

Royaume du Maroc



*Direction des Etudes et
des Prévisions Financières*

Etude comparative des objectifs du millénaire pour le développement

<http://www.finances.gov.ma/depf/depf.htm>
Boulevard Mohamed V. Quartier Administratif, Rabat-Maroc
Téléphone : (00212) (0) 37.67.75.01/.../08
Télécopie : (00212) (0) 37.67.75.33
E-mail : depf@depf.finances.gov.ma

Synthèse

Lors du Sommet du millénaire organisé par les Nations Unies en septembre 2000, les États Membres des Nations Unies ont convenu, de huit objectifs spécifiques et mesurables à atteindre en 2015, appelés Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et qui portent sur la pauvreté, l'éducation, la santé, l'autonomisation de la femme et le développement durable.

Pour être au rendez-vous de 2015, le Maroc s'est fermement engagé dans la réalisation des OMD en accélérant son processus du développement économique et social. Le lancement l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH) en 2005 va dans le sens d'un renforcement et d'une dynamisation les efforts déployés en matière de développement humain.

Dans le but d'appréhender la dynamique de réalisation des OMD au Maroc ainsi que les atouts et les insuffisances en terme de performances enregistrées, une comparaison avec un échantillon de cinq pays a été réalisée: la Tunisie, l'Algérie, le Sénégal, le Cameroun et la Mauritanie. Cette comparaison s'est basée sur les données statistiques issues des différents rapports sur les OMD établis par ces pays ainsi que sur les indicateurs publiés par les organismes nationaux et internationaux.

Cette étude montre que, si les tendances actuelles se confirmaient, le Maroc, à l'instar d'un grand nombre de pays, n'atteindrait pas la plupart des OMD. Des progrès non négligeables ont certes été enregistrés, mais leur rythme de réalisation demeure insuffisant. Pour atteindre les OMD et être au rendez-vous de 2015, il faudrait donc dépasser les tendances actuelles et élargir les interventions dans les différents domaines où le retard est important.

Dans le cadre d'une revue des programmes de développement mondiaux, les priorités pour le Maroc et pour l'ensemble des pays en développement sont :

- l'accélération des réformes afin de dynamiser la croissance et créer de l'emploi,
- l'octroi de plus d'autonomie aux pauvres et une plus grande implication des populations dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes et actions de développement,
- l'amélioration des principaux services liés au développement humain,
- l'accélération de la mise en œuvre du partenariat mondial pour le développement en veillant à ce que les pays qui intensifient les réformes bénéficient d'une aide accrue des pays développés et des institutions internationales.

Table des matières

INTRODUCTION

1. REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE PAUVRETE

2. ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

3. PROMOUVOIR LE ROLE DE LA FEMME ET ELIMINER LES DISPARITES

4. SANTE INFANTILE : REDUIRE DE 2/3 LE TAUX DE MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

5. SANTE MATERNELLE : REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE

6. COMBATTRE LE SIDA : STOPPER LA PROPAGATION DE LA MALADIE ET INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

« Nous aurons le temps d'atteindre les objectifs, à l'échelle du monde entier et dans la plupart, sinon la totalité des pays, mais seulement si nous rompons avec la routine. Cela ne se fera pas en un jour. Le succès exige une action soutenue pendant les 10 années qui nous séparent de l'échéance »

*Kofi A. Annan
S.G des Nations Unies*

Introduction

Lors du Sommet du millénaire organisé par les Nations Unies en septembre 2000, les États Membres des Nations Unies ont convenu, le 8 septembre 2000, de huit objectifs spécifiques et mesurables à atteindre en 2015. Ces objectifs, appelés les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), sont les cibles que la communauté internationale s'est fixées en vue de réduire la pauvreté dans le monde et d'améliorer la situation des plus démunis.

Les huit objectifs portent sur la réduction de moitié de l'extrême pauvreté et de la faim, la généralisation de l'éducation primaire, la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction de la mortalité infantile de deux tiers et de trois quarts le taux de mortalité maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, la préservation d'un environnement durable et la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement assorti d'objectifs en matière d'aide, de relations commerciales et d'allègements de dettes.

Pour être au rendez-vous de 2015, le Maroc qui s'est engagé fermement dans la réalisation des OMD, a accéléré son processus du développement économique et social en activant les programmes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion et en allouant une part importante du budget de l'Etat aux secteurs sociaux. Dans ce sens, l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH) a été lancée pour renforcer et dynamiser les efforts déployés par le Maroc en matière de développement humain.

Par ailleurs, et dans le cadre du suivi et de l'évaluation des progrès accomplis en matière d'OMD, le Maroc a déjà produit deux rapports (2003 et 2005) relatifs aux réalisations des OMD. Bien qu'ils tracent l'évolution de différents objectifs à atteindre, ces rapports restent insuffisants pour se prononcer sur l'efficacité des politiques mises en œuvre. Pour avoir une vision globale sur la dynamique des réalisations des OMD au Maroc, il serait donc important d'élargir l'analyse des réalisations des OMD à travers une comparaison avec un échantillon de pays. Ceci permettra aussi d'appréhender les atouts et les insuffisances en matière des performances enregistrées. Cette étude se limite à l'analyse des 6 premiers objectifs.

Pour ce faire, il a été procédé au choix d'un échantillon de cinq pays dont les OMD ont fait l'objet, au moins d'un rapport national sur leurs réalisations. Il s'agit de la Tunisie, de l'Algérie, du Sénégal, du Cameroun et de la Mauritanie. La présente étude est fondée sur un ensemble de données issues de différents rapports nationaux des pays de l'échantillon et sur d'autres indicateurs publiés par les organismes internationaux.

1. Réduire de moitié le taux de pauvreté

La question de la pauvreté a pris une dimension mondiale. Les pays qui souffrent le plus de ce fléau se sont engagés à partir de la décennie 90, dans un processus de transformations tant politique, économique que sociale visant la réduction de moitié de la pauvreté entre 1990 et 2015.

Au Maroc, le taux de pauvreté a enregistré un net recul depuis 1990, passant de 21% à 17,8% en 2000. En 2004, la pauvreté a affiché un taux de 14,2%.

Afin de mieux apprécier ces résultats et leur dynamique, une comparaison a été effectuée par rapport à l'échantillon de pays sélectionnés. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des principaux indicateurs de la pauvreté entre l'année de référence 1990 et la situation actuelle en plus de l'objectif escompté à réaliser en 2015.

Evolution des taux de la pauvreté entre 1990-2015

Pays	1990	2000	2004	2015	Taux de réalisation
Maroc	21%	17,8%	14,2%	10,5%	65%
Algérie	22,6 %*	15%	nd	11,3	67%
Cameroun	50,5%*	50%	42%	25,25%	34%
Tunisie	7,4%	4,2%	nd	3,7%	87%
Sénégal	65,3%*	nd	nd	32,65%	
Mauritanie	56,6%	46,3%	nd	28,25%	36%

* Donnée de 1995

Pour l'année 1990, les pays les plus touchés par la pauvreté sont le Sénégal, la Mauritanie et le Cameroun, où plus de la moitié de la population souffre de la pauvreté. Par contre, le Maroc et l'Algérie ont enregistré des taux de pauvreté relativement faibles avec 14,2% et 15% respectivement, mais qui restent bien en deçà des performances réalisées par la Tunisie (4,2%).

Les efforts entrepris au cours de la période 1990-2004, en matière de lutte contre la pauvreté se sont traduits par une baisse différenciée du taux de pauvreté d'un pays à l'autre. La Tunisie a réduit pratiquement de moitié son taux de pauvreté comparativement aux autres pays de l'échantillon.

