planification et des ressources financières, décembre 2005.
- Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent : guide pratique de protection de l'enfance», Loi du 5 mars 2007.
- Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, « Assises nationales de la santé de l'enfant et de l'adolescent », Conseil national de pédiatrie, Paris (France), Jeudi 13 janvier 2005
- Organisation Mondiale de la Santé, «Organisation de soins intégrés en faveur de l'enfant», Chapitre six (PCIME) , 2008
- Organisation Mondiale de la Santé, « Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent », Activités de l'OMS dans la région du pacifique occidental, 2005–20067.
- Organisation Mondiale de la Santé, « Accès équitable aux médicaments essentiels : cadre d'action collective », Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments, Mars 2004.

- Organisation Mondiale de la Santé, « Rapports sur la santé dans le monde 2006 et 2008».
- Haut Commissariat au Plan, « Enquête Nationale sur les revenus et niveaux de vie des ménages de 2007 », Rabat, 2009.
- Haut Commissariat au Plan, « Enquête nationale sur les personnes âgées au Maroc » Rabat, 2006.
- Organisation des Nations Unies « Convention internationale des Droits de l'Enfant », ONU, 1989
- Direction de la Statistique, « Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des ménages au Maroc 1998/99 », Rabat, 2000.
- Publications de la revue REMALD « La profession du médecin », Collection textes et documents, Rabat, 2001.
- Publications de la revue REMALD « La protection des droits de l'homme entre législation interne et le droit international », Collection textes et documents, Rabat, 2001.
- Boudahran A. « Le droit de la santé au Maroc », Editions L'Harmattan, Paris, 1996
- Bouziani L. « La santé au Maroc : entre le service public et la profession libérale », Edition REMALD, Rabat, 1999.
- RIJIMATI. L, L. A. LAMRANI et all "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on health care quality in Morocco" International Journal for Quality in Health Care 2006; pp. 1 of 11

## **BIBLIOGRAPHIQUE LOGEMENT**

- Rapport Genre 2008. Direction des études et des prévisions financières. Ministère des finances et de la privatisation.
- Rapport Genre 2009 (partie relative au département Habitat) Direction des études et des prévisions financières). Ministère des finances et de la privatisation.
- Campagnes nationales sur la sécurité d'occupation résidentielle et sur la gouvernance locale. Ministère Délégué Chargé de l'Habitat et de l'Urbanisme et UN-Habitat septembre 2004.
- Production et performance du Fogarim. Direction du Trésor et des finances extérieurs Mars 09.
- Etude sur l'évaluation du programme de 200 000 logements, Direction de la Promotion Immobilière. Ministère Délégué Chargé de l'Habitat et de l'Urbanisme juin 2007.
- Les constructions menaçant ruine, projet de stratégie d'intervention. Ministère Délégué, Chargé
- de l'Habitat et de l'Urbanisme 18-08- 06.
- PVSb, 2004-2010 Ministère Délégué, Chargé de l'Habitat et de l'Urbanisme.

- Fiche technique du PVSb Ministère de l'Habitat et de l'Urbanisme.
- Fiche technique, Programme de mise à niveau de l'habitat menaçant ruine. Ministère de l'Habitat et de l'Urbanisme.
- Fiche technique Programme de Mise à Niveau des Quartiers Non Réglementaires. Ministère de l'Habitat et de l'Urbanisme.
- Rapport annuel 2008 Ministère de l'Habitat et de l'Urbanisme.
- Médina de Fès Réhabilitation du triangle historique Groupe Al Omrane Mai 2009.
- Dix ans d'interventions en médina Groupe Al Omrane juillet 2009.
- RGPH 1082-1994-2004.
- Le droit au logement acte du séminaire organisé en 2009 par le centre Marocain des études juridiques.
- Les cahiers du Plan n°14 Août Septembre 2007 et n°16 Dec 2007 et janvier 2008.
- Guide pour l'accès au logement Ministère Délégué, Chargé de l'Habitat et de l'Urbanisme.
- Habitat et Urbanisme, un secteur en mouvement Ministère de l'Habitat, de l'Urbanisme et de l'Aménagement de l'Espace.
- Programme Villes Sans bidonvilles. Analyse d'impact social et sur la pauvreté. Banque Mondiale Juin 2006.