La croissance économique est l'un des premiers objectifs de toutes les économies du monde. Elle est synonyme de création de richesses et par conséquent d'amélioration des niveaux de vie des populations et de réduction de la pauvreté. Une bonne croissance est celle qui réduit les inégalités et la pauvreté. A cet égard, il est impératif d'étudier et d'analyser la relation entre croissance économique et pauvreté.

L'année 2000 a été caractérisée par une réduction du taux de la pauvreté dans certains pays, soit 17,8% au Maroc et 4% en Tunisie. Au Cameroun et en Mauritanie, ce taux reste encore inquiétant (50% et 46,3% respectivement).

Les différents pays de l'échantillon ont mobilisé une panoplie de programmes et d'actions visant à réduire la pauvreté et à améliorer les conditions de vie des populations défavorisées. De nouvelles approches, efficaces et pertinentes, ont été développées afin de contrecarrer la pauvreté et les risques d'exclusion et de marginalisation.

Dans ce sens, le Maroc a lancé plusieurs programmes de ciblage de la pauvreté qui induisent un changement notable en matière de lutte contre la pauvreté. Ces programmes s'inscrivent, d'une part, dans le cadre de l'INDH visant à réduire la pauvreté, la vulnérabilité, la précarité et l'exclusion sociale, et à instaurer une dynamique en faveur d'un développement humain et durable. D'autre part, le renforcement des filets de sécurité menés en l'occurrence par la Promotion Nationale, l'Entraide Nationale, l'Agence du Développement Social et de la Caisse de Compensation occupent une place importante dans les actions entreprises par les pouvoirs publics et visant notamment les populations défavorisées. Enfin, la réalisation de la deuxième cartographie de la pauvreté a pour objectif un meilleur ciblage de l'action publique.

De plus, la part du budget de l'Etat allouée aux secteurs sociaux n'a cessé d'augmenter, passant de 39% en 1993 à plus de 47% en 2002, pour atteindre 55% en 2005.

En Tunisie, la lutte contre la pauvreté a toujours constitué une préoccupation fondamentale des politiques de développement économique et social. A ce propos, un plan d'action de lutte contre la pauvreté a été mis en place en 1993 sous l'appellation d'un Fonds National de Solidarité. Ce Fonds a pour objectif l'insertion des pauvres dans le processus de développement économique et social local. De même, il préconise l'implication des populations démunies dans des projets en leur offrant une assistance et un soutien afin que ces projets constituent une source de revenu durable.

En Algérie, la lutte contre la pauvreté a revêtu plusieurs aspects, et des politiques appropriées ont été conçues. Il s'agit de la mise en place d'une meilleure stratégie de prestation des services dans les domaines de l'alimentation en eau, du logement, des services environnementaux et du développement humain. Cette stratégie favorisera la croissance au moyen de la stabilisation budgétaire et de l'administration efficace des recettes pétrolières. Enfin, elle aidera le Gouvernement à éliminer les obstacles à la croissance, tirée par le secteur privé, en particulier ceux qui affectent l'environnement des affaires, les petites et moyennes entreprises (PME), le développement du secteur financier et de l'infrastructure.

Quant à la Mauritanie et au Cameroun, des efforts ont été engagés en vue d'atteindre l'objectif de réduction de pauvreté. Ces efforts se focalisent essentiellement sur l'élaboration d'une stratégie sectorielle de l'éducation, de la santé et de l'infrastructure, et l'orientation de l'aide vers l'appui aux politiques et programmes favorables aux pauvres.

L'objectif de la réduction de moitié de la pauvreté en 2015 révèle que le Maroc a entrepris d'importants efforts et a pris véritablement le caractère multidimensionnel de la lutte contre la pauvreté. Ceci lui a permis d'enregistrer un taux de réalisation de 65% alors qu'il s'est établi à 60% pour l'Algérie, 36% pour la Mauritanie et 34% pour le Cameroun. La meilleure performance a été enregistrée par la Tunisie, soit un taux de 87%.

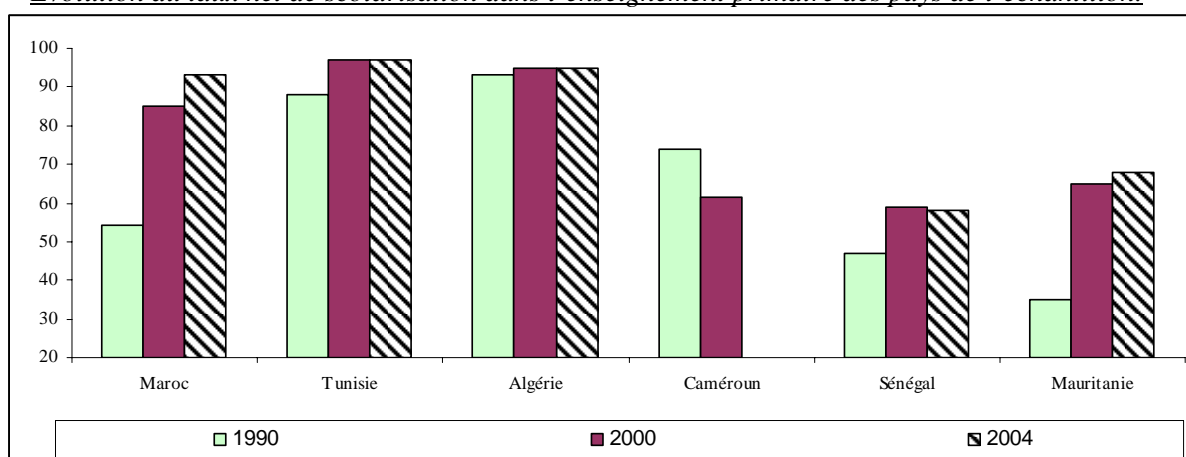
Cette analyse comparative permet de conclure que, par rapport à la quasi-totalité des pays de l'échantillon, le Maroc a beaucoup de chances d'atteindre l'objectif affiché pour 2015 et ce par l'intensification des programmes de lutte contre la pauvreté.

2. Assurer l'éducation primaire pour tous

Les indicateurs de généralisation de la scolarisation au Maroc ont connu une amélioration notable durant la période 1991/1992-2004/2005 ce qui a permis d'atteindre 85% de l'objectif de 2015 qui est d'assurer une éducation primaire pour tous.

Afin de mieux apprécier ces résultats et leur dynamique de réalisation, une comparaison a été effectuée par rapport à un échantillon de pays¹. Le graphique ci-après retrace l'évolution du taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire des pays de l'échantillon.

Evolution du taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire des pays de l'échantillon.



Sources : Rapports mondiaux de développement humain de 2005 et 2002 et les rapports ODM de chaque pays.

Des résultats encourageants

Avec un taux net de scolarisation au primaire de 93% en 2004, le Maroc se place à la 3^{ème} position parmi les pays de l'échantillon à taux de scolarisation élevé [Algérie (95%), Tunisie (96,9%)]. La Mauritanie et le Sénégal se trouvent loin derrière les trois pays du Maghreb avec respectivement un taux de 68% et 58% durant la même période.

La comparaison des performances réalisées en matière de généralisation de l'enseignement primaire à l'horizon 2015 place également le Maroc en première position avec un taux de réalisation de 85% de l'objectif global, suivi de la Tunisie (74%) et de la Mauritanie (50%). Le Cameroun quant à lui a vu ses indicateurs reculer enregistrant un taux de réalisation négatif de 47% suite à la détérioration de la qualité de l'éducation.

Le Maroc, en comparaison avec les pays de l'échantillon, aura donc de fortes chances d'atteindre l'objectif de l'éducation primaire pour tous à l'horizon 2015.

¹ Les comparaisons ont été basées sur les données publiées dans les rapports mondiaux de développement humain de 2005 et 2002 et dans les rapports ODM de chaque pays. Les données signalées sur une période se rapportent à la dernière année disponible sur cette période.

Toutefois, pour réaliser les objectifs de la charte, le Maroc devra donc doubler ses efforts en préconisant de nouvelles mesures pour améliorer les indicateurs de l'enseignement primaire et plus particulièrement celui des filles.

Au Maroc, le taux net de scolarisation des filles dans le primaire est passé de 37,2% en 1990/1991 à 90,1% en 2004/2005 et atteint 84,4% en milieu rural. D'où une réduction de l'écart de scolarisation entre filles et garçons qui est le fruit des efforts déployés pour l'appui à la scolarisation des élèves, notamment les filles (réseau des cantines scolaires, distribution de bourses, activités éducatives, sociales, culturelles, transport scolaire, services de santé scolaire ...).

En Tunisie, le taux net de scolarisation des filles dans le primaire est passé de 83,6% à 97% durant la même période. Ce taux est 89% en Algérie en 2000 et de 82,1% au Sénégal où il a enregistré une baisse par rapport à 1990 (85%).

Des programmes et actions diversifiés et encourageants pour généraliser l'enseignement primaire

Au Maroc, les progrès réalisés au niveau de l'enseignement primaire sont le résultat de grandes réformes et actions entreprises notamment dans le cadre de la Charte Nationale d'Education et de Formation qui vise à améliorer la gestion et l'efficacité du système éducatif à travers l'amélioration de la qualité de l'enseignement, l'appui à la scolarisation et le soutien social et pédagogique des élèves, la revalorisation des ressources humaines et le développement de la coopération et du partenariat.

En Mauritanie, la réforme du secteur éducatif intitulée Programme National de Développement du Secteur de l'Education (2001/2010) engagée depuis 1999 repose sur trois piliers : l'amélioration de l'accès et de la qualité et l'éducation des filles.

Au Sénégal, le gouvernement a lancé le Programme Décennal de l'Education et de la Formation (1999/2008) qui accorde une place privilégiée à l'éducation dans les zones rurales et dont les objectifs sont l'élargissement de l'accès en corrigeant les disparités, l'accroissement de la qualité des enseignements et la pertinence des apprentissages et la promotion d'une gestion cohérente, moderne et décentralisée du système.

L'Algérie a mis en place « le Plan d'Opération du Projet de Réforme du Système Educatif Algérien » et a signé un accord de coopération portant sur l'adoption d'un Programme d'Appui à la Réforme du Système Educatif Algérien (PARSEA), financé par les fonds japonais. Il a également créé en mai 2000 une Commission Nationale pour la réforme de l'éducation dont la mission essentielle consiste à évaluer le système éducatif dans tous ses paliers et de proposer sa refonte totale.

En Tunisie, un ensemble de projets éducationnels au primaire ont été mis en place : « Education en matière de santé » en 1998, le projet « Education en matière de population », le projet « Education pour la paix » le programme « Education environnementale » et le projet « L'Enseignement de la langue arabe pour les jeunes tunisiens résidents à l'étranger ».

Notons que les six pays de l'échantillon ont participé au forum mondial sur « l'éducation pour tous » qui s'est tenu à Dakar (Sénégal) en avril 2000. Ils se sont inspirés des principes énoncés par ce forum pour orienter leur politique éducative en faveur de la scolarisation universelle d'ici 2015.

Des programmes spécifiques pour lutter contre l'analphabétisme

Au Maroc, la Charte d'Education et de Formation vise la réduction du taux global d'analphabétisme à moins de 20% en 2010 et son éradication quasi totale en 2015. A ce titre, les pouvoirs publics ont lancé des campagnes d'alphabétisation d'envergure (« Massirat Annour » bénéficiant à terme à 1 million de personnes annuellement).

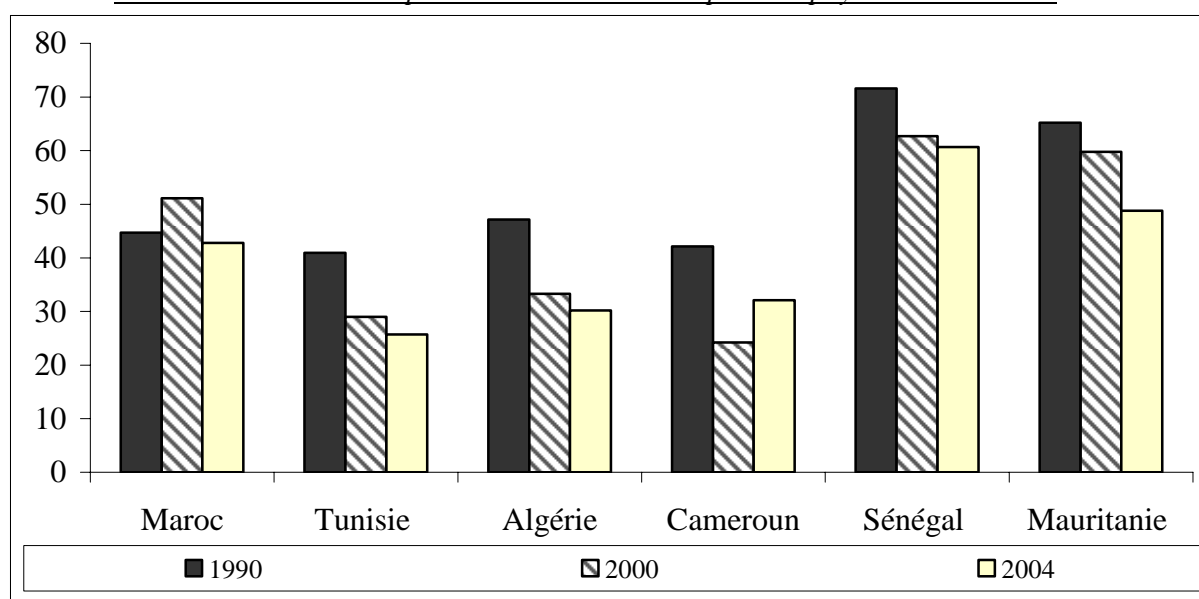
Par ailleurs, un programme d'action de lutte contre l'analphabétisme étalé sur les cinq années à venir (2005/2010) a été élaboré par le secrétariat d'Etat chargé de l'Alphabétisation et de l'Education non Formelle. Il permettra de réduire l'analphabétisme à 9% pour la population âgée de 15 à 45 ans et à 17% chez celle âgée de 15 ans et plus.

En Mauritanie, un secrétariat d'Etat à la Lutte contre l'Analphabétisme et à l'Enseignement Originel a été mis en place. Il a défini une stratégie nationale d'alphabétisation basée sur la complémentarité du système éducatif formel et traditionnel et sur le développement de l'alphabétisation fonctionnelle à travers des programmes pour adultes visant l'éradication de l'analphabétisme à l'horizon 2015.

En 1992, la Tunisie a lancé une Stratégie Nationale d'Alphabétisation (1992/2006) qui a pour objectif essentiel d'éradiquer l'analphabétisme et de réduire la disparité dans les taux d'instruction entre les deux sexes et par milieu.