## **BIBLIOGRAPHIE EDUCATION**

- Banque mondiale (2005), « La réforme de l'enseignement et de la formation technique et professionnelle au Moyen Orient et en Afrique du Nord-Expériences et défis ».
- Banque Mondiale (2007), « Un parcours non encore achevé : La réforme de l'éducation au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ».
- Commission spéciale d'éducation et de formation (Cosef, 1999), « Charte nationale d'éducation et de formation.
- Conseil supérieur de l'enseignement (2008), « Volume 3 Atlas du Système d'Education et de Formation ».
- Département de l'enseignement scolaire (2009), « Atlas Regards sur l'Education nationale ».

- Département de l'enseignement scolaire (2009), « Recueil statistique de l'éducation »
- Emilie Barrier pour la Japan bank for International Cooperation (2003), « Etude sur le système éducatif marocain ».
- Ministère de l'éducation nationale (1998), Revue de communication sur le « Programme national d'éducation aux droits de l'Homme », numéro spécial mars-juin (référence en arabe)
- Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse et Unicef (2003), « Grille école de qualité ».
- Ministère de l'éducation nationale, « Statistiques scolaires, annuaires de 1999 à 2007 ».
- Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique (2006), « Les comptes de l'éducation ».
- Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique (2005), « Cadre stratégique de développement du système éducatif ».
- Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique (2009), « Le Maroc universitaire des années 2004 à 2008 », éditions et impression Bouregreg.
- Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique (2009), « Exposé devant le Conseil de Gouvernement le 10 septembre 2009 ».
- Nations Unies (1966), « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ».
- Nations Unies, Assemblée Générale, conseil des droits de l'Homme (27 nov au 5 déc 2006), « Promotion et protection de tous les droits de l'Homme civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement, Rapport du rapporteur spécial sur le droit à l'éducation, M. Vernor Mn̄nz.
- Nations Unies, conseil économique et social (session de fond de 2005), « Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels- Troisième rapport périodique présenté par les Etats parties en vertu des articles 16 et 17 du Pacte. Additif Maroc (27 décembre 2004).
- Observatoire national des droits de l'enfant (2008), « Congrès national des droits de l'enfant, travaux de la douzième session à Marrakech » (référence en arabe).

- Observatoire national du développement humain (2008), « Rapport sur le développement humain 2008, revue à mi-parcours de l'initiative nationale pour le développement humain ».
- Programme des Nations Unies pour le Développement (2000), « Objectifs du millénaire pour le développement ».
- Programme des Nations Unies pour le Développement (2003), « Gouvernance et accélération du développement humain ».
- Programme des Nations Unies pour le Développement (2003), « Rapport du développement humain arabe en 2003, pour une société du savoir », Imprimerie nationale, Oman, Royaume Hachémite de Jordanie (référence en arabe).
- Royaume du Maroc (2006), « Le Maroc possible, une offre de débat pour une ambition collective », Rapport du cinquantenaire, éditions maghrébines.
- Royaume du Maroc (déc. 2005), « Plan d'action national pour l'enfance 2006-15, Maroc digne de ses enfants ».
- Secrétariat d'Etat chargé de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées (2004), « Enquête nationale sur le handicap, synthèse des résultats ».
- Statistiques de l'Unesco (2008), « Bases de données via site Web de l'Institut de Statistique de l'Unesco, Montréal ».
- Unesco (2009), Bureau Multi pays pour le Maghreb, Cadre d'analyse et d'appui de l'Unesco à l'éducation au Maroc.