Au cours de la décennie 90, le Cameroun a mis en place un Programme National d'Alphabétisation avec le concours de certains partenaires (UNICEF et l'UNESCO) et dont l'objectif était de faire acquérir des apprentissages de la vie courante en matière de santé, d'hygiène, de nutrition...

Evolution du taux d'analphabétisme des 15 ans et plus des pays de l'échantillon



Sources : rapports mondiaux de développement humain de 2005 et 2002 et les rapports ODM de chaque pays

Malgré les efforts entrepris au Maroc, le taux d'analphabétisme des 15 ans et plus reste parmi les plus élevés de l'échantillon (42,8% en 2004 contre 44,7% en 1990) situant le Maroc juste avant la Mauritanie (48,8% en 2004 contre 65% 1990). Ce niveau était déjà atteint par la Tunisie dans les années 80. Celle-ci a le taux le plus faible (25,7%), suivie de l'Algérie et du Cameroun (près de 30%). Le Sénégal se place à la dernière position avec un taux qui avoisine les 61% en 2004 contre 72% en 1990.

3. Promouvoir le rôle de la femme et éliminer les disparités

La situation de la femme a connu une nette amélioration au cours de la dernière décennie et son rôle s'est valorisé presque à tous les niveaux. Cette amélioration concerne le statut personnel, l'éducation, l'accès à l'emploi et aux ressources, aux champs politique, religieux et aux centres de décision.

Au Maroc, l'écart de scolarisation entre les sexes s'est considérablement réduit. Entre 1990-2004, le nombre de femmes diplômées a plus que triplé, soit un taux de féminisation dans certaines facultés de 60%. Le taux de participation de la femme est passé de 25,6% en 2001 à 28,4% en 2004.

Par ailleurs, il est à noter que les femmes investissent de plus en plus la vie politique. Actuellement, deux femmes sont membres du gouvernement, 35 femmes siègent à la chambre des députés, 36 femmes font partie des Conseils des Oulamas dont une au Haut Conseil et 35 aux Conseils locaux.

En Mauritanie, la représentativité de la femme s'est vue renforcée dans la vie publique. En 1996, une seule femme était députée, et les femmes n'occupaient que 6,6% des postes dans la fonction publique en 2000. En 2002, six femmes sont des parlementaires, soit un taux de 4,5%, et la proportion des femmes dans la population occupée est passée de 24,1% en 1988 à 35,8% en 2000.

En Algérie, des actions ont été menées afin d'autonomiser les femmes et d'améliorer leurs conditions. Entre 1987 et 1998, la population active féminine a vu ses effectifs croître, passant de 20,7% à 28,9% pour atteindre 34,8% en 2004.

Quant à la femme tunisienne, des efforts se sont multipliés pour la propulser au devant de la scène publique et ce, par la nomination d'un certain nombre d'entre elles aux postes de responsabilité et pour insérer la femme dans la dynamique du développement.

Depuis 1992, la Tunisie a connu un nombre grandissant des femmes impliquées dans la vie politique et associative, soit la nomination d'une femme Ministre, une femme présidente à la Cour des comptes et six femmes ambassadrices. Quant à la part des femmes dans la population active, elle a atteint 25,3% en 1999.

Eu égard à ces comparaisons, le Maroc est considéré comme l'un des pays qui s'est distingué le plus par les avancées réalisées ces dernières années en matière d'intégration de la femme au développement. Plusieurs programmes en faveur de la promotion et l'amélioration des conditions de vie de la femme ne cessent de s'amplifier. Ces efforts ont permis un net relèvement de la participation des femmes à la vie active et une amélioration de leurs revenus.

4. Santé infantile : réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et le taux de mortalité infantile ont baissé de manière très significative depuis 1990. Ainsi, le quotient de mortalité des moins de 5 ans est passé de 76 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 47 en 2004, soit une baisse de 38%. Le quotient de mortalité infantile est, quant à lui, passé de 89 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 47,9 en 2004, soit une baisse de 46%.

Face à l'objectif de 28 décès pour 1000 naissances vivantes à atteindre en 2015, le Maroc a enregistré un taux de réalisation concernant cet objectif de 60,4%. En accélérant le rythme de réduction de la mortalité infantile, le Maroc a de fortes chances d'atteindre l'objectif fixé.

Indicateurs de mortalité infantile et infanto-juvénile par pays

Indicateur/ Pays	1990	2000	2005	2015	Taux de réalisation (%)
Mortalité des enfants de -5 ans (pour 1000)					
Maroc	76	45,8 (2002)	47 (2004)	28	60,4
Tunisie	52*		25 (2004)	17	77
Algérie	48,6	41 (2003)*	38,8	23	38,3
Cameroun	126,3	150,7	85 (2004)*	42,1	49
Mauritanie	133*	116	125*	44,3	9
Sénégal	156,7 (92)	145,3		48,4	10,5
Mortalité infantile (pour 1000)					
Maroc	89*	36,6 (2002)	47,9 (2004)	29,6	55,1
Tunisie	37,3	22,1 (2002)	19 (2003) ^x	16,6	88,4
Algérie	43,7	34,5	35 (2004)	18	33,9
Cameroun	85*	95 ^x	87* (2004)	28,3	-3,5
Mauritanie	85*	74	78*	28,3	12,3
Sénégal	76 (92)	70,1		23,4	11,2

* Unicef

° HDR 2002

x HDR 2005.

Par rapport aux pays de l'échantillon, le Maroc se classe en troisième position derrière l'Algérie et la Tunisie, tant pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans que pour la mortalité infantile. L'Algérie et la Tunisie ont enregistré des taux de mortalité des moins de cinq ans de 38,8 (2005) et 25 (2004) pour 1000 respectivement, et des taux de mortalité infantile de 35 (2004) et 19 (2003) pour 1000.

Le Cameroun et la Mauritanie ont enregistré, quant à eux, des taux de mortalité des moins de 5 ans de 87 et 78 pour 1000 et des taux de mortalité infantile de 87 et de 78 pour 1000. Pour ce qui est du Sénégal, le taux de mortalité infantile est moins élevé que les deux pays précédents : 70,1 pour 1000 naissances en 2000. Néanmoins, la mortalité des enfants de moins de 5 est nettement plus élevée : 145,3 pour 1000 naissances vivantes.

Pour ce qui est des taux de réalisation de l'objectif, le Maroc est classé en deuxième position (60,4%) après la Tunisie (77%).

En terme de mortalité infantile et de mortalité des moins de cinq ans, les réalisations sont largement imputables aux campagnes de vaccination contre les maladies affectant l'enfant et qui ont permis de réduire significativement l'incidence de ces maladies.

Taux de vaccination Tuberculose	1990	2000	2005	2015
Maroc		93 (1999) ^x	92 (2003) ^x	
Tunisie		97 (1999) ^x	93 (2003) ^x	
Algérie		97 (1999) ^x	98 (2003) ^x	
Cameroun		77 (1999) ^x	82 (2003) ^x	
Mauritanie	29 (1991) (ONS)	75 (1999) ^x	84 (2003) ^x	
Taux de vaccination Rougeole				
Maroc	88,5 (1996)"	90 (1999) ^x	90 (2003) ^x	
Tunisie		84 (1999) ^x	90 (2003) ^x	
Algérie		83 (1999) ^x	84 (2003) ^x	
Cameroun		62 (1999) ^x	61(2003) ^x	
Mauritanie	32 (1991) (ONS)	62 (1999) ^x	71 (2003) ^x	

x HDR 2005.

"Santé en chiffres 1997.

Le programme élargi de vaccination, mis en place par le Ministère de la Santé au Maroc, a permis d'assurer une couverture vaccinale élevée. En effet, près de 9 enfants sur dix âgés de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés, et seulement 1,4% de ces enfants n'ont reçu aucun vaccin.

Une comparaison des taux de vaccination contre la Tuberculose et la Rougeole fait ressortir des taux de vaccination relativement élevés pour l'ensemble des pays de l'échantillon. Pour ce qui est de la Tuberculose, ces taux varient pour l'année 2003 entre 82% au Cameroun et 98% en Algérie. Quant à la rougeole, les taux de vaccination varient entre 71 (Mauritanie) et 90% (Maroc), exception faite du Cameroun où ce taux n'atteint que 61%.

Par rapport aux pays de l'échantillon, le Maroc est à la troisième place après l'Algérie et la Tunisie pour ce qui est de la vaccination contre la Tuberculose, et au premier rang pour ce qui est du taux de vaccination contre la Rougeole.

Même si, en terme de réalisation, le Maroc est relativement avancé, de nombreuses contraintes restent à surmonter. Il s'agit essentiellement des causes périnatales de décès (conditions de grossesse, d'accouchement) et qui représentent 37% de l'ensemble des causes de décès avant 5 ans, ainsi que de la persistance de maladies infectieuses qui sont responsables de 50% des décès. A cela, s'ajoute la faiblesse du niveau socio-économique de la population, la difficulté d'accès aux services de santé, l'insuffisance du personnel médical et les faibles allocations budgétaires dans certaines régions.

Afin de réduire davantage les taux de mortalité des enfants, le Ministère de la Santé marocain a mis en place une stratégie de renforcement des programmes existants : élargissement du Programme National d'Immunisation, avec l'introduction de nouveaux vaccins, généralisation de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, intensification de la composante périnatale du programme Maternité Sans Risque, et développement du Programme National de Lutte contre les Carences en micro nutriments.

En Algérie, vu l'importance de la mortalité néonatale qui représente la moitié de la mortalité infantile, il a été jugé pertinent d'étendre le concept de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, élaboré et véhiculé par l'OMS, au nouveau né, alors qu'il n'était utilisé que pour les enfants de 2 mois à 5 ans.

En Tunisie, les affections périnatales sont responsables de 46,7% des décès, contre 14,0% pour les infections respiratoires aiguës (IRA), 10,8% pour les anomalies congénitales et 9,7% pour les maladies diarrhéiques.

En plus des actions visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants et celles entreprises dans le cadre de programmes de lutte contre les maladies vaccinables, les maladies diarrhéiques et les IRA, une attention particulière est accordée en Tunisie à la santé de la mère à travers l'amélioration de la couverture prénatale, périnatale et postnatale. Une corrélation étroite semble exister entre la qualité de cette couverture et le taux de mortalité infantile.

Devant le niveau très élevé de mortalité des enfants de moins de cinq ans, le Sénégal a pris un certain nombre de mesures qui devraient contribuer à la réalisation de l'objectif 2015. Il s'agit notamment de la mise en œuvre du Programme de Développement Intégré de la Santé, et de la mise en place graduelle de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant. Par ailleurs, la relance du programme élargi de vaccination devrait permettre de contrôler les principales maladies transmissibles.

5. Santé maternelle : réduire de ¾ la mortalité maternelle

La mortalité maternelle a connu une amélioration notable au Maroc depuis 1990, passant de 332 à 227 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. La baisse enregistrée a été plus importante en milieu urbain où la mortalité maternelle est passée de 284 à 184, soit une baisse de 34%, alors qu'en milieu rural, elle a régressé de 26% seulement. Toutefois, les performances réalisées demeurent insuffisantes et ne représentent que 42,2% de l'objectif fixé pour 2015 qui est de 83 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

Afin de mieux apprécier ces résultats réalisés, une comparaison a été effectuée par rapport à l'échantillon de cette étude².

² Face à la difficulté d'obtenir des données significatives concernant le Sénégal, ce dernier a été retiré de l'échantillon pour ce qui est de l'objectif relatif à la santé maternelle.

Indicateurs de mortalité maternelle et d'assistance à l'accouchement

Indicateur/ Pays	1990	2000	2005	2015	Taux de ³ réalisation de l'objectif
Mortalité maternelle (pour 100.000)					
Maroc	332	220 (ajusté)*	227 (2003)	83	42,2
Tunisie	74,8	54,8		18,7	35,7
Algérie	170	117		57	46,9
Cameroun	430	550		124	-38,7
Mauritanie	930	747	750 (94-2004) *	232,5	26,2
Accouchements en milieu assisté(%)					
Maroc	31	63 (2003)		80	65,3
Tunisie	71,3 (1989)	89,3		80	207
Algérie	76 (1992)	91 (2002)		80	375
Cameroun	63,8 (1991)	58,2 (1998)		80	-34,6
Mauritanie	40	57		80	42,5

Source : Rapports ODM-UNICEF

L'examen de ce tableau révèle que le Maroc est classé en troisième position, derrière l'Algérie qui enregistre une mortalité maternelle de 117 pour 100.000 naissances vivantes en 2000 et la Tunisie où la mortalité maternelle tourne autour de 55 pour 100.000 naissances vivantes. Pour ce qui est du Cameroun et de la Mauritanie, les niveaux de mortalité maternelle restent extrêmement élevés, avec respectivement 747 et de 550 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2000.

Lorsque l'on analyse l'avancée de chaque pays par rapport à l'objectif, avec un taux de 42,2%, le Maroc se classe en deuxième position derrière l'Algérie qui arbore un taux de réalisation de l'objectif, avoisinant les 47% contre 35,7% pour la Tunisie et 26,2% pour la Mauritanie. Par contre, le Cameroun connaît une dégradation de la situation de la mortalité maternelle puisqu'il enregistre un taux de réalisation de l'objectif qui est négatif : -38,7%.

Cette analyse comparative permet de conclure que par rapport à la quasi-totalité des pays de l'échantillon, le Maroc a plus de chances d'atteindre l'objectif assigné pour 2015 à condition toutefois, qu'il intensifie ses efforts dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle. Pour cela, il sera nécessaire d'agir sur les principaux facteurs affectant la santé maternelle tels que le taux de recours aux consultations prénatales et postnatales, la part des accouchements assistés, la fréquence des accouchements, et le taux de recours à la contraception.

En 2003, seules 68% des femmes ont recours à une consultation prénatale (85% en milieu urbain et 48% en milieu rural) et 65% ont recours à une consultation post-natale (87% en milieu urbain et 42% en milieu rural). La part des accouchements assistés par un personnel médical atteint 63% en 2003 contre 31% en 1991 au niveau national. Par ailleurs, ce taux est passé de 64 à 85% en milieu urbain et de 14 à 40% en milieu rural.

³ Le taux de réalisation est calculé en utilisant la formule suivante : $X_{2005}-X_{1990}/X_{2015}-X_{1990}$ où X représente la performance de l'indicateur.

La fréquence des accouchements est approchée par l'indicateur de l'Indice Synthétique de Fécondité qui a connu une baisse importante par rapport au début des années 90, passant de 3,1 enfants par femme à 2,5 en 2004.

Le taux de recours à la contraception a également connu une évolution favorable, passant de 35,9 en 1990 à 63% en 2003. Cette évolution a été particulièrement remarquable en milieu rural où ce taux est passé de 24,6% en 1990 à 60% en 2003.

Pour ce qui est des comparaisons internationales, les données disponibles ne nous permettent de comparer que les données relatives à l'assistance à l'accouchement. A ce niveau, le Maroc est classé en troisième position mais loin derrière la Tunisie qui enregistre un taux d'accouchements assistés par un personnel médical de 89,3% et de l'Algérie qui dépasse les 90%. Le taux enregistré par le Maroc est plutôt proche de celui réalisé par la Mauritanie (58,2%, 2000) et le Cameroun (57%, 1998).

Notons que le Maroc s'est assigné comme objectif de relever le taux des accouchements assistés par le personnel médical à 80% en 2015. Sur la base des dernières données disponibles, le Maroc a atteint 65,3% de l'objectif. La Tunisie et l'Algérie enregistrent des taux d'assistance à l'accouchement particulièrement élevés (91% et 89%) ce qui leur permet de dépasser largement l'objectif fixé. Pour ce qui est des deux autres pays de l'échantillon, le taux de réalisation de cet objectif est de 42,5% pour la Mauritanie et -34,6% pour le Cameroun. Afin de lutter de manière plus efficace contre la mortalité maternelle et périnatale, les pays de l'échantillon ont mis en place ou intensifié un certain nombre de programmes.

En Algérie, un Comité National de Lutte contre la Morbidité-Mortalité Maternelle et Périnatale a été créé par le Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière en 2002 afin de redynamiser le programme national de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.

En Tunisie, la politique de santé orientée vers la femme s'inscrit dans une approche de santé reproductive qui s'articule autour de la promotion, de la prévention et de la prise en charge de la santé spécifique des femmes en général et de la mère en particulier. Dans ce cadre, il a été procédé à l'intégration des services de santé reproductive au sein des centres de santé de base et à la mise en place d'un programme national de périnatalité, et à l'adoption d'un système de surveillance de la mortalité maternelle.

6. Combattre le vih/sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies

L'incidence du VIH/SIDA est faible au Maroc. Par ailleurs, depuis 1986, date d'apparition du premier cas notifié, 2080 cas cumulés ont été notifiés en fin octobre 2006, soit un rythme d'évolution de la maladie en nette progression particulièrement au cours de ces cinq dernières années. Ainsi, 51% des nouveaux cas ont été enregistrés au courant de la période 2001-2005.

Indicateur/ Pays	1990	2000	2005
Taux de prévalence du VIH/SIDA (adultes)			
Maroc			0,1 (2003) [°]
Tunisie			0,1 (2003) [°]
Algérie		0,1 (2001) [°]	0,1 (2003) [°]
Cameroun	0,9 (1989)	11	11,8 (2002)
Mauritanie	0,3 (1992)	1	
Sénégal	0,53	1,43	
Nombre de cas déclarés			
Maroc	101	614	1987 (2004)
Tunisie	344	1000	1175 (2003)
Algérie		1183 (2001)	1834
Cameroun		937.000	
Mauritanie			
Sénégal		61.800 (1995)	80.000

* UNICEF, estimation.

[°] HDR 2005, 2002.

Compte tenu du rythme actuel d'évolution, le Maroc n'est pas en passe de réaliser l'objectif qui est de stopper la propagation de la Maladie et d'inverser la tendance actuelle.

Pour faire face à la propagation de l'épidémie le Maroc a mis en place un arsenal de mesures s'articulant autour de deux actions complémentaires : la prévention et la réduction de la vulnérabilité à l'infection et la réduction de l'impact de la maladie par une prise en charge des personnes atteintes par le virus.

En matière de prévention les actions ciblant les jeunes et les populations vulnérables ont été intensifiées en adoptant une approche d'éducation et de proximité et en élargissant les centres de dépistage volontaire du VIH.

Pour ce qui est de la prise en charge des personnes atteintes, il est à noter la généralisation de la trithérapie pour les personnes vivant avec le VIH depuis 2003. L'abolition des taxes et des droits de douane sur les médicaments anti-viraux et l'inclusion du Maroc dans le cadre de l'initiative «access» de l'ONUSIDA a permis de réduire significativement le coût de ces médicaments.

Par ailleurs, la prise en charge des personnes atteintes organisée autour de deux centres d'excellence (CHU Ibn Rochd à Casablanca, CHU Ibn Sina à Rabat) devrait être élargie dans le cadre du plan stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011 du Ministère de la Santé, à d'autres pôles d'excellence tels que le Centre Hospitalier Hassan II à Fès et celui de Mohammed IV à Marrakech ainsi que 4 autres centres référents régionaux (Béni Mellal, Laâyoune, Ouarzazate et Safi).

En Tunisie, le nombre de cas cumulés de VIH/SIDA enregistrés depuis 1985, date d'apparition du premier cas est de l'ordre de 1175 (2003). Le nombre annuel de cas varie durant la période 1990–2003 entre 49 et 83 cas, avec une tendance à la baisse de la prévalence vers la fin de la période : le nombre de cas enregistrés était de 71 en moyenne durant la période 1990-1997 contre 55 durant la période 1998-2003. Si cette tendance à la baisse se poursuit, la Tunisie pourra bien arriver à stabiliser l'évolution de la maladie d'ici 2015.

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, le VIH/SIDA demeure très problématique. Au Cameroun le taux de prévalence du VIH atteint 11,8% (2002). Ce pays figure actuellement parmi les 25 pays les plus touchés au Monde.

Selon les statistiques récentes du Ministère de la Santé Publique du Cameroun, ce pays compte 937.000 malades infectés par le VIH/SIDA dont 7,8% sont des filles et 3,8% des garçons de moins de 24 ans.

Au Sénégal 80.000 personnes sont infectées par le VIH/SIDA, dont 77.000 sont des adultes (âgés de 15 à 49 ans), soit un taux d'incidence global de 1,45 %.

La Mauritanie est relativement peu touchée par le SIDA en comparaison avec les pays de la région. En effet, le taux de prévalence en Mauritanie se situe à 1% (2000) et le nombre de personnes infectées se situe à 9.500 en 2000.

Il apparaît donc que les pays d'Afrique subsaharienne de l'échantillon ont peu de chances de stabiliser la maladie d'ici 2015 vu le rythme avec lequel celle-ci progresse. A cela s'ajoute un certain nombre de contraintes telles que le faible niveau de connaissances et d'information des populations, la faiblesse du système de surveillance épidémiologique, l'insuffisance des moyens de prévention et le faible niveau de vie des populations.

Pour faire face à cette épidémie recrudescente, des programmes et des plans stratégiques de lutte contre le VIH/SIDA ont été mis en place à travers une coopération impliquant l'Etat, la population et les ONG nationales et étrangères.

En Mauritanie, le gouvernement a adopté dès 2002 un cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles pour la période 2003-2007, en cohérence avec le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Les principaux axes stratégiques retenus dans le Cadre Stratégique National sont la réduction des risques de transmission du IST/VIH: SIDA, réduction de la vulnérabilité des individus, des familles et des communautés au VIH/SIDA, une meilleure connaissance de l'épidémie à VIH/SIDA, des IST et des comportements, l'accès des personnes vivant avec le VIH aux soins conseils médicaux, communautaires, traditionnels et au soutien socio-économique, et, enfin, la gestion stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA.

Au Sénégal, des sites sentinelles et des groupes catégorisés en fonction du risque ont été identifiés, ainsi que des indices cibles : groupe à faible vulnérabilité (femmes enceintes) et groupe à forte vulnérabilité (prostituées, hommes IST). Dans le cadre du Programme de lutte contre le sida en Afrique francophone (1990-1995), le Sénégal a bénéficié d'un appui essentiellement axé sur l'appui communautaire. Il consiste à minimiser la transmission du VIH au moyen d'un contrôle efficace des MST. Pour ce faire, le projet vise à intégrer les services anti-MST aux soins de santé primaires tout en associant les groupes communautaires à l'effort de prévention.

Le Cameroun a lancé dès septembre 2000 un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA qui jette les bases d'une collaboration entre l'Etat et les acteurs nationaux et internationaux.

Celui-ci a pour objectif principal d'améliorer la réponse à la pandémie du SIDA et de maintenir dans la mesure du possible, la séroprévalence nationale en deçà du seuil critique de 10%. Il comporte un plan d'urgence pour la période 2000-2003 qui est axé essentiellement sur l'amélioration de l'approche vis-à-vis de l'information, la prévention et le respect des engagements du sommet mondial sur le SIDA (1994).

Avec environ un tiers de la population mondiale infectée, la tuberculose est l'une des principales causes de mortalité dans les pays en développement, et elle réapparaît dans les pays industrialisés. Chaque année, l'OMS recense 8 millions de nouveaux cas et quasiment 2 millions de morts.

Au Maroc, la tuberculose demeure un problème de santé publique puisque 26.161 cas ont été recensés en 2004 dont 70% sont âgés entre 15 à 45 ans. En Tunisie, l'incidence de la Tuberculose est passée de 48,8 pour 100.000 en 1976 à 21,4 en 2000.

Le seul moyen préventif aujourd'hui contre la tuberculose est le BCG (Bacille de Calmette et Guérin, vaccin mis au point à l'Institut Pasteur en 1921). Il est efficace dans près de 90% des cas pour prévenir les formes graves de tuberculose chez l'enfant (méningite tuberculeuse, forme disséminée). Mais à l'âge adulte, la protection reste aléatoire. Une méta-analyse a conclu à une protection ne dépassant pas 50% des individus adultes vaccinés par le BCG. Conséquence, la vaccination par le BCG est insuffisante pour empêcher la transmission de la maladie. Pour faire reculer la tuberculose dans le monde, il faut donc mettre au point des vaccins plus efficaces.

Depuis le lancement du programme de lutte antipaludique en 1965, le nombre de cas est passé de 30.893 à 64 en 1978. Le paludisme autochtone est en cours d'éradication : devrait être totale en 2006.

Conclusion

La réalisation des OMD en 2015 a conduit le Maroc à recentrer ses efforts en la matière et soutenir ainsi les populations défavorisées à l'épanouissement et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Certes, le Maroc a déployé de grands efforts pour assurer une croissance forte et durable qui est nécessaire pour créer les richesses et l'emploi, et donc atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, mais ces efforts s'avèrent insuffisants et mériteraient d'être renforcés et poursuivis. L'INDH devrait contribuer à améliorer la situation.

Cette étude montre que, si les tendances actuelles se confirmaient, le Maroc, à l'instar d'un grand nombre de pays, n'atteindrait pas tous les OMD. Leur rythme de réalisation demeure insuffisant pour atteindre les objectifs de 2015, notamment en matière de santé.

L'analyse comparative conclut que, pour atteindre les OMD, il faudrait dépasser les tendances actuelles. Pour ce faire, il est urgent que toutes les parties prenantes élargissent leurs interventions.

Dans le cadre d'une revue exhaustive et synthétique des programmes de développement mondiaux, les priorités pour les pays en développement dont le Maroc sont :

- L'accélération des réformes, afin de dynamiser la croissance et créer de l'emploi.
- Autonomiser les pauvres et impliquer davantage les populations dans l'élaboration et la mise en place des programmes et actions de développement.
- L'amélioration des principaux services axés sur le développement humain ou liés à cet objectif.
- L'accélération de la mise en œuvre du partenariat en veillant à ce que les pays en développement qui intensifient les réformes bénéficient, dans cet effort, d'une aide accrue des pays développés et des institutions internationales.

Bibliographie

Documents :

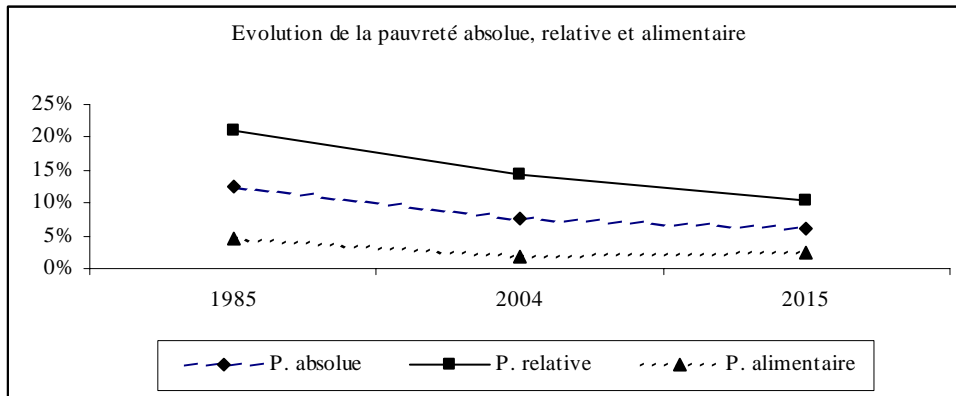
- Rapports par pays sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- Les droits de la femme tunisienne : acquis et perspectives, conférence nationale 8 août 2001.
- Elimination de la discrimination à l'égard des femmes, Algérie, Doc-1999 de l'Université de Minnesota.
- Anne SYLVAINÉ, « Une audacieuse politique éducative », le Monde Diplomatique, octobre 1998.
- M. MVOGO Michel, « Politiques et stratégies de décentralisation en éducation : expérience du Cameroun » Buenos Aires, Argentine, 30 juin-3 juillet 2003.
- Dr. Yacouba DIAGANA, « Rapport de suivi de l'éducation pour tous », planification nationale et réformes politiques, République Islamique de Mauritanie, mai 2003.
- Revue de la Mise en œuvre du Cadre d'Action de Dakar en Afrique pour la période 2000-2005.
- L'évaluation de l'éducation pour tous à l'an 2000 : rapports des pays, Tunisie, Cameroun, Sénégal, Algérie.
- « Appui à la mise en œuvre de la stratégie sectorielle santé, Cameroun », Ambassade de France du Cameroun, 28 mars 2002.
- « Orientations stratégiques pour le quinquennat 2002-2006 » Sida Algérie.
- « Programme national de lutte contre la Morbidité Mortalité Maternelle et Périnatale : Bilan d'activité » République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière juillet 2002-Décembre 2003.

Source de données :

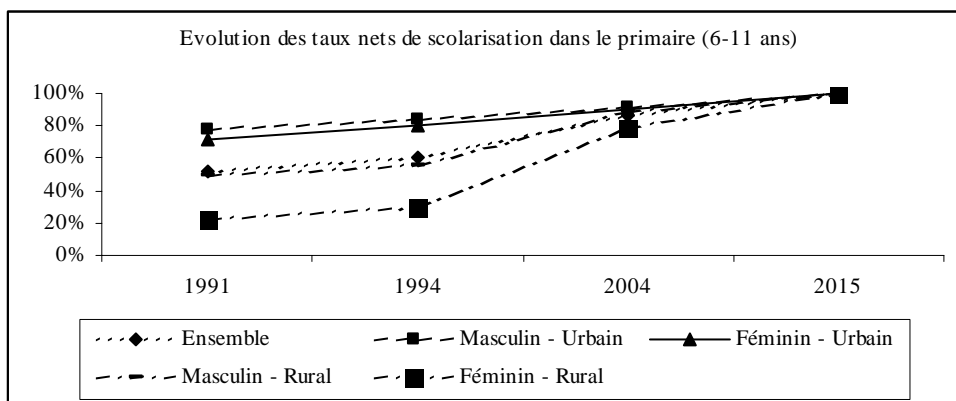
- Rapports de Développement Humain 2002, 2003, 2004 et 2005.
- Sites Internet : UNICEF, UNESCO, OMS, Ministère de l'Education, Direction de la Statistique.
- Rapports OMD pays.

Tableau de bord

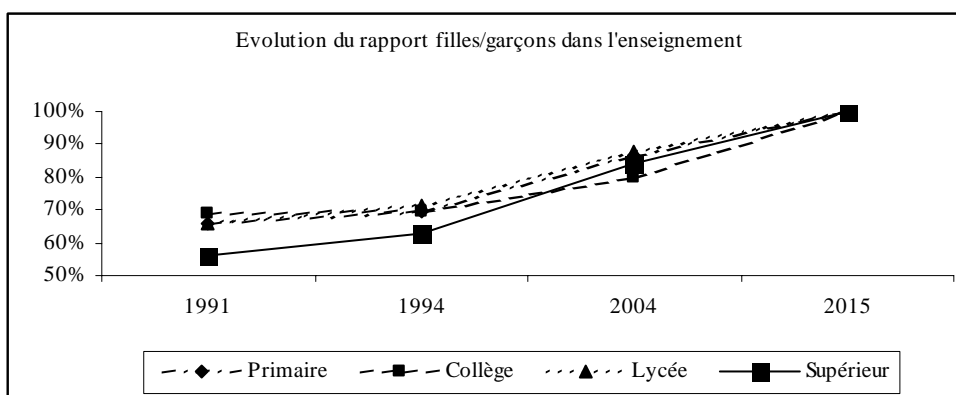
1. Réduire de moitié le taux de pauvreté



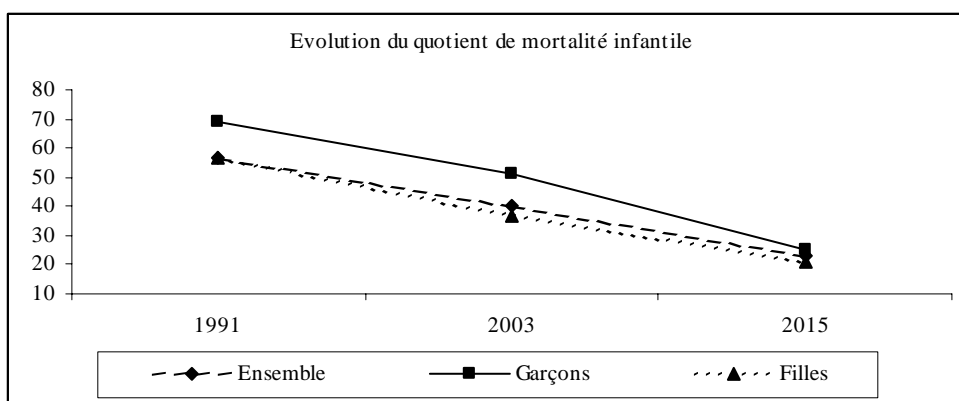
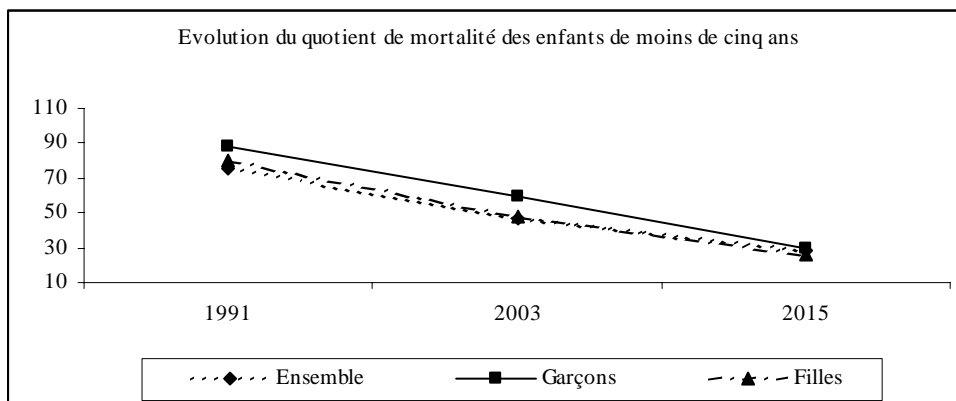
2. Assurer l'éducation primaire pour tous



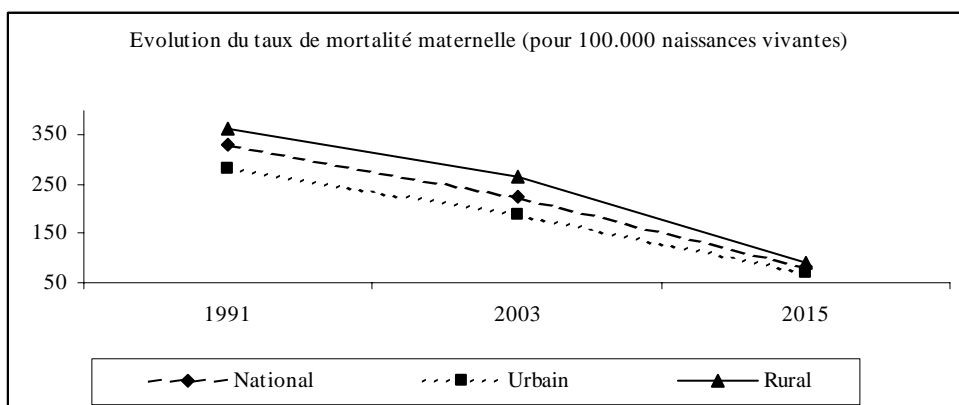
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

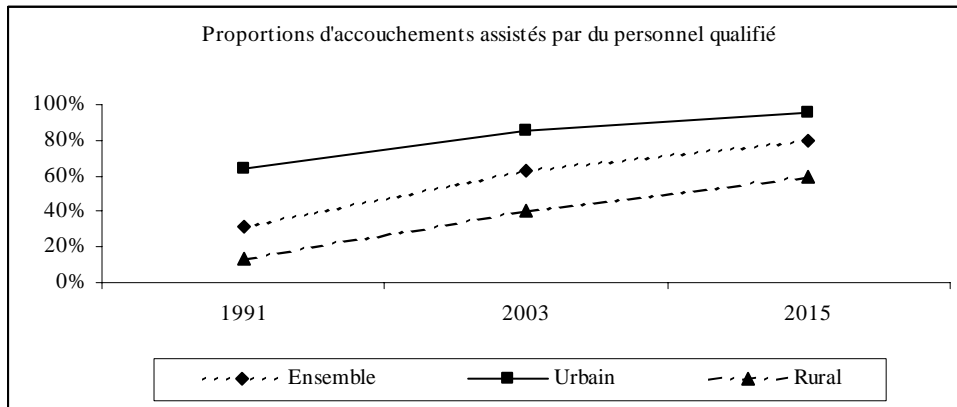


4. Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans



5. Améliorer la santé maternelle





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

